

2018

APERÇU DES **BESOINS** HUMANITAIRES

PERSONNES DANS LE BESOIN

4,4M

DEC 2017



TCHAD

Ce document est élaboré au nom de l'Equipe Humanitaire Pays et de ses partenaires.

Ce document présente la vision de la crise partagée par l'Equipe Humanitaire Pays, y compris les besoins humanitaires les plus pressants et le nombre estimé de personnes ayant besoin d'assistance. Il constitue une base factuelle consolidée et contribue à informer la planification stratégique conjointe de la réponse.

Les appellations employées dans le rapport et la présentation des différents supports n'impliquent pas d'opinion quelconque de la part du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies concernant le statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni de la délimitation de ses frontières ou limites géographiques.



www.unocha.org/chad










www.humanitarianresponse.info/en/operations/chad



@OCHACHad

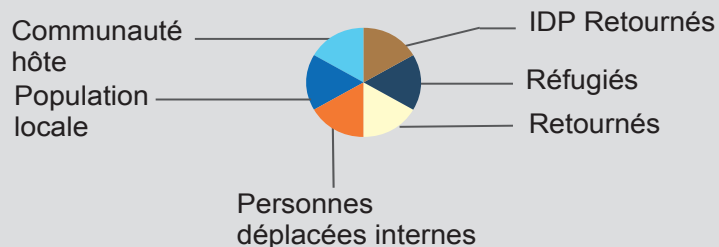
PARTIE I: RÉSUMÉ

- 
-  Besoins humanitaires et chiffres clés
 -  Causes profondes des crises
 -  Impact de la crise
 -  Personnes dans le besoin
 -  Sévérité des besoins
 -  Perception des personnes affectées

PERSONNES DANS LE
BESOIN

4,4_M

Personnes dans le besoin par
catégorie (en milliers)



Camps et sites de déplacement

- ▲ Camp de réfugiés
- ▲ IDP site
- ▲ Site de retournés
- ∞ MAS supérieure à 2%

Phases du cadre harmonisé, nov. 2017

(période projetée, juin-août 2018)

- Minimale (Phase 1)
- Sous pression (Phase 2)
- Crise (Phase 3)



EGYPTE

LIBYE

NIGER

ENNEDI
OUEST

24

72
ENNEDI
EST

35
BORKOU

KANEM

265

177

329
BATHA

WADI
FIRA

464

BARH-EL-GAZEL

500

LAC
HADJER-LAMIS

206

186

GUÉRA

206

OUADDAI

186

SILA

SALAMAT

88

MAYO-KEBBI
EST

146

CHARI-BAGUIRMI

177

MOYEN-CHARI

126

MAYO-KEBBI
OUEST

91

TANDJILÉ

131

LOGONE
OCCIDENTAL

375

MANDOUL

221

LOGONE
ORIENTAL

RÉPUBLIQUE
CENTRAFRICAINE

SOUDAN
DU SUD

NIGÉRIA

BESOINS HUMANITAIRES

ET CHIFFRES CLÉS

L'insécurité alimentaire, les déplacements de population et les urgences sanitaires entraînent plus de 8 millions de personnes^[1] (presque deux tiers de la population tchadienne) dans une vulnérabilité aigüe ou chronique, souvent exacerbée par le faible développement et les risques climatiques. Plus de 4,4 millions de personnes dont 52% de femmes ont besoin d'une assistance humanitaire d'urgence et de soutien pour renforcer leurs moyens d'existence.

BESOINS HUMANITAIRES



Près de 4 millions de personnes^[2] (52 % de femmes) sont affectées par l'insécurité alimentaire au Tchad dont près

de 890 000^[3] sont en insécurité alimentaire sévère dans 17 départements essentiellement dans la bande sahélienne.

La situation pastorale est globalement acceptable mais des déficits fourragers importants ont été également enregistrés dans plusieurs régions de la bande sahélienne (Wadi Fira, Nord Ouaddaï, Batha, Centre Guera, Sud-Est du Salamat, Sud du Lac Tchad et le Kanem) entraînant des mouvements précoces de transhumance vers le Sud.

La situation nutritionnelle s'est détériorée et reste préoccupante. En 2017 le taux de malnutrition aigüe globale est de 13,9%, soit deux points de plus qu'en 2016 ; la malnutrition aigüe sévère est à 3,9%, un taux supérieur au seuil d'urgence de 2% et à celui de 2016 à 2,6%. Quinze régions majoritairement dans la bande sahélienne connaissent des taux de malnutrition aigüe supérieurs aux seuils d'urgence.

Le Tchad compte plus de 634 000



personnes (52% de femmes et filles et 57% d'enfants) en situation de déplacement, dont 409 000 réfugiés et demandeurs d'asile^[4], 102

000 personnes déplacées internes^[5], 51 000 déplacés retournés dans leurs villages d'origine, 71 000 retournés tchadiens et 1 252 ressortissants des pays tiers^[6].

Les populations continuent d'affluer dans les zones frontalières à l'ouest, au sud et à l'est du Tchad, en lien avec l'insécurité dans les pays voisins. Dans la région du Lac, l'activisme de groupes armés et les opérations militaires occasionnent toujours des déplacements, parallèlement à une dynamique de retour des déplacés qui se poursuit. A l'Est, 320 000 réfugiés soudanais présents au Tchad depuis 2003 ne bénéficient pas de perspectives de retour immédiates, compte tenu de l'insécurité au Darfour. Il en va de même pour les réfugiés et retournés de la République Centrafricaine au sud du pays. Les personnes déplacées nécessitent une assistance multisectorielle urgente ainsi que des solutions durables pour leur intégration socioéconomique. Ces déplacements ont fragilisé la situation des communautés hôtes estimées à 591 000 personnes ayant besoin d'un appui multisectoriel et d'un accompagnement pour des opportunités économiques.



Le dysfonctionnement des structures sanitaires, exacerbé par le faible développement du pays, la pauvreté généralisée des populations

et la faible couverture vaccinale (variant entre 10 et 30%), limite l'accès aux soins de santé pour plus de 2 millions de personnes vulnérables y compris les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et allaitantes et les populations déplacées et nomades.

Les régions du Sila et du Salamat ont été touchées par une épidémie de choléra entre août et décembre 2017^[7] et de nouveaux cas d'hépatite E continuent d'être rapportés au Salamat. Les activités de sensibilisations à l'hygiène sont maintenues, notamment dans les zones rurales les plus à risque. L'amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement sont indispensables pour des solutions à long terme. La situation épidémiologique dans les pays voisins nécessite une surveillance accrue dans les régions régulièrement touchées par des urgences sanitaires.

Le paludisme est la principale cause de mortalité des enfants de moins de cinq ans, dont le taux de mortalité est parmi les plus élevés au monde (133 pour 1 000)^[8]. Avec un taux de mariages précoces de 72%, les adolescentes nécessitent une attention particulière^[9]. Les décès maternels représentent 45 % de tous les décès de femmes de 15 à 49 ans. La prévalence du SIDA parmi les adultes de 15-49 ans est de 1,6% et affecte négativement le capital humain et les capacités productives des populations.

[1] 8 M vivant dans les départements les plus affectés. Les départements sont classés selon leur vulnérabilité et la sévérité de chacune des trois crises. La population affectée est le cumul des personnes vivant dans ces départements.

[2] Ce chiffre inclut les personnes en phase projetée 2, 3, 4 du cadre harmonisé et la totalité des personnes en situation de déplacements (réfugiés, retournés et ressortissants des pays tiers).

[3] Phase 3 et plus dans la situation projetée.

[4] Statistiques des réfugiés, HCR, 31 août 2017.

[5] 13 399 récents déplacés de février à septembre 2017 qui s'ajoutent à 88 204 déplacés sur les 118 804 enregistrés en janvier 2017 au cours du DTM/OIM et qui restent encore en déplacement.

[6] Cluster Abris, AME, CCCM, statistiques des données des retournés, Septembre 2017.

[7] 689 cas avec 67 décès de choléra notifiés dans les régions du Sila et du Salamat au 16 octobre 2017.

[8] https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2017.pdf.

[9] Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INS.EED), 2016, Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS) 2014-2015

14,7_M

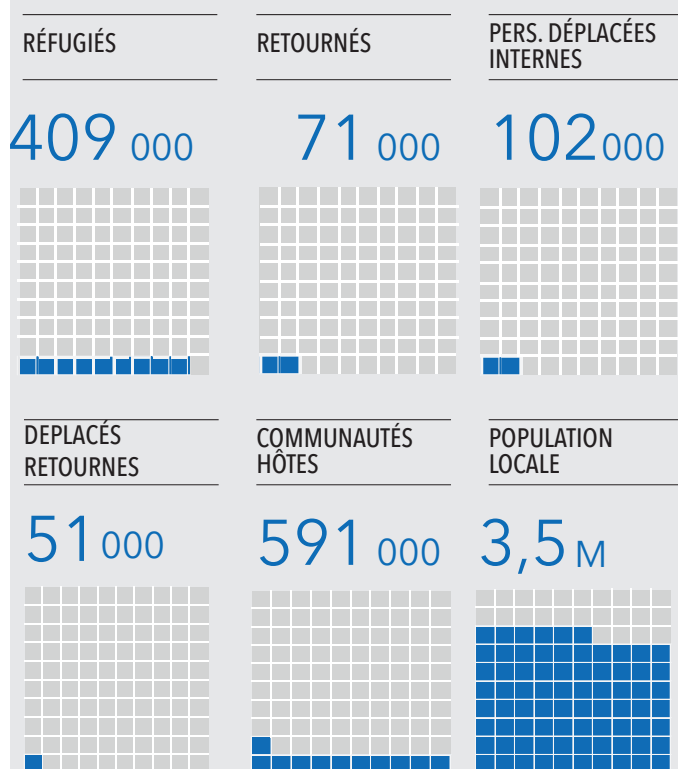
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT DANS DES ZONES AFFECTÉES PAR UNE CRISE HUMANITAIRE

8_M

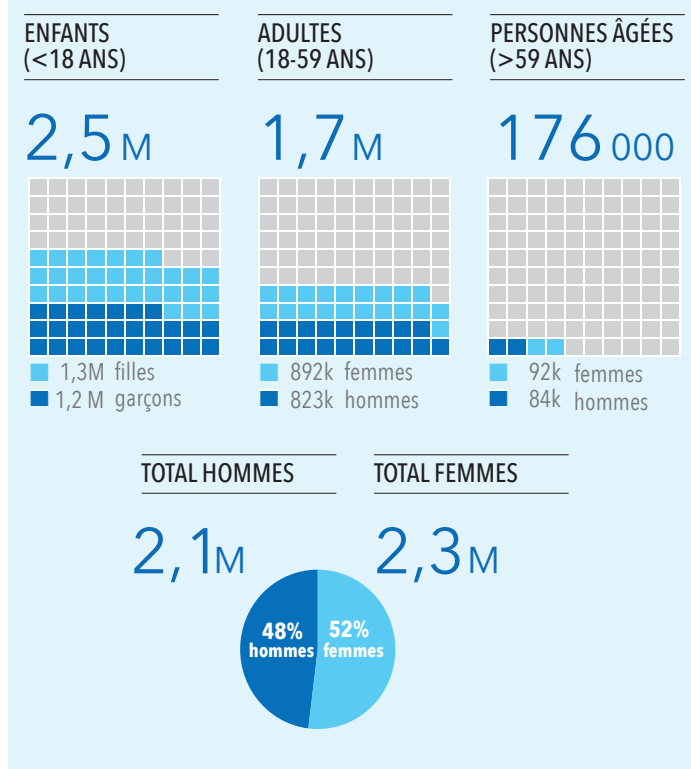
NOMBRE DE PERSONNES AYANT BESOIN D'ASSISTANCE HUMANITAIRE

4,4_M

PAR STATUT



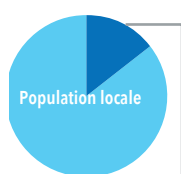
PAR SEXE ET ÂGE



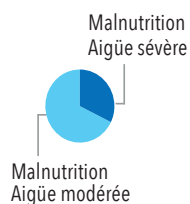
INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE (PERS.)	MALNUTRITION (PERS. DANS LE BESOIN)	ENFANTS MALNUTRIS
--------------------------------	-------------------------------------	-------------------

4_M1,7_M

612 000

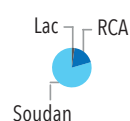


Personnes en déplacement

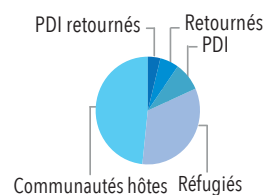


RÉFUGIÉS	DÉPLACEMENT (PERSONNES AFFECTÉES)	PERSONNES DANS LE BESOIN
----------	-----------------------------------	--------------------------

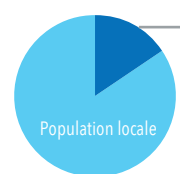
409 000

1,2_M4,4_M

Soudan



Communautés hôtes Réfugiés



Personnes en déplacement

CAUSES PROFONDES

DES CRISES

Les crises humanitaires au Tchad résultent de causes conjoncturelles mais surtout de facteurs structurels hérités du très faible développement, de la pauvreté chronique, d'inégalités de genre profondes et des chocs successifs dans diverses parties du pays, exposant les populations à des vulnérabilités chroniques et de plus en plus fortes affectant leur capacité de résilience.

Le Tchad est le 186ème pays selon l'indice de Développement Humain (2016)^[10], présentant un niveau de pauvreté élevé (46,7%) et de fortes inégalités persistantes. Le pays fait face à de nombreux défis économiques. La baisse des recettes pétrolières à partir de 2015 a occasionné un déficit budgétaire estimé à 400 milliards de FCFA^[11] entraînant un sous-financement des secteurs sociaux (éducation, santé, accès à l'eau potable et à l'assainissement). Le taux de croissance du PIB a chuté à 2,5% en 2015 contre 6,9% en 2014 ; le taux d'inflation annuel moyen a atteint 4,2% en fin novembre 2015 alors qu'il était inférieur à 1% sur la même période en 2014. Le déficit global des finances publiques s'est creusé légèrement, pour passer de 4,4 % du PIB non pétrolier en 2014 à 4,6 % en 2016. Ces facteurs s'ajoutant à la détérioration de la situation sécuritaire, ont conduit le pays à une profonde récession en 2016^[12]. Cette inflation résulte également de la baisse de la production agricole, de la dépréciation du franc CFA par rapport au dollar américain et de l'augmentation des coûts du commerce régional liée à la fermeture des frontières (Nigéria, RCA, Soudan temporairement fin 2017) à cause de l'insécurité dans la région^[13].

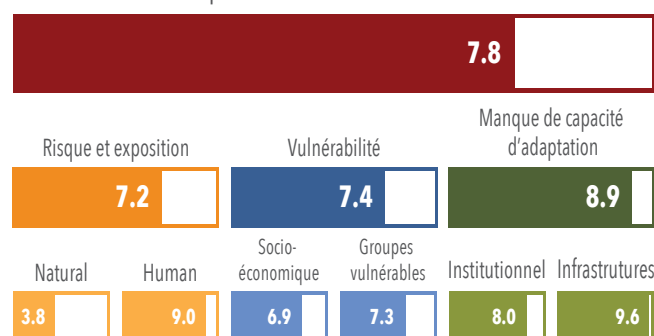
Les principaux **indicateurs sociaux** sont faibles, mettant en exergue la vulnérabilité de la population tchadienne : le taux de pauvreté reste élevé alors que le pays rapportait un taux de croissance annuel moyen d'au moins 7 % pendant la décennie 2004 – 2014. Le sous-investissement dans les services d'éducation résulte dans un taux de scolarité de 43,7% accompagné d'une faible scolarité des filles et des femmes (1,7% des femmes adultes ont atteint un niveau d'étude secondaire contre 9,9% des hommes). L'accès aux soins de santé reste limité ; le Tchad dispose des taux de mortalité maternelle et infantile parmi les plus élevés au monde (860

décès pour 100 000 naissances vivantes pour la mortalité maternelle et 72 pour 1 000 naissances vivantes^[14] pour la mortalité infantile). L'espérance de vie est de 51,8 ans (52,7 pour les femmes et 50,5 pour les hommes) bien inférieure à la moyenne pour l'Afrique sub-saharienne (58,5 ans).

D'après les analyses de l'Indice de vulnérabilité au changement climatique (IVCC), faites par Verisk Maplecroft (une organisation de monitoring et de conseil sur les risques dans le monde), le Tchad est le pays le plus vulnérable au monde face au changement climatique^[15].

L'index INFORM pour le Tchad est de 7,8 sur 10, le classant troisième pays le plus à risque de crises humanitaires et de catastrophes naturelles. Dans cette analyse, le Tchad dispose d'un score de vulnérabilité de 7,4 et d'un manque de capacités d'adaptation face aux crises et désastres naturels de 8,9 illustrant le manque de capacités du pays à surmonter les crises et les chocs successifs.

Index INFORM 2018 pour le Tchad^[16]



[10] <https://www.agencecofin.com/economie/2403-45994-le-classement-des-pays-africains-dans-l-edition-2016-de-l-indice-de-developpement-humain-du-pnud>.

[11] Loi des finances, Ministère des Finances et du Budget 2015 ; Plan cadre des Nations Unies d'Assistance au développement, (UNDAF 2017 – 2021) Tchad, p.16.

[12] <http://www.banquemonddiale.org/fr/country/chad/overview>.

[13] Plan national de développement sanitaire N°3, 2018 – 2021, juin 2017, <http://www.banquemonddiale.org/fr/country/chad/overview>.

[14] EDS – MICS, 2014 – 2015, p. 29; https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2017.pdf.

[15] <https://reliefweb.int/report/world/climate-change-vulnerability-index-2017>

[16] http://www.inform-index.org/Portals/0/InfoRM/2018/Country_Profiles/TCD.pdf.

Les discriminations entre filles et garçons, femmes et hommes restent un obstacle majeur au développement humain au Tchad.

Le pays arrive au 186ème rang sur 188 par rapport au niveau d'inégalité entre les sexes sur l'indice de parité. Il s'agit donc de l'un des pays du monde où naître fille ou garçon est lourd de conséquences quant aux opportunités éducatives, sociales et économiques et aux droits dont jouira chacun^[17]. L'indice d'inégalité révèle d'importantes disparités dans les trois dimensions clefs du développement humain que sont la santé reproductive, l'éducation et l'accès à l'emploi.

Les inégalités et les pratiques discriminatoires, particulièrement à l'encontre des femmes et des filles, et les violences basées sur le genre, exacerbées dans le contexte humanitaire, accroissent la vulnérabilité des communautés affectées. Ces inégalités se révèlent de multiples manières. Les discriminations structurelles à l'égard des filles et des femmes font que les violences atteignent au Tchad un niveau pandémique. Les situations de conflits et les déplacements qu'elles provoquent exacerbent cet état de fait. Les mariages précoces et forcés sont courants (52% des adolescentes sont mariées à 16 ans et 71% des filles ont déjà un enfant à 19 ans). Des pratiques telles le lévirat, le sororat, le rapt dans certaines communautés, sont considérées comme « légitimes ». La polygamie est acceptée par la loi et il n'existe pas de loi spécifique interdisant la violence familiale, ni le harcèlement sexuel. Près de trois femmes sur dix (29%) âgées de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques et 12% des violences sexuelles au cours de leur vie au Tchad^[18]. Entre 38% et 44% des filles et femmes sont par ailleurs victimes de mutilations génitales^[19].

Aujourd'hui au Tchad, une femme en âge de procréer sur 16 risque de mourir pendant l'accouchement. Malgré une amélioration, le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié restait à 34% en 2014 (par rapport à 20,7% en 2004). Ce taux de couverture est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural où les tabous et croyances coutumières sont encore importants. Ces croyances affectent globalement l'accès aux soins de santé des communautés en milieux ruraux. L'accès à la planification familiale demeure un enjeu majeur, et seulement 6 % des femmes de 15-49 ans en union utilisent une méthode contraceptive. Ces inégalités, affectant le relèvement et le développement du pays, se révèlent aussi par des difficultés d'accès des femmes et des filles aux services de base comme l'éducation (une fille a deux fois moins de chances d'aller à l'école qu'un garçon)^[20]. La préférence donnée à l'éducation des garçons, les mariages précoces, la lourde charge des travaux

domestiques, le nomadisme (pour les filles peules) et les risques de violences sexuelles constituent autant de freins à l'éducation des filles.

Même si les femmes rurales sont des piliers de la production agricole et de la sécurité alimentaire, elles subissent encore de nombreuses inégalités au quotidien. Elles ont un accès quasi nul à la propriété, au crédit et un pouvoir décisionnaire faible au sein du foyer et de la communauté. Dédiant 63 heures par semaine aux travaux domestiques^[21], elles sont généralement en charge des activités agricoles les moins lucratives. Dans le contexte d'insécurité alimentaire profonde que connaît le Tchad, les femmes traversent de longues périodes de privation pour subvenir aux besoins de leurs familles. Leur charge de travail augmente par ailleurs considérablement dans les situations de déplacement, du fait d'une hausse de la morbidité engendrant des soins accrus et du fait que les tâches quotidiennes, telles que la collecte de l'eau ou du bois de chauffe, deviennent souvent plus ardues.

Les inégalités et la discrimination affectent aussi d'autres groupes vulnérables, comme les personnes en situation de handicap. Il est estimé qu'environ 3,5% de la population présente un handicap^[22]. Ces personnes sont souvent victimes de stigmatisation/exclusion et maltraitance, et ont moins accès aux services de base qui sont souvent inadaptés à leurs besoins spécifiques. Les minorités sexuelles sont par ailleurs souvent discriminées. En 2014, l'amendement du cadre légal tchadien a rendu illégal l'homosexualité pour « protéger » la famille. Si l'homosexualité était auparavant condamnée par une peine de prison, le nouveau Code pénal adopté en décembre 2016 la pénalise par une amende.

[17] <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/TCD>.

[18] Institut National de la Statistique, Ibid.

[19] Plan cadre des Nations Unies d'Assistance au Développement (UNDAF 2017 - 2021).

[20] Étude sur les enfants non scolarisés au Tchad (2016), UNICEF et Ministère de l'Éducation Nationale et de la Promotion Civique).

[21] « 6 réalités sur les inégalités entre les hommes et les femmes dans le monde rural au Tchad », 2013.

[22] Rapport 2014-2015 « enquête démographique et de santé et à Indicateurs multiples au Tchad ». Ce pourcentage n'est pas représentatif de la réalité. Il est en effet difficile d'obtenir des données précises sur cette thématique. Selon le rapport de l'UNAPH, effectué en 2014 suite au forum national sur le handicap, il est estimé qu'il y a 1 691 116 personnes handicapées au Tchad, soit 14% de la population tchadienne.

La faiblesse du développement et des investissements dans le secteur agricole et l'élevage, aggravée par le contexte de crise économique depuis plus de deux ans, le changement climatique et la dégradation de l'environnement, l'accroissement démographique et l'accès limité aux services de base auxquels se rajoutent l'insécurité occasionnée par les crises transfrontalières, sont autant de causes profondes qui expliquent en partie la persistance des situations humanitaires au Tchad.

Les défis liés à l'environnement et à la gestion des ressources naturelles (la dégradation des terres, la faible adaptation au changement climatique, l'ensablement des oasis, la perte de la biodiversité, la baisse de la pluviométrie et des ressources d'eau, etc.) entraînent une situation chronique d'insécurité alimentaire et de malnutrition dans certaines régions du pays, en particulier celles de la bande sahélienne. L'apparition fréquente des ennemis des cultures (oiseaux granivores, chenilles légionnaires, sautereaux, ...) et des inondations fréquentes détruisent les cultures et occasionnent de faibles rendements lors des campagnes agricoles affectant grandement la sécurité alimentaire et l'état nutritionnel des ménages.

Par ailleurs, l'**index sur la faim dans le monde (GHI, 2017) classe le Tchad en situation « alarmante »**^[23] et le rapport sur le coût de la faim rapporte que 43% de la mortalité infantile est lié à la sous-nutrition^[24].

La situation nutritionnelle connaît une dégradation significative liée à la faible production agropastorale et à la soudure précipitée. Aussi, les taux importants de mariages et de grossesses précoces augmentent le risque que connaissent les enfants de souffrir de malnutrition : 29% des mères au Tchad ont moins de 15 ans et leurs enfants ont un risque plus élevé d'avoir un déficit pondéral.

L'accès limité à l'eau potable (56%) et à l'assainissement (16%) affecte la situation sanitaire et nutritionnelle dans le pays. Seuls 48% des habitants des milieux ruraux, qui représentent 78,1% de la population tchadienne, ont accès à l'eau potable. Le manque d'eau potable dans certaines régions du pays et les mauvaises pratiques de stockage d'eau exposent les populations à des maladies hydriques (choléra, hépatite virale E, fièvre typhoïde, ...). De plus, près de 19 000 personnes décèdent chaque année de maladies liées au manque d'accès à l'eau potable et aux mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement^[25].

L'insécurité dans les pays limitrophes du Tchad (Soudan, RCA, Niger, Nigeria et Libye) et l'activisme armé dans la région du Lac occasionnent des déplacements de population vers le Tchad et à l'intérieur du pays. Ce déplacement se traduit généralement par une vulnérabilité accrue des populations en termes de protection. Leur accès aux services de base reste limité et elles sont victimes d'incidents sécuritaires de manière régulière, y compris d'atteintes à l'intégrité physique.

Le manque de documentation juridique et civile, ainsi que les difficultés à enregistrer les nouveau-nés apparaissent également comme des problématiques relativement communes au Sud et au Lac^[26]. Leurs conséquences sont multiples : restrictions de mouvements, risques de détentions arbitraires, risque accru d'apatridie, mais aussi manque d'accès aux services. Malgré l'assistance humanitaire existante, beaucoup de personnes déplacées vivent dans un dénuement complet, ayant perdu leur domicile et n'ayant pas accès à l'eau potable, aux soins de santé ou à des abris décentes.

Les relations intercommunautaires restent tendues au Lac, à l'Est et au Sud. Des affrontements meurtriers survenus entre des communautés sédentaires au Lac autour de l'utilisation des ressources ont été documentés, pendant que la transhumance entraîne des tensions et violations des droits de l'homme au Sud et à l'Est ayant aussi des conséquences pour l'accès et les interventions humanitaires. Une détérioration de la cohésion sociale et des conflits intercommunautaires reste un risque réel et en augmentation pour 2018.

Néanmoins, beaucoup d'exactions et d'incidents de violence commis contre les populations civiles affectées par les crises sont d'ordre criminel, même si certaines d'entre elles peuvent être motivées par des revendications ethniques.

La présence des personnes en déplacement constitue ou est perçue comme constituant une forte pression sur les maigres ressources et services de base dans les zones d'accueil du Tchad,

[23] Avant dernière place sur 119 pays évalués en 2017 : <https://www.ifpri.org/publication/2017-global-hunger-index-inequalities-hunger>.

[24] <http://fr.wfp.org/nouvelles/nouvelles-release/publication-de-chiffres-alar-mants-sur-limpact-de-malnutrition-sur-economie-du-tchad>.

[25] Plan cadre des Nations Unies d'Assistance au développement, UNDAF, Tchad 2017 - 2021.

[26] Voir, par exemple, Oxfam, Analyse de protection, mars 2017 et évaluation multisectorielle des besoins des retournés tchadiens venus de la République Centrafricaine hébergés dans le Département de la Grande Sido, Région du Moyen Chari, mai 2017.

ayant pour conséquence de compliquer les relations avec la communauté hôte.

La militarisation de certaines zones au Tchad ou les vides sécuritaires, comme par exemple les zones insulaires de la région du Lac, occasionnent des déplacements préventifs. Le manque de capacité, voire l'absence, des représentants de l'Etat dans certaines régions continue de compliquer l'accès aux services sociaux de base qui, pour l'instant, restent largement assurés par les partenaires humanitaires. Le déploiement et les capacités des acteurs étatiques/civils de protection, y compris la police, les autorités judiciaires ou les services de l'action sociale restent très faibles, ayant pour conséquence potentielle de freiner aussi les mouvements de retour.

L'analyse des causes profondes des besoins humanitaires au Tchad au cours du processus d'élaboration de l'aperçu des besoins humanitaires (HNO) permettra un alignement des diagnostics et l'élaboration de stratégies intégrées humanitaire – développement dont l'opérationnalisation se fera à partir de l'identification de points de convergence thématiques et/ou géographiques. L'objectif est d'assurer la complémentarité des actions type life-saving, la recherche de solutions durables et la résilience à travers une programmation intégrée entre acteurs humanitaires, de développement et les autorités dans la perspective de mise en œuvre de la nouvelle façon de travailler (NWOW).



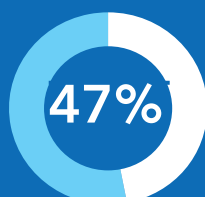
Photo : OCHA/Naomi Fierotte

INDICE DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN

186^{ème}

Source : PNUD, Indice De Développement Humain 2016

SEUIL DE PAUVRETÉ



des Tchadiens vivent en-deçà
du seuil de pauvreté

Source : Banque mondiale 2011

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE

52 ans

Source : Banque mondiale 2014

IMPACT DE LA

CRISE

Les crises humanitaires au Tchad se manifestent à travers l'insécurité alimentaire et la malnutrition, les mouvements de population et les urgences sanitaires qui accroissent la vulnérabilité de plusieurs millions des personnes et affectent les capacités de résilience des communautés.

Insécurité alimentaire et malnutrition

4 millions de personnes seront en insécurité alimentaire en 2018.

Le cadre harmonisé de novembre 2017 relève que 4 millions de personnes souffrent d'insécurité alimentaire parmi lesquelles 890 000 sont en insécurité alimentaire sévère dans 17 départements, la plupart dans la bande sahélienne. Ces personnes incluant les personnes en situation de déplacement seront encore incapables de couvrir leurs besoins alimentaires minimums durant l'année 2018.

Cette situation résulte du déficit de consommation alimentaire considérable, suite à une faible production lors de la campagne agricole précédente, une forte baisse des prix de bétail, et une baisse du pouvoir d'achat (transferts, main d'œuvre agricole). L'analyse de la consommation alimentaire montre que 8,3% des ménages ont une consommation alimentaire pauvre et 15,7% une consommation limite. La bande sahélienne est la plus affectée et présente le niveau le plus élevé de vulnérabilités multidimensionnelles, selon l'Analyse Intégrée du Contexte, réalisée par le PAM en 2017^[27]. La répétition cyclique de ces crises alimentaires, pastorales et nutritionnelles et l'insuffisance de ressources pour y répondre de façon appropriée érodent la capacité des ménages les plus vulnérables à faire face par leurs propres moyens aux difficultés. Cette situation accroît le taux de morbidité et de mortalité parmi les populations vulnérables.

[27] Il s'agit d'une analyse superposant les tendances de l'insécurité alimentaire sur les cinq dernières années, des chocs climatiques sur les deux dernières décennies et de la dégradation de l'environnement.

Cadre harmonisé novembre 2017

Phases du cadre harmonisé

	Période courante oct-déc 2017		Période de soudure juin-août 2018	
	Département	Population	Département	Population
Phase urgence (Ph.4)	0	1 400	0	101 200
Phase crise (Ph.3)	2	314 600	17	788 200
Phase sous pression (Ph.2)	21	2 004 900	28	2 625 800
Phase minimale (Ph.1)	46	11 532 500	24	10 340 200

L'analyse des moyens d'existence montre que 2% des ménages ont développé des stratégies d'urgence et 21% des stratégies de crise. Les contraintes d'accès à une nourriture suffisante, riche et variée ont conduit ces ménages à recourir à des stratégies particulièrement sévères pouvant conduire à une altération de leurs moyens d'existence.

La situation nutritionnelle reste préoccupante ; la prévalence de la malnutrition aigüe globale (MAG) dépasse le seuil d'urgence de 15% (fixé par l'OMS) dans 12 régions sur les 23 que compte le Tchad : Batha, Barh el Gazal, Borkou, Ennedi Est, Ennedi Ouest, Hadjer Lamis, Kanem, Lac, Salamat, Sila, Wadi Fira et N'Djamena ; l'Ennedi Est étant une région avec une forte prévalence de 30% de malnutrition aigüe globale. Les régions du Ouaddaï, du Guera et de la Tandjilé ont une prévalence de 14%, à la limite du seuil d'urgence. La malnutrition aigüe sévère (MAS) affecte 15 régions avec une prévalence supérieure au seuil d'urgence fixé à 2% par l'OMS à savoir Batha (4,1%), Barh el Gazal (4,7%), Borkou (3,0%), Ennedi Est (5,6%), Ennedi Ouest (6,8%), Guéra (2,7%),

PERSONNES DANS LE BESOIN PAR CRISE

INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE
ET MALNUTRITION

4M

MOUVEMENTS DE POPULATION



1,2M

URGENTES SANITAIRES



2M

Hadjer Lamis (3,6%), Kanem (4,1%), Lac (3,4%), Ouaddaï (2,5%), Salamat (6,3%), Sila (4,5%), Tandjilé (4,2%), Wadi Fira (4,8%) et N'Djamena (4,9%).

La malnutrition a des répercussions graves sur le développement global de l'enfant et reste l'une des principales causes de mortalité chez l'enfant. Elle entraîne des retards de croissance, des troubles de développement cognitif ainsi qu'une vulnérabilité aux maladies et la déscolarisation des enfants. Elle réduit les capacités de travail des individus, ce qui entraîne la baisse de la productivité et entrave la croissance économique et l'efficacité des investissements dans les domaines de la santé et de l'éducation, augmentant ainsi la pauvreté^[28]. 56% des Tchadiens ont souffert d'un retard de croissance dans leur enfance, soit plus de 3,4 millions d'individus en âge de travailler empêchés d'atteindre leur plein potentiel.

Selon le cadre harmonisé, 2 004 900 personnes se trouvent actuellement dans une phase sous pression, c'est-à-dire avec une consommation alimentaire réduite, pouvant avoir un impact négatif sur leurs moyens d'existence et leur capacité de résilience. Le nombre de ces personnes augmentera au cours de la prochaine période de soudure et passera à 2 625 800. Les zones actuellement avec les seuils critiques de malnutrition et celles qui frôlent le seuil d'urgence présentent aussi des situations d'insécurité alimentaire sévère et seront particulièrement affectées. Leur population risque de basculer dans une phase de crise alimentaire (phase 3) ou une phase d'urgence (phase 4), particulièrement en cas de choc.

Mouvements de population

Le Tchad compte 634 000 personnes en situation de déplacement.

Les déplacements affectent la situation alimentaire et nutritionnelle et l'accès aux services de base (santé, éducation, eau potable) et constituent une pression sur les maigres ressources existantes (points d'eau, champs notamment) dans les zones d'accueil. Le Tchad compte plus de 634 000 personnes en situation de déplacement (48% des hommes, 52% de femmes et 57% des enfants soit 50% filles et 50% garçons^[29]) et 591 000 personnes constituent la communauté hôte^[30].

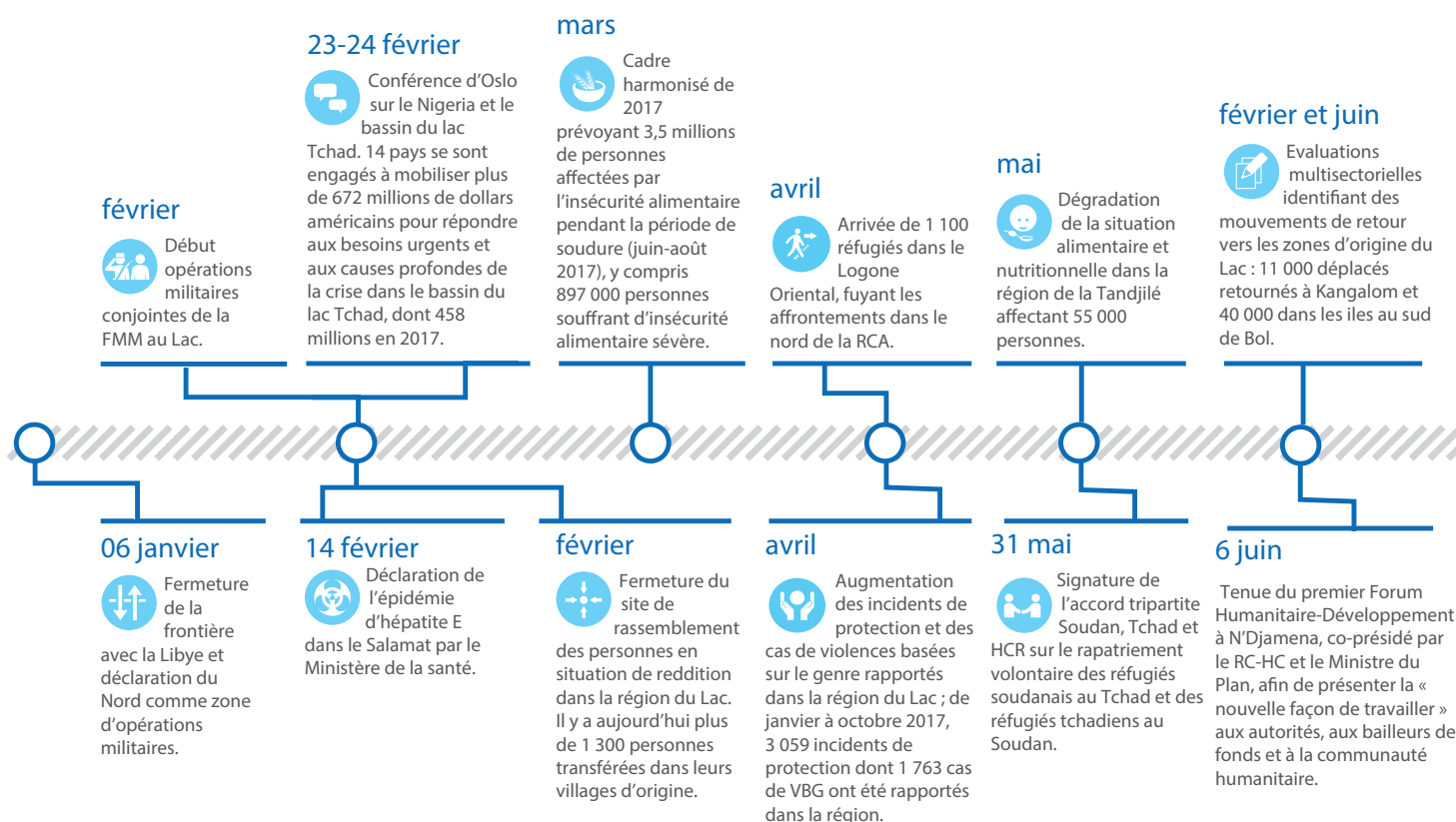
Les personnes déplacées et les communautés hôtes de la région du Lac sont exposées aux risques de protection du fait de l'insécurité persistante dans le bassin du lac Tchad, de la forte présence des hommes en armes et de l'insuffisance des mécanismes communautaires de protection. Les femmes et les enfants sont particulièrement vulnérables et restent exposés aux violences basées sur le genre, à la séparation des enfants d'avec leurs familles et aux traumatismes. Il ressort de l'analyse des données sur les réfugiés au Sud que 57% des femmes sont cheffes de ménages et 56% des enfants. Les conditions de déplacement au Sud, au Lac et à l'Est et d'autres facteurs compliquent souvent la scolarisation des enfants, inter alia, en raison des difficultés liées à leur intégration au système scolaire dans les milieux d'accueil ; à l'état de pauvreté dans lequel se trouvent leurs parents ; au manque de services fonctionnels à

[28] La mortalité infantile associée à la sous-nutrition a réduit de 13% la population active au Tchad et les coûts annuels associés à la sous-nutrition chez l'enfant sont estimés à 575 milliards de CFA, ce qui correspond à 9,5% du PIB du pays. (Source : Le coût de la faim en Afrique - L'incidence sociale et économique de la sous nutrition chez l'enfant au Tchad - 2016).

[29] 409 264 réfugiés et demandeurs d'asile, 101 905 personnes déplacées internes, 51 000 anciens déplacés retournés dans leurs villages d'origine dans le Lac, 70 588 retournés tchadiens (24 681 au lac et 45 907 au sud) et 1 252 ressortissants des pays tiers.

[30] Par communauté hôte s'entend la proportion des populations des villages accueillant les personnes en situation de déplacement.

CHRONOLOGIE DE LA CRISE



proximité et à la discrimination/les animosités tenaces. Les enfants qui ont vu leur accès à l'éducation interrompu sont plus vulnérables aux risques de protection. Les filles sont confrontées au risque de mariage précoce/forcé, grossesse précoce et non désirée, prostitution, exploitation sexuelle et violences basées sur le genre ; et les garçons sont plus susceptibles d'être associés aux groupes armés, s'impliquer dans la criminalité, et s'initier à la drogue.

Les déplacements affectent les communautés hôtes et l'environnement des zones d'accueil au risque d'occasionner des tensions intercommunautaires autour de l'exploitation des ressources naturelles (l'accès aux terres arables, aux bois de cuisson, aux puits pastoraux et aux marres, ...). La fermeture des frontières du Tchad avec le Nigeria, la RCA et la Libye à la suite de l'instabilité sécuritaire qui sévit dans ces pays, affecte les activités économiques dans les régions du Lac, du Sud et de l'Est et les moyens d'existence des populations locales et des personnes en situation de déplacement.

Urgences sanitaires

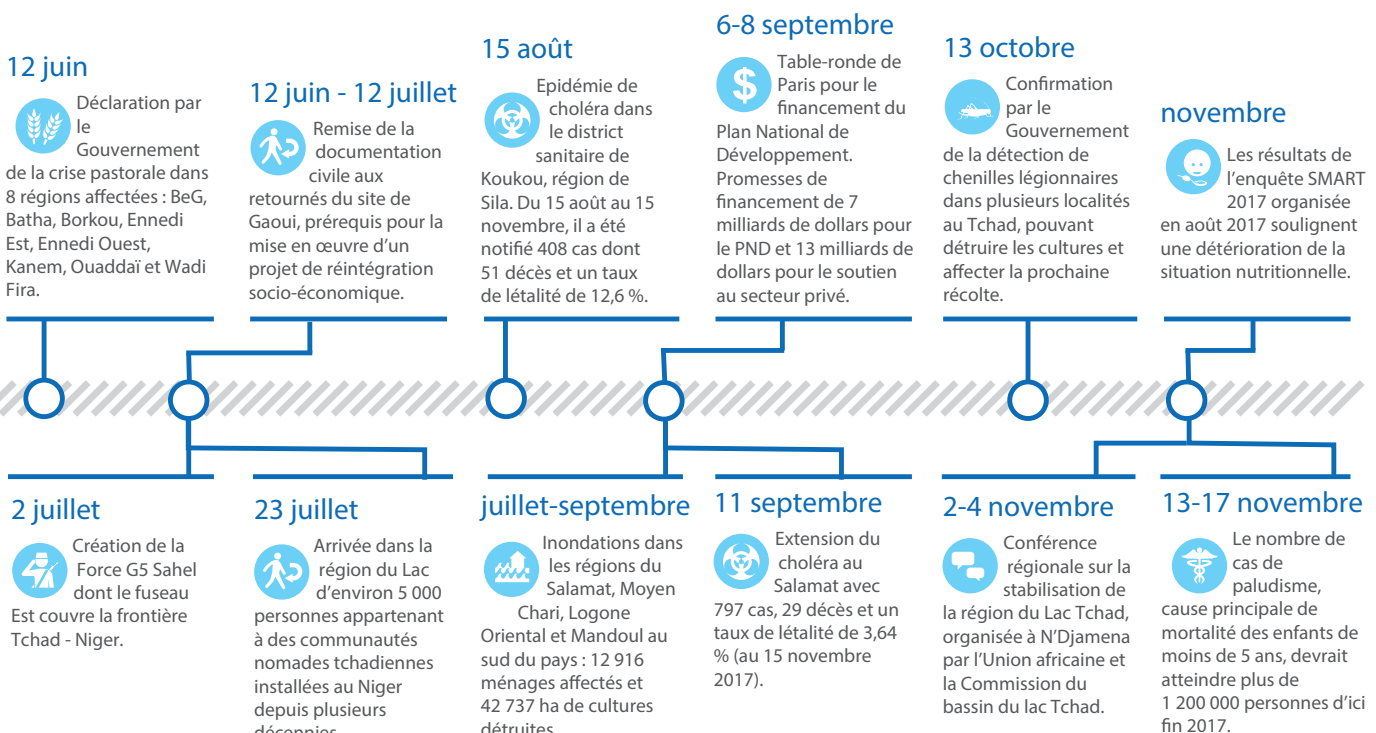
L'insuffisance d'infrastructures sanitaires et du personnel soignant et la pauvreté d'une partie de la population limitent l'accès aux soins de santé. La survenance de maladies à potentiel épidémique, dont l'épidémie de choléra en 2017 est l'une des causes de morbidité et de mortalité au cours de l'année au Tchad. Fin novembre, le nombre total de cas de choléra était de 797 dont 29 cas de décès rapportés durant la période du 11 septembre au 15 novembre dans la région du du Salamat, soit une létalité de 3,64%. La région du Salamat connaît également une épidémie d'hépatite E où un total de 1 859 cas dont 22 décès (soit un taux de létalité de 1,1%) ont été rapportés depuis le début de la crise en septembre 2016 ; l'épidémie perdure suite à l'insuffisance d'eau potable dans la région. En outre, plus de 865 517 cas suspects de paludisme

dont 976 décès ont été notifiés au premier semestre 2017, parmi lesquels 552 169 cas ont été testés dont 495 905 cas et 912 décès ont été confirmés (soit une létalité de 0,18%).

La population reste exposée aux pathologies récurrentes comme le paludisme, la méningite, la rougeole, le tétanos néonatal, les infections respiratoires aiguës et celles liées à la consommation d'eau impropre et au manque d'hygiène et d'assainissement telles que la diarrhée et la fièvre typhoïde, qui ont un impact direct sur la situation socio-économique des ménages et renforcent les vulnérabilités déjà existantes. Les filles et femmes enceintes et allaitantes, les enfants, les personnes âgées, les personnes nomades et enclavées sont particulièrement vulnérables et ont un accès limité aux soins de santé. La situation est aggravée en saison pluvieuse pendant laquelle plus de 50% des structures sanitaires à l'Est et au Sud deviennent physiquement inaccessibles, ce qui fragilise les référencements des malades et limite également l'approvisionnement des intrants médicaux essentiels. La faible couverture vaccinale renforce la fragilité des populations face aux épidémies.

Le manque d'accès aux informations et aux services de santé sexuelle et reproductive de qualité (consultations prénatales, accouchements assistés, planification familiale) augmente le risque de mortalité lors des grossesses et accouchements. La mortalité maternelle reste parmi les plus élevées au monde avec 860 décès pour 100 000 naissances vivantes, et la mortalité infantile est de 72 pour 1 000^[31]. Le faible taux d'utilisation des services de santé de la reproduction (le taux de couverture en accouchements assistés par du personnel qualifié est de 34%), le mauvais état nutritionnel des femmes enceintes, la pauvreté, la persistance d'obstacles socioculturels et religieux sont autant de facteurs qui limitent l'accès des femmes et filles aux soins de santé primaire et augmentent le risque de mortalité infantile et maternelle.

[31] Plan National de Développement 2017 - 2021, Tchad.



PERSONNES AYANT

BESOIN D'ASSISTANCE

Au total 4,4 millions de personnes ont besoin d'une assistance humanitaire multisectorielle et de protection. Ces personnes sont composées de 409 264 réfugiés, 101 905 déplacés internes, 70 588 retournés, 1 252 ressortissants de pays tiers, 51 000 personnes anciennement déplacées dans la région du Lac et retournés dans les villages d'origine et 3,4 millions de populations locales parmi lesquelles 590 782 sont des communautés hôtes de personnes déplacées. Outre une assistance life-saving, ces dernières tout particulièrement ont besoin d'assistance pour améliorer leurs moyens de









subsistance pour faire face aux chocs.

4 millions de personnes ont besoin d'une assistance humanitaire en sécurité alimentaire et nutritionnelle y compris 409 000 000 réfugiés et 71 000 retournés. Plus de 2 millions de personnes n'ont pas accès (ou insuffisamment accès) aux services sociaux de base notamment la santé, l'éducation, l'eau potable et l'assainissement. Parmi les personnes ayant besoin d'assistance, les femmes, les enfants, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap sont les plus vulnérables.

NOMBRE DE PERSONNES DANS LE BESOIN























4,4M

NOMBRE DE PERSONNES AYANT BESOIN D'ASSISTANCE PAR SECTEUR

	PAR STATUT						PAR SEXE & AGE*		TOTAL
	Réfugiés	Retournés	Personnes Déplacées Internes	Personnes déplacées retournées	Communités hôtes	Population locale	% femmes	%enfants, adultes pers. âgées*	Pers. dans le besoin
 Abris/AME/CCCM	409K	71K	102K	51K	-	-	51%	57 39 4%	0,6M
 Eau, Hygiène et Assainissement	409K	65K	102K	51K	-	982M	51%	57 39 4%	1,6M
 Education	190K	45K	55K	-	-	611K	51%	91 9 0%	0,9M
 Nutrition	44K	8K	9K	-	-	1,7M	51%	57 39 4%	1,7M
 Protection	409K	71K	102K	-	253K	-	51%	57 39 4%	0,9M
 Santé	409K	71K	102K	-	-	1,4M	51%	57 39 4%	1,9M
 Sécurité Alimentaire	409K	71K	102K	-	591K	2,8M	51%	57 39 4%	4M
 Réponse multi sectorielle pour les réfugiés	409K	-	-	-	-	-	51%	57 39 4%	0,4M
TOTAL**	409K	71K	102K	51K	591K	3,4M			4,4M

*Enfants (<18 ans), adultes (18-59 ans), pers. âgées (>59 ans)

**Le total n'est pas la somme des personnes dans le besoin puisqu'une même personne peut avoir plusieurs besoins sectoriels et donc être comptée plusieurs fois.

PERS. DANS LE BESOIN		PAR STATUT					PAR SEXE & AGE			TOTAL	
		Réfugiés	Retournés	PDI	PDI Retournés	Communautes hôtes	Population locale	% femmes	% enfants, adultes, pers. âgées*	Pers. dans le besoin	Pop. totale
	BAHR EL GHAZEL	-	-	-	-	-	177 120	47% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	177 120 <div><div></div></div>	337 694
	BATHA	-	-	-	-	-	328 825	52% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	328 825 <div><div></div></div>	626 592
	BORKOU	-	-	-	-	-	34 849	47% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	34 849 <div><div></div></div>	125 005
	CHARI-BAGUIRMI	4 856	-	-	-	-	77 806	50% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	82 662 <div><div></div></div>	762 056
	ENNEDI EST	28 988	-	-	-	-	43 177	45% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	72 165 <div><div></div></div>	143 078
	ENNEDI OUEST	-	-	-	-	-	23 557	45% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	23 557 <div><div></div></div>	80 828
	GUÉRA	-	-	-	-	-	206 111	52% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	206 111 <div><div></div></div>	600 448
	HADJER-LAMIS	-	-	-	-	-	206 467	50% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	206 467 <div><div></div></div>	742 989
	KANEM	-	-	-	-	-	264 845	51% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	264 845 <div><div></div></div>	448 332
	LAC	8 675	24 681	101 905	51 000	48 355	264 444	50% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	500 312 <div><div></div></div>	575 876
	LOGONE OCCIDENTAL	-	1 218	-	-	12 593	117 329	52% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	131 140 <div><div></div></div>	927 752
	LOGONE ORIENTAL	36 575	18 620	-	-	98 970	220 751	51% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	374 916 <div><div></div></div>	1 045 090
	MANDOUL	6 824	1 927	-	-	-	212 462	51% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	221 213 <div><div></div></div>	838 080
	MAYO-KEBBI EST	1 325	-	-	-	-	144 977	52% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	146 302 <div><div></div></div>	1 030 686
	MAYO-KEBBI OUEST	-	-	-	-	-	90 608	52% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	90 608 <div><div></div></div>	757 831
	MOYEN-CHARI	20 143	21 008	-	-	5 887	78 735	50% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	125 773 <div><div></div></div>	789 918
	N'DJAMENA	-	3 134	-	-	-	182 834	47% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	185 968 <div><div></div></div>	1 390 309
	OUADDAÏ	122 270	-	-	-	232 421	145 906	52% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	500 597 <div><div></div></div>	963 234
	SALAMAT	8 061	-	-	-	23 850	56 056	51% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	87 966 <div><div></div></div>	405 292
	SILA	65 190	-	-	-	97 411	23 514	50% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	186 115 <div><div></div></div>	509 070
	TANDJILÉ	-	-	-	-	-	177 130	52% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	177 130 <div><div></div></div>	893 837
	TIBESTI	-	-	-	-	-	8 507	46% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	8 507 <div><div></div></div>	34 131
	WADI FIRA	106 357	-	-	-	71 296	286 173	52% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	463 827 <div><div></div></div>	678 089
TOTAL		409 264	70 588	101 905	51 000	590 782	3 372 183	51% <div><div></div></div>	57 39 4% <div><div></div></div>	4 433 150	14 706 217

*Enfants (<18 ans), adultes (18-59 ans), pers. âgées (>59 ans)

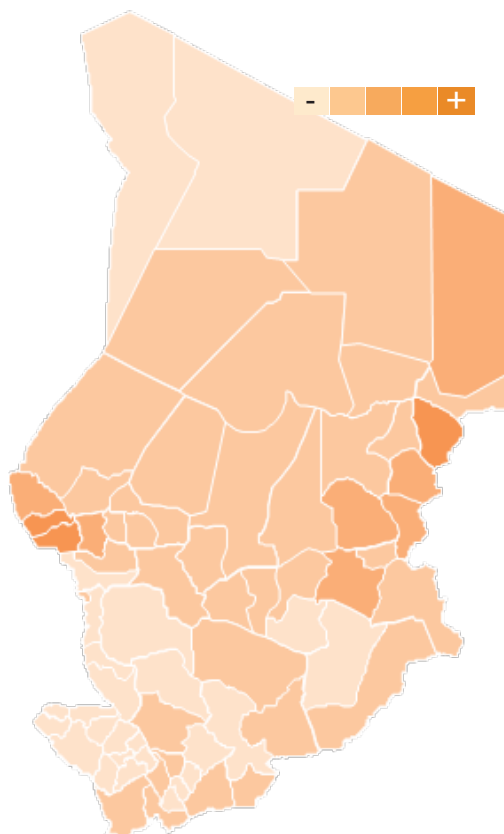
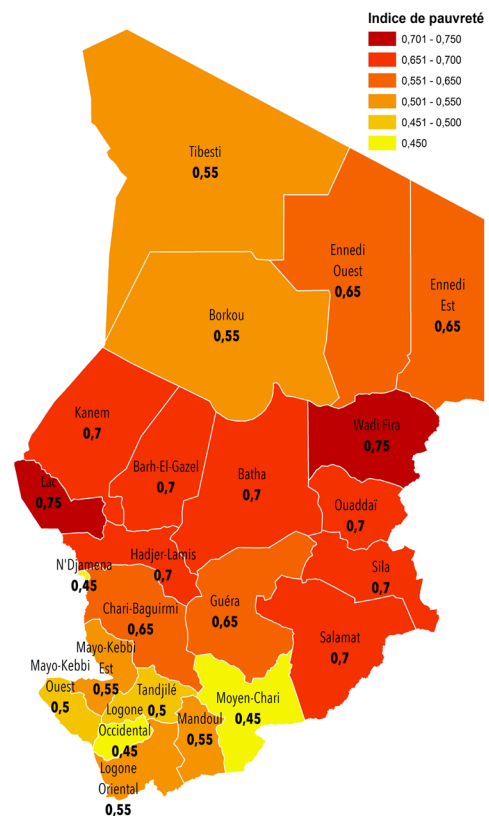
SÉVERITÉ

DES BESOINS

L'analyse des besoins humanitaires au Tchad révèle une vulnérabilité généralisée sur une grande partie du territoire mais fortement accentuée dans les régions de la bande sahélienne et les zones frontalières. Les régions affectées par les déplacements sont plus vulnérables en raison de la pression des arrivants sur les ressources naturelles (bois, pêche, eau...) et services essentiels de base. L'analyse de l'indice de pauvreté multidimensionnelle qui prend en compte des indicateurs multidimensionnels de développement révèle des niveaux de vulnérabilité dans les même zones que celles affectées par les vulnérabilités humanitaires. Cette situation confirme que les besoins humanitaires sont pour la plupart hérités des problématiques de développement et pour lesquels, les causes profondes doivent être solutionnées avec des solutions à moyen et long terme.

La vulnérabilité des régions de la bande sahélienne est essentiellement due aux niveaux élevés d'insécurité alimentaire et de malnutrition. Cette vulnérabilité est exacerbée dans les régions frontalières qui accueillent les réfugiés, déplacés ou retournés. En outre tout le pays fait face à un faible accès aux services sociaux de base notamment la santé, l'éducation et l'eau potable renforçant la fragilité des populations.

16

CARTE DE SEVERITE DES BESOINS^[32]Vulnérabilité humaine^[32]Vulnérabilité structurelle^[33]

[32] Cette carte de sévérité des besoins est une superposition des cartes de sévérités des différentes crises produites à partir de l'outil de comparaison des besoins sur la base d'indicateurs de vulnérabilité identifiés pour chacune des crises au niveau de chaque département. L'outil, accompagné d'instructions techniques, peut être téléchargé sur le site HumanitarianResponse.info. www.humanitarianresponse.info/programme-cycle/space/document/humanitarian-needs-comparison-tool-guidance.

[33] Carte faite sur base de combinaison de plusieurs indicateurs de développement pris en compte pour déterminer l'indice de pauvreté multidimensionnel. Ces indicateurs incluent le taux de fréquentation scolaire, le taux de mortalité infantile, la situation nutritionnelle, l'utilisation de combustibles de cuisine, le taux d'assainissement, l'accès à l'eau, l'accès à l'électricité. Source: rapport de l'étude sur la vulnérabilité (INSEED 2012).

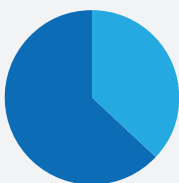
PERCEPTION DES PERSONNES AFFECTÉES

SUR L'ASSISTANCE HUMANITAIRE

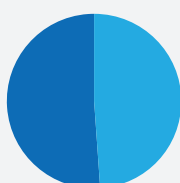
Afin de mieux comprendre la perception de l'assistance humanitaire et des opportunités de participation, la communauté humanitaire au Tchad a mené une enquête pilote auprès de 315 personnes (41% de femmes) représentant des ménages affectés par les crises nigériane et centrafricaine (retournés tchadiens de la RCA; déplacés retournés au Lac, déplacés internes, communautés hôtes et communautés vulnérables ayant reçu de l'assistance humanitaire). Sous la direction de l'Inter cluster (ICC), via des partenaires sélectionnés, des données ont été collectées sur 22 sites, villages d'accueil, ainsi que villages et communautés hôtes des régions du Lac (départements de Kaya, Fouli, Mamdi, Wayi), Logone Oriental (Nya Pendé), Moyen Chari (Grande Sido), et Mandoul (Bahr Sarah), principalement dans les zones où les partenaires fournissent de l'assistance.

Les résultats indiquent que d'importantes améliorations demeurent souhaitables en ce qui concerne l'assistance, et les opportunités de redevabilité.

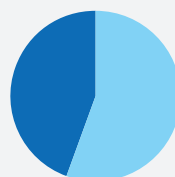
Perception des personnes affectées

**63%**

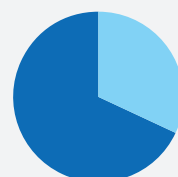
des personnes enquêtées estiment que certaines personnes en besoin ne sont pas prises en compte.

**51%**

des personnes affectées souhaitent une amélioration de la qualité de l'assistance.

**43%**

des personnes affectées ne savent pas qui a droit à l'assistance (ciblage).

**68%**

des personnes affectées préfèrent rapporter les plaintes aux leaders communautaires.

Les perspectives et priorités des personnes affectées doivent constituer la base et le moteur de toute programmation humanitaire. Leur intégration efficace, à toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre, est une responsabilité non seulement de chaque organisation individuelle mais aussi de la communauté humanitaire au Tchad dans son ensemble. Ceci nécessitera la mise en place, au niveau collectif, d'un système fiable et efficace qui permet d'écouter, apprendre et, sur une base régulière, répondre aux points de vue et aux préoccupations des personnes affectées.

PARTIE II:

APERÇU DES BESOINS

APERÇU DES BESOINS PAR CRISE



Insécurité alimentaire et malnutrition



Mouvements de population



Urgences sanitaires

INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MALNUTRITION

APERÇU

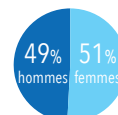


Près de 4 millions de personnes souffrent d'insécurité alimentaire au Tchad, dont 890 000 se trouvent en situation d'insécurité alimentaire sévère^[34], soit une situation similaire à la même période en 2017. La sécurité alimentaire s'est dégradée dans certaines zones encore fragiles, particulièrement dans les départements de Fouli et Kaya, la situation nutritionnelle reste préoccupante dans l'ensemble du pays avec près de 143 793 enfants malnutris sévères notifiés à mi-septembre 2017 et plus de 220 000 enfants atteints de malnutrition aigüe sévère attendus en 2018^[35].

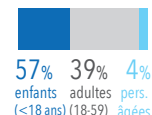
PERS. DANS LE BESOIN

4M

PAR SEXE

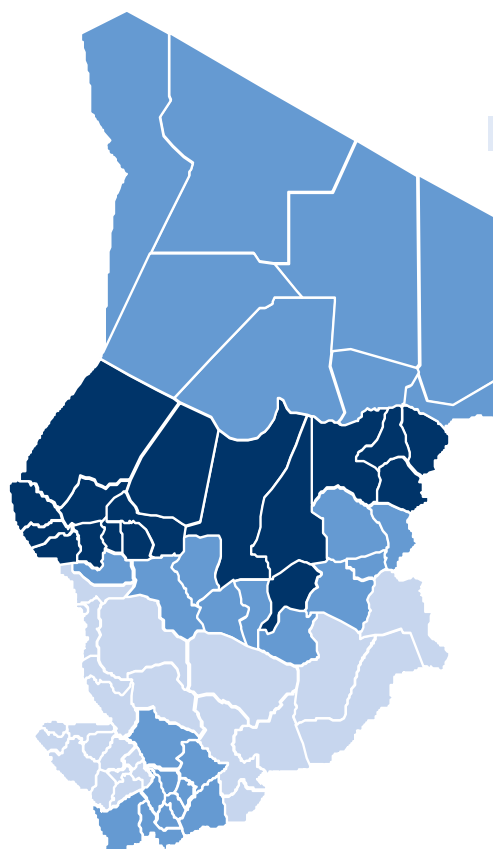


PAR ÂGE

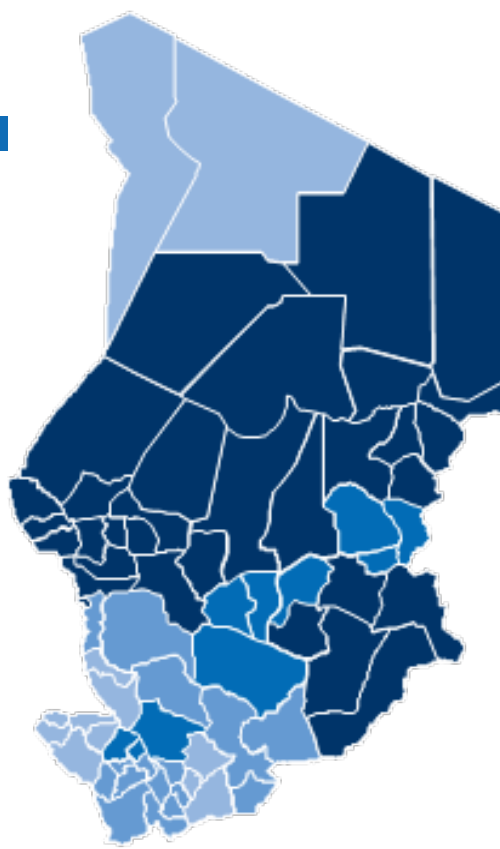


CARTES DE SÉVÉRITÉ

Crise sécurité alimentaire



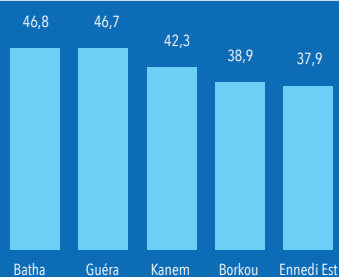
Crise nutritionnelle



[34] Analyse du Cadre Harmonisé, novembre 2017 (phase projetée juin-août).

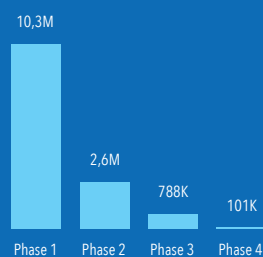
[35] Cluster nutrition, projection 2018.

REGIONS AVEC DES PROPORTIONS ÉLEVÉES DE MÉNAGES AYANT UNE CONSOMMATION ALIMENTAIRE PAUVRE



Source : ENSA 2017

NOMBRE DE PERSONNES EN INSECURITE ALIMENTAIRE PAR PHASE



Source : Cadre Harmonisé, novembre 2017, période projetée (juin-août 2018)

INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

1 personne sur 4 est affectée par l'insécurité alimentaire



Source : Cadre Harmonisé, novembre 2017

L'insécurité alimentaire reste une problématique chronique au Tchad et exacerbée par le contexte socioéconomique difficile que traverse le pays avec la baisse des revenus pétroliers, les changements climatiques qui influent sur la production agricole et animale et les crises humanitaires liées aux mouvements de population.

La campagne agro-pastorale 2017/2018 s'annonce moyenne avec une augmentation de 3,2% de la production céréalière comparée à la moyenne des cinq dernières années mais inférieure de 0,5% par rapport à celle de 2016/2017. Certaines régions ont enregistré une baisse de la production céréalière importante, notamment le Wadi Fira (-27,2%), Barh El Gazel (-20,5%), Kanem (-27,7%); Batha (-4,9%); Lac (-7,6%) et Moyen Chari (-5%). En effet cette situation est encore marquée par les conséquences des aléas climatiques notamment des séquences sèches notées dans certains départements au Sahel malgré une pluviométrie bonne voire excédentaire dans une grande partie des zones agricoles et agropastorales. La mauvaise répartition des pluies dans le temps et dans l'espace a occasionné des inondations et un stress hydrique par endroit occasionnant la destruction de plus de 42 737 hectares de cultures affectant près de 12 916 ménages au cours de la saison pluvieuse 2017 dans les régions du Mandoul, Logone oriental, Moyen Chari, Logone occidentale et Salamat^[36].

Les résultats du cadre harmonisé de novembre 2017 confirment une possible dégradation de la situation alimentaire dans 17 départements essentiellement dans la bande sahélienne durant la période de soudure 2018 (juin-août) qui pourrait fortement affecter 890 000 personnes en insécurité alimentaire sévère et plus 481 000 personnes en situation de déplacement soit 1 371 000 personnes fortement exposées à l'insécurité alimentaire. Ces départements sont Mamdi, Foulï, Kaya, Wayi, Kanem, Kanem Nord, Wadi Bissam, Barh El Ghazel Nord, Barh El Gazel Sud, Batha Est, Batha Ouest, Iriba, Megri, Dar Tama, Biltine, Guera, Mangalme où les personnes vulnérables, notamment les plus pauvres, nécessiteront une assistance alimentaire d'urgence et autres activités de relèvement et de renforcement de la nutrition, de la santé, des moyens d'existence et des capacités de résilience.

Le département de la Tandjilé, qui avait déjà connu un important déficit de production céréalière lors de la dernière campagne et une crise alimentaire et nutritionnelle durant la première moitié de l'année 2017, fait aussi partie des zones à risque d'inondation^[37]. La réponse à cette crise n'a été que partielle et cela pourrait avoir un impact sur la situation alimentaire et nutritionnelle des personnes vulnérables en 2018. L'apparition des ennemis des cultures dont les chenilles légionnaires, les oiseaux granivores, les sautereaux, affecte également la production agricole dans certaines régions comme le Batha (14 000 hectares détruits dans 73 villages dont 10 413 hectares de mil pénicillaire affectant 4 964

ménages), le Sila (62 hectares toutes cultures confondues affectant 54 ménages), et le Ouaddai (198 hectares infestés dans trois localités du département d'Assoungba).

La situation pastorale 2017/2018 reste acceptable mais plusieurs régions ont connu des déficits fourragers importants notamment dans les régions de Wadi Fira, Ouaddai, Batha, Kanem et du Barh El Ghazel à cause du retard dans l'installation de la saison des pluies et des séquences sèches assez longues. Ceci a entraîné une descente précoce des transhumants dès le mois de septembre vers les zones pourvues de pâturages vers le sud susceptible d'engendrer des conflits entre éleveurs et agriculteurs. Le Tchad fait également face à une forte baisse des prix du bétail depuis plus de trois ans en raison de la fermeture de la frontière avec le Nigeria et la chute de la valeur du Naira. De façon spécifique, les petits ruminants généralement détenus par les ménages les plus pauvres ont perdu leur valeur par rapport aux céréales. Pour le mois de février 2017 par exemple, les prix sont en baisse de 14% à Moussoro par rapport à 2016 et de 24% à Bitkine comparés à la moyenne des cinq dernières années. Cette détérioration des termes de l'échange (bétail/céréales) observée sur la plupart des marchés de la zone pastorale et agropastorale réduit la capacité d'achat des ménages éleveurs et agropasteurs et limite leur accès aux aliments^[38].

La situation nutritionnelle reste préoccupante ; les résultats de l'enquête SMART révèlent une détérioration de l'état nutritionnel des enfants avec la prévalence de la malnutrition aigüe globale de 13,9%. Le seuil d'urgence de 15% est dépassé dans 12 des 23 régions du Tchad. Il s'agit de l'Ennedi Est (30,0%), de l'Ennedi Ouest (27,3%), du Salamat (23,0%), du Batha (22,1%), du Barh el Gazel (21,3%), du Wadi Fira (20,5%), du Kanem (19,2%), du Lac (18,1%), du Borkou (17,7%), du Sila (17,1%), d'Hadjer Lamis (16,3%) et N'Djamena (16,3%). La malnutrition aigüe sévère est à 3,9%, un taux supérieur au seuil d'urgence de 2% et à celui de 2016 à 2,6%. 15 régions sur 23 dépassent le seuil d'urgence. Il s'agit des régions de l'Ennedi Ouest (6,8%), Salamat (6,3%), Ennedi Est (5,7%), N'Djamena (4,9%), Wadi Fira (4,8%), Barh el Gazel (4,7%), Sila (4,5%), Tandjilé (4,2%), Batha (4,1%), Kanem (4,1%), Hadjer Lamis (3,4%), Lac (3,4%), Borkou (3,0%), Guéra (2,7%) et Ouaddai (2,5%). Au total, 12 régions, majoritairement situées dans la bande sahélienne, ont été déclarées en situation d'urgence nutritionnelle : il s'agit des régions d'Ennedi Est, d'Ennedi Ouest, du Salamat, du Batha, du Barh el Gazel, du Wadi Fira, du Kanem, du Lac, du Borkou, du Sila, d'Hadjer Lamis et de N'Djamena. La situation nutritionnelle s'est également détériorée dans certaines régions du sud comme dans la Tandjilé, qui présente des taux alarmants comparés à l'an dernier (14,1% de MAG et 4,2% de MAS en 2017 contre 9% de MAG et 1,6% de MAS en 2016). La malnutrition chronique a également augmenté, de 26,2% en 2016 à 32,4% en 2017^[39]. Elle dépasse le seuil critique de 40% fixé par l'OMS dans les régions de Kanem (50,8%), du Ouaddai (44,2%), d'Hadjer Lamis (43,2%) et Barh el Gazel

[36] Les évaluations initiées par les Comités régionaux d'actions des régions du Sud, septembre - octobre 2017.

[37] UNITAR/UNOSAT Bulletin N°8 Flood Finder Tchad 2017.

[38] Bulletin SISAAP N°029, janvier - février 2017.

[39] Enquête SMART Tchad, septembre 2017.

(42,2%).

CAUSES

L'insécurité alimentaire et la malnutrition au Tchad résultent à la fois de causes structurelles et conjoncturelles. Parmi ces causes :

- **La faiblesse du développement et des investissements** dans le secteur agricole et l'élevage, aggravée par le contexte économique depuis plus de deux ans ayant provoqué la suspension ou l'abandon de certains programmes de développement dans ces secteurs clés.
- **La pauvreté** de certains ménages, déplacés et retournés notamment, et tout particulièrement des groupes vulnérables (personnes en situation de handicap, personnes âgées, femmes seules ou cheffes de ménage), se traduit par un accès limité à la terre arable, aux semences de qualité et aux moyens de production.
- **Le faible niveau d'alphabétisation et de scolarisation** se traduit par la faible connaissance et appropriation des techniques agricoles, de la gestion rationnelle des semences et des récoltes, ce qui limite l'accès aux intrants alimentaires de base et les bonnes pratiques alimentaires.
- **La haute prévalence des maladies infantiles**, notamment les infections respiratoires aiguës, les diarrhées et le paludisme, fragilise l'état nutritionnel des enfants déjà sous-alimentés. Cette situation est exacerbée par les conditions d'habitation inadéquates, la faible couverture vaccinale et de supplémentation, ainsi que le faible accès à l'eau potable et aux services de santé.
- **Les pratiques d'allaitement et d'alimentation des jeunes enfants et nourrissons inadéquates** influent sur l'état nutritionnel des enfants. Il s'agit principalement du sevrage précoce de l'allaitement et de la faible diversité d'alimentation complémentaire due aux faibles revenus des ménages, aux ressources agricoles insuffisantes, et au faible accès aux aliments diversifiés sur les marchés.
- **Les inégalités et les pratiques discriminatoires à l'encontre des femmes et des jeunes filles** ont un impact négatif sur la nutrition. Le Tchad est un des pays qui souffre du taux le plus élevé de mariage précoce du monde^[40] : 52% des adolescentes sont mariées à 16 ans et 71% des filles ont déjà un enfant à 19 ans. Ces jeunes femmes/filles sont souvent dépourvues de pouvoir décisionnel y compris concernant leurs droits reproductifs ou n'ont pas suffisamment accès à l'école et aux informations relatives à la santé reproductive et à l'alimentation des jeunes nourrissons^[41]. Le taux de naissances à l'âge de 18 ans est de 47%^[42]. Les enfants des

mères adolescentes ont un risque plus élevé d'avoir un déficit pondéral (un enfant sur cinq naît avec un petit poids), les exposant au risque de malnutrition^[43].

- **Les inégalités structurelles profondes dans les relations entre femmes et hommes** signifient aussi que l'insécurité alimentaire frappe différemment les membres d'un même foyer. Lorsque l'alimentation n'est pas disponible en quantité suffisante pour tous, il n'est pas rare que les femmes mangent moins ou moins souvent afin de privilégier les autres membres de leur famille. La crise alimentaire engendre aussi des problèmes de protection affectant filles et femmes (violences, exploitation sexuelle, mariages précoces, prostitution, etc.). L'éducation et leur santé sont parfois aussi considérées comme des dépenses superflues et sont ainsi éliminées en premier du budget familial.
- **La détérioration de la situation nutritionnelle s'explique globalement par la combinaison de plusieurs facteurs**, à savoir la faible disponibilité alimentaire résultant de la faible production, des chocs climatiques qui ont affecté la situation agro pastorale, le faible pouvoir d'achat dû notamment à la pauvreté, le régime alimentaire déséquilibré, les pratiques alimentaires inappropriées du nourrisson et du jeune enfant, le tout dans un contexte d'accès généralement bas aux services essentiels.

FACTEURS AGGRAVANTS

A ces causes structurelles et conjoncturelles s'ajoutent des facteurs aggravants qui accroissent le risque d'exposition des populations à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition.

- **Les changements climatiques et environnementaux** (sécheresse, inondation) ont des impacts importants sur les moyens de subsistance des ménages les plus pauvres du pays, qui dépendent pour la plupart de l'agriculture (66,6%), de l'élevage, de la pêche et de l'exploitation d'autres ressources naturelles (bois, natron, algues). Ces changements climatiques se traduisent par de faibles pluies et une inégalité spatio-temporelle (déficit dans la bande sahélienne et excédent dans la bande soudanienne). Les pratiques humaines néfastes pour s'adapter à ces changements ou pour assurer la subsistance des ménages, telles que les feux de brousse et la déforestation, ont des conséquences aggravantes sur les écosystèmes et provoquent l'appauvrissement des sols.
- **Les chocs récurrents** dus aux ennemis des cultures, à la pauvreté des sols, au manque de diversification des productions agricoles, à la mauvaise qualité des semences, à la dépendance aux marchés, à l'accès limité à la terre dans certaines zones et à la mauvaise structuration des

[40] Selon certaines sources, avec le taux de 69%, le Tchad est parmi les 3 pays avec le taux le plus élevé de mariages précoces au monde. ; Voir 'Girls Not Brides', <http://chad.unfpa.org/fr/news/le-tchad-lance-la-campagne-nationale-pour-mettre-fin-au-mariage-des-enfants>.

[41] Selon l'Étude sur les enfants non scolarisés au Tchad (2016, UNICEF et Ministère de l'Éducation Nationale et de la Promotion Civique), le taux d'exclusion scolaire

est 56% pour les filles et 48% pour les garçons âgés de 5 à 15 ans,

[42] Unicef Mics http://www.inseedtchad.com/IMG/pdf/mics_2010_tchad_resume_executif-2.pdf et https://www.unicef.org/french/infobycountry/chad_statistics.html.

[43] UNFPA La mère-enfant Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente, 2013.

filères agricoles sont autant de facteurs qui influent grandement sur la sécurité alimentaire des populations au Tchad.

- **Les mouvements de population et l'insécurité** ont un impact négatif sur les capacités de subsistance des populations hôtes. De plus, la pérennisation du déplacement dans une zone où l'accès à la terre arable est restreint, comme dans la région du Lac ou les régions du Sud, accroît la pression de la population sur les maigres ressources existantes, augmentant ainsi les risques de tensions intercommunautaires.
- **La fermeture des frontières** limite les échanges transfrontaliers et aboutit à la baisse des prix du bétail. La fermeture de la frontière avec le Nigeria dès le début de la crise du bassin du lac Tchad en 2015 et l'application continue des mesures de l'état d'urgence décrété en novembre 2015 ont affecté les moyens d'existence des populations subissant déjà les effets du faible développement de la région et aggravant ainsi leur niveau de vulnérabilité. L'insécurité et les restrictions de mouvement dans certaines zones, y compris le Lac, compliquent les transhumances et les transactions commerciales pour le bétail avec le Nigeria et la RCA. Cette situation contribue à la détérioration des termes de l'échange en défaveur des éleveurs et accentue leur vulnérabilité.
- La problématique d'insécurité alimentaire et de malnutrition est fortement corrélée avec **le faible accès aux services sociaux de base** en raison de la faiblesse du système sanitaire, le faible niveau d'alphabétisation et le faible accès à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène. On estime que 50% de la malnutrition est associée à la diarrhée ou à des infections répétées de nématodes intestinaux en raison de l'eau insalubre, un assainissement inadéquat ou des conditions d'hygiène insuffisantes (UK Aid, 2013 "Water, sanitation and hygiene evidence paper"). Les diarrhées à répétition entraînent une baisse de la consommation alimentaire et une mauvaise absorption des nutriments. Les enfants sont alors victimes d'un « cercle vicieux » entre les infections (diarrhées) à répétition et la dégradation de leur statut nutritionnel.

POPULATION AFFECTÉE

Près de 4 millions de personnes sont en insécurité alimentaire et nécessitent une assistance alimentaire. Une attention particulière sera accordée aux 890 000 personnes en insécurité alimentaire sévère, dont 98% se trouvent dans la bande sahélienne^[44]. De plus, près de 634 000 personnes en situation de déplacement (déplacés internes, réfugiés, retournés tchadiens) ont besoin d'assistance alimentaire, sachant que ce nombre pourrait augmenter vu les nouveaux déplacements

enregistrés entre juillet et septembre dans la région du Lac et les nouvelles vagues d'arrivée des retournés tchadiens de la RCA, enregistrées entre avril et août dans les régions du sud du Tchad^[45]. Les personnes âgées et les personnes vivant avec un handicap sont parmi les plus vulnérables et dépendent de la solidarité communautaire. Leur accès aux aliments est le plus à risque une fois que les rations commencent à diminuer^[46]. Il en est de même des ménages dirigés par les femmes, des enfants, des survivantes de violences basées sur le genre, des familles d'accueil dirigées par des femmes seules, des veuves, etc. En raison des inégalités, les femmes, qui jouent un rôle majeur dans la production de vivres et dans le maintien d'économies locales fragiles, ont un accès limité aux moyens de production (engrais, intrants semences, outils, etc.), aux connaissances, au crédit et à la propriété. Généralement en charge des activités agricoles les moins lucratives, elles ont peu de contrôle sur les biens et les bénéfices liés à leur production.

La fermeture des frontières avec le Nigeria et la RCA combinée aux déficits fourragers a particulièrement affecté les moyens d'existence des éleveurs qui font face au ralentissement du commerce du bétail et aux difficultés liées à la transhumance. La situation alimentaire et nutritionnelle des éleveurs de la bande sahélienne, notamment dans les régions du Wadi Fira, Ouaddaï, Sila et Hadjer Lamis affectées par la crise pastorale due notamment à l'assèchement du sol en période de soudure, pourrait se détériorer davantage en 2018.

Les populations des îles du Lac Tchad sont affectées par l'insécurité liée à la crise du bassin du Lac Tchad depuis plus de trois ans avec 101 905 personnes déplacées internes autour de 205 sites et lieux de déplacement vivant dans des conditions difficiles et avec un accès limité à la terre et à d'autres moyens d'existence. L'assistance alimentaire et le renforcement des moyens d'existence restent prioritaires pour ces personnes. Il en est de même pour les 51 000 personnes déplacées internes qui sont retournées dans leurs villages d'origine au courant de l'année 2017^[47]. Cette dynamique de retour continuera et pourrait s'intensifier au courant de l'année 2018.

La crise alimentaire et nutritionnelle dans la Tandjilé, région productrice, a plongé plus de 55 000 personnes dans une situation d'insécurité alimentaire dont 11 000 enfants de moins de cinq ans dans une situation nutritionnelle préoccupante. Cette région autrefois considérée comme un grenier du Tchad est pour la première fois en insécurité alimentaire ; elle a cependant été longtemps affectée par la malnutrition suite à la consommation d'eau impropre. L'analyse des moyens d'existence des ménages (HEA) révèle que près de la moitié (50%) des ménages sont pauvres et leur principale source de nourriture reste la production agricole. Ces personnes ont perdu leurs productions céréalières, ont consommé leurs semences au moment de la crise et pratiquent des stratégies de survie négatives telle que la consommation

[44] Quinze régions affectées par l'insécurité alimentaire : Wafi – Fira, Tibesti, Sila, Salamat, Ouaddaï, Mandoul, Logone orientale, Lac, Hadjer Lamis, Guera, Ennedi Ouest, Ennedi Est, Borkou, Batha et Barh El Gazal.

[45] Évaluation multisectorielle des besoins des retournés tchadiens venus de la République Centrafricaine hébergés dans le Département de la Grande Sido, Région du Moyen Chari, mai 2017.

[46] Évaluation multisectorielle des besoins des retournés tchadiens venus de la République Centrafricaine hébergés dans le Département de la Grande Sido, Région du Moyen Chari, mai 2017.

[47] Depuis février 2017, la dynamique de retour des déplacés internes a été observée dans la région du lac où des récentes évaluations révèlent près de 51 000 personnes retournées (40 000 dans les îles au sud de Bol et 11 000 dans les îles autour de Kangalom).

de racines toxiques. Cela reflète une tendance inquiétante, car des zones comme la Tandjilé, autrefois considérées comme des zones productrices excédentaires, commencent à devenir des zones d'urgence en raison notamment du changement climatique et du faible encadrement des producteurs.

Les populations des régions du sud du pays (Logone oriental, Logone occidentale, Mandoul, Moyen Chari et Salamat) ont vu plusieurs dizaines de milliers d'hectares de cultures détruites par des inondations en 2017, qui ont également détruit leurs habitations et leurs stocks alimentaires. La période de soudure s'annonce particulièrement difficile pour ces personnes en 2018.

BESOINS

En octobre 2017, près de 4 millions de personnes sont en insécurité alimentaire dans l'ensemble du pays et particulièrement dans la bande sahélienne et les zones affectées par les mouvements de populations (au Sud, à l'Est et dans la région du Lac) dont environ 900 000 dans une situation sévère.

La forme sévère de l'insécurité alimentaire affecte les régions de la Tandjilé, du Batha, de Barh el Gazal, du Kanem, de Hadjer Lamis, du Salamat, du Guera, du Lac, du Ouaddaï et de Wadi Fira. Les personnes affectées ont besoin d'assistance alimentaire d'urgence, particulièrement les enfants de moins de cinq ans, les adolescentes et les femmes enceintes et allaitantes.

Près de 2,6 millions^[48] de personnes nécessitent un soutien pour renforcer leur résilience et leurs moyens d'existence, afin d'éviter que leur situation alimentaire ne s'aggrave.

Les personnes en insécurité alimentaire expriment le besoin d'appui pour le rétablissement et le renforcement de leurs moyens d'existence afin d'améliorer les capacités productives et faciliter la relance de certaines activités économiques. Il est essentiel de renforcer l'appui à la production agricole (distribution d'intrants agricoles, aménagements hydro-agricoles, transformation et conservation des produits, etc.), l'appui à l'élevage (aliments bétail, vaccinations, déstockage, etc.), la mise en œuvre d'activités génératrices de revenus et des activités de production d'actifs.

Les 634 000 personnes en situation de déplacement ont toujours besoin d'une assistance alimentaire en vivres ou à travers des transferts monétaires. Elles nécessiteront des solutions durables qui leur donnent des opportunités de mener des activités socio-économiques pour renforcer leur autosuffisance alimentaire et construire des moyens d'existence résilients et durables dans leurs zones de déplacement, du fait que les perspectives de retour dans leurs milieux de provenance restent faibles. Les déplacés internes qui sont retournés dans leurs villages au Lac expriment le besoin d'appui pour reprendre leurs moyens d'existence.

L'Est reste marqué par une forte insécurité alimentaire et des taux de malnutrition au-dessus des seuils d'urgence dans certaines régions. Ainsi, 49% des personnes en insécurité alimentaire sévère au Tchad se trouvent dans les régions d'accueil de 322 192 réfugiés à l'est (Ennedi Est, Wadi Fira, Ouaddaï et Sila), illustrant la fragilité de ces zones d'accueil. La présence prolongée de réfugiés dont les perspectives de retour restent limitées en raison de l'insécurité persistante au Darfour entraîne une pression accrue sur les maigres ressources naturelles des régions d'accueil et affaiblit les moyens d'existence des populations. Il est donc nécessaire d'assister les personnes les plus vulnérables avec une réponse d'urgence et de développer les moyens d'existence des populations dans les zones fragiles. Le développement des activités de production agricole (pluviales et de contre-saison), d'élevage et de santé animale, la formation aux métiers et autres activités génératrices de revenus, et l'investissement dans le secteur agricole et de l'élevage permettront de diversifier les productions et les revenus des familles productrices.

En 2017, l'assistance fournie pendant la période de soudure (entre juillet et septembre) n'a atteint que 60% des personnes dans le besoin. Les personnes en insécurité alimentaire n'ayant pas été assistées en période de soudure ont dû développer des stratégies d'adaptation négatives pouvant mettre en péril leurs moyens de subsistance. Il est essentiel de renforcer la surveillance de la situation alimentaire des ménages dans ces zones et d'envisager des actions de renforcement de leurs moyens d'existence durant cette période de récolte.

En 2018, l'insécurité alimentaire continuera d'affecter les personnes en déplacement et les communautés hôtes, les mettant aussi à risque de stratégies d'adaptation négatives, comme la prostitution et le travail des enfants^[49].

Les retournés tchadiens de la RCA dans les régions du Sud comme les déplacés internes dans la région du Lac resteront particulièrement vulnérables. Leur situation sera davantage fragilisée par les aléas climatiques, les régions du Sud étant exposées au risque d'inondation en saison pluvieuse, et celles de l'Est et du Lac étant exposées à l'assèchement du sol en saison sèche. Les réfugiés continueront à nécessiter une assistance alimentaire en dépit de l'insuffisance des ressources des partenaires humanitaires. Dans une approche d'intégration socio-économique des réfugiés et de cohésion sociale, des programmes d'appui aux moyens d'existence des réfugiés devraient continuer d'intégrer la communauté hôte à l'Est du Tchad. Il importe de renforcer les actions de plaidoyer pour l'accès à la terre et aux documents juridiques pour les réfugiés et retournés tchadiens. L'accès aux documents d'identité, notamment pour les communautés retournées, est indispensable dans une optique d'intégration locale et de solutions durables. Les communautés en déplacement, mais aussi les communautés locales doivent pouvoir avoir accès librement à la terre, aux services essentiels et bancaires et avoir une liberté de mouvement sur le territoire.

[48] Personnes dans la phase 2 du cadre harmonisé.

[49] Évaluation Multisectorielle Rapide des besoins des retournés Tchadiens venus de la République Centrafricaine hébergés à Danamadja et Kobitey, Région du Logone Oriental, août 2017.

Les populations du Lac Tchad ont vu leurs moyens d'existence affectés par les effets du faible développement de la région et aggravés par la fermeture de la frontière avec le Nigeria et les restrictions de mouvements. La crise alimentaire affecte près de 360 000 personnes dans la région du Lac, y compris 187 122 personnes en insécurité alimentaire sévère. Par ailleurs, le taux de malnutrition aigüe sévère est de 3,4% (au-delà du seuil critique de 2%) et celui de la MAG est de 14,7% et proche du seuil d'urgence de 15%. Ces personnes ont besoin d'appui afin de leur permettre de relancer leurs activités économiques, notamment la pêche et l'agriculture. Il est également essentiel que le gouvernement mette en place les conditions minimums de sécurité afin d'assurer la protection des populations. Les acteurs de protection ont également un rôle à jouer, dans le suivi des risques de protection ainsi que pour répondre aux causes sous-jacentes de la malnutrition telles que la discrimination basée sur le sexe et les pratiques traditionnelles néfastes.

Les régions du sud du Tchad restent profondément affectées par l'impact de la crise centrafricaine avec un afflux de population ayant entraîné une pression accrue sur les maigres ressources, déjà affectées par les problématiques liées à l'accès à la terre et le changement climatique. Cette pression accrue détériore les conditions de vie et moyens d'existence des retournés tchadiens (45 907 personnes), réfugiés (76 129 personnes) et communautés hôtes déjà vulnérables, estimées à environ 117 450 personnes dans les cinq régions (Logone oriental et occidental, Mandoul, Moyen Chari, incluant N'Djamena). Dans ce contexte qui a aussi le potentiel d'affecter la cohésion sociale, il est nécessaire de promouvoir l'autosuffisance et l'intégration des populations en situation de déplacement et de soutenir les actions en faveur du renforcement des moyens d'existence. Celles-ci incluent l'amélioration des capacités de production, la transformation et le stockage des produits, la réhabilitation d'infrastructures agropastorales de production, et la valorisation des ressources naturelles disponibles (fabrication de compléments alimentaires pour le bétail). En parallèle, il est également primordial de fournir une assistance alimentaire d'urgence aux personnes les plus vulnérables (8 249 personnes) qui souffrent d'insécurité alimentaire sévère et de malnutrition aigüe parmi les 688 437 personnes en insécurité alimentaire dans les régions du sud.

Au total, 115 689 enfants atteints de malnutrition modérée et 143 793 enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère au Tchad ont été rapportés à mi-septembre 2017^[50]. Étant donné que les causes de la malnutrition sont multiples, une approche intégrée de prévention et de prise en charge de la malnutrition est essentielle afin d'adresser les problématiques spécifiques à la nutrition, la santé, l'éducation, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, la protection et le statut économique et social de la femme (y compris la prévention des mariages et grossesses précoces et son accès à l'éducation)^[51]. Cette approche multisectorielle inclut le renforcement

des programmes de santé dans la prise en charge de la malnutrition aigüe, l'amélioration de l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement, l'accès à l'éducation et le renforcement des campagnes de sensibilisation à travers des messages clés, y compris sur la protection et l'autonomisation de la femme, au profit des populations mais aussi le plaidoyer, par exemple, pour des solutions durables et contre des restrictions de mouvement. Il est essentiel de développer ou d'étendre une approche communautaire de prévention de la malnutrition infantile afin de lutter contre la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq ans, en garantissant l'accès à l'eau potable et à l'hygiène et en s'assurant que chaque structure sanitaire mette en place un minimum d'activités WASH, et des campagnes de promotion des bonnes pratiques familiales (allaitement maternel exclusif, alimentation du nourrisson et du jeune enfant, hygiène, et utilisation de moustiquaires).

En 2018, l'insécurité alimentaire restera préoccupante et pourrait se dégrader davantage si les interventions ne sont pas menées à temps. Il en est de même pour la situation nutritionnelle dont la dégradation a été constatée par l'enquête SMART d'octobre 2017. Les enfants, les filles et les femmes enceintes et allaitantes seront particulièrement affectées dans les 12 régions où la prévalence de la MAG dépasse le seuil critique de 15% ; certaines zones du sud et de la bande sahélienne vont continuer à subir l'effet de la faible production agricole de la campagne 2017/2018^[52].

Enfin, la faiblesse des dispositifs communautaires d'alerte précoce et de gestion des crises alimentaires et nutritionnelles traduite par la faiblesse ou le manque de système de surveillance nutritionnelle, d'alerte précoce et de préparation aux urgences par le Gouvernement ne permet pas d'anticiper les crises et de minimiser les risques liés à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition.



[50] Cluster nutrition, Tchad, septembre 2017.

[52] Cluster nutrition, septembre 2017.

[51] Les familles préfèrent envoyer les garçons à l'école plutôt que les filles. Une fille a 50% de chances en moins d'aller à l'école qu'un garçon. Voir le Ministère de l'éducation nationale, Rapport d'Etat du Système Educatif National Tchadien (RESEN-TCHAD), 2ème Edition, page 47.

MOUVEMENTS DE POPULATION

APERÇU



Plus de 634 000 personnes sont en situation de déplacement au Tchad, incluant 409 264 réfugiés et demandeurs d'asile, 101 905 personnes déplacées internes^[53], 51 000

déplacés internes retournés dans leurs villages d'origine, 70 588 retournés tchadiens (y compris 24 681 retournés au Lac et 45 907 retournés au sud)^[54] auxquelles s'ajoutent quelque 600 000 personnes constituant les communautés d'accueil. À l'Est, 322 914 réfugiés soudanais (soit 79% des réfugiés) occupent 12 camps depuis plus d'une décennie. Les réfugiés centrafricains (76 129 personnes, soit 18% des réfugiés) et les retournés tchadiens de la République Centrafricaine (RCA) sont localisés dans les régions du Sud et les réfugiés nigériens (8 788 personnes, soit 2% de l'ensemble des réfugiés) se trouvent dans la région du Lac, à l'ouest du Tchad.

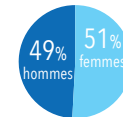
Les réfugiés ont fui la violence et les conflits au Soudan, en République Centrafricaine et au Nigeria. La majorité des retournés tchadiens vient de la RCA et du Niger. La région du Lac connaît des déplacements internes en raison de l'insécurité liée aux attaques de groupes armés et des opérations militaires. Toutes ces personnes font face à de faibles perspectives immédiates de retour dans leur pays ou village d'origine.

Plusieurs vagues de déplacements ont été enregistrées en 2017 avec l'arrivée au Sud de près de 4 430 Centrafricains en raison de violences dans le nord-ouest de la RCA. À l'Est, plus de 600 personnes^[55] de nationalité soudanaise ont trouvé refuge au Tchad, dans le département de Borota, à la suite d'un conflit intercommunautaire survenu dans l'une des régions frontalières du Soudan. Dans le Lac, des nouvelles vagues de déplacements de plusieurs milliers de personnes ont été rapportées de février à septembre 2017. Également la dynamique de retour de quelque 51 000 déplacés internes qui a été observée au cours du premier semestre de 2017 se poursuit.

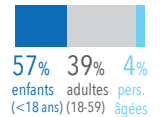
PERS. DANS LE BESOIN

1,2M

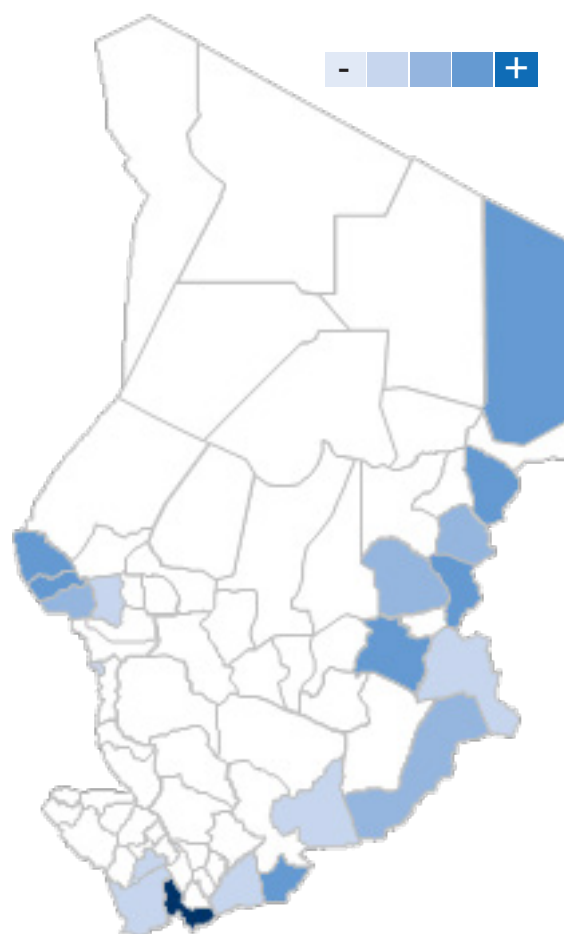
PAR SEXE



PAR ÂGE



CARTE DES SÉVÉRITÉS

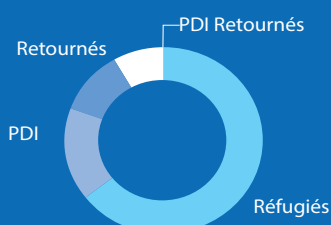


[53] 13 399 récents déplacés de février à septembre, ajoutés à 88 204 personnes sur les 105 000 déplacés enregistrés en janvier 2017 par le DTM/OIM et qui sont encore en déplacement.

[54] Statistiques des réfugiés au 31 octobre 2017, HCR et estimation des déplacés internes par le cluster Abris, NFI, CCCM, novembre 2017.

[55] Rapport de mission du HCR à Borota, 18 août 2017.

RÉPARTITION DES PERSONNES EN SITUATION DE DÉPLACEMENT



POPULATION HÔTE

591 000

personnes affectées par la crise
mouvements de population sont des
populations hôtes.

RÉGION DU LAC

1 personne sur 5
vivant au Lac est déplacée.



Les déplacements se poursuivent dans la région du Lac, mais à un rythme moins soutenu que les années précédentes, en raison du contexte sécuritaire fragile, du sentiment d'insécurité parmi les populations et des conditions de vie précaires. Certains déplacés ont été contraints de se déplacer plusieurs fois en l'espace de quelques mois, montrant ainsi la complexité et le dynamisme des déplacements dans la région et les défis pour la réponse.

CAUSES

Les conflits et l'insécurité dans les pays voisins au Soudan (Darfour), Nigeria et RCA sont la cause principale qui a poussé les réfugiés à fuir leur pays pour trouver refuge au Tchad principalement dans les régions du Lac, à l'Est et au Sud du pays. En plus, plusieurs milliers de retournés tchadiens sont revenus de la RCA, du Nigeria et du Niger entre 2014 et 2017 dont la majorité reste dans les sites et les villages d'accueil.

- **La crise du bassin du Lac Tchad** a entraîné le déplacement interne de 101 905 personnes dans la région du Lac qui ont fui l'insécurité et les violences perpétrées par le groupe armé au Nigeria, au Niger, au Cameroun et au Tchad. Les opérations militaires conduites par la force multinationale contre le groupe armé dans le Lac, depuis le début de l'année ont provoqué de nouveaux déplacements du Niger vers le Tchad. Ainsi 4 634^[56] nouveaux retournés tchadiens en provenance du Niger y ont été recensés en 2017.
- **La crise politico-sécuritaire déclenchée en République Centrafricaine en 2013** a engendré l'arrivée au Tchad de plusieurs milliers de personnes. A ce jour, plus de 122 036 personnes parmi lesquelles 76 129 réfugiés centrafricains et 45 907 retournés tchadiens ayant vécu en RCA depuis plusieurs générations sont installés à N'Djaména (4 728 réfugiés et 3 134 retournés), ainsi que dans des camps et villages au sud du pays. Depuis janvier 2017, le regain de tensions au nord-ouest de la RCA a poussé près de 4 430 personnes à fuir les violences pour trouver refuge dans la région du Logone oriental, au Tchad^[57]. Cette tendance pourrait se poursuivre en 2018 en raison de la situation toujours instable dans ce pays voisin.
- Plus d'une décennie après le début de la **crise du Darfour au Soudan**, ayant provoqué l'arrivée des réfugiés soudanais à l'Est du Tchad, la situation reste marquée par la présence prolongée à ce jour 322 914 personnes dont les perspectives de retour restent limitées en raison de l'insécurité persistante au Darfour malgré la signature le 31 mai 2017 de l'accord tripartite pour un retour volontaire.

FACTEURS AGGRAVANTS

- **La pérennisation du déplacement** accroît la vulnérabilité des populations déplacées et des communautés hôtes ainsi que le risque de tensions intercommunautaires. Les conflits et les tensions intercommunautaires survenus ces derniers mois en raison notamment de la forte pression exercée sur l'accès aux ressources (terre, eau, pâturage) ont engendré des déplacements de population. Les conflits entre agriculteurs et éleveurs et entre populations déplacées et communautés d'accueil rapportés dans la région du Lac et les régions du Sud ont occasionné des pertes en vies humaines et poussé plusieurs centaines de personnes à se déplacer pour trouver refuge dans d'autres localités.
- **Le faible développement structurel** dans les régions d'accueil marqué par l'insuffisance de services de base (écoles, centres de santé, infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement) fragilise la situation des populations en déplacement et celle de la communauté hôte.
- **Les ressources limitées** des partenaires humanitaires conduisent à une priorisation de l'assistance ciblant uniquement les personnes déplacées, ce qui accroît le risque de conflits entre les déplacés et les communautés hôtes également vulnérables.
- **La recherche de l'assistance humanitaire** par les populations vulnérables, particulièrement en période de soudure, est également un facteur de déplacement secondaire dans la région du Lac.
- **Les défis d'accès humanitaire** dans certaines zones, liés aux contraintes sécuritaires, physiques et administratives ont pour conséquence l'absence ou la faible présence d'acteurs humanitaires dans ces zones, entraînant souvent les communautés affectées à se déplacer vers les zones ou sites ciblés par l'assistance (voir annexe).
- **Les vides sécuritaires** créés par l'absence des forces de sécurité et de défense ou les repositionnements des militaires créent un sentiment d'insécurité au sein des populations et occasionnent des déplacements.

POPULATION AFFECTÉE

Les femmes, les personnes âgées^[58], les personnes en situation de handicap, les enfants chefs de ménage, les survivantes de violences basées sur le genre, et les familles d'accueil dirigées par des femmes seules ou veuves sont particulièrement vulnérables, les enfants non-accompagnés ou séparés.

[56] Enregistrement des retournés tchadiens du site de Dar El Kher/Bagasola, CNARR, HCR, 15 août 2017.

[57] Statistiques des réfugiés et retournés tchadiens, décembre 2016 et août 2017, HCR Tchad.

[58] Évaluation multisectorielle des besoins des retournés tchadiens venus de la République Centrafricaine hébergés dans le Département de la Grande Sido, Région du Moyen Chari, mai 2017.

A l'Est du Tchad, 322 914 réfugiés soudanais ayant fui les conflits au Darfour depuis 2003 se trouvent dans 12 camps, un site et dans des villages d'accueil, dans les régions du Wadi Fira, Ouaddaï, Sila, Salamat et Ennedi Est. Parmi cette population, les femmes et filles représentent 54%, les enfants 56% et les personnes âgées 4 %. Environ 600 personnes^[59] de nationalité soudanaise ont trouvé refuge au Tchad en 2017, dans le département de Borota, à la suite d'un conflit intercommunautaire survenu dans l'une des régions frontalières du Soudan. 350 personnes parmi ces nouveaux réfugiés ont été transférées, en août 2017, dans le camp de Tréguine. Les perspectives de retour au Soudan restent incertaines malgré l'accord tripartite signé en mai 2017 entre les gouvernements du Tchad, du Soudan et le HCR sur le retour volontaire des réfugiés. La sécurité, la lutte contre l'impunité, la remise en marche des institutions étatiques et des services sociaux de base sont quelques préalables au retour auxquels le Soudan est confronté.

Le Sud du pays accueille 76 129 réfugiés centrafricains arrivés majoritairement en 2003 et 45 907 retournés tchadiens arrivés en plusieurs vagues depuis décembre 2013 en raison des violences en RCA. Les perspectives de retour en RCA restent faibles malgré les efforts politiques dans le pays et les efforts du Tchad pour faciliter le retour volontaire des réfugiés et retournés, avec la décision en décembre 2016 d'ouvrir trois corridors humanitaires au sud du Tchad.

Les réfugiés centrafricains sont actuellement dans six camps et plusieurs villages d'accueil au sud du Tchad, dans les régions de Logone Oriental et du Moyen Chari. Parmi cette population, les femmes cheffes de ménages représentent 57,64%, les enfants 56,6% et les personnes âgées 3,3 %. Suite aux nouveaux afflux successifs de réfugiés enregistrés dans le sud-ouest du Tchad depuis avril 2017, 4 430 nouveaux arrivants ont été signalés en août 2017. 200 d'entre eux ont été enregistrés, assistés et installés dans le camp de Belom, tandis que les autres ont été transférés et enregistrés dans le site Diba 2.

Dans la région du Lac, 137 030 personnes sont en situation de déplacement depuis 2014-2015 (101 905 PDI, 24 681 retournés tchadiens, 9 192 réfugiés et 1 252 ressortissants de pays tiers) parmi lesquels 6 118 réfugiés vivant dans le camp de Dar Es Salam et le reste dans des villages hôtes et pour lesquels les perspectives d'un retour restent faibles. En ce qui concerne les 101 905 personnes déplacées internes actuellement estimées dans la région du Lac, près de 13 399 personnes sont des nouveaux déplacés rapportés entre février et septembre 2017 qui se sont ajoutés à 105 000 personnes déplacées enregistrées en janvier 2017. Des mouvements de retour ont été rapportés dont près de 51 000 personnes parmi les déplacés (à savoir 40 000 personnes évaluées dans les zones insulaires au sud de Bol et près de 11 000 personnes dans les îles autour de Kangalom) qui sont retournées dans leurs villages de provenance et ont également besoin d'une assistance humanitaire et de solutions durables pour consolider ces retours. A cette situation s'ajoute la problématique de plus de 1 335 personnes, dont 103 enfants non accompagnés, en situation de reddition ou rescapées du groupe armé qui ont été enregistrées par les autorités

depuis novembre 2016 et renvoyées dans leurs cantons, sans stratégie et mesures d'accompagnement, notamment en termes de protection^[60]. Le nombre de ces personnes continue de croître et elles présentent des vulnérabilités multisectorielles et sont également exposées aux risques de stigmatisation et incidents de protection.

De façon générale, les personnes en situation de déplacement bénéficient souvent d'une première assistance de la part des communautés hôtes dans le cadre de la solidarité ou des liens parentaux avant que les acteurs humanitaires ne leur apportent une assistance. Il est important de rappeler que les ressources de la communauté hôte sont limitées et que la pression accrue sur les ressources disponibles, l'augmentation des prix de certains articles et l'accès difficile aux ressources naturelles (terre et pâturage) pourraient engendrer des tensions entre populations hôtes et déplacées. Il est donc primordial que l'assistance humanitaire intègre les personnes les plus vulnérables parmi les communautés hôtes, qui sont estimées à 590 782 personnes.

BESOINS

Situation des réfugiés, retournés et déplacés internes dans la région du Lac

L'accès à l'alimentation, aux soins de santé primaires, à l'éducation, à l'eau potable et aux autres services sociaux de base ressortent des évaluations parmi les besoins prioritaires pour les populations vulnérables dans la région du Lac. L'instabilité sécuritaire continue d'affecter les populations vulnérables (la population en déplacement et les communautés hôtes) et occasionne des déplacements préventifs, notamment signalés à Koulikimé et Kousserie. Les zones frontalières avec le Nigeria et le Niger restent instables et des incursions de membres de groupes armés sont toujours signalées, occasionnant des incidents de protection, ce qui réduit la capacité des personnes en déplacement de restaurer leurs moyens d'auto prise en charge afin de pourvoir à leurs besoins vitaux.

L'insécurité persistante dans certaines zones de la région du Lac, la poursuite des attaques, le calendrier agricole et les activités pastorales rendent le suivi des mouvements de population difficile et la détermination de leur nature parfois complexe. La région du Lac a besoin d'un renforcement des mécanismes de suivi des mouvements de population, afin d'assurer sa continuité et son efficacité. Cette volatilité sécuritaire fragilise les populations, déjà exposées à de nombreux défis, et a un impact néfaste sur les liens sociaux (stigmatisation de certaines communautés, méfiance), sur la capacité des humanitaires à répondre aux besoins de base ainsi que sur le sentiment d'insécurité des populations (manque de protection physique, faible soutien psychosocial, manque d'accès sécurisé, digne et équitable aux services de base, et autres besoins liés à la protection des droits humains).

La fermeture de la frontière avec le Nigeria dès le début de la crise en 2015 et l'application continue de certaines mesures de sécurité ont affecté les moyens d'existence des populations subissant déjà les effets du faible développement

[59] Rapport de mission du HCR à Borota, 18 août 2017.

[60] Réunion de coordination générale de Bol, Compte rendu du 18 août 2017.

de la région et exacerbant ainsi leur niveau de vulnérabilité. Malgré cette fragilité, des dynamiques de retour de populations déplacées sont observées dans certaines localités du sud de la région du Lac, notamment dans les zones insulaires où près de 51 000 personnes ont été signalées. Ce sont en majorité les membres productifs des ménages qui retournent dans leurs zones d'origine à la recherche de moyens d'existence, tandis que les femmes et les enfants restent sur les sites de déplacés. Ces ménages nécessitent des interventions permettant de consolider leurs retours dans les villages d'origine. L'analyse des tendances montre que ces retours pourraient continuer au cours de l'année 2018 et nécessiteront un suivi et un accompagnement de la part de l'Etat à travers un déploiement des services étatiques dans ces zones ainsi qu'une approche stratégique en termes de solutions durables pour une réintégration dans la dignité, la sécurité et avec des opportunités de reprise de leurs activités socio-économiques.

Dans l'optique d'une approche axée sur les solutions durables, la mise en place d'interventions à moyen et long terme est nécessaire pour promouvoir l'autosuffisance, les retours ainsi que l'intégration éventuelle des populations déplacées dans le tissu local. Dans ce contexte, la réponse d'urgence aux besoins vitaux et la protection des populations sont essentielles. Dans les zones de retour des déplacés, les maisons abandonnées depuis plusieurs mois (pour certains déplacés qui sont retournés dans leurs villages) sont en état de délabrement et nécessitent des réhabilitations. Les structures socio-économiques sont quasi inexistantes (marchés, écoles, centres de santé, etc.) laissant les retournés dans une grande difficulté de restauration des moyens d'existence.

Les **incidents de protection** connaissent une augmentation préoccupante dans la région du Lac depuis le début de l'année 2017, impliquant parfois des hommes en charge de la sécurité de ces populations. La tendance est similaire pour les cas rapportés de violences basées sur le genre, qui affectent particulièrement les femmes et les filles déplacées. Entre janvier et octobre 2017, 1 430 incidents de protection ont été documentés sur près de 15 sites les plus affectés au Lac ; la plupart d'entre eux étant attribués à des présumés membres d'un groupe armé dans la zone frontalière (Ngouboua, Kaïga Kindjiria, Konguïa, Tchoukoutalia). La majorité de ces incidents porte atteinte aux biens et propriétés des populations (vol de bétail notamment), mais également à l'intégrité physique (meurtres, assassinats, enlèvements). Cette tendance reste encore partielle, car plusieurs zones du Lac ne sont pas encore couvertes par un mécanisme de monitoring de protection, qu'il soit communautaire ou à travers des agents de protection. Il est rapporté également des cas de violences basées sur le genre dans la région du Lac avec 1 365 incidents de ce genre entre janvier et septembre 2017. L'augmentation du nombre de ces incidents affecte la stabilité des zones d'accueil

et de retour et ne facilite pas la reprise des activités agricoles, de pêche, ou d'élevage. **Il est crucial que le gouvernement tchadien renforce les mesures de protection des civils dans cette région**^[61].

Dans la région du Lac, les femmes ont parfois témoigné de limites d'accès aux marchés par crainte de harcèlement ou d'agressions sexuelles^[62]. Le pouvoir de certains comités de vigilance ainsi que la proximité de certains camps militaires peuvent engendrer des risques de sécurité, exposant les populations civiles à d'éventuelles exactions de la part des militaires, mais aussi aux risques liés aux restes d'explosifs de guerre.

Les femmes vivent également dans une situation de stress permanent dû aux menaces et harcèlement liés aux exactions du groupe armé. Les survivantes des enlèvements se trouvent exposées à un haut niveau de stigmatisation dans leurs communautés d'origine et elles sont souvent délaissées par leurs maris et familles. Celles qui étaient mariées avant, ont été abandonnées par leurs maris et celles qui ne l'étaient pas, sont isolées car elles sont considérées comme une honte pour la famille et se retrouvent sans soutien^[63].

Les violences basées sur le genre rapportées touchent en majorité les filles et les femmes. Ces violences prennent des formes multiples (violences physiques, psychologiques, économiques, sexuelles)^[64]. Le déni de ressources et les violences physiques sont exacerbés par le changement de statut des maris se trouvant dans l'incapacité de pourvoir aux besoins du ménage. Le manque d'activités génératrices de revenus (AGR) ou l'impossibilité de poursuivre certaines activités traditionnelles, comme la pêche, pour les hommes, empêche ces derniers de remplir leur rôle traditionnel de pourvoyeurs de ressources pour la famille. La paupérisation, le prolongement sans issue du déplacement et l'inactivité restreignent de plus en plus leur capacité à assurer l'autonomie économique de la famille, rôle qui revient progressivement à la femme. Ce changement de rôles et le déséquilibre grandissant des rapports entre femmes et hommes a pour conséquence d'acculer certains hommes à une affirmation violente de leur statut^[65]. Le modèle de « masculinité hégémonique » qui prévaut crée un climat général de violence et de conflit, indiquant la nécessité d'approches holistiques qui confèrent les moyens aux hommes de faire des choix de vie non violents.

En ce qui concerne la **violence sexuelle**, des problèmes liés à l'éloignement des services de base (comme les centres de santé) et à l'absence ou au manque d'éclairage des installations sanitaires exposent les femmes à des risques sur le chemin et au niveau des infrastructures^[66]. En 2018, une augmentation des cas rapportés (due, entre autres, à une amélioration du système de collecte d'informations) est attendue.

[61] Rapport monitoring protection, HCR, juillet 2017.

[62] Rapport d'analyse de protection dans la région du Lac, Oxfam, mars 2017, p6. Voir également le rapport mensuel du CRT sur le monitoring de la protection d'août 2017.

[63] IRC, Rapport de l'enquête de sécurité des femmes et des filles menées dans les sites de Moundi, Kadoulou, Kiskawa et Salia, Région du Lac, octobre 2016.

[64] Voir par exemple les statistiques d'incidents de VBG du mois d'août 2017 (Sous Cluster VBG Tchad). Le déni des ressources, l'agression physique et la violence psychologique sont les plus prépondérants.

[65] CARE, Etude sur le bien-être psycho social de la femme, octobre 2015.

[66] En effet, les femmes doivent parfois aller se soulager en plein air par manque de latrines à proximité, par manque de latrines propres ou manque de sensibilisation, les exposant à des risques de violences physiques et sexuelles. Les douches et latrines n'étaient pas éclairées, rendant les femmes réticentes à s'y rendre la nuit tombée, préférant faire leurs besoins à proximité.

La séparation des enfants représente un autre risque, surtout durant les mouvements de population^[67]. Leur prise en charge par les communautés, elles-mêmes vivant dans une précarité chronique, n'est pas toujours garantie et doit être soutenue afin de leur permettre de protéger au mieux ces enfants (sans pour autant créer des facteurs augmentant la séparation des enfants). Au Lac, les enfants séparés, surtout les adolescents, et notamment les filles, constituent une catégorie à risque en termes de recrutement par des réseaux. Ces enfants sont également exposés aux dangers des mines et des engins non-explosés, notamment lorsqu'ils aident leurs familles avec la collecte du bois de chauffe et de l'eau. Dans toutes les zones affectées par les mouvements de population (Lac et Sud), ces enfants sont aussi exposés à des risques d'exploitation et abus, particulièrement le travail des enfants (travaux domestiques, prostitution, mendicité), un aspect qui doit encore davantage faire l'objet d'analyses et de collecte de données.

L'accès aux services sociaux de base reste un impératif pour relancer le développement de la région. Au niveau sanitaire, la région compte seulement 10 médecins, soit 1 médecin pour 53 714 habitants alors que la norme de l'OMS est de 1 médecin pour 10 000 habitants. La couverture en eau potable, hygiène et assainissement demeure faible dans la région du Lac ; le taux de couverture en eau dans les sites de déplacés et retournés est estimé à 50% à la suite des travaux d'aménagement des infrastructures d'eau par les acteurs humanitaires alors que la couverture en assainissement est en dessous de 19%. La défécation à l'air libre fait partie des habitudes des personnes en déplacement ainsi que des populations hôtes. L'accès à l'éducation au Lac reste dérisoire avec 86% des enfants âgés de 3 à 17 ans qui ne vont pas à l'école. Les opportunités d'offrir une éducation d'urgence aux enfants qui n'ont jamais été à l'école ou qui ont interrompu leur scolarité en raison de déplacements ont besoin d'être renforcées, pour assurer la sécurité physique et le bien-être des enfants et réduire leur vulnérabilité face au trafic et au travail des enfants, y compris le recrutement militaire. Un renforcement de l'éducation offrirait un environnement protecteur aux jeunes et lutterait contre l'analphabétisme et la radicalisation. Les conditions des abris de milliers de personnes en situation de déplacement sont en dessous des standards et il est nécessaire d'assurer leur protection contre les intempéries, notamment en saison pluvieuse.

La discrimination et les inégalités en matière d'accès aux services accroissent la vulnérabilité des populations en situation de déplacement. L'éloignement des services (au Lac, l'accès aux soins nécessite parfois plusieurs heures de marche ou de navigation), le manque d'adaptation des services aux besoins des personnes ayant des besoins spécifiques et des enfants, les défis liés aux ressources financières et le manque d'un système de transport pour les personnes les plus vulnérables sont des facteurs qui limitent l'accès des populations vulnérables aux services sociaux de base.

Les faiblesses au niveau des moyens de production agricole, l'absence de revenus pour les ménages déplacés et les stratégies négatives de survie conduisent à l'insécurité

alimentaire. L'enquête SMART de 2017 indique une prévalence de la malnutrition aigüe globale de 18,1% et de la malnutrition aigüe sévère de 3,4% pour la région du Lac, contre respectivement 12,2% et 2,1% en 2016. Également les résultats du cadre harmonisé révèlent que tous les quatre départements de la région du Lac seront en phase crise plongeant 187 122 personnes dans une situation d'insécurité alimentaire sévère durant la période de soudure 2018.

Situation des réfugiés soudanais à l'est du Tchad

L'est du Tchad reste affecté par la présence prolongée de réfugiés soudanais (322 914 personnes) dont les perspectives de retour sont limitées en raison de l'insécurité au Darfour. Après plus d'une décennie d'assistance, des projets d'autonomisation ont été mis en place mais restent insuffisants et ne couvrent pas l'ensemble des besoins. Cette population entraîne une pression accrue sur les maigres ressources naturelles des régions d'accueil, dans un contexte de quasi-inexistence des services sociaux de base, détériorant ainsi les conditions de vie et les moyens d'existence des populations locales du Sila, Wadi Fira et Ouaddaï, qui représentent 455 593 personnes parmi lesquelles 241 747^[68] en situation de grande vulnérabilité alimentaire pendant la prochaine période de soudure (juin-août 2018).

L'Est reste confronté aux aléas agro-climatiques qui affectent les maigres ressources naturelles et accroissent la vulnérabilité des communautés locales dans une région marquée par une forte insécurité alimentaire et des taux de malnutrition au-dessus des seuils d'urgence dans certaines zones. Ainsi, 49% des personnes en insécurité alimentaire sévère au Tchad se trouvent dans les régions d'accueil des réfugiés à l'Est (Ennedi Est, Wadi Fira, Ouaddaï et Sila), illustrant la fragilité de ces zones d'accueil.

Le renforcement de l'autosuffisance et des moyens de subsistance est indispensable parmi les efforts visant à réduire la dépendance des réfugiés à l'aide humanitaire et les risques de stratégies d'adaptation négatives et à faciliter leur intégration socio-économique dans les communautés d'accueil. Les besoins principaux dans ce domaine sont notamment le plaidoyer pour l'accès aux terres arables, le renforcement des infrastructures d'irrigation, la fourniture d'intrants et d'outils agricoles ou encore la facilitation de l'accès aux services financiers. En outre, il est nécessaire de s'assurer que les interventions bénéficient aux réfugiés et aux communautés d'accueil dans le cadre de la promotion de la coexistence pacifique.

La situation nutritionnelle dans les camps de réfugiés soudanais à l'Est reste préoccupante. Bien que l'enquête nutritionnelle de janvier 2017 ait montré une prévalence de la malnutrition aigüe globale de 9,2%, inférieure au seuil d'alerte de 10%, les camps d'Amnabak, Iridimi, et Touloum sont au-dessus de 10% et le camp d'Oure Cassoni a un niveau critique supérieur à 15%. Les cas sévères de malnutrition aigüe restent minimes puisqu'ils sont inférieurs à 2% ; soit 1,2% dans l'ensemble. Par contre, les camps de Oure Cassoni et de Iridimi ont une prévalence de malnutrition aigüe sévère

[67] 40% des ménages déplacés interrogés ont déclaré s'occuper d'au moins un enfant qui n'est pas le leur, pour la plupart des orphelins, selon l'analyse Oxfam de Protection (p7).

[68] Cadre harmonisé, personnes en phase 3 et plus dans les régions du Ouaddaï, Sila et Wadi Fira.

supérieure à 2%. La malnutrition aigüe sévère est liée à un très fort risque de mortalité si elle n'est pas prise en charge rapidement. Globalement, la malnutrition aigüe modérée est dominante dans les camps de réfugiés avec une prévalence de 8,0%^[69]. Il est donc nécessaire d'améliorer l'accès aux services sociaux dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'eau, hygiène et assainissement et de la nutrition à travers la consolidation des structures existantes qui profiteraient également aux communautés hôtes.

Des conflits intercommunautaires entre agriculteurs et éleveurs affectent la stabilité de certaines régions et occasionnent des déplacements sporadiques et de courtes durées. Les limites des couloirs de transhumance ne sont pas respectées dans certaines zones où la population fait face à des contraintes d'accès aux terres arables. Cette situation est exacerbée par la forte sécheresse constatée en saison sèche, qui assèche les marres, les puits pastoraux et les pâturages, entraînant des déplacements d'éleveurs du nord vers le sud du pays de façon précoce, en occasionnant au passage des conflits entre les agriculteurs et les éleveurs.

Situation des réfugiés et des retournés de la Centrafrique

Le sud du Tchad reste profondément affecté par l'impact de la crise centrafricaine. Quelque 45 907 retournés tchadiens de la République Centrafricaine (RCA) ayant fui les violences dans le pays depuis 2013 ainsi que 76 129 réfugiés centrafricains arrivés par vagues successives depuis 2003 sont toujours au Tchad. Les déplacements ont continué en 2017 :

4 430 Centrafricains ont fui la RCA pour trouver refuge au sud du Tchad en raison des violences et de l'instabilité dans le nord-ouest de la RCA. Des retournés sont toujours signalés dans le Salamat mais il est essentiel de faire une vérification ou enregistrement pour confirmer leur nombre.

Les retournés vivent dans cinq sites temporaires et dans des villages d'accueil au sud du pays et à N'Djamena où les analyses ont relevé des besoins importants et urgents dans tous les secteurs pour assurer la survie des plus vulnérables. L'afflux de populations continue d'exercer une pression accrue sur les maigres ressources déjà affectées par le changement climatique et les faibles infrastructures de base, détériorant ainsi les conditions de vie et moyens d'existence pour les communautés hôtes déjà vulnérables estimées à 117 000 personnes.

Ces personnes en déplacement sont confrontées aux difficultés d'accès à l'alimentation, à l'eau potable et aux soins de santé. La consommation de l'eau de marigot les expose au risque de maladies hydriques. Dans le secteur de la santé, bien que l'accès aux soins soit gratuit, la rupture des médicaments essentiels dans les centres de santé et l'éloignement de certains d'entre eux ne favorise pas la fréquentation de ces structures par les retournés^[70]. La situation des enfants, des femmes et des personnes âgées mérite également une attention particulière en termes de protection et d'assistance, notamment les quelques 1 150 enfants qui ont été identifiés comme ayant des besoins spécifiques. Parmi eux, 467 enfants sont séparés et non-accompagnés ; et 1 590 femmes ont été

identifiées comme cheffes de ménage et sont considérées comme des femmes à risque dans le contexte de l'urgence.

Plus de 90% de ce groupe n'a pas de carte d'identité et beaucoup restent sans documents d'état civil les exposant au risque élevé d'apatridie, à l'image de la population tchadienne. A ce phénomène s'ajoute la problématique d'exploitation sexuelle pour la survie qui a pris de l'ampleur dans les régions du Sud autour des sites du fait du faible accès aux moyens d'existence, de la diminution et l'imprévisibilité de l'assistance alimentaire, et de l'insuffisance des mesures d'accompagnement adéquates pour favoriser l'autonomisation socio-économique des réfugiés et retournés tchadiens les plus à risque.

Malgré les progrès réalisés pour faciliter le retour volontaire des réfugiés et retournés en RCA, avec la décision du Tchad en décembre 2016 d'ouvrir trois corridors humanitaires au sud du Tchad, le contexte actuel en RCA ne rassemble pas les conditions de sécurité nécessaires pour opérationnaliser cette option. En outre, les résultats des enquêtes sur les intentions de retour réalisées en septembre 2014 dans les six camps de réfugiés centrafricains ont montré qu'environ 82% des réfugiés préfèrent rester au Tchad en attendant l'amélioration de la situation sécuritaire, politique et socio-économique dans leur pays. De plus, une évaluation en novembre 2016 a révélé que 85% des retournés tchadiens souhaitent rester dans leur lieu de résidence actuel, soulignant la nécessité de bénéficier de solutions durables qui renforcent leurs moyens d'existence et favorisent l'intégration locale. Ceci passe par l'accès à la documentation pour les 6 321 retournés tchadiens ayant déjà reçu des récépissés^[71], la mise en place de l'approche de villagisation des camps de réfugiés, afin de promouvoir l'intégration locale des réfugiés centrafricains et l'identification et le développement des opportunités socio-économiques pour les populations déplacées et hôtes, notamment en favorisant l'accès à la terre, au microcrédit, à l'emploi, à la formation, etc.

Le renforcement de l'accès aux services sociaux de base dans les secteurs de la santé, l'éducation, le WASH et la nutrition, reste fondamental pour les populations déplacées et les communautés locales au Sud afin de maintenir les standards humanitaires minimums qui pourraient se détériorer. Ceci passe par la consolidation des structures locales déjà existantes afin d'améliorer la qualité des soins de santé primaire, en mettant un accent sur la santé de la reproduction et infantile pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, et sur la prévention et la prise en charge du paludisme. Il est également essentiel d'assurer l'accès à l'école primaire et secondaire pour les élèves en âge scolaire (3 à 17 ans), d'identifier et prendre en charge les personnes vulnérables (comme les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, etc.) et de construire et réhabiliter les infrastructures d'eau et assainissement, dans les écoles et dans les centres de santé ; tout en renforçant la formation et la participation communautaire pour la gestion et la maintenance des ouvrages.

[69] Enquêtes nutritionnelles dans les camps de réfugiés soudanais à l'est du Tchad du 7 décembre 2016 au 22 janvier 2017, UNHCR - SENS, février 2017.

[70] Extrait rapport trimestriel 2017, Grande Sido, Care International. Rapport de suivi de la situation humanitaire à Djako, 1er mars 2017.

[71] Atelier d'échange d'expérience dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'appui à la réinsertion des retournés de la RCA et de soutien aux communautés hôtes au Tchad, Goré, 28 juin 2017.

URGENCES SANITAIRES

APERÇU



La situation sanitaire est caractérisée par la prévalence de maladies à potentiel épidémique, telles que le choléra, l'hépatite E et la rougeole, aggravée par la faiblesse du système de santé, les mauvaises pratiques d'hygiène et le faible accès à l'eau et à l'assainissement. Les régions du Sila et du Salamat ont notifié au 16 octobre 2017, 689 cas de choléra dont 67 décès. L'expansion de cette épidémie dans d'autres régions de l'Est et du Sud reste probable du fait de l'insuffisance d'eau potable, de la faiblesse des pratiques d'hygiène et d'assainissement, ainsi que du déplacement des communautés nomades. En outre, la proximité du Tchad avec le Nigeria, où l'épidémie de choléra est déclarée dans la région de Borno, nécessite une surveillance accrue et un pré-positionnement dans les zones frontalières à risque à l'ouest du pays.

L'épidémie d'hépatite E qui affecte la région du Salamat depuis 2016, et qui avait été déclarée par le gouvernement tchadien en février 2017, continue de rapporter des cas dans les districts sanitaires d'Am-timan et d'Aboudéia, où un total de 1 859 cas dont 22 décès (soit un taux de létalité de 1,1%) ont été notifiés au 10 octobre 2017.

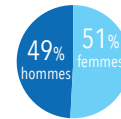
La population reste exposée aux pathologies récurrentes comme le paludisme, la méningite, la rougeole, le tétanos néo natal, la paralysie flasque aigüe, les infections respiratoires aigües et la conjonctivite chez les enfants, et celles liées au manque d'hygiène, d'assainissement et à la consommation d'eau non potable telles que la diarrhée, la fièvre typhoïde, et les infections cutanées.

Le paludisme est la cause principale de mortalité des enfants de moins de cinq ans et affecte la majorité des régions du Tchad. Au premier semestre 2017, 865 517 cas suspects de paludisme dont 976 décès ont été notifiés. Parmi ces cas, seuls 552 169 cas ont été testés, dont 495 905 cas et 912 décès confirmés (soit une létalité de 0,18%). Le nombre de cas devrait atteindre plus de 1 500 000 d'ici la fin 2017 dans l'ensemble du territoire national avec un nombre plus élevé dans les régions du sud et à N'Djamena. La saison pluvieuse

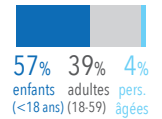
PERS. DANS LE BESOIN

1,9M

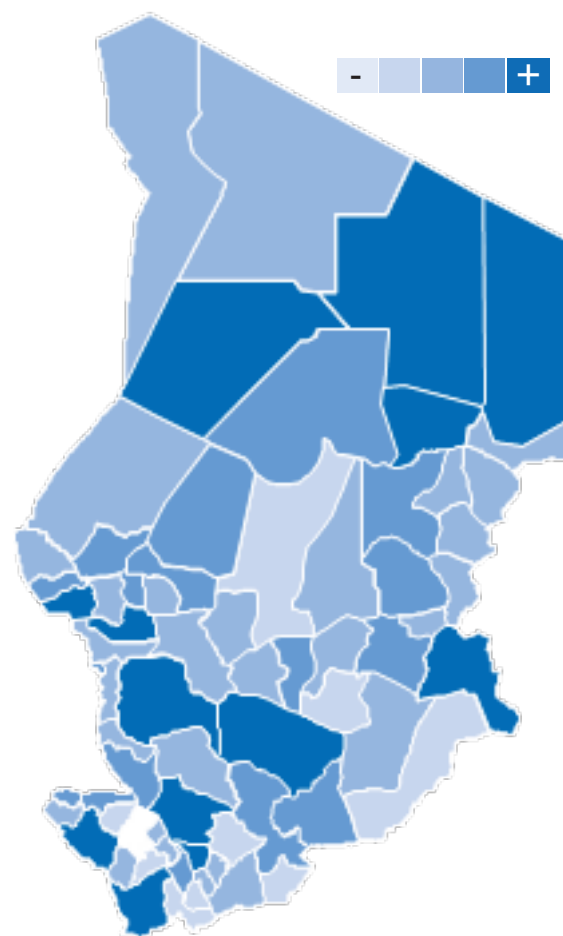
PAR SEXE



PAR AGE



CARTE DES SÉVÉRITÉS

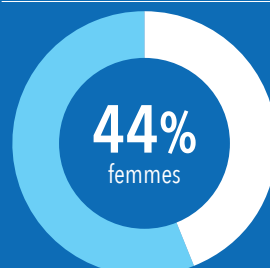


TAUX DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

133
pour 1000

Source : EDS-MICS, 2014-2015

PRÉVALENCE DE LA MUTILATION GÉNÉRALE FÉMININE



TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

860
décès pour
100 000
naissances vivantes

Source : UNFPA, octobre 2016

est la période de pic pour cette maladie qui fragilise également la situation socio-économique des populations, entraînant l'arrêt de travail et une baisse des revenus des ménages^[72].

L'analyse de tendance de la surveillance épidémiologique révèle que 240 cas de méningite dont 20 décès (soit un taux de létalité de 8,3%) ; 279 cas de rougeole dont trois décès (soit une létalité de 1,07%) et 122 cas de tétanos néonatal dont 35 décès (soit une létalité de 28,7%) ont été notifiés durant le premier semestre de l'année 2017 sur l'ensemble du territoire. La rougeole touche de façon plus sévère les zones à l'ouest du Tchad (frontalières avec le Niger, le Nigeria, et le Cameroun), ainsi que les régions du Barh el Gazal, Batha, Guera, Sila, Ouaddai et Salamat à l'est et au centre du pays. Les régions du Nord continuent de notifier des cas de piqûres de scorpion avec 4 257 cas dont 37 décès (soit une létalité de 0,86%) durant le premier semestre de l'année 2017.

Par ailleurs, la mortalité maternelle au Tchad reste parmi les plus élevées au monde malgré la baisse de 1 099 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2014 à 860 décès pour 100 000 naissances vivantes aujourd'hui^[73]. Aujourd'hui au Tchad, **une femme en âge de procréer sur seize risque de mourir pendant l'accouchement**. Le Tchad est caractérisé par un taux de mariage précoce élevé (72%) et une fécondité précoce élevée chez les jeunes de 15 à 19 ans. A 19 ans, 62 % des jeunes filles ont déjà eu au moins un enfant^[74] augmentant le risque de décès chez les adolescentes. Alors que les décès maternels représentent 45% de tous les décès de femmes de 15 – 45 ans, les adolescentes représentent 51% des décès maternels.

Un autre défi est celui lié à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dont le taux de prévalence qui était de 3,3% en 2005 (EDST1) est passé à 2,5% fin 2013 (estimation ONUSIDA) pour atteindre 1,6% en 2014 – 2015^[75]. Les régions de Borkou et Tibesti présentent une prévalence élevée (5,2% et 5,5%) suivies de Moyen Chari avec 4,3%. La rupture fréquente des antirétroviraux (ARV) augmente la vulnérabilité de cette couche de population qui est déjà fragilisée par les situations de crises humanitaires, notamment dans la région du Lac où la prévalence est plus élevée que la moyenne nationale. Un renforcement des connaissances sur les moyens de prévenir la contamination par le VIH/SIDA est par ailleurs nécessaire seulement 27% des femmes et 47% des hommes connaissent les principaux moyens de prévention du VIH/SIDA, cette connaissance étant plus faible encore chez les jeunes.

CAUSES

- **La faiblesse structurelle et le dysfonctionnement des structures sanitaires** constituent des obstacles à l'accès aux services de santé. Le système sanitaire dispose de 1 652 zones de responsabilité dont 1 334 sont fonctionnelles pour une population de 14,7 millions

d'habitants. Certains centres de santé ne respectent pas les critères d'implantation en termes d'infrastructure, de disponibilité du personnel qualifié et du plateau technique nécessaire, ce qui affecte la qualité des soins. Le système de référencement reste en général faible dans l'ensemble du pays et prive des millions de malades de soins secondaires.

- **La faible couverture vaccinale^[76] à l'échelle du pays reste un défi** : la faiblesse du système sanitaire en général affecte l'organisation des soins de qualité et le maintien de la surveillance épidémiologique dans l'ensemble du pays. Plusieurs structures sanitaires éprouvent des difficultés à maintenir la chaîne de froid, et le circuit d'approvisionnement des vaccins reste très lourd. La situation se présente avec acuité dans plusieurs régions notamment au nord du Tchad où la couverture vaccinale est inférieure à 10%.
- **L'accès aux soins de santé reste difficile** pour une grande partie de la population du fait de l'insuffisance des structures sanitaires et du personnel soignant (1 médecin pour 77 856 habitants). Certains ménages doivent parcourir de longues distances allant de 20 à 50 km pour accéder à des soins. Le Tchad compte uniquement six hôpitaux régionaux disposant d'infrastructures appropriées. L'accès est davantage limité pour les ménages les plus pauvres ne pouvant pas payer les frais exigés pour les soins.
- **Le faible accès à l'eau potable et à l'assainissement** est l'un des facteurs qui favorise la survenance des maladies diarrhéiques et affecte l'état nutritionnel des enfants. Malgré des efforts consentis dans ce secteur, seuls 56% des ménages ont accès à l'eau potable ; 7% des ménages ont accès à des latrines et le taux d'assainissement est de 16%^[77].
- **La persistance des inégalités de sexe et les pratiques, croyances et perceptions socio-culturelles** favorisent certaines pratiques néfastes avec des risques sanitaires, notamment chez les femmes et les enfants. Les mariages précoces conduisent à un nombre important de grossesses chez les adolescentes, mettant en risque la santé de celles-ci ainsi que de leurs nouveaux-nés. Le fait que les hommes aient parfois différentes partenaires sexuelles expose aussi leurs compagnes au risque de contracter des maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH SIDA. Ainsi, une enquête nationale révèle que la proportion d'hommes ayant eu au moins deux partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois est plus élevée que celle des femmes (6% contre 1%). Parmi ces hommes, le plus souvent en union, seulement 10% ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant les derniers rapports sexuels^[78]. Les mutilations génitales, pratiquées dans la majorité des régions, touchent 38% des filles et des femmes.

[72] Service de surveillance épidémiologique intégré (SSEi) à la semaine 36, Ministère de la santé, 11 septembre 2017.

[73] PND3 Tchad, page 16.

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

[75] EDST MICS 2014 – 2015, PND3 Tchad, page 60.

[76] La couverture vaccinale complète avant le premier anniversaire est passée de 11% en 2004 à 25% en 2014 (MSP - Plan national de développement sanitaire n°3 (2018 – 2021), juin 2017).

[77] Plan national de développement sanitaire 2018 – 2021, Ministère de la santé, juin 2017.

[78] Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED), 2016, Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS) 2014-2015.

FACTEURS AGGRAVANTS

- **La situation épidémiologique reste inquiétante dans les pays limitrophes au Tchad** et représente un facteur de risque dans les régions frontalières du fait de la fluidité des circulations et la faible couverture vaccinale. Le choléra sévit au Nigeria, l'hépatite E au Niger et la flambée de gastro entérite au Soudan^[79]. A ces facteurs s'ajoutent les transhumances, les mouvements de population, l'enclavement de certaines zones et la pression culturelle qui constituent d'autres facteurs favorables à la non maîtrise du statut vaccinal et à la propagation des épidémies au Tchad.
- **Le faible niveau de scolarité et d'alphabétisation** limite l'impact des actions de prévention faites à travers les sensibilisations sur les questions d'hygiène, d'assainissement, de nutrition et de risques sanitaires. Il influence aussi grandement le comportement des individus dans leur recherche de soins. Ainsi, seulement 14% des naissances issues de femmes sans instruction contre 57% des naissances de femmes ayant le niveau d'instruction secondaire ou supérieur ont eu lieu dans un établissement de santé^[80].
- **L'enclavement** de certaines localités en saison pluvieuse, particulièrement dans les régions de l'Est et du Sud du Tchad, limite l'approvisionnement des médicaments, des intrants nutritionnels et l'appui nécessaire aux structures sanitaires, et limite également l'accès des populations aux soins de santé. Les femmes enceintes, les enfants atteints de malnutrition, les personnes âgées, les personnes vivant avec un handicap sont particulièrement vulnérables. Plus de 40% des structures sanitaires de l'Est et près de 50% des centres de santé des districts sanitaires du Sud sont inaccessibles en saison pluvieuse.
- **La pauvreté touche près de la moitié de la population** le régime alimentaire est principalement basé sur les céréales (sorgho et mil) et les racines et tubercules (manioc, igname), complété par des légumineuses. La consommation de produits animaux et de fruits et légumes, aliments riches en micronutriments, est faible. La situation est aggravée parmi les ménages vulnérables avec un faible revenu. La pauvre alimentation les expose au risque de malnutrition et à des maladies opportunistes^[81].

POPULATION AFFECTÉE

Les personnes qui habitent en milieu rural (soit 78% de la population tchadienne)^[82] et en particulier les populations qui sont éloignées des structures sanitaires ou ont un accès limité en raison de la pauvreté, de la faible éducation, de croyances

socioculturelles et du dysfonctionnement de certaines structures sanitaires, sont les plus affectées.

Les populations en situation de déplacement dans le Lac et dans les régions du Sud (retournés, PDI, réfugiés) sont particulièrement vulnérables. Ces vulnérabilités atteignent également les communautés hôtes dont les revenus sont faibles et limités. L'accessibilité devient de plus en plus difficile en saison pluvieuse en raison de l'état de délabrement des routes et du débordement des cours d'eau.

Les populations nomades et insulaires ont un accès limité aux structures sanitaires. A noter que les populations nomades qui représentent 6,5% de la population tchadienne ont un taux de mortalité 2,5 fois supérieur à la moyenne.

Les enfants sont les plus affectés par le choléra, la rougeole et le paludisme, particulièrement ceux qui sont affectés par la malnutrition. Le nombre d'enfants de moins de cinq ans est estimé à 2,7 millions (sur 14,7 millions d'habitants)^[83]. On estime qu'environ un enfant sur sept meurt avant d'atteindre cinq ans^[84]. Les enfants bouviers n'ont aucun accès à la santé et restent particulièrement vulnérables.

Les filles et les femmes enceintes et allaitantes sont également vulnérables et exposées au risque de mortalité maternelle qui s'explique par l'exposition au paludisme, le faible accès aux soins obstétricaux, à l'accouchement assisté, le faible taux de prévalence contraceptive auxquels s'ajoutent les structures sanitaires inadéquates, sous-équipées et sous-staffées en nombre et en qualité et les mariages précoces. Le faible taux d'utilisation des services de santé de la reproduction de qualité, le mauvais état nutritionnel des femmes enceintes, la pauvreté, la persistance d'obstacles socioculturels et religieux sont autant de facteurs qui limitent l'accès des femmes et filles aux soins de santé primaire. Les femmes et surtout les adolescentes sont le plus souvent victimes de violences sexuelles et violences basées sur le genre, un phénomène prenant ses racines dans leur statut économique et social inférieur et favorisé par la crise humanitaire.

Les services offrent rarement des réponses adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap, des personnes âgées et des enfants. L'accès est aussi compliqué pour les femmes, à cause des barrières coutumières, du manque de pouvoir décisionnel, d'une situation de dépendance économique ou des barrières liées au manque de soins appropriés (exemple : manque de kits PEP) et de confidentialité. Le manque d'informations sur les services disponibles peut poser une barrière supplémentaire, par exemple, pour les Peuls^[85]. Ces derniers ont tendance à s'écarter du reste des retournés ce qui affecte aussi leur connaissance des services disponibles.

[79] WHO, Soudan Acute Diarrhea, Update week 38, 16 - 22 September, 2017.

[80] Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED), 2016, Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS) 2014-2015.

[81] Profil nutritionnel du Tchad, Division de la nutrition et de la protection des consommateurs, FAO, 2009.

[82] Plan National de Développement, 2017 - 2021.

[83] Indicateurs Banque Mondiale, 2015 : <http://donnees.banquemondiale.org/pays/tchad?view=chart>.

[84] UNICEF, à l'occasion de la Journée Humanitaire Mondiale, août 2016.

[85] Leur mode de vie a été bousculée par la situation de déplacement et la fermeture de la frontière Tchad-RCA qui a stoppé le phénomène de transhumance.

BESOINS

Améliorer la prévention des maladies à potentiel

épidémique telles que le choléra, l'hépatite E, le paludisme reste une priorité dans les zones endémiques et à forte concentration de personnes, dans le contexte d'urgence et la nécessité de répondre aux causes structurelles de ces épidémies.

Il est primordial de **renforcer la surveillance**

épidémiologique et accroître la couverture vaccinale.

L'acheminement des intrants et l'amélioration de la chaîne de froid pour la conservation des vaccins restent primordiaux. Une attention particulière doit être portée aux activités de prévention et de préparation contre la propagation des maladies dans les zones à risque. L'analyse sanitaire se basant sur plusieurs sources d'informations^[86] révèle que la région du Lac court un risque d'apparition de maladies à potentiel épidémique telles que l'hépatite E^[87], le poliovirus sauvage, et le choléra en raison notamment des mouvements de populations dans les parties frontalières avec le Niger où sévit l'épidémie de l'hépatite E depuis le 2 janvier 2017 et le Nigeria qui connaît une flambée de choléra dans l'état de Borno frontalier à la région du Lac, au cours du premier semestre 2017. Les zones insulaires du Lac restent difficilement accessibles suite aux contraintes sécuritaires et physiques, ce qui rendrait la réponse à de telles épidémies particulièrement difficile.

Le **faible accès à l'eau potable et à l'assainissement** affecte l'état sanitaire de la population. A ce jour, seulement 56% de la population a accès à l'eau potable et 16% aux services d'assainissement^[88], la majorité de la population consomme les eaux de marres ou des puits ouverts insalubres, ce qui augmente le risque de maladies hydriques. Des programmes d'aménagement des infrastructures d'eau, d'appui au système de gestion des services d'eau et des campagnes de sensibilisation pour l'éradication de la défécation à l'air libre sont propices à la prévention des maladies hydriques dans les zones endémiques. Il est également nécessaire de renforcer le système de surveillance et d'alerte précoce à base communautaire pour améliorer la détection des flambées épidémiques et renforcer les capacités des différents acteurs afin d'être en mesure d'y répondre rapidement.

La **distribution des moustiquaires** en faveur des enfants de moins de cinq ans et des femmes, filles enceintes et allaitantes doit se poursuivre. Plus de 865 517 cas suspects de paludisme dont 495 905 cas confirmés avec 912 personnes décédées ont été notifiés depuis janvier 2017^[89]. Au vu de la récurrence des cas de paludisme, il est essentiel d'étendre à toutes les couches de la population l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action et la chimio prophylaxie saisonnière. Il serait souhaitable de favoriser l'éradication des foyers des moustiques et l'assainissement des milieux dans les zones à haute et moyenne transmission du paludisme, avec une attention particulière sur les personnes les plus vulnérables.

Seulement 34% des filles et des femmes reçoivent une

assistance qualifiée à l'accouchement. De même, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est parmi les plus élevés au monde (soit 133 pour 1 000 naissances vivantes en 2016)^[90]. Pour réduire la sur-morbidité et la surmortalité maternelle et néonatale enregistrées dans les situations de crise, les populations affectées et plus particulièrement les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les adolescentes doivent avoir accès aux informations et aux services de santé sexuelle et reproductive de qualité (consultations prénatales, accouchements assistés, planification familiale). Les hommes, en tant qu'époux, partenaires et pères, devraient également être sensibilisés et engagés dans les programmes de santé reproductive afin de comprendre l'importance de la planification familiale et des soins de santé materno-infantile. Une telle implication est un enjeu de qualité et d'efficacité de la réponse, permettant de partager la responsabilité de la planification et de lever les freins que les filles et les femmes rencontrent pour leur accès à la contraception et aux soins. A cela, il faut ajouter le volet relatif à la prévention et la prise en charge psychosociale et médicale des cas de violences sexuelles.

Il est nécessaire de renforcer la surveillance de certaines maladies dont les taux de létalité paraissent inquiétants, et ce en dépit d'une légère amélioration de la couverture vaccinale constatée depuis l'année 2016. Le tétanos néonatal connaît un taux de létalité de 28,7%, la rougeole un taux de létalité de 1,07% et les piqûres de scorpion avec une létalité de 0,8% restent inquiétantes dans la partie nord du pays. La couverture vaccinale de la troisième dose de Pentavalent et de rougeole est toujours de moins de 50% dans la majorité des départements du nord du pays^[91]. **La vaccination doit demeurer une priorité lors des interventions humanitaires en 2018.**

Le **besoin d'améliorer le système de référence et de transport en santé** (ambulances) pour favoriser l'accès aux soins des populations, y compris les plus vulnérables, représente une priorité dans le Sud et à l'Est du pays. Il est également nécessaire de renforcer l'éducation des populations pour faire face aux pratiques traditionnelles néfastes, en particulier dans les zones à risque élevé de crise sanitaire. Il est essentiel de renforcer les connaissances de base sur la santé des populations à travers des cours sur la prévention de maladies et les pratiques sanitaires. Au niveau de la santé mentale, la prise en charge psychosociale des personnes en situation de déplacement au Tchad (retournés, réfugiés, ressortissants de pays tiers ou déplacés internes) est faible et doit se renforcer.

La faiblesse ou la non fonctionnalité des structures scolaires, en particulier celles situées dans les zones à risque élevé de crise sanitaire, fait qu'elles ne peuvent jouer leur rôle essentiel dans la prévention et sensibilisation contre les maladies en tant que point d'entrée pour le renforcement des connaissances de base sur la santé à travers des cours sur la prévention de maladies et les pratiques sanitaires. Certains enfants affectés par les crises n'ont pas accès aux soins psychosociaux appropriés par manque d'enseignants ou autres personnes ressources formées.

[86] Statistiques trimestrielles sur l'évolution des pathologies dans la région, rapport SIS 2017, données PEV, enquêtes nutritionnelles (ex. SMART, 2017 en cours), rapports d'évaluations sectorielles et multisectorielles, analyses issues des réunions de coordination sanitaire.

[87] Déclaration de l'Hépatite E dans 3 villages du Nigeria. 21/146 cas confirmés dont 6 décès.

[88] Cluster WASH, 2015.

[89] Service de surveillance épidémiologique intégré (SSEI), semaine 36, Ministère de la santé, 11 septembre 2017.

[90] https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2017.pdf.

[91] BET, Kanem (Nord Kanem), Barh el Gazal (Barh el Gazal Nord), Batha (Batha Est), Chari Barguirmi (Baguirmi, Chari), Salamat (Bar Azoum), Sila (Djourouf Al Ahmar).

PARTIE III:

ANNEXES



Accès humanitaire



Déficit d'informations



Evaluations multisectorielles



Méthodologie de calcul des personnes dans le besoin



ACCES HUMANITAIRE

APERÇU

L'accès humanitaire est une problématique transversale aux trois crises identifiées. La responsabilité incombe au Gouvernement tchadien de faciliter l'accès et l'assistance humanitaire aux populations concernées et de protéger les acteurs humanitaires qui apportent de l'assistance en conformité avec les principes humanitaires.

En 2017, l'insécurité, les contraintes logistiques, les tracasseries administratives et les ingérences ou tentatives d'ingérences représentent des obstacles majeurs à l'accès humanitaire au Tchad. Il est difficile d'estimer le nombre de personnes affectées ne pouvant pas bénéficier de l'aide à cause des contraintes d'accès humanitaire, comme l'inaccessibilité limite aussi la capacité des acteurs à agir au moment opportun et à évaluer les besoins.

ACCÈS PHYSIQUE

La faiblesse des infrastructures publiques dans le pays représente une difficulté d'accès physique significative. La mauvaise qualité ou l'inexistence du réseau routier est une contrainte particulièrement exacerbée durant la saison des pluies entre juillet et octobre, et complique l'acheminement des intrants nutritionnels, des médicaments essentiels et des vivres ainsi que les activités de supervision et de référencement des malades au Sud et à l'Est du pays. Ici s'ajoutent des défis liés à la topographie du pays. Au Lac, les zones insulaires sont difficiles à atteindre, inter alia, pour des raisons comme l'imprévisibilité des mouvements des herbes flottantes ainsi que la montée des eaux entre novembre et avril.

Dans les zones les plus enclavées, le seul moyen de faire parvenir l'aide est d'avoir recours au transport aérien pour la marchandise tout comme pour le personnel humanitaire, ce qui entraîne des coûts élevés. Le transport aérien commercial privé est très limité et le vol humanitaire (UNHAS) reste crucial pour assurer une réponse humanitaire efficace dans le pays, malgré la réduction des vols en 2017.

La fermeture (partielle) des frontières avec des pays voisins, y compris avec la RCA, le Soudan, la Libye, et le Nigéria, complique davantage les opérations humanitaires mais aussi l'accès des personnes vulnérables à l'assistance et à une protection au Tchad.

INSÉCURITÉ ET VIOLENCE ARMÉE

Les contraintes en matière d'accès humanitaire sont également liées au contexte sécuritaire. Certaines zones au Lac sont difficiles d'accès depuis plusieurs mois en raison de la présence d'un groupe armé et d'attaques récurrentes. Dans ce contexte, et pour assurer leur sécurité, les acteurs

humanitaires sont parfois obligés d'adopter des mesures de restriction des mouvements ou de suspension temporaire, voire définitive des opérations, ce qui a un impact sur la fourniture de l'assistance, par exemple, dans la zone de Kaiga Kindjiria et Tchoukoutalia de la région du Lac ou dans le département de Wayi, suite à des violences intercommunautaires. L'état d'urgence au Lac qui a officiellement expiré en 2016 mais dont certaines mesures continuent d'être appliquées, entraîne des restrictions de mouvement qui affectent aussi les opérations humanitaires.

La criminalité, comme les coupeurs de route, complique l'accès surtout pendant la saison sèche.

Les acteurs humanitaires font l'objet d'un nombre considérable d'incidents sécuritaires à travers le Tchad (85 cas rapportés entre janvier et octobre 2017).

INGÉRENCES OU TENTATIVES D'INGÉRENCES

Des ingérences ou tentatives d'ingérences ont un impact néfaste sur l'assistance humanitaire, avec des incidents rapportés au Lac, Kanem, Wadi Fira, Ouaddaï, et Logone Oriental, mais aussi au niveau de la capitale, ayant souvent pour effet de ralentir et compliquer les interventions humanitaires. Ces contraintes peuvent parfois même entraîner une suspension des activités pendant plusieurs jours ou semaines.

TRACASSERIES ADMINISTRATIVES

L'accès humanitaire est également limité par des lenteurs administratives, qui ralentissent et parfois entravent le bon déroulement des opérations. Les ONG nationales et internationales sont affectées de manière différente par ces contraintes, mais toutes peuvent faire l'objet de contrôles intempestifs ou encore de lenteurs administratives retardant l'assistance. L'opacité et manque de clarté du cadre réglementaire en vigueur au Tchad ajoute une couche de complexité, résultant en une perte de temps et de ressources, et freinant l'acheminement de l'aide aux populations affectées.

Les personnes les plus affectées par les conséquences du manque d'accès humanitaire sont : les personnes vivant dans la région du Lac et dans les zones affectées par l'une des crises mais aussi par les phénomènes naturels comme les inondations ; les personnes vivant dans des zones enclavées où les routes sont peu ou pas praticables ; les personnes affectées par les crises vivant dans les zones où se déroulent les ingérences ou les tracasseries administratives.

DEFICIT D'INFORMATIONS

INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MALNUTRITION

- Etudes et évaluations de l'impact de la crise de la RCA et du Lac sur l'élevage et les conséquences sur les populations qui en dépendent.
- Données sur l'impact de l'insécurité alimentaire sur le secteur de l'éducation (abandon scolaire du fait de l'insécurité alimentaire).
- Données sur la présence d'infrastructures en eau et assainissement.
- Données sur l'impact des inondations et sécheresses sur la sécurité alimentaire (destruction des superficies emblavées et estimation des pertes de production par an et par département).
- L'historique des catastrophes ayant affecté le Tchad (inondations, sécheresses, invasions acridiennes, oiseaux granivores, etc.).
- Données désagrégées par sexe et par âge dans le secteur de la sécurité alimentaire (Cadre Harmonisé) et de la nutrition (SMART).
- Les données de l'enquête SMART se limitent au niveau régional et non pas au niveau départemental.
- Disponibilité des stocks au niveau national.
- Evaluations et bilans des programmes de développement nationaux dans les secteurs de l'agriculture et de la nutrition.
- Etudes sur les transhumances et l'impact de la fermeture des frontières avec la RCA et le Nigeria.

MOUVEMENTS DE POPULATION

- Nombre et type d'incidents liés aux conflits entre agriculteurs et éleveurs par an et par département.
- Monitoring de protection à étendre (nombre et types répertoriés dans les sites de retournés, de déplacés internes et dans les communautés hôtes).
- Nombre de personnes ayant accès ou pas aux services sociaux de base (santé, éducation et eau potable).
- Nombre de personnes avec des besoins spécifiques (handicap, etc.) parmi les réfugiés, déplacés internes, retournés et populations hôtes.

- Données actualisées de façon régulière sur les retournés tchadiens de la RCA (dans les sites et dans les communautés d'accueil).
- Analyse des tendances des mouvements de population dans le contexte dynamique de la crise du Lac.

URGENCES SANITAIRES








- Les données sur la couverture vaccinale à l'échelle nationale ne sont pas accompagnées de données sur la qualité et l'effectivité des vaccinations et autres soins sanitaires.
- Nombre et cartographie des centres de santé fonctionnels/non fonctionnels.
- Données sur la situation EHA dans les écoles et les structures sanitaires.
- Nombre et type d'infrastructures sanitaires détruites par les inondations par an et par département.
- Evaluations ou bilans des plans de développement sanitaires.
- Au-delà des lacunes d'information ci-dessus, la communauté humanitaire souffre également d'un déficit d'information sur le grand nord (régions du Tibesti, Borkou, Ennedi Est et Ouest) et les zones isolées, difficiles d'accès et à faible densité (notamment les îles du lac Tchad).
- Des efforts doivent être faits pour systématiser la désagrégation des données par sexe et par âge dans la collecte et dans les évaluations multisectorielles ou sectorielles.

NOMBRE D'ÉVALUATIONS MULTISECTORIELLES PAR REGION (DE JANVIER A NOVEMBRE 2017)

NOMBRE DE
PARTENAIRES

16

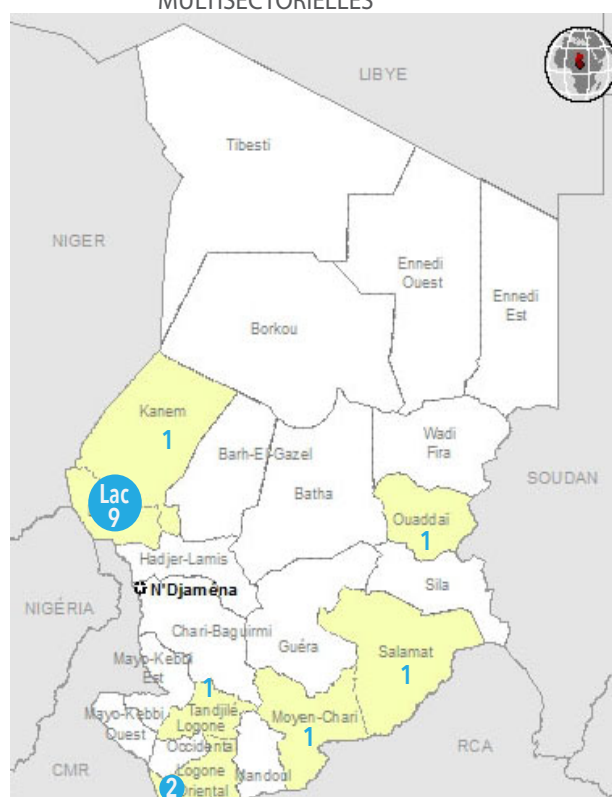
15

	Abris / AME / CCCM	EHA	Education	Nutrition	Protection	Santé	Sécurité Alimentaire	TOTAL *
 KANEM	1	1	1	1	1	1	1	1
 LAC	6	9	6	8	6	6	9	9
 LOGONE ORIENTAL	2	2	2	2	1	2	2	2
 MOYEN CHARI	1	1	1	1	1	1	1	1
 OUADDAÏ		1		1		1		1
 SALAMAT		1				1		1
 TANDJILE	1	1	1	1		1	1	1
TOTAL	11	16	11	14	9	13	14	16

* Le total ne correspond pas à la somme des lignes car une évaluation peut être comotée dans plusieurs secteurs pour les évaluations multi-sectorielles

Source : OCHA

NOMBRE D'EVALUATIONS
MULTISECTORIELLES



DÉTAIL DES ÉVALUATIONS SECTORIELLES ET MULTISECTORIELLES

CLUSTER	LOCATION	LEAD AGENCY	DATE	OBJET
Multisectorielle	Kaiga Kindjiria et Liwa, région du Lac	OCHA	13 - 15 décembre 2017	Evaluation du niveau de vulnérabilité des nouveaux sites et villages
Sécurité Alimentaire	Mangalmé, région du Guera	Oxfam, ATPV, ASRADD	Novembre 2017	Evaluation d'état des Lieux des déplacements massifs à cause d'insécurité alimentaire
Multisectorielle	Daboua, région du Lac	OCHA	14 - 17 novembre 2017	Evaluation du niveau de vulnérabilité des nouveaux sites et villages
Santé, sécurité alimentaire, nutrition, WASH, Abris/AME/CCCM, education	Régions de Tandjile et Logone Oriental	INTERSOS, AHA, ASD	15 - 25 septembre 2017	Evaluation multisectorielle des besoins humanitaires
WASH, nutrition, sécurité alimentaire	Liwa, région du Lac	ACF	13 - 18 septembre 2017	RRM
Multisectorielle	Site de « Dar al Kher », région du Lac	OCHA	12 - 13 septembre 2017	Evaluation du niveau de vulnérabilité
Multisectorielle	Sites de Danamadja et Kobitey, Région du Logone Oriental	OCHA	22 - 23 août 2017	Evaluation des conditions des besoins des Retournés Tchadiens venus de la République Centrafricaine
Nutrition	Mayo Kebi Est	ASD	août 2017	Evaluation rapide des structures de santé pour la réponse nutritionnelle
Multisectorielle	Kégua dans le canton Kiskra Fouli, région du Lac	OCHA, ACF, IRC, IMC, Concern, Care, PAM, HCR, CRT	12 juillet 2017	Evaluation conjointe des besoins des déplacés internes et retournés
Multisectorielle	Kangalom, région du Lac	OCHA	7 - 9 juin 2017	Evaluation multisectorielle des besoins humanitaires
Abris/AME/CCCM	Kaiga-Kindjiria, région du Lac	UNHCR, UNICEF, OCHA, PAM, OIM, Help Tchad	23 au 25 mai 2017	Evaluation suite à l'attaque de la localité de Kaïga-Kinjiria
WASH, Santé	Région du Salamat	Oxfam	16 - 20 mai 2017	Evaluation Epidemie Hépatite E dans le Salamat
Eau, Hygiène et Assainissement	Bol, région du Lac	Comité international de secours	9 - 11 mai 2017	Mission exploratoire dans les îles de Bol
Multisectorielle	Grande Sido, région du Moyen Chari	OCHA	7 - 10 mai 2017	Evaluation multisectorielle rapide de la crise des retournés de la RCA
WASH, nutrition, sécurité alimentaire	Sites de Koulikimé1 et 2, Sous-préfecture de Kangalom, Région du Lac	ACF	2 - 23 mai 2017, 15 mai 2017	RRM

CLUSTER	LOCATION	LEAD AGENCY	DATE	OBJET
Sécurité alimentaire	Tandjilé Est, région du Tandjile	FAO	18 – 25 avril 2017	Mission conjointe d'évaluation rapide de la sécurité alimentaire
Multisectorielle	Rig – Rig, Foyo, region du Kanem	OCHA	11 – 13 avril 2017	Evaluation des solutions durables pour les déplacés internes, retournés
WASH, sécurité alimentaire	Mamdi, région du Lac	Croix Rouge Française	10 – 14 avril 2017	Evaluation des besoins et des solutions durables des déplacés internes et la population hôte
Education	Région du Lac	Ministère de l'Education, UNICEF	31 mars – 7 avril	Evaluation et suivi d'écoles au Lac
Protection	Région du Lac	Oxfam	Mars 2017	Enquêtes de protection sur les populations déplacées et hôtes de la région de Lac
Santé, nutrition, WASH	Gueri / Koibo, région du Ouaddai	Echo médical	26 – 30 mars 2017	Evaluation multisectorielle rapide
Sécurité alimentaire	Région du Lac	COHEB	3 – 24 mars 2017	Enquête sur l'impact de la crise sécuritaire sur les moyens d'existence
Sécurité alimentaire	Toutes les régions	SISAAP, FAO, PAM, FewsNet, CARE	2-14 février 2017	Evaluation conjointe de la sécurité alimentaire et des marchés, rapport de synthèse
Sécurité alimentaire	Région de Tandjilé	World Vision	28 février – 8 mars 2017	Evaluation de l'insécurité alimentaire
Abris/ AME/CCCM	Ngouboua, région du Lac	Cluster Abris/AME/CCCM	3 – 7 février 2017	Evaluation des besoins dans les sites des déplacés
Multisectorielle	Sous-préfecture de Bol, Région du Lac (14 villages)	OCHA	10 au 15 février 2017	Evaluer les conditions de retour des personnes remises aux autorités locales
Nutrition	Les régions de Sila, Kanem, Hadjer-Lamis, Guera,	UNICEF et DNTA	Janvier 2017	Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications dans les UNT
Nutrition	Régions de Sila, Wadi Fira, Ouaddai	UNHCR, PAM, UNICEF, IRC, IMC, CSSI, ADES, BASE	6 décembre 2016 – 22 janvier 2017	Enquêtes nutritionnelles UNHCR-SENS dans les camps à l'Est

METHODOLOGIE DE CALCUL DES PERSONNES DANS LE BESOIN

POPULATION TOTALE

Inclut l'ensemble de la population du territoire du Tchad, basée sur le deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RPGH2) de septembre 2009 et des Projections Démographiques 2009-2050 au niveau national de juillet 2014 de l'Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED) du Tchad, qui prévoit une croissance annuelle de la population de 3,6%. La population tchadienne en 2017 est estimée à 14,7 millions de personnes.

PERSONNES AFFECTÉES

Inclut les personnes qui sont le plus sévèrement touchées par l'une des trois crises majeures identifiées au Tchad : insécurité alimentaire et malnutrition, mouvements de population et urgences sanitaires. La population affectée comprend les personnes situées dans les départements subissant l'impact de l'une des crises (physiquement touchée, et qui a subi une perte personnelle ou de propriété/bien de capital). Les personnes vivant dans les départements les plus sévèrement touchés par au moins l'une de ces crises ont été considérées dans le calcul des personnes affectées. Si une zone est touchée par plusieurs crises, on considère le caseload le plus important. Ainsi, sur la base des cartes de vulnérabilités (cf page 16), le nombre total d'habitants vivant dans les départements dont le degré de vulnérabilité par rapport à l'une de ces crises est le plus important (bleu foncé et très foncé), ont été additionnés. Le total est égal à 8 millions de personnes.

PERSONNES DANS LE BESOIN

Inclut les personnes dont la continuité de leur sécurité physique, les droits basiques, les conditions de subsistance ont été interrompus. Leur niveau d'accès aux services de base est insuffisant pour rétablir des conditions de vie normales avec leurs moyens habituels sans aide supplémentaire. Ces personnes présentent aussi des déficits alimentaires considérables, et une malnutrition aiguë à des taux élevés ou supérieurs aux seuils d'alerte ou d'urgence, ou peuvent être capables de couvrir le minimum de leurs besoins alimentaires mais en épuisant les avoirs relatifs aux moyens d'existence, ce qui les conduira à des déficits de consommation alimentaire. Dans chaque département, le secteur (sécurité alimentaire, santé, etc.) dans lequel le caseload des personnes dans le

besoin est le plus élevé sera pris en compte dans le calcul du nombre total de personnes dans le besoin au Tchad. Ainsi la somme des caseloads les plus importants par secteur pour chaque département donne un total de 4,4 millions de personnes (voir tableau à la page 14).

PERSONNES DANS LE BESOIN PAR CRISE :

- **Crise Insécurité alimentaire et malnutrition** : inclut les personnes en situation d'insécurité alimentaire et de malnutrition selon l'analyse du Cadre Harmonisé de novembre 2017 (phases 2 à 5) et de l'enquête SMART 2017, soit 4 millions de personnes (y compris les personnes déplacées internes) se décomposant ainsi : phase 2 = 2 625 776, phase 3 = 788 200, phase 4 = 101 200 soit un total de 3 515 199. A cela s'ajoutent les réfugiés (409 264 personnes), les retournés (70 588 personnes) et les ressortissants de pays tiers (1 252 personnes). Le total des personnes dans le besoin pour cette crise est de 3 996 302. Ce caseload est en augmentation par rapport au HNO 2017 car la méthodologie calcul a été revue et les données du Cadre Harmonisé sont en diminution.
- **Crise Urgences sanitaires** : le total de personnes dans le besoin pour cette crise est de 1 951 726 personnes. Le nombre de personnes affectées par la rougeole, fièvre jaune et paludisme dans chaque département a été considéré auquel ont été rajoutées toutes les personnes en situation de déplacement (réfugiés, retournés, déplacés) et 10% des populations tchadiennes (jeunes enfants à risque) ; soit 1 470 622 personnes + 409 264 réfugiés + 70 588 retournés + 1 252 ressortissants des pays tiers, soit un total de 1 951 726 personnes.
- **Crise Mouvements de population** : inclut les personnes en situation de déplacement, soit près de 634 000 personnes au Tchad composées de 409 264 réfugiés, 101 905 personnes déplacées internes, 51 000 déplacés internes retournés dans leurs villages d'origine, 70 588 retournés tchadiens (y compris 24 681 retournés au Lac et 45 907 retournés au sud). A cela s'ajoutent la communauté hôte, estimée à 591 000 personnes, qui comprend les populations vivant dans les cantons du sud ayant accueillis des retournés de la RCA et des populations des départements du Mamdi, Fouli et Kaya dans la région du Lac. Le total de personnes dans le besoin pour cette crise est de 1 225 000 personnes.

