

2016

APERÇU DES BESOINS HUMANITAIRES

PERSONNES DANS LE BESOIN






2,3M

NOV 2015



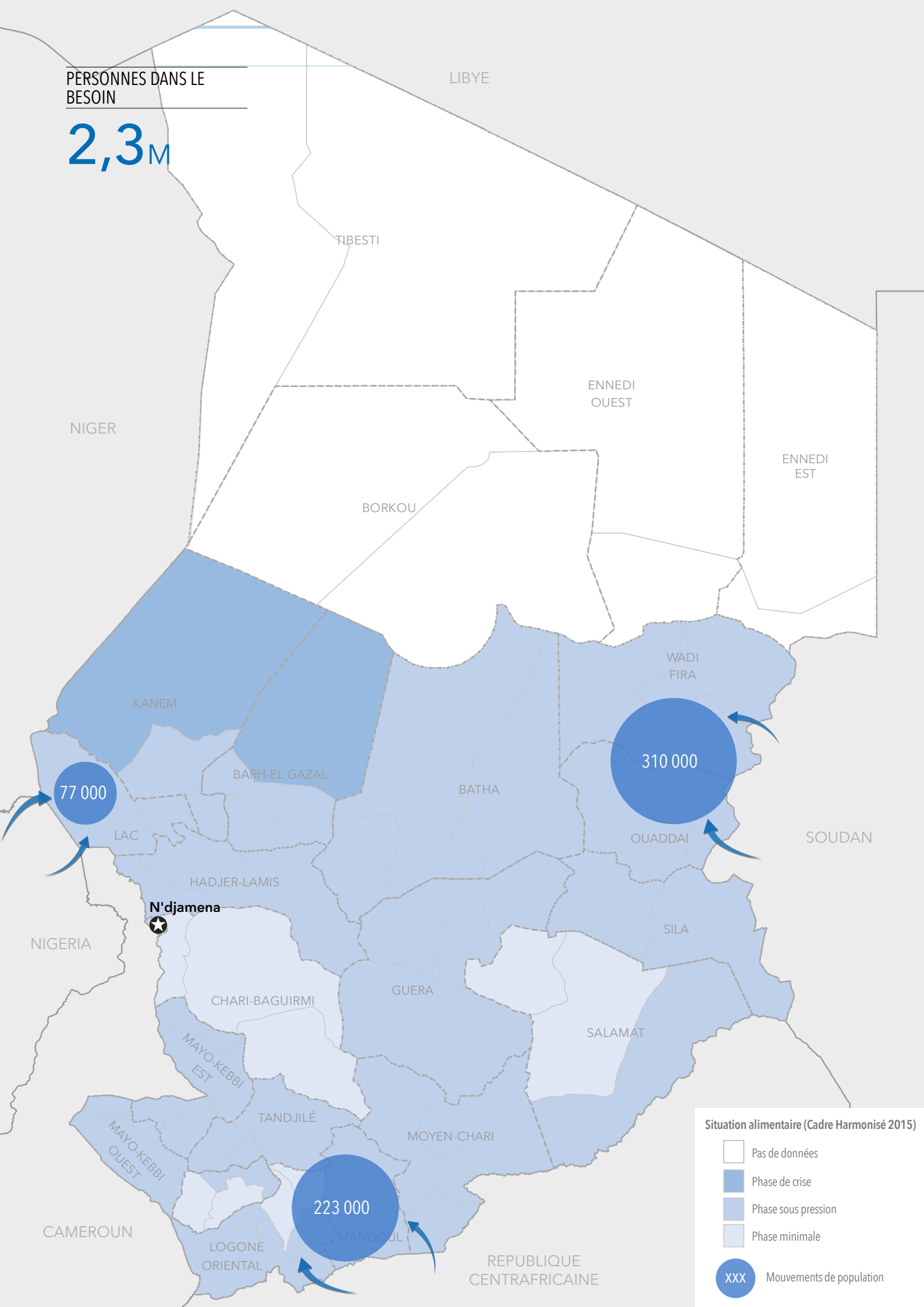
TCHAD

PARTIE I: RÉSUMÉ

- 
-  Besoins humanitaires et chiffres clé
 -  Impact de la crise
 -  Désagrégation des personnes dans le besoin
 -  Sévérité des besoins

PERSONNES DANS LE BESOIN

2,3M



Situation alimentaire (Cadre Harmonisé 2015)

- Pas de données
- Phase de crise
- Phase sous pression
- Phase minimale
- XXX Mouvements de population

BESOINS HUMANITAIRES

ET CHIFFRES CLÉ

Quatre crises majeures affectent directement 3,9 millions¹ de personnes au Tchad. Plus de la moitié d'entre elles, soit 2,3 millions de personnes dont 51% de femmes ont besoin d'une assistance humanitaire dans plusieurs secteurs. Plus de 3,4 millions de personnes sont affectées par l'insécurité alimentaire et la malnutrition, dont 663 000² en insécurité alimentaire sévère. 550 000 personnes³ sont directement affectées par les mouvements de population incluant les réfugiés, retournés et déplacés internes dont 55% de femmes et 60% d'enfants de moins de 18 ans. La situation sanitaire est caractérisée par la prévalence de maladies à potentiel épidémique telles que le choléra et la rougeole et d'autres maladies comme le paludisme dans un pays où l'accès aux soins de santé est faible. Enfin, les catastrophes naturelles (inondations, sécheresse, ennemis des cultures) sont récurrentes et de plus en plus fréquentes et pourraient toucher jusqu'à 2,7 millions de personnes.

BESOINS HUMANITAIRES

04



1 Sur les 3,4 millions de personnes en insécurité alimentaire (25% de la population totale), 1,6 million ont besoin d'une assistance humanitaire parmi lesquelles 663 000 (5%) ont besoin d'une assistance humanitaire d'urgence⁴. A cela s'ajoutent 500 000 retournés et réfugiés qui ont toujours besoin d'une assistance alimentaire. La situation nutritionnelle est également préoccupante avec une prévision de près de 400 000 enfants atteints de malnutrition aiguë modérée (MAM) et plus de 320 000 enfants atteints de malnutrition aiguë sévère (MAS) pour 2016⁵ et nécessitant une prise en charge nutritionnelle urgente.



2 550 000 personnes en situation de déplacement (réfugiés, retournés et déplacés internes) à cause des conflits dans les pays voisins – Soudan, RCA et Nigéria – vivent dans des camps, sites ou dans des communautés hôtes. Ces dernières sont estimées à 638 000 personnes⁶. Les personnes déplacées depuis moins d'une année présentent une vulnérabilité accrue et ont des besoins multisectoriels urgents (abris, articles ménagers essentiels, sécurité alimentaire, eau, hygiène et assainissement, éducation, protection, santé et nutrition). Des solutions durables sont nécessaires pour l'autonomisation et l'intégration des réfugiés de longue durée



3 Des maladies telles que le choléra et la rougeole entraînent une morbidité et mortalité accrue. Le paludisme est la première cause de mortalité infantile dans le pays. Au premier semestre 2015, près de 390 000 personnes⁷ ont été atteintes de paludisme ou de rougeole. La faible couverture vaccinale est un facteur de vulnérabilité supplémentaire, notamment pour les populations déplacées pour qui un meilleur accès aux soins de santé primaires et à l'eau et l'assainissement sont nécessaires.



4 En 2016, 24% de la population (près de 2,7 millions de personnes) pourrait être touchée par un choc⁸ lié aux catastrophes naturelles (inondation, sécheresse, ennemis des cultures). La vulnérabilité des communautés sinistrées serait ainsi accrue et une assistance d'urgence pour rétablir leurs moyens de subsistance, leur situation alimentaire et nutritionnelle, et l'accès aux services sociaux de base et à l'éducation serait nécessaire.

1. Estimations basées sur les données du Cadre Harmonisé révisé en juin 2015 (3,4 millions) et les mouvements de population (0,5 million).

2. Cadre harmonisé révisé, juin 2015.

3. Statistiques HCR 31 août 2015 et données OIM de septembre 2015.

4. Cadre harmonisé révisé, juin 2015.

5. Estimations du cluster nutrition selon les données MICS 2014-20015 au niveau national incluant les réfugiés. Ces données seront mises à jour avec les résultats de la prochaine enquête SMART (novembre-décembre 2015).

6. Estimation OCHA sur la base des projections de populations dans les communes accueillant ces personnes.

7. Données OMS, Semaine 36.

8. Source ENSA 2014 : 24% des ménages déclarent avoir été touchés par un de ces chocs (inondations, sécheresse, ennemis des cultures).

POPULATION TOTALE

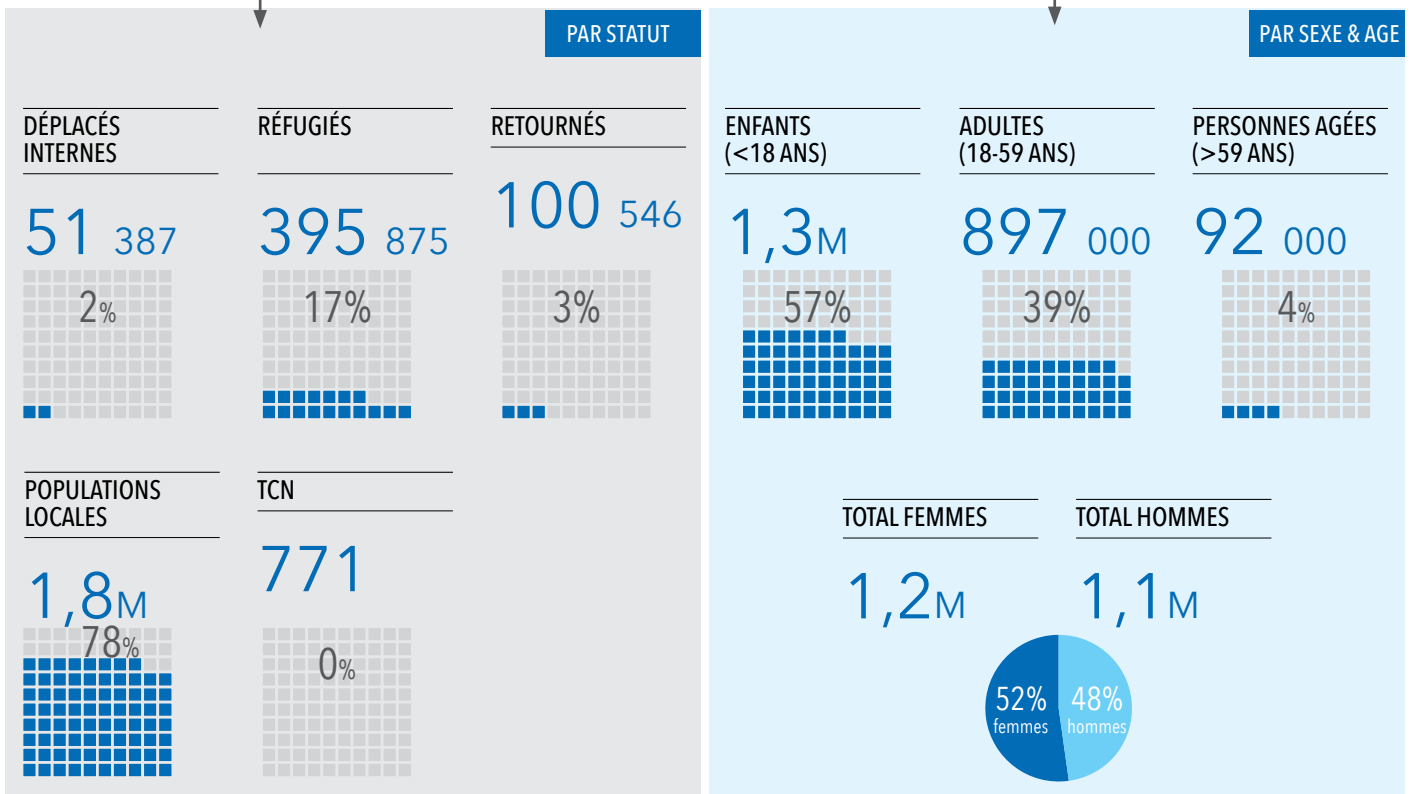
13,2M 

NOMBRE DE PERSONNES AFFECTÉES PAR LA CRISE

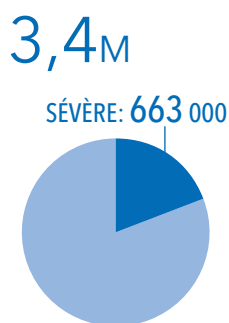
3,9M 

NOMBRE DE PERSONNES NÉCESSITANT UNE ASSISTANCE HUMANITAIRE

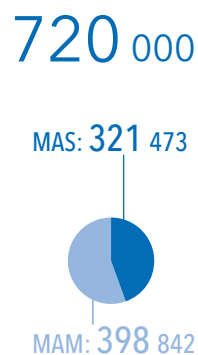
2,3M 



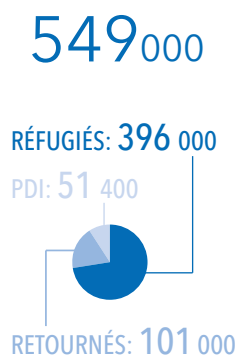
POPULATION LOCALE EN INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE



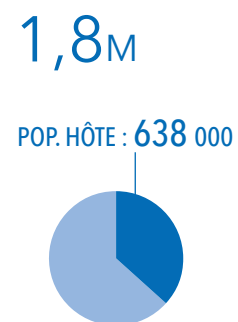
ENFANTS EN MALNUTRITION



POPULATION EN DÉPLACEMENT



POPULATION LOCALE DANS LE BESOIN



IMPACT DE LA

CRISE

La crise alimentaire et nutritionnelle, les mouvements de population, les épidémies et les catastrophes naturelles sont interconnectées et affectent souvent les mêmes populations de façon combinée, contribuant à exacerber les besoins humanitaires. Ces facteurs amplifient les vulnérabilités existantes dans un contexte de pauvreté et de sous-développement (Le Tchad occupe la 184^{ème} place sur 186 pays au classement de l'Indice de développement humain). L'espérance de vie à la naissance est de 49 ans (47 ans pour les hommes, 51 ans pour les femmes) et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est parmi plus élevé au monde. Quelque 55% des Tchadiens vivent en-deçà du seuil de pauvreté. Les femmes tchadiennes sont particulièrement vulnérables. En effet le Tchad est classé 134^{ème} pays sur 136 dans le Rapport global sur la parité. Les données sur les violences basées sur le genre sont préoccupantes au Tchad où près d'une femme sur cinq se dit victime de violences physiques et 45% victimes de mutilations génitales.

Insécurité alimentaire et malnutrition

L'insécurité alimentaire et la malnutrition impactent la consommation alimentaire des ménages vulnérables, favorisent l'adoption de stratégies de survie négatives et aggravent le taux de morbidité et la mortalité tout particulièrement dans la bande sahélienne. 83 000 personnes, principalement dans les régions du Lac, Kanem, Hadjer Lamis et Barh el Gazal, sont en situation de déficit de consommation alimentaire extrême pouvant engendrer une perte totale des moyens d'existence⁹. 580 000 personnes sont dans une situation de déficit considérable avec des taux de malnutrition supérieurs aux seuils d'urgence¹⁰ dans ces mêmes régions plus celles du Sila, du Ouadai, du Wadi Fira et du Guera. La malnutrition entraîne des retards de croissance, des troubles

du développement cognitif, ainsi qu'une vulnérabilité accrue aux maladies et une mortalité importante. L'insécurité alimentaire et la malnutrition sont l'une des causes principales d'abandons et d'échec scolaire et de déscolarisation. Par ailleurs, 2 770 000 personnes se trouvent dans une situation alimentaire sous-pression¹¹, pouvant avoir un impact négatif sur leur situation alimentaire, leurs moyens de subsistance et leur capacité de résilience. Ces populations sont à risque, en particulier dans les régions où le taux de malnutrition est proche des seuils d'urgence, et pourraient basculer dans une situation plus grave en cas de choc. Les femmes, qui traversent de longues périodes de privation pour subvenir aux besoins de leurs familles, notamment des enfants, sont davantage affectées.

9. Phase 4 -Urgence de l'IPC, Cadre Harmonisé d'identification et d'analyse des zones à risque et des populations vulnérables au Sahel et en Afrique de l'Ouest, révisé du 01 au 04 juin 2015, valable jusqu'à fin août 2015.

10. Phase 3 - Crise de l'IPC, Cadre Harmonisé d'identification et d'analyse des zones à risque et des populations vulnérables au Sahel et en Afrique de l'Ouest, révisé du 01 au 04 juin 2015, valable jusqu'à fin août 2015.

11. Phase 2 - sous pression de l'IPC, Cadre Harmonisé d'identification et d'analyse des zones à risque et des populations vulnérables au Sahel et en Afrique de l'Ouest, révisé du 01 au 04 juin 2015, valable jusqu'à fin août 2015.

184^{ème} sur 186 pays

Le Tchad occupe la 184^{ème} place sur 186 pays au classement de l'Indice de développement humain.



55%

des Tchadiens vivent en-deçà du seuil de pauvreté.



49 ans

espérance de vie à la naissance. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est parmi les plus élevés au monde.



Mouvements de population

Les mouvements de population impactent directement la situation alimentaire et nutritionnelle ainsi que la santé des personnes affectées par les déplacements. Les réfugiés, retournés et personnes déplacées internes¹² (PDI) ont un accès restreint à la nourriture, à des abris adéquats et aux services sociaux de base (notamment santé et accès à l'eau potable) entraînant des conséquences sur la morbidité et mortalité des communautés déplacées mais aussi des communautés d'accueil. La protection des personnes déplacées est à risque, en particulier les femmes et les enfants exposés aux violences et aux violences basées sur le genre (VBG). Ceci est le cas des enfants associés aux forces et groupes armés, enfants séparés et non accompagnés (884 enfants séparés et 178 enfants non accompagnés identifiés de janvier à septembre 2015). Il ressort aussi que 58 % des réfugiés sont des enfants¹³. Par ailleurs, les conditions de déplacement limitent la scolarisation des enfants et favorise l'échec scolaire des enfants déplacés qui est plus élevé pour des raisons liées aux difficultés d'intégration, l'impact psychosocial, la langue, la santé/alimentation.

Les mouvements de population exacerbent les tensions intercommunautaires, souvent avec les communautés d'accueil autour des questions d'exploitation des ressources

naturelles (eau, bois de chauffe, terres arables...). En effet, les populations hôtes estimées à 638 000 personnes¹⁴ deviennent plus vulnérables par la pression accrue sur les ressources naturelles et les services de base que font peser les communautés déplacées qui peuvent représenter entre 30% et 50% de la population comme dans le Ouaddaï (30%), Logone Oriental (36%), Ennedi Est (39%), Sila (50%) et Wadi Fira (52%). L'insécurité a poussé le Gouvernement tchadien à la fermeture des frontières avec le Nigeria et la RCA, affectant significativement les activités économiques dans la région du Lac et le sud du pays, et détériorant ainsi un peu plus les moyens d'existence des populations locales et déplacées. Ainsi par exemple, 74% des réfugiés sont catégorisés comme pauvres et très pauvres¹⁵. Les données du HCR indique également des taux de malnutrition au-delà des seuils d'urgence dans certains camps de réfugiés dans la région du Wadi Fira à savoir Amnaback (17.7% de MAG et 2,6% de MAS), Iridimi (16% de MAG et 3,5% de MAS), et Mile (13.8% de MAG et 1,9% de MAS).

Urgences sanitaires

La forte prévalence des maladies à potentiel épidémique a un impact direct sur la morbidité et la mortalité des populations vulnérables notamment le choléra et la rougeole (172 cas

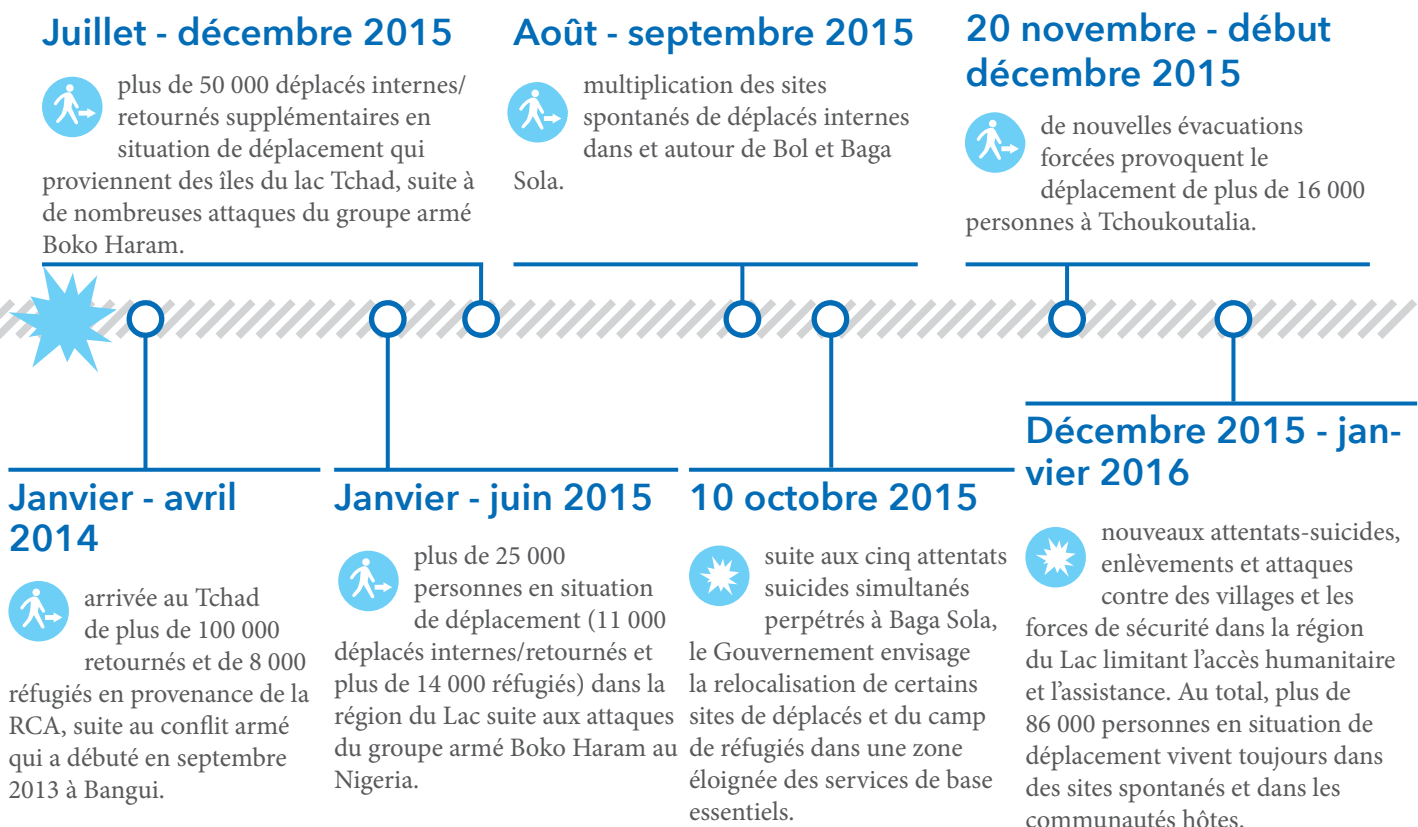
12. Le conflit au Darfour (Soudan) à partir de 2003, puis la guerre entre le Tchad et le Soudan en 2006-2010 ont entraîné des afflux de réfugiés soudanais et de déplacés internes à l'est du pays. De nouveaux réfugiés soudanais et des retournés Tchadiens du Soudan sont également arrivés en 2013 à Tissi (est du Tchad) fuyant les combats au Darfour. Les violences en République Centrafricaine ont entraîné plusieurs vagues de réfugiés, notamment en 2003 et en 2013. Depuis décembre 2013, il est estimé que 150 000 personnes sont venues au Tchad depuis la RCA, principalement des personnes d'origine tchadienne. En 2011, le conflit interne en Libye a poussé plus de 100 000 Tchadiens installés en Libye à revenir au Tchad. En 2015, la crise sécuritaire au nord-est du Nigeria a provoqué le mouvement de près de 75 000 réfugiés, retournés et PDI dans la région du Lac.

13. Source : UNHCR.

14. Estimations OCHA sur la base des projections de population des communes qui accueillent les personnes déplacées.

15. http://www.unicef.org/french/infobycountry/chad_statistics.html

DÉPLACEMENTS DE POPULATION



de choléra et 10 000 cas de rougeole en 2014¹⁶). Près d'un million de cas de paludisme sont attendus chaque année au Tchad. Ces maladies ont un impact important sur la situation socio-économique des ménages¹⁷ et renforcent les vulnérabilités déjà existantes, comme l'insécurité alimentaire ou la malnutrition. Les plus vulnérables aux maladies sont les enfants, les femmes, les populations nomades et enclavées qui ont un accès limité aux soins, ainsi que les populations déplacées. La faible couverture vaccinale renforce la vulnérabilité des populations face aux épidémies, aggravée par la précarité des conditions de vie et le manque de bonnes pratiques d'hygiène pour la majorité de la population. Par ailleurs l'indice d'inégalité de genre de 0,707 indique une situation préoccupante avec un taux de mortalité maternelle parmi les plus élevés au monde (plus de 1 084 décès pour 100 000 naissances vivantes au Tchad). En outre seulement une femme tchadienne sur quatre bénéficie de l'assistance d'un agent de santé qualifié lors de l'accouchement, ce qui augmente le risque de mortalité infantile et maternelle en cas de complications.

Catastrophes naturelles

Les catastrophes naturelles sont parmi les causes principales de l'insécurité alimentaire, impactant la production agricole

et les moyens d'existence des populations. En 2014, les départements du Barh el Gazal sud, du Chari (Chari Baguirmi), de Haraze Al Biar, Dababa et Dagana (Hadjer Lamis) ont chacun rapporté plus de 5 000 hectares emblavés détruits par un choc. La sécheresse affecte principalement les populations rurales qui tirent leurs revenus de l'agriculture et de l'élevage. En 2016, environ 15% des ménages pourraient être impactés par les sécheresses.

Les inondations ont notamment un impact sur l'accès des populations (y compris les femmes et les enfants) à l'eau, l'hygiène et l'assainissement, et des conséquences sur leur santé. Les inondations affectent aussi la scolarité des enfants et engendrent de nombreux abandons et échecs scolaires.

Globalement, environ 9% des ménages en 2014 disent avoir été impactés par les inondations. Celles-ci impactent également directement l'économie du Tchad où le transport des marchandises s'effectue par voie terrestre, sur des pistes peu entretenues et immergées, impraticables plusieurs mois par an.

Les ennemis des cultures comme les invasions acridiennes et les oiseaux granivores constituent une menace pour les communautés rurales, notamment les agriculteurs. Si leur occurrence est faible²¹, leur impact est dramatique pour les populations concernées.

16. Au premier semestre 2015 aucun cas de choléra n'a été enregistré. 1 622 cas de rougeole dont 29 décès ont été enregistrés au début du 2ème semestre 2015.

17. Etude Avocksouma Djona et al 2002 - le nombre de jours perdus pour cause de paludisme est estimé à 13,19 jours en moyenne par an et par personne.

18. PNUD, Rapport sur le développement humain, Gender Inequality Index Value, 2013.

19. Source ENSA 2014 : 15% des ménages déclarent avoir été touchés par la sécheresse.

20. Source ENSA 2014 : 9% des ménages déclarent avoir été touchés par les inondations.

21. Source ENSA 2014 : 5% des ménages déclarent avoir été touchés par les ennemis des cultures.



DÉSAGRÉGATION DU NOMBRE DE

PERSONNES AYANT BESOIN D'ASSISTANCE

Au total, 2,3 millions de personnes ont besoin d'une assistance humanitaire parmi lesquelles 395 875 réfugiés, 100 500 retournés, 51 000 déplacés internes, 1 000 TCN (ressortissants de pays tiers) et 1,7 million de personnes parmi la population locale, dont 638 000 sont des communautés hôtes. La population en insécurité alimentaire et nutritionnelle requérant une aide humanitaire est estimée à 1,6 million et se concentre principalement dans les régions de la bande sahélienne. A cela s'ajoutent 500 000 retournés et réfugiés qui ont toujours besoin d'une assistance alimentaire. Les personnes directement affectées par les mouvements de population sont estimées à 1,2 million de personnes, incluant les populations hôtes vulnérables principalement le long des frontières ouest, est et sud du pays. Il est estimé que 2,7 millions de personnes pourraient être impactées par











les catastrophes naturelles, principalement dans la bande sahélienne. Enfin, plus d'un million de personnes pourrait être affecté par une maladie à potentiel épidémique ou le paludisme et 12% des femmes pourraient être victimes de violences sexuelles. Enfin, 35% des filles sont mariées avant 15 ans et 45% des femmes et filles ont subi des mutilations génitales²². (Cf. Annexes 3 pour les détails du calcul des personnes dans le besoin)

NOMBRE DE PERSONNES DANS LE BESOIN

2,3M























22. Enquête MICS 2010 et enquête Démographique et de Santé (EDS) 2004.

NOMBRE DE PERSONNES AYANT BESOIN D'ASSISTANCE PAR SECTEUR

	TOTAL	PAR SEXE & AGE	
	Pers. dans le besoin	% femmes	% enfants, adultes, pers. âgées*
1. Eau, Hygiène et Assainissement 2. Coordination et Gestion de Camps			
 Séc. Alim.	2,2M	52%	57 39 4%
 Santé	1,3M	52%	57 39 4%
 Education	406 000	52%	57 39 4%
 Protection	880 000	52%	57 39 4%
 Nutrition	2M	52%	57 39 4%
 EHA ¹	1M	52%	57 39 4%
 Abris/CCCM ²	650 000	52%	57 39 4%
 Réponse multi sectorielle pour les réfugiés	500 850	52%	57 39 4%
 Logistique			
 Coordination			
TOTAL	2,3M**	53%	57 39 4%

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

**Le total n'est pas le total de la colonne, puisque les mêmes personnes peuvent apparaître plusieurs fois

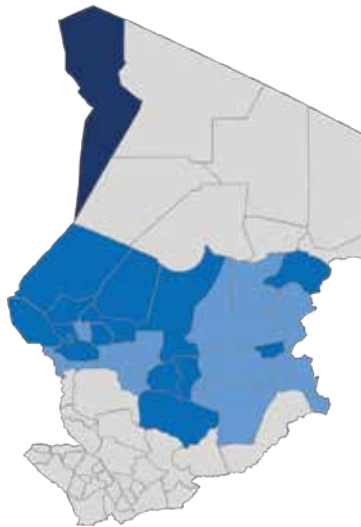
PERS. DANS LE BESOIN	PAR STATUT					PAR SEXE & AGE			TOTAL	
	Réfugiés	Retournés	PDI	TCN	Population locale	% femmes	% enfants, adultes, pers. âgées*		Pers. dans le besoin	Pop. totale
 BAHR EL GHAZAL	-	-	-	-	128 427	52%	57	39 4%	128 427	307 625
 BATHA	-	-	-	-	127 832	52%	57	39 4%	127 832	584 070
 BORKOU	-	-	-	-	657	52%	57	39 4%	657	111 902
 CHARI-BAGUIRMI	-	-	-	-	28 613	52%	57	39 4%	28 613	691 647
 ENNEDI EST	26 172	-	-	-	21 980	52%	57	39 4%	48 152	128 306
 ENNEDI OUEST	-	-	-	-	961	52%	57	39 4%	961	72 482
 GUÉRA	-	-	-	-	159 887	52%	57	39 4%	159 887	643 739
 HADJER-LAMIS	-	-	-	-	187 674	52%	57	39 4%	187 674	677 816
 KANEM	-	-	-	-	216 865	52%	57	39 4%	216 865	398 645
 LAC	13 742	10 306	51 387	771	124 920	52%	57	39 4%	201 216	518 701
 LOGONE OCCIDENTAL	-	1 621	-	-	35 800	52%	57	39 4%	37 421	823 819
 LOGONE ORIENTAL	45 665	33 433	-	-	100 522	52%	57	39 4%	179 620	931 889
 MANDOUL	8 468	5 853	-	-	41 326	52%	57	39 4%	55 647	751 004
 MAYO-KEBBI EST	1 334	232	-	-	28 243	52%	57	39 4%	29 809	926 440
 MAYO-KEBBI OUEST	-	-	-	-	15 203	52%	57	39 4%	15 203	674 961
 MOYEN-CHARI	18 557	36 705	-	-	39 630	52%	57	39 4%	94 892	703 106
 N'DJAMENA	4 833	5 259	-	-	19	52%	57	39 4%	10 111	1 137 651
 OUADDAÏ	110 241	-	-	-	231 284	52%	57	39 4%	341 525	862 329
 SALAMAT	7 587	7 137	-	-	23 808	52%	57	39 4%	38 532	361 474
 SILA	54 396	-	-	-	140 695	52%	57	39 4%	195 091	463 304
 TANDJILÉ	-	-	-	-	28 831	52%	57	39 4%	28 831	791 469
 TIBESTI	-	-	-	-	68	52%	57	39 4%	68	30 471
WADI FIRA	95 731	-	-	-	105 414	52%	57	39 4%	201 145	607 894
TOTAL	386 726	100 546	51 387	771	1,8M	52%	57	39 4%	2,3M	13,2M

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

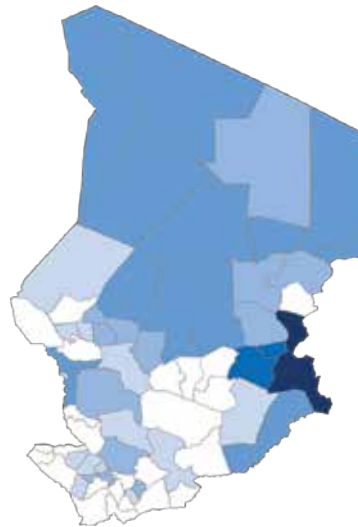
SÉVÉRITÉ DES

BESOINS

l'analyse des besoins humanitaires au Tchad pour 2016 révèle une vulnérabilité généralisée sur une grande partie du territoire. La bande sahélienne est particulièrement vulnérable, touchée majoritairement par l'insécurité alimentaire et la malnutrition, mais également par les catastrophes naturelles en particulier la sécheresse et les ennemis des cultures. Les régions frontalières à l'ouest, au sud et à l'est sont sous pression car elles accueillent la majorité des personnes déplacées par les conflits, mais sont également davantage propices aux épidémies (choléra et rougeole). L'arrivée de ces personnes en déplacement accentue les difficultés d'accès aux services de base et la vulnérabilité dans ces régions déjà fragiles.

INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET
MALNUTRITION

URGENCES SANITAIRES



CATASTROPHES NATURELLES







MOUVEMENTS DE POPULATION

SÉVÉRITÉ
- +

PARTIE II: APERÇU DES BESOINS PAR SECTEUR

INFORMATION PAR CRISE

-  Insécurité alimentaire et malnutrition
-  Mouvements de population
-  Urgences sanitaires
-  Catastrophes naturelles

Déficit d'information et planification des évaluation des besoins

Méthodologie pour le ciblage des personnes dans le besoin

INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MALNUTRITION

APERÇU



L'insécurité alimentaire au Tchad affecte 3,4 millions de Tchadiens, dont 663 000 sont dans une situation alarmante (Phase 3 et 4 du Cadre harmonisé). La vulnérabilité de ces populations est chronique, exacerbée par des phénomènes naturels récurrents et néfastes qui contribuent à la détérioration progressive des moyens d'existence et entraîne l'adoption de stratégies de survie négatives. La situation nutritionnelle est également alarmante avec près de 400 000 cas de MAM et plus de 320 000 cas de MAS attendus en 2016, ainsi que 171 000 femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition. Les projections pour 2016 indiquent que quatorze régions²³ de la bande sahéenne auront une prévalence de MAG supérieure ou égale aux seuils d'urgence de 15%.

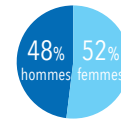
POPULATION AFFECTÉE²⁴

Les populations les plus affectées par l'insécurité alimentaire et nutritionnelle se trouvent dans la bande sahéenne du pays et dans les zones accueillant les réfugiés, retournés et déplacés internes. Selon l'EFSA de mars 2015 pour le Sahel ouest, la situation alimentaire est particulièrement fragile dans les départements du Nord Kanem (70% de prévalence à l'insécurité alimentaire), Kanem (51%), Bahr El Gazal Nord (49%), Barh El Gazal Sud (49%) et Mamdi (42%). Dans ce dernier département, la dégradation de la situation alimentaire est exacerbée par l'afflux de réfugiés, retournés et déplacés internes et la prévalence à l'insécurité alimentaire y est passée de 24% en novembre 2014 à 42% en mars 2015.

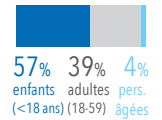
PERS. DANS LE BESOIN

2,2M

PAR SEXE



PAR AGE



La population tchadienne est à 80% rurale et dépendante de la production agricole. Les revenus et l'alimentation des ménages dépendent majoritairement de cette production conditionnée aux conditions climatiques (cultures pluviales majoritaires). Les sécheresses récurrentes, en particulier dans la bande sahéenne et la mauvaise répartition spatio-temporelle des pluies affectent les rendements et donc l'autosuffisance des ménages. Le déficit pluviométrique a un impact négatif sur les rendements et donc sur la sécurité alimentaire des ménages, mais également sur les pâturages, avec une soudure animale précoce attendue en 2016²⁵.

L'insuffisance des terres arables et des pâturages, ainsi que l'accès limité à la terre pour les populations les plus pauvres ou le manque d'appropriation des terres (problèmes fonciers) ainsi que la faible diversification des sources de revenus, sont des facteurs aggravants de l'insécurité alimentaire des ménages. La mauvaise structuration des filières agricoles, la prévalence de l'agriculture de subsistance, l'insuffisance des mécanismes d'appui à l'agriculture familiale, l'inaccessibilité de semences et le manque d'infrastructures pour le transport et l'écoulement des productions agricoles renforcent les vulnérabilités des ménages.

Les fortes dépendances aux marchés et aux prix des denrées, créent une vulnérabilité renforcée par l'absence d'organe

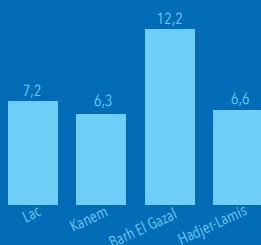
23. Batha, Barh el Gazal, Guéra, Hadjer Lamis, Kanem, Lac, Ouaddaï, Sila, Wadi Fira, Ennedi, Salamata, Borkou, Tibesti, Chari Baguirmi. N'Djamena est également incluse dans les zones prioritaires à cause du nombre important d'enfants malnutris.

24 Les données se basent sur l'ENSA de novembre 2014, l'EFSA de mars 2015 pour les 4 régions du Sahel ouest et la mise à jour du Cadre Harmonisé pour juin-août 2015, en attendant d'avoir les données du Cadre Harmonisé et de l'ENSA d'octobre/novembre 2015 et la SMART de septembre/octobre 2015.

25. La régression de la végétation est beaucoup plus visible dans les régions de Sila, du Ouaddaï et à l'est du Wadi Fira, ce qui entrainera une soudure animale précoce.

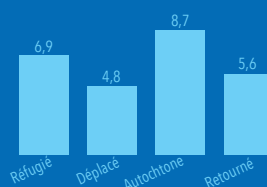
RÉGIONS AVEC L'INDICE DE STRATÉGIE DE SURVIE LES PLUS INQUIÉTANTS*

Source: SISAAP/PAM, mars 2015



INDICE DE STRATÉGIE DE SURVIE MOYEN PAR STATUT DU CHEF DE MÉNAGE

Source: SISAAP/PAM, mars 2015



LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE AU TCHAD

1 personne sur **4**
est affectée par l'insécurité alimentaire



Source: Cadre Harmonisé, juin 2015

* Cet indice mesure le comportement et les adaptations des ménages en termes de consommation et moyens d'existence lorsqu'ils n'ont pas accès à la nourriture.

INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MALNUTRITION

régulateur des prix. Le niveau élevé des prix, lié notamment à la fermeture des frontières, renforce les difficultés d'accès économique à la nourriture. Les crises au Nigeria et en RCA influent également sur les exportations de bétails, entraînant une situation où les termes de l'échange sont en défaveur des éleveurs (les céréales sont plus valorisées que le bétail).

En conséquence les populations de la bande sahélienne consomment peu d'aliments variés et riches et la pratique de stratégies de survie néfastes aggrave la situation alimentaire, impactant négativement les moyens de subsistances des ménages les plus vulnérables.

Les enfants de moins de cinq et les femmes enceintes et allaitantes sont les plus vulnérables à la malnutrition, qui devrait toucher en 2016 plus de 720 000 enfants (près de 400 000 MAM et plus de 320 000 MAS) et plus de 171 000 femmes enceintes et allaitantes. Bien que liée à l'insécurité alimentaire, les causes de la malnutrition sont multiples. On relève notamment les mauvaises habitudes alimentaires, la faible qualité et quantité des services de santé (certaines maladies telles que le paludisme ou les infections respiratoires aiguës mènent à la malnutrition), ainsi que le manque d'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement (qui exposent les enfants aux maladies d'origine hydrique).

Certaines pratiques socioculturelles comme le mariage précoce et la fréquence des naissances augmentent le risque de malnutrition pour les jeunes mères et leurs enfants (le manque de maturité biologique et psychologique des jeunes mères a des conséquences sur la grossesse et l'allaitement, ainsi que sur leur capacité à adopter des comportements adéquats en matière d'alimentation des enfants).

Les pratiques traditionnelles néfastes observées lors de la prise en charge nutritionnelle ont des effets négatifs sur leur développement, tant au niveau physique, cognitif, que social.

Enfin, le choix des parents d'envoyer leurs enfants travailler ou quémander de la nourriture impacte négativement sur les taux de scolarisation.

BESOINS HUMANITAIRES

Selon la mise à jour de l'analyse consensuelle du Cadre Harmonisé de juin 2015, 83 000 personnes sont estimées en situation de déficit de consommation alimentaire extrême (phase 4 : urgence) pouvant occasionner une perte totale des avoirs relatifs aux moyens d'existence. Ces populations nécessitent une assistance humanitaire d'urgence immédiate. Près de 580 000 personnes sont en situation de déficit considérable avec des taux de malnutrition supérieurs au seuil d'urgence (phase 3 : crise), principalement dans les départements du Bahr El Ghazal Nord, du Kanem et du Nord Kanem. Ces personnes, notamment les plus pauvres, nécessitent également une aide humanitaire d'urgence couplé à des activités de résilience pour renforcer leur autosuffisance et leurs moyens de subsistance. En outre, 2 770 000 personnes dans (46) départements sont en phase 2 : sous-pression et nécessitent un soutien pour développer leur résilience et leurs moyens d'existence et s'assurer qu'ils ne retombent pas dans une phase plus aiguë. A ces personnes, s'ajoute les 500 000 réfugiés et retournés qui ont toujours besoin d'une assistance alimentaire

La dernière enquête nutritionnelle SMART²⁶ et les résultats de l'enquête MICS/EDS 2014-2015 confirment l'augmentation de la prévalence de la malnutrition, qui dépasse le seuil d'urgence de 15% défini par l'OMS dans 14 régions²⁷, et montre la persistance de la malnutrition surtout pendant la période de soudure (mars – septembre). Les projections du cluster nutrition pour 2016 envisagent que près de 400 000 enfants seront affectés par la MAM, plus de 320 000 par la MAS et plus de 170 000 femmes enceintes et allaitantes souffriront de malnutrition²⁸.

26. Enquête SMART octobre-novembre 2014.

27. Batha, Barh El Gazal, Ennedi, Guera, Hadjer Lamis, Kanem, Lac, Ouaddai, Salamat, Sila, Wadi Fira, Borkou, Tibesti, Chari Baguirmi.

28. Ces chiffres prennent en compte la population locale et les réfugiés dans les camps.



MOUVEMENTS DE POPULATION

APERÇU



Le Tchad accueille actuellement 550 000 personnes en situation de déplacement (réfugiés, déplacés internes, retournés, ressortissants de pays tiers), résultat des conflits et de l'insécurité dans les pays voisins et des opérations militaires sur le sol tchadien. Ces personnes se concentrent principalement le long des frontières du pays, à l'est (régions du Ouaddaï, du Sila, du Wadi Fira et de l'Ennedi Est), au sud (régions du Logone Oriental, du Logone Occidental, du Mandoul, du Moyen-Chari et du Salamat), à l'ouest (région du Lac) et à N'Djamena. Il s'agit notamment de 296 000 réfugiés soudanais à l'est du Tchad, 84 000 réfugiés centrafricains et 91 000 retournés tchadiens de la RCA au sud du pays et 14 000 réfugiés nigériens et plus de 62 000 retournés, ressortissants de pays tiers (TCN) et déplacés internes dans la région du Lac²⁹. Les personnes en situation de déplacement restent grandement dépendantes de l'aide humanitaire dans les premiers mois qui suivent leur arrivée. En outre, la vulnérabilité de la population hôte qui accueille ces personnes, estimée à 638 000³⁰ personnes, s'est accentuée par cette pression accrue sur les ressources naturelles, les services de base et les moyens d'existence. Au regard de la situation sécuritaire dans les pays voisins le Tchad pourrait être exposé à de nouveaux mouvements de population en 2016. Il n'y a pas de perspectives de retour immédiat pour ces populations.

POPULATION AFFECTÉE

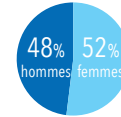
Le nombre actuel de réfugiés est de 396 000³¹. En 2016 selon le HCR, ce nombre devrait augmenter en raison des arrivées prévues du Nigéria (+15 000) et du Soudan (+25 000). Pour les réfugiés de RCA au sud du pays, environ 10 000 réfugiés centrafricains seraient rentrés en RCA. Cependant, les prochaines élections pourraient engendrer de nouveaux mouvements de RCA vers le Tchad.

Le nombre actuel de retournés Tchadiens estimés à 100 500³² devrait se maintenir dans le sud du pays et dans la région du Lac. Pour les retournés tchadiens de la RCA il est attendu que les 91 000 retournés demeurent au Tchad en 2016. Au niveau de la région du Lac, les retournés tchadiens arrivés en 2015 sont estimés à environ 10 000 personnes et devraient se maintenir ou légèrement augmenter pour 2016. En ce qui concerne les 100 000 retournés de la Libye arrivés en 2011, ils semblent être intégrés dans les différentes régions de la

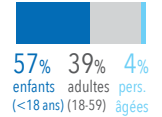
PERS. DANS LE BESOIN

1,2M

PAR SEXE



PAR AGE



bande sahélienne, en conséquence aucune action humanitaire spécifique ne devrait les cibler et ceux-ci seront pris en considération à travers les interventions visant la population locale. La communauté humanitaire continuera à suivre de potentiels nouveaux mouvements entre la Libye et le Tchad.

Le nombre d'enfants (3-18 ans) affectés par les déplacements est estimé à 250 000. Bien avant l'arrivée des nouveaux afflux, le système éducatif tchadien souffrait déjà d'insuffisance d'infrastructures et d'équipements scolaires. Les ratios nationaux élèves/maîtres (62/1), élèves/salles de classe (64/1) et élèves/manuels de lecture (1/7) dépassent les standards d'urgence³³.

Le nombre de déplacés internes devrait augmenter en 2016 essentiellement dans la région du Lac. Les estimations et enregistrements en cours dans la zone rapportent le déplacement d'environ 51 000 personnes dans cette région, particulièrement autour des localités de Bol et Baga Sola. Actuellement, une vingtaine de sites spontanés³⁴ de déplacés sont recensés autour de ces deux localités. En 2016 ce chiffre pourrait augmenter pour atteindre 70 000 personnes en conséquence de la poursuite des opérations militaires dans la région du Lac, au Nigéria, Niger et nord-Cameroun.

Les 71 000 anciens déplacés du Sila, rapportés l'année dernière se sont sédentarisés principalement dans deux départements (Ade et Mudeina) et restent dans un état de précarité inquiétant. Ces populations sont dorénavant considérées au même titre que des populations locales vulnérables.

BESOINS HUMANITAIRES

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

Depuis le début de la crise du Nigeria, plus de 77 000 personnes³⁵ (réfugiés, retournés, ressortissants de pays tiers, déplacés internes) se sont déplacées dans la région du Lac fuyant les violences perpétrées au Nigéria, nord Cameroun et depuis le début de l'année sur le sol tchadien dans la région du

29. Sources : statistiques HCR 31 août 2015, Profilage et estimations : OIM/HCR/CNARR/OCHA, août 2015.

30. Population des cantons ou des communes ayant accueilli des retournés, réfugiés ou PDI.

31. Statistiques HCR 31 août 2015.

32. Enregistrements et estimations IOM, août 2015.

33. UNICEF : Annuaire statistique 2012-2013.

34. Situation en août 2015.

35. Situation OIM, OCHA, HCR au 19 août 2015.

MOUVEMENTS DE POPULATION

Lac fuyant les violences perpétrées au Nigéria, nord Cameroun et depuis le début de l'année sur le sol tchadien dans la région du Lac. La situation est extrêmement dynamique en particulier depuis le mois de juillet avec l'arrivée d'une vague d'environ 51 000 personnes³⁶ autour des villes de Bol et Baga Sola fuyant les attaques de groupes armés et leurs affrontements avec l'Armée nationale tchadienne, ou se déplaçant préventivement ou suite aux ordres du Gouvernement le 24 juillet en amont d'opérations militaires.

Les besoins humanitaires d'urgence pour les personnes déplacées (réfugiés, retournés et déplacés internes) sont les abris et articles ménagers essentiels, l'accès à l'eau potable, à l'assainissement, à la santé et la sécurité alimentaire. Une attention particulière doit être portée sur la protection des personnes déplacées et aux risques de tensions communautaires. Les agriculteurs ont dû abandonner leurs parcelles et leurs stocks sur les îles. Ainsi, la situation alimentaire et nutritionnelle continuera à se dégrader, si des activités de contre saisons, de petit élevage ou d'activités génératrices de revenus ne sont pas mises en place, pour renforcer la disponibilité et l'accessibilité alimentaire.

Les communautés hôtes, estimées à 41 000³⁷ personnes, sont rendues plus vulnérables par l'afflux de déplacés qui accentuent les pressions sur les maigres ressources et les faibles infrastructures de base dans une des régions les moins développées du Tchad. Les besoins de ces populations hôtes concernent surtout les domaines de la santé, de l'eau, hygiène, assainissement, de la sécurité alimentaire et de l'éducation. Le contexte sécuritaire et la fermeture de la frontière impactent négativement les moyens de subsistance des populations et donc leur sécurité alimentaire (augmentation des prix des denrées de base, arrêt de certaines activités comme la pêche, débouchés économique perdus...). L'EFSA³⁸ de mars 2015 montre une dégradation générale de la situation socioéconomique des ménages dans les régions du Lac, du Kanem et de Bahr El Gazal. En effet, la prévalence à l'insécurité alimentaire a gagné 25 points entre mars 2013 et mars 2015 dans la région du Lac. Le taux d'insécurité alimentaire dans le département du Mamdi est passé de 24% lors de l'ENSA de décembre 2014 à 42% en mars 2015. La pêche est pratiquement à l'arrêt à cause de l'interdiction de naviguer sur le lac pour raisons sécuritaires. Les éleveurs doivent trouver de nouveaux débouchés alternatif au marché nigérian et de nouvelles routes plus longues et avec moins de pâturages pour transporter leurs troupeaux. Le bétail se trouve ainsi largement excédentaire dans la zone et les termes de l'échange (céréales/bétaux) sont défavorables aux éleveurs.

La concentration du bétail pourrait engendrer des conflits entre agriculteurs et éleveurs, avec un risque plus important d'épizootie, et un surpâturage dans la zone.

Les mouvements de population ont aussi entraînés des séparations d'enfants. Dans le camp de Dar Es Salam, 111 enfants séparés et 69 mineurs non accompagnés ont été identifiés et pris en charge depuis janvier 2015³⁹. Les déplacements de population ont aussi un impact négatif sur la situation psychosociale des enfants et exacerbent le risque d'association d'enfants aux groupes armés.

De nouveaux mouvements de population sont encore à prévoir, en particulier des déplacements internes des populations liés à d'éventuelles nouvelles attaques, de nouvelles opérations de l'Armée ou de façon préventive en raison de l'insécurité.

Situation des réfugiés Soudanais à l'est du Tchad

Au total, plus de 296 000 réfugiés⁴⁰ soudanais sont concentrés à l'est du pays dans les régions du Wadi Fira, du Ouaddaï, du Sila, du Salamat et de l'Ennedi Est. Ils sont répartis dans 12 camps, ainsi que dans des villages d'accueil. Ces personnes sont arrivées par vagues successives depuis 2003, à la suite du conflit au Darfour, générant une crise humanitaire persistante dans l'est du Tchad.

L'afflux massif de réfugiés a créé des pressions considérables sur les ressources naturelles disponibles autour des camps (accès à la terre, bois, énergie...) et donc sur les populations locales, alors même que les régions de l'est du Tchad sont structurellement très pauvres, avec un manque d'infrastructures et de ressources naturelles. Le manque de ressources et d'accès aux terres arables a rendu les réfugiés presque totalement dépendants de l'aide humanitaire pour satisfaire leurs besoins essentiels. Malgré le séjour prolongé des réfugiés dans la région, les besoins de bases (nourriture, eau, santé, nutrition...) sont restés à des niveaux très précaires et moins de 10% de ces réfugiés sont auto-suffisants⁴¹. Des enquêtes HEA (Household Economy Analysis) menées dans certains camps ont montré que 74% des réfugiés sont catégorisés comme pauvres ou très pauvres.

Les besoins de ces réfugiés restent multiples. En termes de sécurité alimentaire et économique, la réduction des rations de nourriture pour les réfugiés depuis janvier 2014, liée à l'essoufflement des financements, a résulté dans l'augmentation de la malnutrition dans les camps.

36. Les enregistrements sont en cours, 37 000 ont été enregistrée au moment de la rédaction du HNO.

37. Population des communes de Bol et de Baga Sola.

38. Evaluation rapide de la sécurité alimentaire dans les régions du Lac, Kanem, Barh el Gazal et Hadjer Lamis, mars 2015 (SISAAP, PAM, FAO).

39. Données du sous-cluster protection de l'enfance.

40. Statistiques HCR 31 août 2015.

41. Evaluation AGDM (Age Gender Diversity and Mainstreaming) du HCR, 2013.

MOUVEMENTS DE POPULATION

L'enquête nutritionnelle dans les camps⁴² indique une prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) et de la malnutrition aiguë sévère (MAS) inquiétante et parfois même au-dessus des seuils d'urgence. C'est le cas pour les camps d'Amnaback (dans le Wadi Fira) avec 17,7% de MAG et 2,6% de MAS, et d'Iridimi (Wadi Fira) avec 16% de MAG et 3,5% de MAS. Le camp de Mile (Wadi Fira) s'approche également des seuils d'urgence avec 13,8% de MAG et 1,9% de MAS. Enfin, la situation nutritionnelle est critique dans le district sanitaire d'Iriba (Wadi Fira) avec 21,7% de MAG et 3,4 % de MAS, largement au-dessus des seuils d'urgence de 15% et 2% respectivement.

En termes d'eau potable et d'assainissement et malgré les progrès réalisés dans les camps, l'accès à l'eau de source protégée est de 17 litres par personnes et par jour (en dessous du standard de 20l/pers/jour, mais considérablement meilleur que celui des populations locales). En outre seulement 33% des ménages possèdent des latrines familiales dans la zone.

Les faibles capacités des structures de santé locales et le manque de médicaments ne permettent pas de répondre aux besoins des populations hôtes et réfugiées et représentent un défi majeur pour l'intégration des réfugiés dans le système de santé national. La population hôte se tourne vers les centres de santé des camps pour y recevoir des soins de qualité gratuits augmentant l'affluence et les ruptures de médicaments et autres intrants.

Le paludisme, les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques sont les principales maladies dans les camps de réfugiés et les régions hôtes de l'est du Tchad.

Le paludisme est la principale maladie dans les camps avec

une incidence de 7,9 cas/1 000 pers./mois. Les régions du Sila et du Ouaddaï ont connu des épidémies de rougeole en mai et juin 2015 aggravant encore les vulnérabilités des enfants.

L'accès à l'éducation pré-primaire, secondaire et tertiaire mérite d'être renforcé. Le nombre de salles de classe est insuffisant pour répondre à la demande, de même que le matériel scolaire. En ce qui concerne la protection, les femmes et les filles sont particulièrement exposées aux VBG et les habitudes socio-culturelles limitent la dénonciation des cas. Le mariage forcé est une pratique répandue, et les jeunes filles ont un fort risque de grossesses précoces ou d'abandon scolaire. L'éducation et les initiatives pour le changement de comportement (C4D) doivent être renforcés et des systèmes de référencement et de prise en charge des survivant(e)s des VBG doivent être mis en place ainsi que la formation et supervision des prestataires de soins (sages-femmes, médecins, infirmiers..) pour la prise en charge médicale.

Les résultats préliminaires des exercices de recensement biométrique dans les camps de réfugiés de l'est entamés en 2015, montrent en moyenne une baisse de 8 à 10% des effectifs. Malgré cette baisse et les discussions tripartites entre le Tchad, le Soudan et le HCR sur le retour des réfugiés au Soudan les perspectives de retours immédiats sont peu probables.

42. Enquête HCR octobre 2014 - février 2015.

296 000

réfugiés soudanais sont concentrés à l'est du pays dans les régions du Wadi Fira, du Ouaddaï, du Sila, du Salamat et de l'Ennedi Est. Ils sont répartis dans 12 camps, ainsi que dans des villages d'accueil.

17 litres par personnes et par jour

l'accès à l'eau potable est de 17 litres par personnes et par jour (en dessous du standard de 20l/pers/jour, mais considérablement meilleur que celui des populations locales).

7,9 cas/1 000 personnes par mois

est le taux d'incidence du paludisme, la principale maladie dans les camps.

MOUVEMENTS DE POPULATION

Situation des réfugiés et des retournés de la République Centrafricaine

En plus des 84 000⁴³ réfugiés Centrafricains, 91 000 retournés Tchadiens de la RCA sont arrivés depuis décembre 2013.

84 000 réfugiés Centrafricains présents au Tchad depuis 2002 et 2012 sont répartis dans des camps et villages d'accueils dans les régions du Logone Oriental, du Moyen Chari, et du Salamat. Plus de 30% des réfugiés dans les camps du sud du pays font partis des catégories très pauvre et pauvre⁴⁴ malgré leur présence au Tchad depuis de nombreuses années. La scolarisation et la protection des enfants, la lutte contre les VBG, la bonne gestion de l'eau, et l'autosuffisance restent des défis importants. La diminution des rations du PAM depuis 2014 nécessite un appui à l'agriculture pour éviter une dégradation de la situation nutritionnelle. Le contexte en RCA ne présage pas d'un retour imminent de ces réfugiés dans leur pays d'où l'importance de trouver des solutions durables pour l'intégration et l'autonomisation de ces populations. En outre, les élections prévues pour fin 2015 en RCA pourraient entraîner de nouveaux mouvements de population de la Centrafrique vers le Tchad.

91 000 retournés d'origine tchadienne sont venus de la RCA depuis décembre 2013. Environ 69 000 d'entre eux vivent dans 6 camps temporaires au sud du pays et à N'Djamena⁴⁵, et 22 000 sont retournés dans leurs villages d'origine ou se sont installés dans des villages d'accueil dans le sud en particulier dans le Mandoul et le Logone Oriental.

La situation humanitaire pour ces réfugiés et retournés s'est stabilisée, mais certains standards humanitaires minimums ne

sont toujours pas atteints dans les camps/sites et en particulier dans les villages d'accueil ou la présence des acteurs humanitaires est limitée. Les besoins restent importants dans les domaines des abris, de l'hygiène et l'assainissement (avec un gap en latrines dans tous les sites), de la santé, de l'éducation et de la protection. Avec l'arrivée des retournés, les familles d'accueil sont devenues plus vulnérables ayant partagé leurs maigres ressources. La bonne cohabitation entre les populations locales et retournés pourrait se détériorer en raison de la compétition autour de l'utilisation des ressources déjà insuffisantes et occasionner des conflits. Ces déplacements ont également provoqué des séparations familiales : 880 enfants séparés et non accompagnés ont ainsi été identifiés en 2015 parmi les réfugiés et retournés de la République Centrafricaine (55% de ces enfants dans le Moyen-Chari).

Le Gouvernement a validé un plan de réinsertion socio-économique pour ces retournés en août 2015 afin d'appuyer leur autonomisation à travers des solutions durables et la délivrance de documentation pour les retournés.

Parmi les retournés et réfugiés, les transhumants/nomades sont particulièrement vulnérables et souvent discriminés. Le maintien de la fermeture de la frontière rend leurs activités plus difficiles, et entraîne une concentration du bétail dans certaines zones, exacerbant les conflits entre agriculteurs et éleveurs autour du partage des ressources naturelles, dans un contexte où les tensions entre agriculteurs et éleveurs préexistaient et où les couloirs de transhumance ne sont pas toujours bien définis, ni respectés.

43. HCR statistique 31 août 2015.

44. Enquête multisectorielle de vulnérabilité des réfugiés, 16 décembre 2014, UNHCR.

45. Maigama (Moyen-Chari), Danamadja et Kobitey (Logone Oriental), Djako (Logone Occidental) et le site de Zafai/Gaoui à côté de N'Djamena. Des villages accueillent également des retournés de la RCA dans le Mandoul (Koldaga, Maibo, Deneya, Doubanéné, Gon, Mainana, Dilingala, Maitera et Dembo) et dans le Logone Oriental (Bokoninga, Mbitoye, Komba).



Photo credit: OCHA Tchad

URGENCES SANITAIRES

APERÇU



La situation sanitaire est caractérisée par la prévalence de maladies à potentiel épidémique, telles que le choléra et la rougeole⁴⁶. Aucun cas de choléra n'a été reporté de janvier à septembre 2015 contrairement à 2014. Environ 2 000 cas de rougeole ont été identifiés lors du premier semestre 2015 sur l'ensemble du territoire.

Le paludisme est l'une des causes principale de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Une augmentation d'environ 250 000 cas a été observée entre 2014 et 2015⁴⁷. Près d'un million de cas sont attendus en 2016. En outre, les maladies respiratoires et diarrhéiques liées à la malnutrition, la déshydratation et le faible accès à l'eau potable, contribuent à la mortalité infantile. La fièvre jaune est récurrente dans le pays et requiert une attention particulière, même si aucun cas n'a été confirmé en 2015. La méningite est également un risque sanitaire important au Tchad, avec 174 cas au premier semestre 2015.

Le taux de mortalité maternelle (1 084 décès maternels pour 100 000 naissances)⁴⁸ reste le troisième plus élevé au monde, lié à la faiblesse de la prise en charge des complications obstétricales, combiné au mauvais état nutritionnel des femmes enceintes et à la faible fréquentation des centres sanitaires. Seulement 27% des femmes reçoivent une assistance à l'accouchement. De même, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est parmi les plus élevés au monde (en 2014, il était de 173 pour 1 000, soit une proportion de 17%).

46. Pour le 1er semestre 2015.

47. Base des données national 2014 du PNLP/PNUD et données estimations/progressions faite à partir de cette base de données pour 2015. Cette augmentation des cas est due à l'augmentation du nombre des formations sanitaires ; une amélioration du niveau du rapportage des formations sanitaires (une moyenne de 91% des formations sanitaires ont rapporté en 2014); une amélioration dans la prise en charge du paludisme ; et à l'accroissement de la population.

48. Données OMS 2014.

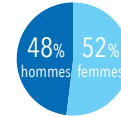
49. PPAC 2008 - 2013

50. PNDS 2012 - 2015

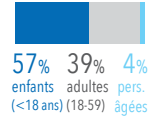
PERS. DANS LE BESOIN

390 000

PAR SEXE



PAR AGE



La situation sanitaire au Tchad est fortement liée à la faiblesse du système de santé. Bien que la couverture sanitaire sur l'ensemble du territoire soit estimée à 73%⁴⁹, la plupart des centres de santé ne sont pas fonctionnels, et restent inadaptés aux besoins, souvent en raison de manques importants en matériel médical ou en personnel de santé⁵⁰. Les centres de santé fonctionnels couvrent souvent des étendues géographiques très larges, ce qui limite l'accès physique aux soins pour les populations les plus éloignées.

POPULATION AFFECTÉE

Les populations qui ont un accès limité aux soins de santé du fait de la pauvreté, de l'éloignement des services de santé et d'un faible niveau d'éducation sont les plus affectées par les problèmes sanitaires. Les groupes les plus vulnérables aux urgences sanitaires sont:

- Les enfants, les plus affectés par la rougeole et le paludisme, particulièrement ceux rendus vulnérables par la malnutrition. Le nombre d'enfants de moins de 5 ans est estimé à 6,65 millions dans le pays. La situation sanitaire des enfants bouviers est préoccupante car ces derniers n'ont aucun accès à la santé. Les conditions précaires fragilisent également les

Le paludisme

est l'une des causes principales de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Une augmentation d'environ 250 000 cas a été observée entre 2014 et 2015.

1 084 décès maternels pour 100 000 naissance

Le Tchad a le troisième taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde.

6,65 millions

enfants de moins de 5 ans au Tchad.

URGENCES SANITAIRES

filles et adolescentes pour leur prise en charge hygiénique⁵¹.

- Les femmes enceintes. La mortalité maternelle élevée est due aux causes obstétricales directes (hémorragies, éclampsie, infections, complications d'avortement, dystocie etc.) et médicales indirectes (paludisme, anémie, VIH, etc). Le nombre de femmes enceintes est estimé à plus de 550 000 au niveau national. Une attention particulière doit être portée à la prise en charge médicale des personnes victimes de violences sexuelles.

- Les populations nomades, qui ont un accès limité aux centres de santé, sont un groupe particulièrement vulnérable aux crises sanitaires.

- Les populations déplacées sont particulièrement vulnérables par faute de moyens pour accéder aux soins de santé primaire, notamment les nouveaux arrivés dans la région du Lac.

BESOINS HUMANITAIRES

Il est essentiel d'améliorer l'offre et la qualité des services de santé en particulier dans les zones favorables aux épidémies et autres maladies graves, tel que le paludisme et dans les contextes d'urgence, ainsi que d'adresser les causes structurelles de ces épidémies. Le renforcement des centres de santé dans la pratique des soins de santé primaire et l'amélioration des services sociaux de base (accès à l'eau et l'assainissement, gestion des déchets...) sont essentiels.

Une attention particulière doit être portée pour améliorer la prévention et la préparation pour lutter contre la propagation des épidémies. L'accès à l'information sanitaire pour les populations, notamment en zone rurale doit être renforcé,

via des sensibilisations sur les bonnes pratiques d'hygiène et d'alimentation et la mise en garde sur les pratiques traditionnels. Les activités de prévention/préparation aux épidémies (distribution de moustiquaires, assainissement et prépositionnement de kit choléra dans les zones à risques...) doivent être renforcées. La couverture vaccinale et la lutte anti vectorielle de masse et de proximité sont des priorités. Même si des efforts sont faits par le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires pour améliorer la couverture vaccinale, les données révèlent toujours l'existence de larges zones non couvertes ou partiellement couvertes. Ainsi, le taux de couverture vaccinale Penta 3 et rougeole est à moins de 50% dans la majorité des départements dans le « Grand Nord » du pays, ainsi que dans les départements du Kanem (Nord Kanem), Bar-El- Gazal (Bar El Gazal Nord), Batha (Batha Est), Chari Barguirmi (Baguirmi, Chari), Salamat (Bar Azoum), Sila (Djourouf Al Ahmar).

La pratique et l'accès à la santé de la reproduction doit être renforcée, notamment en offrant des soins maternels et néonataux de qualité dans les contextes d'urgence en vue de baisser le taux de mortalité maternelle et infantile.

Enfin, il est essentiel de travailler au renforcement du système de surveillance et d'alerte précoce à base communautaire pour améliorer la détection des flambées épidémique et être en mesure d'y répondre rapidement.

51. Evaluation à Dar Es Salam avril 2015, UNICEF Protection.

Photo credit: OCHA Tchad



CATASTROPHES NATURELLES

APERÇU



Le Tchad est régulièrement confronté à des catastrophes naturelles (sécheresses, inondations, ennemis des cultures). En 2014, 39% de la population a déclaré avoir été touchée par un choc, dont 15% par la sécheresse (772 200 personnes), 9% par les inondations (206 000 personnes) et 5% par les ennemis des cultures⁵².

L'agriculture et l'élevage, pratiqués de façon extensive, sont tributaires des contraintes climatiques. Ces phénomènes ont un impact sur les récoltes, la production fourragère et les moyens de subsistance des ménages.

POPULATION AFFECTÉE

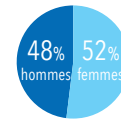
La sécheresse affecte principalement les populations rurales qui tirent majoritairement leurs revenus de l'agriculture et de l'élevage. Les agriculteurs et éleveurs, soit 80% de la population du pays, sont directement affectés par ces aléas naturels. Les femmes, qui représentent 40% de la population active, sont pour la plupart de petites productrices et/ou commerçantes de denrées agricoles, donc particulièrement vulnérables en cas de catastrophes naturelles. Les ennemis des cultures comme les invasions acridiennes et les oiseaux granivores constituent une menace réelle pour les communautés rurales, notamment les agriculteurs. Si leur occurrence est faible, leur impact est dramatique pour les populations concernées.

Les inondations tuent⁵³ provoquent des dégâts matériels tout en représentant un risque sanitaire élevé (risques

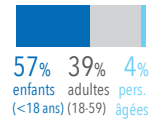
PERS. AFFECTÉES

2,7 M

PAR SEXE



PAR AGE



d'apparition et de propagation des maladies hydriques ou à potentiel épidémique). De plus, les inondations affectent les populations urbaines, notamment celles qui résident dans des zones inondables, comme à Gaoui au sud de N'Djamena. Les inondations détruisent également les surfaces emblavées, affectant la production agricole et réduisant les moyens de subsistance des agriculteurs. En 2012, les inondations ont ainsi détruit près de 300 000 ha de cultures⁵⁴.

Les inondations entraînent par ailleurs des risques d'interruption de la scolarité, d'exploitation, de séparation et de détresse psychosociale chez les enfants.

En raison de leurs impacts sur l'agriculture, l'élevage, les sources de revenus et le capital des ménages, les catastrophes naturelles aggravent l'insécurité alimentaire, la situation économique et les conditions de vie des populations affectées. Les régions de la bande sahélienne, de plus en plus fréquemment touchées par des catastrophes naturelles récurrentes, sont aussi les plus vulnérables à l'insécurité alimentaire et la malnutrition. Les catastrophes naturelles, lorsqu'elles touchent une zone déjà vulnérable, rendent difficile la reconstitution du capital perdu par les ménages, en particulier après la période de soudure. Les ménages pauvres et très pauvres sont les moins résilients et restent dans l'impossibilité de répondre à leurs besoins de base s'ils sont victimes d'un choc.

52. Estimations faites sur la base de l'ENSA 2014

53. Décès enregistrés lors des inondations de 2012. Source : Multi-cluster Initial Rapid Assessment (MIRA) Moyen Chari, Tandjuilé, Mayo Kebbi Est - Tchad, 8 - 15 septembre 2012.

54. Données Office National de Développement Rural.

39%

En 2014, 39% de la population a déclaré avoir été touchée par un choc, dont 15% par la sécheresse (772 200 personnes), 9% par les inondations (206 000 personnes) et 5% par les ennemis des cultures.

80%

Les agriculteurs et éleveurs, soit 80% de la population du pays, sont directement affectés par ces aléas naturels.

40%

Les femmes, qui représentent 40% de la population active, sont pour la plupart de petites productrices et/ou commerçantes de denrées agricoles, donc particulièrement vulnérables en cas de catastrophes naturelles.

CATASTROPHES NATURELLES

BESOINS HUMANITAIRES

Les populations affectées par les sécheresses, inondations et ennemis de culture perdent une partie importante de leur capacité productive et des moyens de subsistance. Ces personnes ont besoin d'appui pour assurer leur sécurité alimentaire, faciliter leur accès aux services sociaux de base et de renforcer leur capacité de résilience pour faire face aux chocs futurs.

Des actions de réduction des risques et catastrophes sont également nécessaires et pertinentes pour pouvoir faire face aux défis et conséquences du changement climatique. Au niveau local, il est nécessaire de disposer de mécanismes appropriés qui favorisent la participation effective des communautés tels que les systèmes communautaires d'alerte précoce et réponse d'urgence (SCAP-RU). Les communautés

doivent être directement impliquées dans la recherche de solutions et participer à la construction d'infrastructures et assurer leur maintenance sur le long terme, à travers la mise en place de comités de gestion. Au niveau national, le Gouvernement, responsable de la coordination et gestion des crises, doit renforcer le cadre de réponse aux crises et la mise en œuvre d'un système d'alerte précoce incluant la facilitation de partages des données météorologiques et de surveillance des côtes fluviales.

Le domaine de la réduction des risques et catastrophes n'est pas considéré comme un domaine d'intervention prioritaire. Cela se traduit par une réponse d'urgence en cas de sinistre, généralement coûteuse, qui dépend d'une meilleure préparation.



DÉFICIT D'INFORMATION ET PLANIFICATION DES ÉVALUATIONS

Sécurité alimentaire et nutrition :

- La taille du cheptel de bétail à l'échelle du territoire national (y compris les éleveurs de la RCA);
- Données sur l'impact de l'insécurité alimentaire sur le secteur de l'éducation (abandon scolaire);
- Données sur la présence d'infrastructure en eau et assainissement;
- Données sur des enquêtes nutritionnelles couvrant tout le pays (au-delà de bande Sahélienne).

Mouvements de population :

- Le nombre et le type d'incidents liés aux conflits entre agriculteurs et éleveurs par an et par département;
- Le nombre et les types de VBG répertoriées dans les sites de retournés et de déplacés;
- Le nombre d'enfants séparés et non accompagnés;
- Le nombre de femmes/filles réfugiées et retournées accédant aux services de santé sexuelle/reproductive;
- Le nombre de personnes avec des besoins spécifiques (ex : handicap) parmi les réfugiés et retournés et populations d'accueil;
- L'évaluation des besoins dans les zones sud, ouest et nord-ouest de la région du Lac non encore accessibles;
- L'absence de données désagrégées pour les populations déplacées internes, notamment sur les sites spontanés autour de Bol et de Baga Sola dans la région 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 de centres de santé fonctionnels;
- Données épidémiologiques, par région, du paludisme, de la rougeole et du choléra ces 5 dernières années;
- Données sur la situation WASH dans les écoles.

Catastrophes naturelles :

- L'historique des catastrophes ayant affecté le Tchad (inondations, sécheresse, invasion acridienne, oiseaux granivores etc.);
- Les données sur la pluviométrie par département et par an; et sur les départements affectés par la sécheresse et les inondations depuis 10 ans;
- Le nombre de personnes affectées par les inondations, par la sécheresse, et par les ennemis des cultures, par an et par département depuis 10 ans;
- Le nombre et le type d'infrastructures communautaires détruites par les inondations par an et par département depuis 5 ans;
- Le nombre d'hectares de superficies emblavées détruites par les inondations (par an et par département depuis 5 ans).

Au-delà des lacunes d'information notées ci-dessus, il manque aussi généralement des informations sur le Grand Nord (régions du Tibesti, Borkou et Ennedi) et les zones isolées et difficiles d'accès et à faible densité (notamment les îles et le Nord du Lac Tchad). Des efforts doivent être faits pour systématiser la désagrégation des données par sexe, âge dans la collecte et dans les évaluations multisectorielles ou sectorielles.

MÉTHODOLOGIE POUR LE CIBLAGE DES PERSONNES DANS LE BESOIN

La population totale dans le besoin a été calculée en prenant en compte le détail des personnes dans le besoin par crise et par département. Les caseloads de la crise catastrophe naturelle n'ont pas été retenus, car seulement basés sur des estimations. Pour chaque région, le caseload le plus important par crise a été retenu pour obtenir le total des personnes dans le besoin.

Pour la crise alimentaire et nutritionnelle les données utilisées sont celles du Cadre Harmonisé révisé en juin 2015, dans lequel 3,4 millions de personnes sont dites affectées par l'insécurité alimentaire. Le caseload des personnes en insécurité alimentaire sévère (Phase 4 et 3) a été entièrement retenu. Pour les personnes en phase 2 (sous pression), seules les populations vivant dans les régions où les seuils d'alerte de 10% de MAG et d'urgence de 2% de MAS sont dépassés, ont été retenues. Cela a permis de différencier les populations affectées par cette crise et celle nécessitant une aide humanitaire dans un souci de priorisation des besoins.

Les populations hôtes affectées par les mouvements de population ont été calculées pour l'est et le sud en prenant la population des cantons affectés par les déplacements de population. Pour la région du Lac ce sont les populations des communes de Bol et de Baga Sola qui ont été retenues⁵⁵.

Dans le cas où le caseload le plus important est celui de l'insécurité alimentaire, les populations réfugiées et retournées ont été rajoutées car non prises en compte dans le Cadre Harmonisé.

55. Sur la base du recensement de la population de 2009, avec l'addition des projections démographiques.

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 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/tchad



www.humanitarianresponse.info/fr/operations/chad



@OCHACHad