

**Document de
La Banque mondiale**

Traduction non officielle
d'un rapport de la Banque mondiale*

Rapport n° : 31746

RAPPORT D'ÉVALUATION RÉTROSPECTIVE DE PROJET

TCHAD

**PROJET POPULATION ET LUTTE CONTRE LE SIDA
(CRÉDIT N° 2692)**

7 mars 2005

*Groupe d'évaluation, Études sectorielles et thématiques et Programmes mondiaux
Département de l'évaluation des opérations*

**Le présent rapport a été établi dans sa version originale en anglais sous le titre : World Bank
Operations Evaluation Department (OED), Chad Population and AIDS Control Project (Credit
No. 2692), Project Performance Assessment Review, Washington, D.C., March 7, 2004.*

Équivalences monétaires (moyennes annuelles)

Unité monétaire = F CFA

Taux de change en vigueur en août 2004

F CFA 531 = USD 1

USD 0,1883 = F CFA 100

Taux de change en vigueur au 31 décembre 2001

F CFA 744 = USD 1

USD 0,1344 = F CFA 100

Taux de change en vigueur au 1^{er} mars 1995

F CFA 514 = USD 1

USD 0,1946 = F CFA 100

Sigles et abréviations

AMASOT	Association pour le marketing social au Tchad	IEC	Information, éducation et communication
ARV	Antirétroviral	KfW	Kreditanstalt Für Wiederaufbau
ASTBEF	Association tchadienne pour le bien-être familial	MASACOT	Cellule de marketing social du projet
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques	MPC	Ministère du Plan et de la Coopération
CDV	Conseil et dépistage volontaire	MSP	Ministère de la Santé publique
CERPOD	Centre de recherche sur la population pour le développement	MST	Maladie sexuellement transmissible
CNLS	Comité national de lutte contre le Sida	MTR	Examen à mi-parcours
CNPRH	Commission nationale de la population et des ressources humaines	OED	Département de l'évaluation des opérations
CPPRH	Commission préfectorale de la population et des ressources humaines	ONG	Organisation non gouvernementale
CTLS	Comité technique de lutte contre le Sida	PAIP	Programme d'action et d'investissement prioritaire en matière de population
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté	PNLS	Programme national de lutte contre le sida
ECP	Équipe de coordination de projet	PPAR	Rapport d'évaluation rétrospective de projet
EDS	Enquête démographique et de santé	PPLS	Projet Population et lutte contre le sida
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population	PVVS	Personne vivant avec le VIH/SIDA
FOSAP	Fonds de soutien aux activités en matière de population (Fonds social)	S&E	Suivi et évaluation
HCPRH	Haut conseil de la population et des ressources humaines	SAP	Stratégie d'aide-pays
ICR	Rapport de fin d'exécution	Sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
		SMI	Santé maternelle et infantile
		TB	Tuberculose
		UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
		USAID	Agence américaine pour le développement international
		VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Exercice budgétaire :

Gouvernement : 1^{er} janvier – 31 décembre

Directeur général, Évaluation des opérations	:	M. Gregory K. Ingram
Directeur, Département de l'évaluation des opérations	:	M. Ajay Chhibber
Chef, Groupe d'évaluation, Études sectorielles et thématiques et Programmes mondiaux	:	M. Alain Barbu
Chargé de projet	:	M ^{me} Denise Vaillancourt

Mission de l'OED : Renforcer l'impact des interventions de la Banque sur le développement grâce à une culture de l'excellence et à l'indépendance en matière d'évaluation

Le rapport

Le Département de l'évaluation des opérations évalue les programmes et activités de la Banque mondiale à deux fins : tout d'abord, assurer l'intégrité du processus d'autoévaluation de la Banque et s'assurer que les activités de l'Institution produisent les résultats escomptés ; ensuite, aider à affiner les orientations, politiques et procédures grâce à la diffusion des leçons tirées de l'expérience. Ainsi, l'OED procède chaque année à l'évaluation de près de 25 % des opérations de prêt de la Banque. En choisissant les opérations aux fins d'évaluation, la préférence est accordée à celles qui sont novatrices, de grande portée ou complexes ; celles qui sont pertinentes pour les études ou les évaluations-pays futures ; celles pour lesquelles les Administrateurs ou la Direction de la Banque ont demandé des évaluations ; et celles dont on pourrait tirer de précieux enseignements. Les projets, thèmes et approches analytiques retenus aux fins d'évaluation appuient des études d'évaluation plus vastes.

Un rapport d'évaluation rétrospective de projet (PPAR) repose sur l'étude du rapport de fin d'exécution (une autoévaluation effectuée par le département compétent au sein de la Banque) et le travail effectué par l'OED sur le terrain. Dans le cadre de la préparation du PPAR, le personnel de l'OED étudie les dossiers et autres documents relatifs au projet concerné, interroge le personnel des opérations et, dans la plupart des cas, effectue une visite dans le pays emprunteur afin de discuter avec le personnel et les bénéficiaires du projet sur le terrain. Le PPAR vise, par conséquent, à valider et compléter les informations fournies dans le rapport de fin d'exécution, ainsi qu'à étudier les questions qui revêtent un intérêt particulier pour les études plus vastes de l'OED.

Chaque PPAR est soumis à un processus de revue par les pairs et à l'approbation de la Direction de l'OED. Une fois approuvé au plan interne, il est examiné par le département compétent au sein de la Banque, puis amendé, le cas échéant. Le PPAR achevé est ensuite envoyé à l'Emprunteur pour examen ; les commentaires de celui-ci sont annexés au document qui est transmis au Conseil des administrateurs de la Banque. Une fois le rapport d'évaluation envoyé au Conseil, son contenu est rendu public.

Le système d'évaluation de l'OED

Les méthodes d'évaluation éprouvées utilisées par l'OED sont adaptées à la large gamme d'activités de la Banque mondiale. Elles sont rigoureuses et offrent le niveau de souplesse nécessaire leur permettant d'être adaptées à l'instrument de prêt, à la conception du projet ou à l'approche sectorielle. Les évaluateurs de l'OED utilisent tous la même méthode de base pour l'évaluation de leurs projets. Les définitions et l'échelle de notation utilisée pour chaque critère d'évaluation sont présentées ci-après (de plus amples informations sont disponibles sur le site Web de l'OED : <http://worldbank.org/oed/eta-mainpage.html>).

Pertinence des objectifs : La mesure dans laquelle les objectifs du projet sont conformes aux priorités de développement de l'heure du pays et aux stratégies d'aide-pays et sectorielles de la Banque, ainsi qu'aux objectifs de l'Institution (stipulés dans les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, les stratégies d'aide-pays, les documents de stratégie sectoriels et les politiques opérationnelles). *Évaluations possibles* : élevée, appréciable, modeste, négligeable.

Efficacité : La mesure dans laquelle les objectifs du projet ont été atteints ou devraient l'être, en tenant compte de leur importance relative. *Évaluations possibles* : élevée, appréciable, modeste, négligeable.

Efficience : La mesure dans laquelle le projet a atteint ou devrait atteindre un rendement plus élevé que le coût d'opportunité du capital et généré des avantages à des coûts inférieurs à ceux des autres solutions de rechange. *Évaluations possibles* : élevée, appréciable, modeste, négligeable. Cette notation n'est généralement pas appliquée aux opérations d'ajustement.

Durabilité : La résistance aux risques liés aux flux d'avantages nets au fil du temps. *Évaluations possibles* : très probable, probable, peu probable, très peu probable, impossible à évaluer.

Impact sur le développement des capacités institutionnelles : La mesure dans laquelle un projet améliore la capacité d'un pays ou d'une région à utiliser de façon plus efficace, équitable et durable ses ressources humaines, financières et naturelles grâce à : a) une définition, une stabilité, une transparence, une capacité d'application et une prédictibilité meilleures des dispositions d'ordre institutionnel et/ou b) une meilleure adaptation de la mission et des capacités d'une organisation à sa mission, qui découle de ces dispositions institutionnelles. Par impact sur le développement des capacités institutionnelles, on entend à la fois l'impact escompté et l'impact non escompté d'un projet. *Évaluations possibles* : élevé, appréciable, modeste, négligeable.

Effets : La mesure dans laquelle les principaux objectifs pertinents du projet ont été atteints ou devraient l'être, de façon efficace. *Évaluations possibles* : très satisfaisants, satisfaisants, modérément satisfaisants, modérément insatisfaisants, insatisfaisants, très insatisfaisants.

Performance de la Banque : La mesure dans laquelle les services fournis par la Banque assurent la qualité initiale et favorisent la mise en œuvre par le truchement d'un contrôle approprié (notamment assurer des dispositions transitoires appropriées pour l'exécution sans heurt du projet). *Évaluations possibles* : très satisfaisante, satisfaisante, insatisfaisante, très insatisfaisante.

Performance de l'Emprunteur : La mesure dans laquelle l'Emprunteur a assumé l'appropriation et la responsabilité afin de garantir la qualité de la préparation et de la mise en œuvre, et respecté les clauses et accords en vue de la réalisation des objectifs de développement et de durabilité. *Évaluations possibles* : très satisfaisante, satisfaisante, insatisfaisante, très insatisfaisante.

Table des matières

Principales notations	v
Personnel clé responsable	v
Préface	vii
Synthèse	ix
1. Historique et contexte	1
2. Objectifs et conception	6
3. Exécution et coûts	8
<i>Expérience en matière d'exécution</i>	<i>8</i>
<i>Coûts et financement prévus et réels</i>	<i>13</i>
4. Extrants et effets par objectif	14
<i>Population</i>	<i>14</i>
<i>VIH/SIDA</i>	<i>18</i>
5. Évaluations	26
6. Conclusions et leçons	31
Références	39
Annexe A : Données de base	42
Annexe B : Personnes et organisations consultées	44
Annexe C : Projet Population et lutte contre le sida (Crédit n°2692) — Présentation des composantes du projet	51
Annexe D : Données relatives au programme et au projet	54
Annexe E : Principaux objectifs et indicateurs au titre du projet Population et lutte contre le sida	65
Annex F: Commentaires de l'Emprunteur	69

Le présent rapport a été préparé par Denise Vaillancourt, qui a procédé à l'évaluation du projet en février 2004. Il a été édité par William B. Hurlbut, avec le soutien administratif de Pilar Barquero.

Encadrés

Encadré 1. Objectifs de la politique démographique de 1994: Résumé -----	2
Encadré 2. Deuxième Plan à moyen terme de lutte contre le sida — orientations stratégiques (1995-1999) -----	4

Tableaux

Tableau 1 : Résumé des évaluations de l'OED* par objectif -----	27
---	----

Figures

Figure 1 : Nombre de cas de sida signalés au cours de la période 1986-2002 -----	3
Figure 2 : Utilisation des moyens de contraception parmi les femmes mariées et celles qui vivent dans une union consensuelle, 1996 et 2000 -----	17
Figure 3 : Ventes de préservatifs, 1996-2002 -----	20
Figure 4 : Pourcentage des hommes et femmes interrogés qui ont affirmé avoir entendu parler du sida -----	23
Figure 5 : Pourcentage des hommes et des femmes qui savent que le préservatif constitue un moyen de protection -----	23
Figure 6 : Pourcentage des hommes et des femmes qui savent que la fidélité constitue un moyen de protection -----	23
Figure 7 : Évolution des niveaux de connaissances des femmes par groupe socio- économique, 1996-2000 -----	24
Figure 8 : Personnes indiquant avoir jamais utilisé un préservatif (%), 1996 et 2003 -----	24
Figure 9 : Tendances de la prévalence chez les adultes dans trois principales Villes -----	25
Figure 10 : Prévalence du VIH parmi les femmes qui utilisent les services prénatals au niveau de quatre sites urbains, 1999-2002 -----	26
Figure D-1 : Évolution de la sensibilisation et du comportement 1996-1997, 2003 -----	60

Principales notations

	<i>ICR*</i>	<i>PPAR</i>
Effets	Satisfaisants	Modérément satisfaisants
Durabilité	Probable	Probable
Impact sur le développement des capacités institutionnelles	Modeste	Appréciable
Performance de la Banque	Satisfaisante	Satisfaisante
Performance de l'Emprunteur	Satisfaisante	Satisfaisante

* Le rapport de fin d'exécution (ICR) est une autoévaluation effectuée par la division opérationnelle compétente au sein de la Banque.

Personnel clé responsable

<i>Projet</i>	<i>Chargé/Chef de projet</i>	<i>Chef sectoriel</i>	<i>Chef-pays</i>
Évaluation	Eva Jarawan	David Berk	Francisco Aguirre-Sacasa
Achèvement	Michele L. Liroy	Arvil Van Adams	Robert Calderisi

Préface

Le présent document est le Rapport d'évaluation rétrospective de projet (PPAR) du premier projet Population et lutte contre le sida au Tchad. Ce projet a été financé grâce au Crédit n° 2692 de l'IDA, d'un montant équivalant à 20,4 millions de dollars (13,9 millions de DTS), auquel se sont ajoutés les contributions prévues de l'État tchadien et des communautés locales, pour 1,3 million et 1,0 million de dollars, respectivement, et un cofinancement de la KfW et du FNUAP, pour 4,4 millions et 0,1 million de dollars, respectivement, soit un coût total de 27,2 millions de dollars. Le crédit de l'IDA, qui a été approuvé le 23 mars 1995, est entré en vigueur le 8 septembre 1995 et a été clos le 31 décembre 2001, après avoir été prorogé de six mois. Les ressources du crédit ont été entièrement décaissées.

Les conclusions de la présente évaluation reposent sur une mission effectuée par le Département de l'évaluation des opérations (OED) au Tchad en février 2004. À N'Djaména, l'équipe chargée de la mission a rencontré les autorités et le personnel du ministère du Plan, du Développement et de la Coopération (notamment l'Équipe de coordination de projet) ; du ministère de la Santé publique ; d'autres organismes publics qui exécutent des activités en matière de population et de lutte contre le VIH/SIDA ; de l'Association pour le marketing social au Tchad (AMASOT) ; du Fonds de soutien aux activités en matière de population (Fonds social — FOSAP) ; les représentants de la société civile ; et les principaux bailleurs de fonds qui appuient les activités en matière de population et de lutte contre le VIH/SIDA au Tchad. En outre, elle a visité les villes (et préfectures) de Mongo (Guéra), Mao (Kanem), Bongor (Mayo-Kebbi) et Moundou (Logone occidentale) et interrogé des acteurs du secteur public et de la société civile, ainsi que des bénéficiaires. L'équipe chargée de la mission a également visité quelques installations, institutions de recherche/académiques et des sites de projets à base communautaire. Au nombre des principales sources consultées figurent les points ci-après : a) les dossiers relatifs aux projets de la Banque mondiale ; et b) les rapports et évaluations de projets, les données épidémiologiques, ainsi que les études et travaux de recherche sur la population et le VIH/SIDA, produits essentiellement au Tchad.

Le présent document est le sixième d'une série de PPAR relatifs à la « première génération » de projets de la Banque mondiale sur le VIH/SIDA, qui visent à servir de base à une évaluation élargie par l'OED de l'impact sur le développement de l'assistance de la Banque mondiale dans le domaine de la lutte contre l'épidémie de sida. Compte tenu de cet objectif, le présent PPAR « renforcé » contient une quantité relativement plus substantielle d'informations que les rapports standards de l'OED.

L'équipe de mission de l'OED exprime sa reconnaissance à toutes les personnes qui ont consacré de leur temps aux entretiens et apporté une contribution sous forme de documents et d'informations à la réussite de la mission.

Conformément aux procédures standards de l'OED, des exemplaires du projet de PPAR seront envoyés aux fonctionnaires et organismes pertinents aux fins d'examen et de commentaires. Les commentaires reçus seront intégrés dans le PPAR et présentés à l'Annexe F.

Synthèse

Les objectifs du projet Population et lutte contre le sida (Crédit n° 2692 d'un montant de 13,9 millions de DTS) consistaient à accélérer l'amorce de la baisse de fécondité en améliorant le taux d'utilisation des contraceptifs modernes, qui passerait de 1 % en 1990 à 10 %, d'ici à 2000, et en ralentissant la propagation de l'infection à VIH grâce à la promotion du changement de comportement. D'une manière générale, la gestion et l'exécution du projet ont été efficaces ; et les ressources du crédit ont été entièrement décaissées. Toutefois, l'exécution du projet a été freinée par le manque de financement de contrepartie du gouvernement et la faiblesse de la capacité d'exécution des organismes du secteur public.

En 1992, le Tchad était l'un des rares pays sahéliens à ne disposer d'aucune politique de population. Cependant, la détérioration des conditions socio-économiques et l'analyse des questions de population, qui a bénéficié de l'appui de la Banque mondiale, ont conduit, en 1994, à l'élaboration d'une politique nationale de population et à l'abrogation de la loi de 1920 qui interdisait l'utilisation des contraceptifs. Les efforts déployés dans le cadre du programme de population ont été freinés par la faible couverture et la piètre qualité de la planification familiale, et la faiblesse de la capacité de coordination des activités ainsi que de collecte et d'analyse des données. Au nombre des principaux facteurs qui militaient contre la baisse de la fécondité figuraient les niveaux élevés de pauvreté et la forte dépendance des familles à l'égard de leurs enfants pour compléter le revenu familial et assurer la sécurité sociale des personnes âgées, ainsi que les taux très élevés de mortalité infantile et juvénile.

Les premiers cas de sida au Tchad ont été signalés en 1986. En 1994, le nombre total de cas signalés était passé à 2 866, dont 97 % étaient dus à la transmission hétérosexuelle. La première réaction du gouvernement, dans le cadre de son plan à court terme (1988-1989) et de son premier plan à moyen terme (1990-1993) de lutte contre le sida portait essentiellement sur la mise en route des programmes, le renforcement des capacités, ainsi que les activités de surveillance et de prévention. Le déni et la stigmatisation étaient monnaie courante au sein du gouvernement et de la société, d'une manière générale.

Population : L'assistance apportée dans le cadre du projet n'a pas permis de porter le taux d'utilisation des contraceptifs modernes à 10 %. À l'achèvement du projet, le taux d'utilisation des préservatifs était estimé à 2 %. Les données disponibles montrent que l'indice synthétique de fécondité au Tchad est demeuré constant pendant la durée de vie du projet, s'établissant à environ 6,6 enfants. Au moment de l'examen à mi-parcours du projet, la Banque et l'Emprunteur ont reconnu a posteriori que les objectifs n'étaient pas réalistes et ne pouvaient pas être atteints. Le FNUAP a recruté des consultants afin de définir de nouveaux objectifs sur la base des données de l'EDS, mais leurs activités ont progressé si lentement qu'en définitive, les objectifs du projet n'ont pas été amendés.

VIH/SIDA : La surveillance épidémiologique et comportementale a été améliorée dans le cadre du projet et a permis de documenter la gravité et l'ampleur de l'épidémie. Le projet a été couronné de succès, dans la mesure où il a permis de mettre en place un

programme de marketing social qui a accru la disponibilité des préservatifs au Tchad à un prix abordable. Pour un objectif de 14 millions, au total 19,9 millions de préservatifs ont été vendus, dont environ 3 millions dans les pays voisins, selon les estimations. Tandis que les préservatifs constituaient un sujet tabou au démarrage du projet, ils sont vendus, à présent, librement dans les magasins, sur les étals de marché, ainsi que dans les auberges et hôtels à travers le pays. À l'heure actuelle, l'achat et l'utilisation des préservatifs suscitent nettement moins de stigmatisation. Le projet a mobilisé et financé une riposte généralisée des organisations de la société civile et des différents secteurs d'activité du secteur public aux niveaux tant central que décentralisé.

Le projet a permis d'améliorer la sensibilisation et les connaissances au sujet du VIH/SIDA, et de susciter des comportements à moindre risque. Les améliorations les plus notables en matière de sensibilisation et de comportement sont perceptibles parmi les femmes, les populations rurales et les quintiles de revenu les plus pauvres, ce qui se traduit par une réduction des disparités entre hommes et femmes, citadins et ruraux, ainsi que entre les couches les plus pauvres et les plus riches de la population. Le taux d'utilisation du préservatif a augmenté parmi les hommes et les femmes, bien que les niveaux soient encore relativement faibles. En l'absence de données de référence, il est difficile d'évaluer la mesure dans laquelle le projet a permis de ralentir la propagation de l'infection à VIH. Les données disponibles montrent que le taux de prévalence du VIH a crû au cours de la dernière décennie au sein de la population, d'une manière générale, et qu'il pourrait s'être stabilisé parmi les femmes enceintes qui utilisent les services prénatals dans les zones urbaines. Cependant, le taux de prévalence ne permet pas d'apprécier le rythme des nouvelles infections, sur lequel le présent projet visait à influencer.

Notations : On considère que le présent projet s'est soldé par des effets modérément satisfaisants, d'une manière générale, compte tenu des effets insatisfaisants enregistrés en ce qui concerne l'objectif en matière de population et des effets satisfaisants obtenus pour l'objectif relatif au VIH/SIDA. Le développement institutionnel est jugé appréciable, tandis que la durabilité des efforts déployés au titre du projet est probable. Tant la performance de la Banque que celle de l'Emprunteur ont été satisfaisantes.

LEÇONS

- La Banque peut contribuer à renforcer l'engagement du gouvernement en ce qui concerne la population et la lutte contre le VIH/SIDA par le truchement du dialogue, du plaidoyer, du soutien technique et des prêts. Toutefois, ce soutien ne suffit pas à consolider et maintenir l'engagement. Au rang des autres facteurs qui sont essentiels pour le renforcement et le maintien de l'engagement du gouvernement figurent la pertinence de l'objectif (déterminée par la disponibilité de preuves et de données au niveau local) et le niveau de mobilisation de la société civile.
- L'encouragement et la consolidation d'un engagement national à large assise appellent des efforts soutenus et multiformes, compte tenu de la mobilité de la population et de la rotation du personnel au sein de la fonction publique.
- Même dans le contexte d'une approche multisectorielle de la réalisation des objectifs en matière de lutte contre le VIH/SIDA et de population, le rôle du secteur de la santé est primordial.

- L'absence de données de référence pour les indicateurs clés et d'un plan de suivi et d'évaluation hypothèque les opportunités d'assurer le suivi et d'affiner la performance et l'impact des efforts nationaux en matière de population et de lutte contre le VIH/SIDA.
- Les campagnes d'information intensives au cours des premières années de projet, suivies du recrutement d'ONG intermédiaires afin de renforcer les capacités sur le terrain et d'encourager la création de nouvelles associations se sont avérées très efficaces pour la mobilisation de la société civile aux fins des activités en matière de population et de lutte contre le VIH/SIDA.

Gregory K. Ingram
Directeur général
Évaluation des opérations

1. Historique et contexte

1.1 Le présent document est le sixième d'une série de PPAR relatifs à la « première génération » de projets sur le VIH/SIDA financés par la Banque mondiale qui sont achevés, ces rapports étant censés servir de base à une évaluation élargie par l'OED de l'impact sur le développement de l'assistance de la Banque mondiale dans le domaine de la lutte contre le sida¹. Compte tenu de cet objectif, le présent PPAR « renforcé » contient une quantité relativement plus substantielle d'informations que les rapports standards de l'OED. Le projet a été choisi aux fins d'évaluation en vue d'éclairer l'étude principale à l'aide des leçons tirées de l'expérience de l'assistance de la Banque à un pays d'Afrique de l'Ouest en matière de lutte contre le VIH/SIDA, avant l'élaboration et l'approbation du PPS².

1.2 **Contexte général**³ : Le Tchad est l'un des pays les plus pauvres au monde. Près des quatre cinquièmes de sa population (8,1 millions d'habitants) vivent avec moins d'un dollar par jour et la moitié avec moins de 50 cents par jour. Plus de la moitié des Tchadiens âgés de plus de 15 ans sont analphabètes, et seulement environ 30 % d'entre eux ont accès à l'eau potable. Les maladies épidémiques et endémiques sont monnaie courante à travers le pays qui ne compte qu'un médecin pour 29 000 habitants. Les taux de mortalité infantile et juvénile étaient estimés à 102,6 et 194,3 pour 1 000, respectivement, et le taux de mortalité maternelle à 827 pour 100 000 naissances vivantes en 2000⁴. L'espérance de vie est estimée à 50 ans. Au Tchad, les disparités hommes-femmes sont très marquées et étroitement liées à la pauvreté.

1.3 Le Tchad est un vaste pays (plus de 1,2 million de kilomètres carrés) qui ne compte qu'environ 550 kilomètres de routes revêtues. L'enclavement géographique du pays et les coûts élevés du transport compromettent la viabilité de l'activité économique et limitent l'accès aux services sociaux de base et à l'information. Les efforts de développement se heurtent, en outre, à la grande diversité culturelle du pays qui compte près de 200 groupes ethniques et 120 langues différentes. Après des décennies de guerre civile, le Tchad s'est engagé dans un processus de démocratisation, à compter du milieu des années 90. Toutefois, la stabilité politique du pays demeure fragile.

1.4 La performance macroéconomique du Tchad au cours des dernières années a été satisfaisante, le taux de croissance du PIB réel ayant crû, passant de 3,1 %, en moyenne, au cours de la période 1997-2000 à 8,5 % en 2001, 9,7 % en 2002 et 11,2 % en 2003, essentiellement en raison des investissements effectués dans le pipeline Tchad-Cameroun, dont la construction a été achevée au début de 2003. On estime qu'environ 100 millions de dollars de recettes pétrolières seront générées en 2004, année au cours de laquelle la

1. Les autres projets évalués, à ce jour, comprennent le Projet de lutte contre les infections sexuellement transmissibles du Kenya, le Projet de prévention et de prise en charge des infections sexuellement transmissibles du Zimbabwe, le premier Projet national de lutte contre le sida de l'Inde, le premier et le deuxième Projets de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles du Brésil, et le Projet de lutte contre les maladies et de développement de la santé du Royaume du Cambodge.

2. Le premier Programme multinational de lutte contre le VIH/SIDA (PPS), un prêt-programme évolutif (PPE) horizontal pour une assistance renforcée de la Région Afrique visant à intensifier le soutien aux efforts de lutte contre le VIH/SIDA, d'un montant de 500 millions de dollars, a été approuvé le 12 septembre 2000. Le PPS II a été approuvé le 20 décembre 2001 pour un montant additionnel de 500 millions de dollars.

3. Les données et informations citées dans la présente section sont tirées du Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DRSP) du Tchad du 7 octobre 2003, et de la Stratégie d'aide-pays (CAS) de la Banque mondiale pour le Tchad du 12 novembre 2003.

4. Ministère de la Santé et des Affaires sociales et Banque mondiale, mars 2004.

production atteindra sa vitesse de croisière. Une partie de ces recettes est censée être affectée aux dépenses dans les secteurs prioritaires⁵.

1.5 Population : Selon les résultats du premier recensement effectué en avril 1993, la population du Tchad était d'environ 6,2 millions d'habitants et celle-ci avait un taux de croissance annuel de 2,5 %. Le taux de fécondité était estimé à 5,7 naissances vivantes par femme, un chiffre qui est inférieur à la moyenne de 6,6 pour l'Afrique subsaharienne. Entre 1960 et 1990, la population de N'Djaména a été multipliée par cinq.

1.6 En 1992, le Tchad était l'un des rares pays sahéliens à ne disposer d'aucune politique démographique, en partie en raison de l'immensité du territoire national et de la faible densité de la population. Cependant, la détérioration de la situation socio-économique et l'analyse des questions de population ont davantage sensibilisé le gouvernement sur la croissance démographique en tant que question de développement, et l'ont conduit à prendre les deux mesures importantes ci-après :

a) l'élaboration d'une politique

démographique nationale et la création d'institutions pour sa supervision et sa gestion ; et b) l'abrogation de la loi de 1920 qui interdisait l'importation, la distribution et l'utilisation des contraceptifs. En 1994, le Gouvernement tchadien a adopté sa Déclaration de politique démographique (DPD), qui présentait sommairement les priorités et stratégies nationales en matière de population et de planification familiale (voir Encadré 1).

Encadré 1. Objectifs de la politique démographique de 1994 :

Résumé

- Étendre la couverture et améliorer l'accès aux services de santé et de nutrition de base (notamment les services de santé de la reproduction), ainsi qu'aux services d'éducation.
- Réduire le taux de croissance annuel de la population en le ramenant de 2,5 % à 2 %, d'ici à 2005.
- Améliorer la compréhension de la corrélation entre population et développement.
- Promouvoir les droits, le statut social et la participation de la femme au développement.
- Promouvoir et garantir les droits et le bien-être des enfants et des jeunes.

1.7 La réceptivité à la notion de contrôle de la taille de la famille a été très faible au Tchad. Tout d'abord, les niveaux de pauvreté extrêmement élevés dans le pays poussaient les couples à avoir de nombreux enfants en vue de relever le niveau du revenu familial et d'assurer la sécurité sociale des parents pendant leurs vieux jours. Le conflit civil a constitué un autre élément dissuasif quant à la limitation de la taille de la famille, face aux tensions persistantes entre groupes ethniques. En outre, les taux de mortalité infantile et juvénile étaient très élevés (soit 132 pour 1 000 et 222 pour 1 000, respectivement, en 1993⁶), ce qui favorisait des taux de fécondité élevés, dans la mesure où les femmes s'évertuaient à compenser la perte de leurs enfants. En outre, les chefs religieux exercent une forte influence sur la société tchadienne et nombre d'entre eux étaient hostiles à l'utilisation des moyens de contraception modernes.

1.8 Au moment de la préparation du projet, le ministère du Plan et de la Coopération (MPC) était responsable de la mise en œuvre et de la supervision de la politique démographique, tandis que le ministère de la Santé publique (MSP) était essentiellement chargé de la planification familiale. Au sein du MPC, une Division de la population a été créée afin de faciliter la coordination de la mise en œuvre de la politique démographique, et une Direction de la statistique et des études économiques⁷ et démographiques était chargée de la recherche et de

5. Au nombre des secteurs prioritaires figurent ceux de la santé, des affaires sociales, de l'éducation, de l'infrastructure, du développement rural et de l'environnement, ainsi que des ressources en eau.

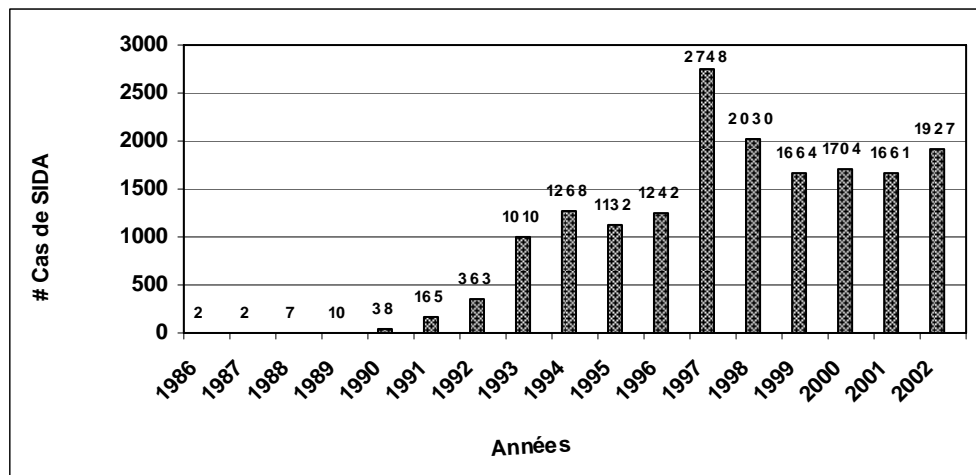
6. Statistiques du ministère de la Santé.

7. Direction de la statistique et des études économiques et démographiques (DSEED).

l'analyse démographiques. Compte tenu du caractère multisectoriel du programme de population, un conseil de haut niveau chargé des questions de population (Haut conseil de la population et des ressources humaines, HCPRH), présidé par le Président de la République, a été créé afin de définir les grandes orientations en matière de politique de population et d'adopter les recommandations préparées par un comité interministériel chargé des questions de population (Commission nationale de la population et des ressources humaines, CNPRH), présidé par le Ministre du Plan et de la Coopération. Le CNPRH avait pour mandat d'élaborer cette politique et de coordonner sa mise en œuvre. Au rang des principaux facteurs qui minaient les efforts déployés dans le cadre du programme de population en 1994, figuraient les points ci-après : a) la faiblesse de la couverture et la mauvaise qualité des informations et services de planification familiale⁸ ; b) la demande limitée de ces services ; et c) la faiblesse des capacités de planification et de coordination des activités en matière de population, ainsi que de collecte et d'analyse des données sociales et démographiques dans le cadre des activités de recherche, des études et des enquêtes (Banque mondiale, 1995).

1.9 **Santé et VIH/SIDA** : Les principales causes de maladie et de décès au Tchad (maladies infectieuses et parasitaires⁹, maladies liées à la grossesse et malnutrition) sont toutes évitables et pourraient être évitées grâce à la fourniture d'un paquet de services de santé de base (notamment la lutte contre les maladies transmissibles et la planification familiale). Au début des années 90, la performance du système de santé a pâti de la limitation de la couverture et de l'accès, de l'insuffisance des ressources et de l'inefficacité de leur affectation, de la pénurie de personnel de santé qualifié, de l'absence de capacités de gestion stratégique et des effets d'une organisation extrêmement centralisée. Un indicateur de la mauvaise performance du secteur de la santé au Tchad a trait à la couverture vaccinale très faible des enfants, dont le taux était de 3 % au début des années 90 (Banque mondiale, 1992).

Figure 1 : Nombre de cas de sida signalés au cours de la période 1986-2002



Source : Données épidémiologiques du MSP/PNLS

8. La faiblesse des capacités était imputable à la fois au manque de personnel de santé qualifié et au non-établissement d'un ordre de priorité de l'information et des services de planification familiale dans le cadre du paquet minimum de services.

9. La diarrhée, la tuberculose, le paludisme, la trypanosomiase, l'onchocercose, la méningite, le choléra, la rougeole, les MST/sida.

1.10 Les premiers cas de sida au Tchad ont été signalés en 1986. En 1994, le nombre total de cas signalés était passé à 2 866 (Figure 1). Au moment de la préparation du projet, le MSP estimait à 3 % le taux de prévalence du VIH au sein de la population adulte¹⁰, les taux les plus élevés étant enregistrés dans le Sud et l'Ouest du pays¹¹. Par ailleurs, on estimait que 97 % des cas de sida signalés avaient été transmis par voie sexuelle et étaient dus à la multiplicité des partenaires, au manque d'éducation et d'information, ainsi qu'aux difficultés d'accès aux préservatifs¹². La pauvreté, le conflit et les sécheresses successives ont accru l'ampleur du phénomène en favorisant des migrations massives et le développement du commerce sexuel.

1.11 En 1988, le gouvernement a mis en place le cadre institutionnel de lutte contre le VIH/SIDA¹³ et élaboré et mis en route un plan à court terme de lutte contre le sida couvrant la période 1988-1989, suivi du premier plan à moyen terme couvrant la période 1990-1993. Les premières activités ont porté essentiellement sur la mise en route du programme, le renforcement des capacités, les premières activités de surveillance¹⁴ et les activités de prévention à l'intention du grand public, des prostituées, des jeunes et des militaires. Un deuxième plan à moyen terme, d'un coût d'environ 9 millions de dollars, (hormis le marketing social et le Fonds social), élaboré au cours de la préparation du projet, accordait la plus haute priorité à la prévention (voir Encadré 2).

Encadré 2. Deuxième Plan à moyen terme de lutte contre le sida — orientations stratégiques (1995-1999)

Prévention de :

- la transmission sexuelle
- la transmission par le biais de sang contaminé
- la transmission mère-enfant

Atténuation de :

- l'impact sur la santé des patients séropositifs ayant ou n'ayant pas le sida
- l'impact social du sida sur les patients et leurs familles
- l'impact sur les dépenses publiques, en particulier, celles consacrées au secteur de la santé
- l'effet d'appauvrissement de la maladie, en raison de son impact sur les activités génératrices de revenu.

1.12 En dépit du cadre institutionnel et stratégique créé pour la lutte contre le VIH/SIDA par le Gouvernement tchadien, le déni et la stigmatisation étaient encore très répandus au sein du gouvernement et de la société en général. De nombreux entretiens ont révélé que les Tchadiens n'appelaient pas le VIH/SIDA par son nom, mais s'y référaient plutôt comme « la maladie » ou « le syndrome ». Les rapports indiquent que le déni était monnaie courante parmi les responsables gouvernementaux aux niveaux tant central que décentralisé de l'administration, nombre d'entre eux affirmant qu'il s'agissait d'une invention des bailleurs de fonds. Par ailleurs, au début des années 90, les chefs religieux auraient affiché une farouche opposition à la promotion des préservatifs et aux interventions auprès des

10. Le pourcentage des adultes infectés par le VIH à un moment donné.

11. En 1993, 88 % de tous les cas signalés concernaient des personnes venant de N'Djaména et de Moundou.

12. La transmission mère-enfant était également reconnue comme mode d'infection, quelque 4 800 enfants ayant été infectés en 1994 d'après les estimations dont on dispose, ainsi que la transfusion de produits sanguins non sûrs (Banque mondiale, 1995).

13. Ce cadre comprend : a) le Comité national de lutte contre le sida (CNLS), présidé par le ministre de la Santé et composé de six ministres, qui est responsable de la supervision de toutes les activités de lutte contre le VIH/SIDA ; b) le Comité technique de lutte contre le sida (CTLS), présidé par le Directeur général de la santé ; et c) le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) au sein du MSP, chargé de l'exécution quotidienne et du suivi des activités de lutte contre le sida.

14. Les activités de surveillance comprenaient les enquêtes sur la séroprévalence dans quelques préfectures (Abéché, Sarh, Moundou, Bongor et N'Djaména) et la surveillance limitée des femmes enceintes, des donneurs de sang et des patients souffrant de tuberculose.

professionnels du sexe, car ils considéraient que ces activités étaient contraires aux principes religieux. Très influencée par les chefs religieux et traditionnels, et en l'absence de références concernant le VIH/SIDA et les voies et moyens de prévenir sa transmission, la société tchadienne, d'une manière générale, était très mal à l'aise pour discuter de la maladie elle-même et des voies et moyens de la combattre. Nombre des personnes interrogées ont mentionné l'hostilité de la société face aux premiers efforts de lutte contre le VIH/SIDA. Elles ont évoqué également les affiches déchirées dans les principales villes du pays et la destruction des équipements après les campagnes d'information et de marketing social.

1.13 Assistance antérieure de la Banque : La première opération d'assistance de la Banque au secteur de la santé du Tchad a consisté à financer, à concurrence de 7 millions de dollars, la composante « santé » du Projet d'action de développement social approuvé en juin 1991¹⁵. Celui-ci visait à améliorer les services sociaux de base dans la ville de N'Djaména et dans le sud de Tandjilé (l'unique région non couverte par l'assistance des bailleurs de fonds)¹⁶. L'engagement de la Banque à l'égard du développement humain au Tchad s'est affermi davantage en 1992, avec la préparation et l'examen d'une analyse approfondie des secteurs de la population, de la santé et de la nutrition¹⁷. Ce rapport a mis en exergue les conséquences néfastes du niveau élevé du taux de fécondité sur la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que sur la pauvreté au niveau du ménage et les perspectives de développement socio-économique du pays, d'une manière générale¹⁸. En ce qui concerne la santé, le rapport a recommandé un train de mesures visant à améliorer la qualité, la couverture et le coût-efficacité des services de santé grâce à la décentralisation, au renforcement des capacités et à la lutte contre les principales maladies, en particulier le sida.¹⁹

1.14 Ce dialogue a débouché sur la préparation du projet Santé et population, qui a été scindé, en définitive, en deux projets : a) le projet Santé et maternité sans risques, approuvé en juin 1994, qui représentait le premier investissement autonome effectué par la Banque²⁰ dans

15. Le crédit n° 2156-CD, d'un montant de 10,4 millions de DTS (équivalent à 13,4 millions de dollars) a été approuvé le 14 juin 1990 et est entré en vigueur le 14 avril 1991. Un crédit supplémentaire (Crédit n° 21561-CD) d'un montant de 6,8 millions de DTS (l'équivalent de 9,8 millions de dollars) a été approuvé le 10 novembre 1994 et est entré en vigueur le 6 septembre 1995. Les deux crédits ont été clôturés le 30 avril 1998.

16. Le rapport d'évaluation final de la Banque (Banque mondiale, 1998) a reconnu cette réussite de la composante en ce qui concerne l'amélioration de l'utilisation des infrastructures sanitaires. Toutefois, il a également relevé que le projet n'a pas tout à fait atteint son objectif qui consistait à développer les infrastructures et à renforcer de façon durable les capacités institutionnelles.

17. Rapport n° IDP-122 de la Banque mondiale, « Rapport sectoriel sur la population, la santé et la nutrition », décembre 1992.

18. Il a recommandé la prise de mesures afin de ralentir la croissance démographique par le truchement : a) de la création d'un organisme public de coordination pour l'élaboration de la politique démographique et la création d'une cellule Population pour l'élaboration et la coordination des programmes ; b) de l'élaboration d'une stratégie nationale de planification familiale et d'un plan d'action afin d'améliorer l'accès aux services de planification familiale en mettant l'accent sur l'espacement des naissances ; et c) d'une intensification de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC) grâce à la promotion d'une approche multimédia et à la participation des ONG.

19. Ce rapport a relevé que l'ampleur et l'acuité du VIH/SIDA progressaient rapidement et étaient peut-être sous-estimées de façon grossière. À l'époque, les taux d'infection à VIH, selon les données des sites sentinelles, étaient de 1,6 % à Moundou, 0,5 % à Sarh et 0,2 % à N'Djaména. La faiblesse de la sensibilisation, l'insuffisance des compétences du personnel de santé et la pénurie de ressources et d'appui logistique ont toutes été citées comme des obstacles majeurs à l'efficacité des programmes.

20. Le crédit n° 2626-CD, d'un montant de 31,1 millions de DTS (l'équivalent de 18,5 millions de dollars), a servi à apporter un appui aux trois composantes suivantes : a) le renforcement des capacités du MSP au niveau central afin d'appuyer les services de santé régionaux ; b) l'amélioration de la qualité des services de santé, de nutrition et de planification familiale dans les régions de Guéra et Tandjilé ; et c) l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique nationale de médicaments (24/02/1995), arrivant à échéance le 30/06/2001.

le secteur de la santé ; et b) le projet Population et lutte contre le sida qui fait l'objet de la présente revue. La décision de scinder l'assistance en deux projets se justifie par un certain nombre de facteurs. Tout d'abord, la préparation de la composante « population » n'était pas suffisamment avancée par rapport au reste du concept du projet initial, au moment de son évaluation²¹. En outre, il existait un souci à la fois d'éviter de retarder l'opération santé et d'éviter d'hypothéquer la qualité de la composante « population ». Deuxièmement, il paraissait essentiel de juguler la propagation du VIH/SIDA, qui avait été reconnu comme une menace pour les perspectives de développement économique et social du Tchad²². La combinaison des activités de population et de lutte contre le sida en une seule opération avait pour objectif de mettre à profit les synergies en matière de prestation de services de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA, d'informations en vue de promouvoir un changement de comportement, et de marketing social des produits. Troisièmement, un projet Santé et population unique était considéré comme trop complexe, compte tenu de la capacité de gestion limitée du MSP. En raison de l'approche multisectorielle des composantes « population » et « VIH/SIDA », la gestion de ce projet a été placée sous les auspices du MPC.

1.15 Le **soutien des autres donateurs** dans le domaine de la population et de la lutte contre le sida, au début des années 90, était insuffisant par rapport aux besoins. L'assistance au titre de la composante « population » a été essentiellement le fait du FNUAP (3,5 millions de dollars pour le recensement de la population, l'élaboration des politiques et la gestion des programmes de planification familiale) et de l'USAID (8,5 millions de dollars pour la santé maternelle et infantile et la planification familiale (SMI/PF), la prestation de services dans deux régions et la fourniture de contraceptifs). Les donateurs ont consenti d'autres efforts de soutien en faveur de la SMI/PF dans le cadre de l'appui aux services de santé de base²³. Un important déficit de financement des contraceptifs était imminent, suite au retrait prévu de l'USAID du Tchad en 1995. Les bailleurs de fonds ont apporté environ 4,3 millions de dollars afin d'appuyer la mise en œuvre du premier plan à court terme du Tchad (1988-1989) et du plan à moyen terme de lutte contre le VIH/SIDA (1990-1993). Le Programme mondial de lutte contre le sida (GPA) de l'OMS constituait la principale source d'assistance financière et technique, le PNUD, l'USAID, la France et l'Union européenne apportant également un certain niveau de soutien (Banque mondiale, 1995).

2. Objectifs et conception

2.1 Le projet Population et lutte contre le sida a été financé par un crédit de l'IDA d'un montant équivalant²⁴ à 20,4 millions de dollars, approuvé le 23 mars 1995, l'État tchadien

21. La lenteur de la préparation de la composante « population » s'explique, pour l'essentiel, par la faiblesse des capacités de la cellule Population basée au sein du MPC.

22. Sur la base de l'analyse du Rapport sur la population, la santé et la nutrition (Banque mondiale, 1992), la Stratégie régionale de lutte contre le sida pour le Sahel (Banque mondiale, janvier 1995) a donné des informations à jour concernant la progression de l'épidémie de VIH/SIDA au Tchad et une orientation pour l'assistance de la Banque, plus particulièrement : le renforcement et l'extension des services de communication ; l'extension de la prise en charge clinique, la surveillance épidémiologique et les capacités de laboratoire ; le soutien aux initiatives des ONG et communautaires ; l'appui aux interventions multisectorielles ; ainsi que l'analyse des politiques, la recherche, le suivi et l'évaluation.

23. L'OMS, l'UNICEF, l'Institut tropical suisse, l'Union européenne, la France, la Suisse. En outre, la Fédération internationale pour le planning familial (IPPF) a apporté une assistance à son affiliée au niveau local, l'Association tchadienne pour le bien-être familial (ASTBEF).

24. Tous les montants en dollars représentent l'équivalent en dollars des DTS ou d'autres monnaies.

étant censé apporter une contribution de 1,3 million de dollars. Un cofinancement de KfW (4,4 millions de dollars) et du FNUAP (0,1 million de dollars) a porté le montant total estimatif du coût du projet à 27,2 millions de dollars. Ce premier projet autonome de population et de lutte contre le sida au Tchad est entré en vigueur le 8 septembre 1995.

2.2 Objectifs et composantes : Le projet a été mis au point afin d'aider le gouvernement à mettre en œuvre sa stratégie à long terme en matière de population et de planification familiale, ainsi que son plan à moyen terme 1995-1999 (PMT 2) de lutte contre le sida. Ses objectifs généraux consistaient à accélérer l'amorce de la baisse de fécondité en augmentant le taux d'utilisation des méthodes de contraception modernes (qui passerait de 1 % en 1990 à 10 % à l'horizon 2000) et à ralentir la propagation du VIH grâce à la promotion du changement de comportement. L'assistance au titre du projet a été canalisée par le truchement de quatre composantes dont les objectifs sont indiqués ci-après : a) renforcer les capacités nationales aux fins de la mise en œuvre de la politique démographique ; b) renforcer les capacités nationales en vue de juguler la propagation du VIH/SIDA/MST ; c) mettre en place un programme de marketing social pour les préservatifs ; et d) promouvoir la participation du secteur non gouvernemental aux programmes de population, de planification familiale et de VIH/SIDA/MST. Voir Annexe C pour une présentation des composantes du projet.

2.3 Dispositions relatives à l'exécution : Le MPC était responsable de la coordination, de la gestion et de la supervision générales du projet. Pour ce faire, il a créé une équipe de coordination de projet (ECP) placée sous la supervision directe du Secrétariat général du MPC. L'ECP était chargée de la coordination quotidienne des activités du projet, des questions d'ordre administratif et financier, ainsi que de la coordination du suivi et de l'évaluation. Elle était également responsable du maintien d'un dialogue fructueux avec les principaux donateurs et organismes dans les secteurs de la population et de la santé. L'ECP comprenait un coordonnateur de projet nommé par le gouvernement, un personnel contractuel local (notamment un administrateur de projet, un comptable, l'Administrateur du FOSAP et le personnel d'appui) et un agent recruté à long terme au niveau international, spécialiste de l'épidémiologie et de la gestion des programmes. Outre le coût de ce personnel, celui d'une assistance technique à court terme en matière de passation de marchés, de comptabilité et d'audit, de formation, d'appui logistique et de coûts opérationnels a été financé dans le cadre du projet.

2.4 La gestion des activités du projet a été confiée à des structures institutionnelles, compte tenu de leurs missions classiques. La composante « politique démographique » relevait de la Division de la population du MPC ; tandis que celle relative au VIH/SIDA était placée sous les auspices du PNLS basé au sein du MSP. Les dispositions relatives à la gestion et à l'exécution des composantes « marketing social » et « Fonds social » sont présentées ci-dessous.

2.5 Marketing social : La responsabilité de la gestion et de l'exécution de cette composante a été confiée à l'ASTBEF et (au départ à) une entreprise internationale spécialisée en marketing social, sous la supervision générale du MPC et en collaboration avec le PNLS/MSP (pour les aspects techniques). Le transfert de compétences était le principal objectif de cette assistance technique qui devait être apportée en permanence au cours des trois premières années de projet et sous forme d'une assistance à court terme au cours des deux dernières années. Le gouvernement, la Banque mondiale et KfW ont signé un accord en vue d'appuyer ce programme. KfW devait financer les trois premières années du programme et l'IDA les deux années restantes. Par ailleurs, les deux institutions ont partagé les dépenses liées au recrutement d'un vérificateur.

2.6 *Fonds social* : La responsabilité de la gestion du Fonds social a été confiée à l'ECP, un administrateur du Fonds faisant partie du personnel de base. Les ressources devaient être mises à disposition pour les sous-projets préparés et exécutés par les entités ci-après : a) les ONG et les organisations de la société civile ; b) quelques ministères sectoriels (santé, éducation, défense, justice, affaires sociales, communication et intérieur) ; et c) les entités multisectorielles décentralisées responsables des activités en matière de population et de lutte contre le VIH/SIDA²⁵. Le Fonds social a été créé afin de financer 80 % des coûts des sous-projets, les 20 % restants étant censés être apportés sous forme de financement de contrepartie par les organismes d'exécution²⁶. Un manuel de procédures et des prototypes de contrats ont été mis au point et adoptés par l'Emprunteur et l'IDA. Ces documents prévoyaient l'examen par l'IDA des marchés dont le montant excéderait 30 millions de F CFA (environ 60 000 dollars) avant signature. En ce qui concerne les « projets de ressources », une zone géographique a été délimitée au sein de laquelle les ONG expérimentées devaient intervenir afin a) d'aider à renforcer les capacités des associations locales censées préparer/exécuter les sous-projets ; et b) d'encourager la création de nouvelles associations et de nouveaux sous-projets en vue de renforcer davantage les capacités de la société civile. Le rôle de ces ONG expérimentées a été limité à l'assistance technique et au renforcement des capacités. Elles n'ont ni signé des contrats avec les organes d'exécution ni décaissé des ressources, ces fonctions relevant de la compétence du Fonds social.

2.7 **Le suivi et l'évaluation** de la performance du projet relevaient de la compétence des cellules d'exécution et étaient assurés conformément aux indicateurs stipulés dans les politiques nationales et documents stratégiques relatifs aux questions de population et de VIH/SIDA, sous la coordination générale de l'ECP. Il n'existait aucune référence pour la plupart des indicateurs relatifs au VIH/SIDA et de nombreux objectifs n'ont pas été quantifiés avant l'entrée en vigueur du projet. La recherche, les études et les autres activités de collecte de données étaient censées contribuer à affiner et compléter les données de référence et objectifs²⁷. Il n'existait aucun plan de suivi et d'évaluation autre que l'attente que les indicateurs seraient révisés comme le prévoyait le processus d'examen du deuxième plan à moyen terme (non défini). Au nombre des exigences habituelles de la Banque en matière d'établissement de rapports d'exécution figuraient les points ci-après : a) l'établissement de rapports d'activité semestriels à soumettre à l'IDA ; b) des revues annuelles conjointes (IDA/gouvernement) ; et c) un examen à mi-parcours.

3. Exécution et coûts

Expérience en matière d'exécution

3.1 Après avoir accusé un retard initial de trois mois en ce qui concerne l'entrée en vigueur²⁸, le projet a été exécuté sur une période de six ans et trois mois (y compris une

25. Les Commissions régionales pour la population et les ressources humaines, créées en 1994 ; et les conseils de santé de préfecture, créés à la fin des années 80.

26. Au cours des négociations, le gouvernement a donné des assurances qu'il maintiendrait dans le budget des ministères participant à la lutte contre le sida un poste budgétaire distinct pour les activités concernant le sida afin d'honorer les obligations de contrepartie de ces ministères.

27. Bien qu'elle ait fourni des informations importantes tant sur la population que sur le VIH/SIDA, l'EDS 1996 n'a pas généré les données nécessaires sur nombre des objectifs et indicateurs du projet.

28. Prévues au départ en juillet 1995, l'entrée en vigueur du projet a été reportée à septembre de la même année, en raison du temps supplémentaire qu'il a fallu au Conseil supérieur de la transition pour ratifier le crédit.

prorogation de six mois²⁹) et clôturé le 31 décembre 2001. Les ressources du crédit ont été entièrement décaissées.

3.2 Financement de contrepartie : Au début du projet, le gouvernement a mis à disposition ses fonds de contrepartie, quoique souvent avec du retard. Cependant, le fait qu'il n'ait pas pu prévoir au budget les 20 % de financement de contrepartie requis pour les principaux ministères techniques a entraîné, en 1998, l'arrêt de leurs activités³⁰. En outre, le manque de disponibilité chronique du financement de contrepartie au cours de la deuxième moitié de la durée de vie du projet a conduit à une grave détérioration des relations de travail et de la confiance entre les promoteurs du projet et les fournisseurs, ceux-ci n'ayant reçu que 80 % du montant de leurs factures (la part de la Banque). Par ailleurs, les membres du personnel d'appui ne recevaient que 80 % de leurs salaires, et la fourniture des services de téléphone et d'électricité a été interrompue. La Banque a évoqué sans cesse cette question avec les ministères des Finances et du Plan, du Développement et de la Coopération. Mais, celle-ci n'a pas été résolue avant la clôture du projet³¹.

3.3 Population : En dépit du retard accusé à leur démarrage, les deux principales études ont été menées à leur terme. L'Enquête démographique et de santé a été retardée par les élections et l'absence de moyens logistiques au départ afin d'appuyer les activités sur le terrain. Quant à l'Enquête sur les migrations et l'urbanisation, elle a accusé du retard au départ, du fait de l'incapacité du FNUAP à mettre à disposition l'intégralité des ressources qu'il avait annoncées au départ, ainsi que de la restructuration du CERPOD, dont l'appui technique a ainsi été perturbé. L'IDA a accepté de financer le déficit et les dépassements de coûts, compte tenu de l'importance de cette étude.

3.4 Le manque d'engagement du gouvernement et la lenteur du processus bureaucratique ont entraîné des retards importants en ce qui concerne les principales activités du projet. Le décret gouvernemental portant création de trois principales entités chargées des questions de population — le HCPRH, la CNPRH et la CPPRH³² — a été signé le 23 novembre 1995, et les textes juridiques définissant la composition et le fonctionnement de ces entités ont été signés le 10 avril 1996. Par conséquent, la préparation et l'approbation du Programme d'action et d'investissement prioritaires (PAIP), qui a servi de cadre à la mise en œuvre de la politique démographique, ont été retardées. Le Programme a été soumis au HCPRH aux fins d'examen et d'approbation, le 23 janvier 1998, soit avec un retard de près de trois ans. En outre, le HCPRH s'est réuni pour la première et l'unique fois le 17 novembre 2000 afin d'adopter le PAIP, soit environ trois ans après l'avoir reçu. Un projet de décret a été préparé en 1998, proposant que le HCPRH soit présidé par le Premier ministre et non par le Chef de

29. Le projet a été prorogé afin de combler un déficit de financement, en attendant le démarrage tardif du projet suivant.

30. Le budget 1999 adopté prévoyait effectivement ce financement de contrepartie, permettant ainsi l'exécution des activités sectorielles pour cette année.

31. Le système d'établissement de rapports de supervision interne de la Banque a révisé à la baisse sa notation concernant le financement de contrepartie qui est passée de « insatisfaisante » à « très insatisfaisante » au cours des dernières années d'exécution du projet.

32. Le HCPRH (Haut conseil de la population et des ressources humaines) est le haut conseil chargé des questions de population et de ressources humaines. Il est présidé par le Chef de l'État, ses membres comprenant les ministres responsables de l'élaboration et de l'application de la politique démographique. La CNPRH (Commission nationale de la population et des ressources humaines) est présidée par le MPC et composée de représentants du secteur public et de la société civile. Elle est responsable de la coordination et de la supervision de la mise en œuvre des politiques. La CRPRH (Commission régionale de la population et des ressources humaines) est présidée par le Gouverneur et comprend les représentants régionaux du secteur public et de la société civile. Elle est chargée de la mise en œuvre des politiques au niveau régional.

l'État, afin de le rendre plus opérationnel, mais ce décret n'a jamais été signé. Lors d'une réunion tenue le 7 septembre 2001, la CNPRH a insisté pour maintenir le HCPRH sous la présidence du Chef de l'État.

3.5 Six séminaires ont été organisés à l'intention des journalistes, des ONG, des leaders d'opinion, et des responsables d'organisations féminines, comme prévu. Quelque 140 responsables syndicaux (contre 100 prévus) ont reçu une formation dans le cadre d'ateliers d'information sur les questions de population, et la majorité des préfets et sous-préfets ont reçu une formation en matière de questions de population, comme prévu. Les messages véhiculés au cours de ces séminaires et sessions de formation étaient adaptés aux groupes cibles spécifiques. Toutefois, d'une manière générale, ils s'inscrivaient dans le cadre de la diffusion de la Déclaration sur la politique démographique du pays, et avaient trait également aux conséquences sociales et économiques de l'accélération de la croissance démographique et du taux de fécondité élevé aux plans national, local, familial et individuel. Au nombre des thèmes examinés figuraient les points ci-après : la pauvreté, l'affectation des maigres ressources, le statut et le rôle de la femme dans le développement, la santé maternelle et infantile, ainsi que les avantages de l'espacement des naissances.

3.6 Bien que la cellule Population se soit vu accorder une place prépondérante au sein du MPC — promue tout d'abord au rang de division, puis de direction à part entière — le nombre de spécialistes des questions de population a baissé, en raison des décès et de l'usure³³. Certains d'entre eux ont été remplacés par un personnel contractuel, tandis d'autres ne l'ont jamais été. Les efforts de renforcement des capacités ont également été minés par la restructuration en 2000 du CERPOD, avec lequel la Division de la population avait signé un contrat d'assistance technique et de renforcement des capacités. En raison du départ de nombre des employés du CERPOD, suite à cette restructuration, l'assistance apportée a baissé tant en qualité qu'en quantité, par rapport aux premières années du projet.

3.7 **VIH/SIDA** : La mise en œuvre de cette composante a été minée par la faiblesse des capacités du PNLS basé au sein du MSP pendant toute la durée de vie du projet. Des efforts ont été déployés en vue de renforcer les capacités du PNLS au cours des premières années du projet, notamment la nomination d'un nouveau coordonnateur et de quelques autres employés qualifiés. Cependant, les insuffisances d'effectifs et de compétences ont persisté. Les difficultés à faire face à la pénurie de personnel qualifié tenaient tant au manque de main-d'œuvre qualifiée qu'à la réticence des décideurs à renvoyer le personnel dont les compétences laissaient à désirer.

3.8 Il existait des tensions entre le coordonnateur du PNLS et l'assistant technique à long terme recruté afin de renforcer les capacités du PNLS en matière d'épidémiologie et de gestion de programme. Ces tensions tenaient, notamment au fait que l'on considérait que l'assistant technique suppléait aux carences du PNLS, plutôt que de renforcer les capacités de celui-ci. Les entretiens ont permis de recueillir de nombreuses opinions tranchées et divergentes, certaines indiquant que l'assistant technique empiétait sur les attributions du coordonnateur du PNLS, tandis que d'autres soulignaient qu'il n'existait pas d'autre solution, compte tenu de la rareté des compétences de gestion et techniques et des sollicitations excessives dont le PNLS faisait l'objet, et que l'appui fourni au niveau technique était apprécié. En outre, les termes de référence de cet assistant technique comprenaient d'autres

33. Cinq démographes sont décédés depuis le démarrage du projet, dont un avait été formé à l'étranger dans le cadre du projet. Un certain nombre d'autres employés formés dans le cadre du projet ont été recrutés par les organismes multilatéraux (notamment le PNUD et l'UNICEF).

responsabilités importantes qui allaient au-delà du soutien au PNLS, en l'occurrence l'assistance technique à l'ECP et l'orientation de celle-ci en matière de gestion de projets, ainsi que pour la mise en place, le lancement et la supervision des activités du Fonds social. Ces responsabilités³⁴, associées au fait qu'il partageait le même bureau que l'ECP, ont réduit sa disponibilité pour le PNLS. Cette assistance technique n'a fait l'objet d'aucune évaluation finale par l'Emprunteur.

3.9 En dépit de ces contraintes, la plupart des activités prévues ont été exécutées. Les plans de lutte contre le sida ont été élaborés et exécutés progressivement au niveau des préfectures par les conseils de santé de préfecture. Au moment de la clôture du projet, des activités de prévention étaient en train d'être entreprises dans l'ensemble des 14 préfectures, comme prévu. Deux cent quatre-vingt-trois agents de santé (contre 300 prévus) avaient reçu une formation en matière de lutte contre le VIH/MST. Dans le cadre du projet, une assistance technique et financière a été apportée à cinq sites de surveillance sentinelles qui existaient déjà au début du projet et quatre sites sentinelles supplémentaires ont été créés (contre deux prévus), ce qui a porté le nombre total des sites pleinement opérationnels à neuf (contre sept prévus)³⁵. Cinq études sur la séroprévalence du VIH, qui portaient sur des groupes spécifiques, ont été exécutées comme prévu³⁶ ; et deux études sur la séroprévalence du VIH axées sur la population ont été réalisées en 1997³⁷ (contre aucune prévue). En outre, trois études CAP ont été exécutées (contre deux prévues) ; tandis qu'une étude prévue sur l'impact socio-économique du VIH/SIDA avait déjà été effectuée. Cependant, sur les cinq études opérationnelles prévues afin d'améliorer la qualité des services de santé, une seule a été exécutée³⁸.

3.10 **Marketing social** : À l'étape de la conception du projet, le financement de KfW était censé couvrir les coûts pour les trois premières années d'exécution de cette composante (notamment le coût des préservatifs) et celui de l'IDA ceux des deux années restantes. Toutefois, pendant l'exécution, KfW a décidé de prolonger son assistance, y compris l'assistance technique pour le marketing social, jusqu'en 2001 (la fin du projet)³⁹.

3.11 En dépit des retards accusés en ce qui concerne les activités initiales, l'exécution de cette composante a été très réussie. Les premières activités portaient essentiellement sur la mise en place de la MASACOT (cellule de marketing social du projet), les activités de promotion, la formation professionnelle et le travail en réseau. La vente de préservatifs a tôt fait de dépasser les objectifs du projet et a pris de l'ampleur pendant les premières années du

34. Il est intéressant de souligner que ce projet a été mis au point à une époque où la Banque s'attachait à réduire l'assistance technique à long terme financée au titre des projets, compte tenu de la réticence affichée par les pays récipiendaires face au coût élevé d'une telle assistance, ainsi qu'à l'idée de contracter des emprunts à cet effet. Les dossiers du projet fournissent des preuves de la nécessité de justifier vigoureusement l'inclusion de l'assistance technique. Certaines personnes interrogées ont indiqué, a posteriori, que les termes de référence de l'assistance étaient surchargés et ambitieux pour une seule personne.

35. Grâce à une assistance au titre du projet, un 10^e site à Faya-Largeau a été créé. Mais ses activités se limitaient à la notification des cas de sida et non à la surveillance du VIH à la fin du projet.

36. Les études sur la séroprévalence portaient essentiellement sur les groupes ci-après : les prostituées et les militaires à N'Djaména (1995), les militaires à N'Djaména (1997), les militaires à Moundou (1997), les prostituées à Sarh (1997), les migrants dans le Logone occidental (1997).

37. Dans les préfectures d'Abéché et d'Amtiman.

38. L'étude achevée concernait la prise en charge des patients souffrant de MST et de sida. Les études prévues qui n'ont pas été exécutées portaient sur : les protocoles de référence pour les patients souffrant de sida et leur famille ; l'évaluation de la définition clinique du sida ; la corrélation entre VIH et tuberculose ; et l'accessibilité et l'utilisation des centres de santé et des hôpitaux de district.

39. L'assistance technique et financière de KfW se poursuit, à l'heure actuelle, dans le cadre du projet subséquent.

projet, jusqu'en 2000. Au cours de cette année, il a été décidé de remplacer l'assistant technique au titre de cette composante qui, de l'avis de la Banque, de KfW ou de l'Emprunteur n'assumait pas les tâches de renforcement de capacités prévues dans ses termes de référence. Le temps mis pour remplacer ce spécialiste et la perturbation qui s'en est suivie ont eu une incidence négative sur les ventes de préservatifs. Par ailleurs, à la fin de 1999, le gouvernement et ses partenaires ont décidé de transformer la MASACOT, qui avait un statut juridique provisoire (ou de projet), en une ONG permanente, en l'occurrence l'Association pour le marketing social au Tchad (AMASOT). Du temps et des efforts ont ainsi été consacrés à l'élaboration et à l'examen des projets de textes juridiques. La première assemblée générale de cette nouvelle entité s'est tenue le 17 octobre 2001. L'AMASOT a été reconnue officiellement par le ministère de l'Intérieur et de la Sécurité, en janvier 2002 et, le mois suivant, des divisions régionales de l'Association ont été créées à Abéché, Mongo, Moundou, N'Djaména, Pala et Sarh. La baisse des ventes de préservatifs n'a été que provisoire, celles-ci ayant continué de grimper par la suite.

3.12 Au moment de l'examen à mi-parcours, il a été décidé de diversifier les efforts de marketing social afin de les étendre aux sels de réhydratation orale pour le traitement à domicile de la diarrhée et de la déshydratation. Cette décision était justifiée par la volonté de contribuer à la réduction de la mortalité juvénile, qui a été reconnue comme un facteur très déterminant de la fécondité. Le financement de cette initiative au titre du projet a été rendu possible après la prorogation par KfW du financement des préservatifs vendus à un prix abordable jusqu'à la fin du projet, libérant ainsi les ressources de l'IDA pour ce nouveau produit. Les premiers paquets ont été commandés et vendus en 2000 avec beaucoup de succès, les ventes ayant augmenté au fil du temps.

3.13 **Fonds social** : Cette composante a été lente à démarrer, en raison des facteurs ci-après : a) la faiblesse des capacités des organisations de la société civile ; b) la méfiance affichée par le gouvernement à l'égard des organisations de la société civile au lendemain des conflits civils ; et c) le manque d'informations et le malaise généralisés concernant les questions de population et de VIH/SIDA au sein de la société civile. L'élaboration et l'adoption d'un manuel de procédures pour le Fonds social étant une condition de l'entrée en vigueur, les deux premières années d'activité ont été consacrées essentiellement à l'information et à la sensibilisation des partenaires potentiels (ONG, associations, principaux ministères techniques) afin de les informer de la disponibilité des ressources et du cycle de préparation et d'approbation du projet.

3.14 Comme prévu, les premiers efforts ont porté également sur le recrutement d'ONG expérimentées pour assurer le renforcement des capacités et la sensibilisation des groupes de la société civile afin de les orienter en matière de préparation et d'exécution de sous-projets, d'encourager la création de nouveaux sous-projets et de contribuer au renforcement des partenariats public-privé au niveau décentralisé. Le Fonds social a apporté le financement nécessaire à six ONG afin de mettre en œuvre ces initiatives d'appui technique et de renforcement des capacités, soit deux de plus que prévu.

3.15 Suite à un appel lancé au cours de l'examen à mi-parcours, en faveur du microfinancement pour les femmes en vue de lutter contre le VIH/SIDA et de s'attaquer aux facteurs déterminants du comportement de la reproduction et du bien-être familial, l'Accord de crédit de développement a été amendé et les ressources réaffectées au soutien à cette initiative. Pendant la deuxième moitié de la durée du projet, 12 organismes basés sur le

terrain⁴⁰ qui accordaient des microcrédits aux groupes de femmes à travers le pays ont reçu 800 000 dollars au titre de cette nouvelle sous-composante.

3.16 En dépit de ces efforts qui ont permis d'aller au-delà des objectifs d'exécution, l'absence de capacités en matière de microfinancement au sein du FOSAP s'est traduite par une différence en termes de qualité et d'adéquation des approches et résultats entre les 12 organismes basés sur le terrain. L'exécution des sous-projets Population et VIH/SIDA a été freinée à la fois par la lenteur des décaissements (due en partie à la non-reconstitution du compte spécial, du fait des retards liés à la présentation des états de dépenses) et par le fait que certaines ONG chargées du renforcement des capacités et de la sensibilisation avaient une clientèle croissante que leur budget et la capacité de leur personnel ne suffisaient pas à satisfaire.

3.17 Le FOSAP a procédé à des évaluations et audits indépendants pour tous les sous-projets. Nombre d'associations locales interrogées au cours des visites de terrain ont souligné que le personnel du FOSAP et de l'ECP, ainsi que les principales ONG (au titre des projets de renforcement des capacités) assuraient une orientation et une assistance technique essentielles.

3.18 Le FOSAP avait été conçu en tant qu'organe du projet appelé à disparaître une fois le projet achevé. Cependant, il a été reconnu, par la suite, qu'une dynamique importante avait été enclenchée et méritait d'être maintenue au-delà de la clôture du projet. En 1998, le statut juridique du FOSAP a été révisé afin de le rendre permanent. En tant que tel, sa gestion était distincte de celle du projet et il jouissait d'une pleine autonomie. Deux comités de gestion, dont chacun comprenait des représentants du secteur public et de la société civile, supervisent, respectivement les composantes « subventions » et « microfinancement » des sous-projets. Étant donné que le FOSAP était devenu une entité autonome, il n'était plus nécessaire que l'ECP cosigne les projets. Le FOSAP a ouvert son propre compte spécial, ce qui a facilité considérablement les décaissements.

Coûts et financement prévus et réels

3.19 Le coût total du projet était estimé à la contre-valeur de 26,1 millions de dollars, soit 96 % du coût estimatif au moment de l'évaluation (27,2 millions de dollars, voir Annexe D). Bien que les ressources du crédit de l'IDA (13,9 millions de DTS) aient été entièrement décaissées, leur valeur en dollars a baissé pendant la durée de vie du projet, passant de 20,4 millions de dollars à 18,7 millions de dollars à la clôture (voir Annexe D). Le financement de KfW a été plus important que prévu, suite à sa décision d'étendre son assistance à la composante « marketing social ». Le financement de contrepartie de l'État tchadien a été inférieur au niveau de ses engagements et la contribution réelle de la société civile (au titre du Fonds social) a été conforme aux estimations faites au moment de l'évaluation.

3.20 L'Annexe D présente les décaissements prévus et les décaissements réels. Tandis que les subventions au titre du Fonds social étaient estimées au départ à 2,70 millions de DTS, soit 19 % du montant du crédit total, les décaissements réels au titre du Fonds social se sont élevés à 3,55 millions de DTS, ce qui représente 25 % du montant total du crédit. Un pourcentage

40. Nombre de ces organismes étaient des ONG qui n'avaient pas nécessairement de l'expérience dans le domaine du microfinancement, étant donné que cette activité était très rare sur le terrain. Ils ont été choisis pour leur expérience générale en matière de collaboration avec les communautés et pour leurs compétences en matière de gestion et d'organisation. Le manuel des opérations permettait d'orienter ces organismes afin d'exécuter les activités de microfinancement et de développer les capacités de microfinancement dans le pays.

supplémentaire de 5 % du crédit (0,8 million de DTS) a été décaissé afin d'appuyer les initiatives de microcrédit en faveur des femmes.

4. Extrants et effets par objectif

4.1 L'Annexe E donne un aperçu des principaux objectifs et indicateurs pour les composantes « population » et « VIH/SIDA » qui ont bénéficié de soutien au titre du projet. Il en ressort que pour la plupart de ces indicateurs, les données de référence n'ont pas été réunies, les objectifs n'ont pas été quantifiés et les données depuis la fin du projet n'ont pas été compilées. Cependant, les progrès accomplis au titre de quelques-uns de ces indicateurs ont été mesurés. En outre, le projet a permis d'apporter une assistance en matière de production de données démographiques, sociales, épidémiologiques et sur les comportements, qui sont utiles et constituent une indication complémentaire des effets de cet investissement. Le présent chapitre met en exergue les principaux acquis du projet, ainsi que ceux de chacune des composantes « population » et « VIH/SIDA ».

Population

4.2 *Les capacités de la Division de la population ont été renforcées grâce à une formation à l'étranger, à des voyages d'études et à une assistance technique sur le tas. Toutefois, ce service souffre d'une insuffisance d'effectifs, compte tenu de l'étendue de sa mission.* Une formation technique a été assurée en matière de démographie, d'utilisation des données démographiques aux fins de planification du développement, ainsi que d'exécution, de gestion, et de suivi et d'évaluation des politiques démographiques et programmes de population. Cependant, le volume de la formation en matière de démographie (en termes tant de nombre de personnes formées que de durée de la formation) était insuffisant par rapport aux besoins (Wakam, 2001). En outre, l'efficacité de la formation assurée n'a fait l'objet d'aucune évaluation. La participation à la Conférence sur la population tenue au Caire en 1994 et les voyages d'études au Burkina Faso, au Mali, au Sénégal et en Tunisie ont permis au personnel de se familiariser davantage avec les pratiques optimales internationales. Par ailleurs, plus de 60 fonctionnaires ont reçu une formation sur l'utilisation des données démographiques aux fins de planification par tous les ministères. Cependant, l'utilisation des données démographiques est demeurée faible (Wakam, 2001).

4.3 *D'une manière générale, le projet a permis de sensibiliser les communautés et de diffuser la politique démographique du pays. Cependant, les attitudes tardent à changer.* Au moment du MTR et, une fois de plus, à la fin du projet, il a été reconnu qu'il faut beaucoup de temps pour changer les attitudes. Néanmoins, au cours de ses visites sur le terrain, la mission a entendu des témoignages faisant état d'une évolution des connaissances et attitudes parmi un large éventail de groupes — témoignages corroborés par ses propres constats⁴¹. Par exemple les chefs religieux (musulmans et chrétiens) sont des membres actifs des commissions chargées des questions de population au niveau local et sont très engagés en faveur de la réalisation des objectifs de la politique démographique qui consistent à améliorer la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant, ainsi que le taux de scolarisation des filles. Selon les personnes interrogées aux niveaux national et international, certains imams (hostiles au départ) sont à présent suffisamment convaincus des avantages de l'espacement des naissances et s'emploient à promouvoir cette pratique au sein des populations rurales.

41. Les leaders d'opinion, les chefs religieux, les femmes, les ONG, les journalistes, les jeunes, les syndicalistes et les responsables locaux.

Cependant, il existe encore une ambivalence, voire une hostilité à l'idée de limiter la taille de la famille, tandis que d'autres composantes de la politique démographique (espacement des naissances afin de promouvoir la santé maternelle et juvénile, amélioration du statut de la femme et accroissement des opportunités économiques pour les femmes) bénéficient d'une adhésion plus grande. Bien que les objectifs de couverture de l'IEC en matière de population aient été atteints pour l'essentiel, l'efficacité des efforts a été minée par les retards liés à la mise sur pied d'un comité de coordination technique de l'IEC⁴² et l'incapacité de ce comité à se réunir de façon régulière.

4.4 *Le projet est parvenu à générer des données et des informations sociodémographiques pertinentes au Tchad. Toutefois, celles-ci ne sont pas pleinement exploitées.* Les trois principaux résultats de la recherche au titre du projet sont indiqués ci-après : a) la première Enquête démographique et de santé (1996-1997) ; b) une étude sur les migrations et l'urbanisation ; et c) la préparation de 15 monographies contenant des données régionales pour chaque préfecture, tirées du recensement de 1993, cinq analyses approfondies des données du recensement, et sept analyses régionales des données de l'EDS. La mesure dans laquelle ces données sont utilisées pour la planification du développement et les évaluations a été examinée et jugée très faible (Wakam, 2001). En outre, les retards liés à la publication des études achevées minent les efforts visant à les diffuser et à les utiliser. Un exemple, à cet égard, concerne l'étude sur les migrations et l'urbanisation, qui a été publiée trois ans après son achèvement.

4.5 *Le projet a permis de renforcer les services de SMI/bien-être familial à tous les niveaux du système de santé publique, essentiellement par le truchement de la fourniture de contraceptifs pendant toute la durée de vie du projet.* En tant que complément du projet Santé et maternité sans risques en cours, qui visait à renforcer les services de santé de base, le projet a permis d'éviter un déficit important en ce qui concerne la fourniture de contraceptifs, lorsque l'USAID a mis un terme à son assistance au Tchad en 1995. L'USAID était le principal fournisseur de contraceptifs à ce pays. En l'absence du soutien apporté au titre du projet, il y aurait eu, selon toute probabilité, une grave pénurie de contraceptifs dans le pays. Une coordination étroite de ces deux projets, notamment leur supervision conjointe, a permis d'assurer une cohérence en matière de fourniture d'intrants pour la SMI et le bien-être familial. Au nombre des autres efforts d'assistance à la SMI et au bien-être familial figuraient les points ci-après : a) les sous-projets financés par le Fonds social afin d'améliorer la SMI et le bien-être familial ; b) la production de données de référence importantes sur la SMI et le bien-être familial (EDS, 1996-1997) ; et c) l'amélioration de la disponibilité et de l'abordabilité de la thérapie de réhydratation orale à travers le pays.

4.6 *Le Fonds social a permis de mobiliser et financer une riposte des organisations de la société civile aux problèmes de population, ainsi que de favoriser et appuyer une riposte intégrée du secteur public aux niveaux décentralisés de l'administration.* Quarante-cinq sous-projets de population (contre 20 prévus) ont été exécutés. Parmi ceux-ci, 30 l'ont été par les associations locales qui apportent de l'assistance à une série d'activités (santé maternelle et infantile et bien-être familial, promotion de la femme et de la jeunesse, et études), tandis que 15 projets intégrés (concernant les facteurs déterminants directs et indirects de la population et de la santé de la reproduction) ont été exécutés par 15 CRPRH.

4.7 Les évaluations des sous-projets commanditées par le Fonds social étaient axées davantage sur le rythme d'exécution que sur les résultats. Cependant, les discussions sur le

42. Créé en septembre 1997, presque deux ans après la date cible initiale.

terrain ont confirmé les résultats signalés par les personnes chargées de l'exécution des activités et les bénéficiaires, notamment une augmentation du taux d'utilisation des services prénatals, l'accroissement des opportunités économiques pour les jeunes, l'augmentation du taux de scolarisation des filles, l'augmentation du taux d'utilisation de l'allaitement maternel exclusif et la réduction du nombre des cas de malnutrition sévère chez les enfants.

4.8 *Les services de microfinancement en faveur des femmes pauvres ont entraîné des changements positifs en ce qui concerne les facteurs déterminants intimement liés de la fécondité : a) l'amélioration de la génération de revenu et l'accroissement des opportunités économiques pour les femmes ; b) l'augmentation des investissements dans la santé, la nutrition et l'éducation de leurs enfants ; c) l'amélioration du statut tant social qu'économique de la femme ; et d) l'amélioration de l'information sur la santé de la reproduction et la santé familiale.* Ces résultats, comparés à la situation hypothétique où il n'existerait pas d'assistance au titre du projet, sont documentés tant dans l'évaluation finale de la composante « microfinancement » (Miller, 2001) qu'au cours des discussions avec une cinquantaine de bénéficiaires de cette assistance dans les villes de Mao, Bongor, Moundou et Mongo. Les questions éclairées posées par ces femmes concernant la sûreté relative et les risques liés aux différentes méthodes de contraception ont donné une idée de leurs connaissances de base et assimilation des messages concernant la santé de la reproduction et les choix en matière de planification familiale. Cependant, tel qu'indiqué de façon plus détaillée dans le présent chapitre, ces résultats ne se sont pas traduits par l'amélioration du taux d'utilisation des préservatifs.

4.9 *L'introduction des paquets de réhydratation orale dans le portefeuille de marketing social de l'AMASOT afin de lutter contre la diarrhée chez les enfants âgés de moins de cinq ans visait également à prendre en compte un autre facteur déterminant de la fécondité — celui de la mortalité juvénile élevée.* Jusqu'ici, le volume des ventes dépasse les attentes initiales, en raison de la très forte demande pour ce produit. L'impact potentiel de ces activités sur la mortalité juvénile est appréciable, mais n'a pas encore été évalué.

4.10 L'assistance au titre du projet n'a pas permis d'accroître le taux d'utilisation des contraceptifs modernes, en le portant d'environ 1 % en 1990 à 10 % à l'horizon 2000⁴³. Tel qu'illustré par la Figure 2, le Tchad a atteint un taux d'utilisation des contraceptifs modernes de 2 % en 2000 (UNICEF,

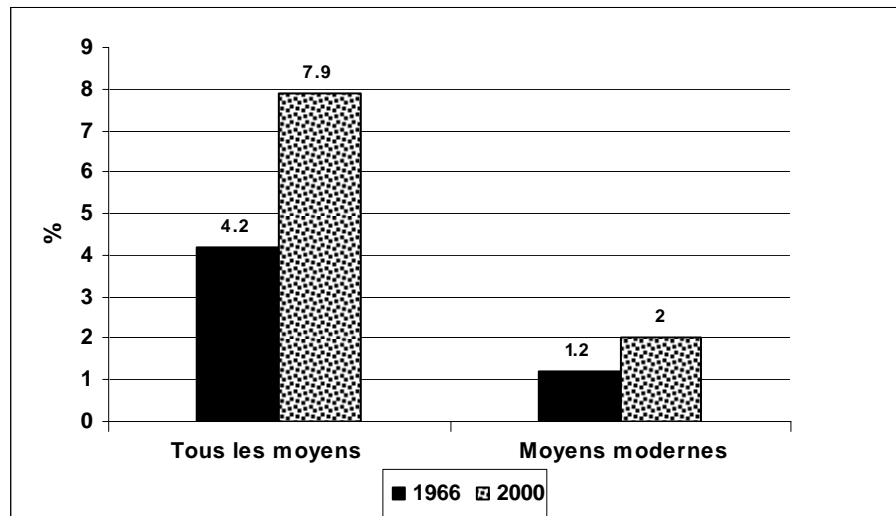
2001), soit une augmentation significative sur le plan statistique par rapport au niveau de 1996, qui était de 1,2 % (EDS, 1996-1997), bien que ce taux soit nettement en deçà de l'objectif visé. La figure montre également que le taux d'utilisation des contraceptifs modernes et traditionnels combinés a crû, passant de 4,2 % à 7,9 % au cours de la même période. Le Tableau 3 à l'Annexe D présente une ventilation de l'utilisation des contraceptifs par niveau d'instruction et lieu de résidence en 2000. Le taux d'utilisation des contraceptifs modernes est nettement plus élevé parmi les femmes qui ont fait des études secondaires (12,3 %) que parmi celles dont le niveau d'instruction se limite à l'enseignement primaire (2,8 %) et celles qui n'ont pour ainsi dire aucun niveau d'instruction (1,4 %). Par ailleurs, le taux d'utilisation des contraceptifs modernes est plus élevé parmi les femmes qui vivent en milieu urbain (6,6 %), en particulier à N'Djaména (9 %), que parmi leurs homologues vivant en milieu rural (0,8 %).

4.11 Les données disponibles indiquent que l'indice synthétique de fécondité (ISF) au Tchad est demeuré constant pendant la durée de vie du projet. L'EDS a révélé un ISF de 6,6 enfants en 1996-1997 ; les études analytiques récentes indiquent le même taux pour 2000 (CSR, 2004).

4.12 La stratégie en matière de population visait également à réduire le taux de croissance démographique annuel, qui passerait de 2,4 % en 1990 à 2 % en 1999, grâce à l'augmentation prévue du taux d'utilisation des préservatifs. Selon les estimations les plus récentes du gouvernement, le taux de croissance démographique réel est d'environ 3,1 %⁴⁴.

4.13 Il convient de souligner qu'au moment du MTR (1997), suite à la publication des résultats de la première EDS jamais réalisée au Tchad, la Banque et l'Emprunteur ont reconnu a

Figure 2 : Utilisation des moyens de contraception parmi les femmes mariées et celles qui vivent dans une union consensuelle, 1996 et 2000



Note: Les différences entre 1996 et 2000 sont importantes statistiquement et se situent à $p \leq 0,05$.
Source: DHS 1996/97 and UNICEF Multiple Indicator Survey 2001; Reproduced from Country Status Report (World Bank 2004).

43. Bien qu'il ait été reconnu au moment de l'examen à mi-parcours que les objectifs et buts initiaux du programme (et du projet) étaient, a posteriori, irréalistes et ne seraient pas atteints, on n'a procédé à aucune révision formelle de ces objectifs. Le FNUAP s'attachait à réviser les objectifs, mais ses consultants auraient travaillé à un rythme très lent et des données réalistes n'ont été disponibles que pour le 2^e projet.

44. Source : Direction de la coordination des activités en matière de population, Ministère du Plan, du Développement et de la Coopération (MPDC), données de 2004.

posteriori que les objectifs concernant l'accroissement du taux d'utilisation des contraceptifs modernes et de la réduction de ceux de la fécondité et de la croissance démographique étaient irréalistes et ne seraient pas atteints. Ils ont manifesté l'intention de fixer de nouveaux objectifs sur la base des résultats de l'EDS. Le FNUAP a recruté des consultants à cette fin. Mais, le travail de ces derniers a progressé lentement et l'Accord de crédit de développement n'a pas été amendé de façon officielle en vue de fixer des objectifs plus réalistes en fonction desquels les résultats du projet seraient mesurés.

VIH/SIDA

4.14 *La surveillance épidémiologique et comportementale a été améliorée dans le cadre du projet et a permis de documenter la gravité et l'ampleur de l'épidémie.* En outre, le projet a permis de soutenir les efforts tendant à renforcer le réseau de surveillance épidémiologique du VIH et son fonctionnement. Ce réseau comprenait neuf sites sentinelles pleinement opérationnels⁴⁵ à la fin du projet (contre sept prévus) dont deux avaient été créés grâce à l'assistance au titre du projet (voir liste à l'Annexe D). Il recueille des données annuelles et soumet des rapports sur la prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'aide des données relatives aux services prénatals, aux donneurs de sang, ainsi qu'aux patients souffrant de MST et de tuberculose⁴⁶. Les sites sentinelles assurent également le suivi et font rapport sur la prévalence de la syphilis parmi les femmes à l'aide des données relatives aux services prénatals. La supervision et l'assistance techniques de ces sites ont été quelque peu freinées par la rotation du personnel⁴⁷. Toutefois, ces contraintes ont été atténuées, en partie, par les services d'un assistant technique à long terme⁴⁸.

4.15 Les études sur la prévalence du VIH et le comportement ont également contribué à la documentation des tendances, des problèmes et des conséquences de l'épidémie, ainsi qu'à l'élaboration de stratégies concernant les meilleures voies et moyens de la combattre. Les études sur la séroprévalence du VIH effectuées au niveau de différentes aires géographiques — certaines portant sur la population générale et d'autres sur des groupes spécifiques à très haut risque — ont permis, dans certains cas, d'apprécier les tendances de l'épidémie (voir Annexe D). Les données des sites sentinelles et des études ont souvent été citées par les autorités et autres acteurs régionaux et pourraient parfaitement susciter l'engagement au niveau local et, dans une moindre mesure, favoriser la conception et le ciblage des activités. Au nombre des facteurs qui contribuent également à l'amélioration des connaissances figuraient les enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP), les études sociologiques sur les groupes à haut risque (notamment les prostituées) et une étude visant à évaluer l'impact économique et social de l'épidémie.

45. Au moment de la clôture du projet, un dixième site (Faya) établissait uniquement des rapports sur les cas de sida (et non sur la prévalence du VIH).

46. Au moment de la visite de la mission, quatre rapports statistiques annuels avaient été établis. Ceux-ci présentaient une série de données couvrant les années 1999, 2000, 2001 et 2002. Bien que le projet ait financé la formation et d'autres activités d'appui pour le fonctionnement des sites de surveillance, la qualité et la plénitude des données appellent encore des améliorations.

47. Le fonctionnaire du PNLIS responsable de la surveillance épidémiologique au début du projet a reçu une formation en épidémiologie. Mais, il a été affecté à un autre poste à son retour au Tchad. Il a été remplacé par un non-spécialiste qui n'a reçu aucune formation technique en épidémiologie.

48. L'assistant technique international à long terme, qui est un épidémiologiste, n'a pas apporté un soutien à plein temps à cet effort, dans la mesure où la portée de ses termes de référence était trop large. Outre le soutien technique en matière d'épidémiologie, ses termes de référence comprenaient également un soutien technique/de gestion à l'ECP/MPC pour la coordination des activités de lutte contre le VIH/SIDA et au FOSAP (Fonds social).

4.16 La cellule de l'IEC au sein du PNLS a produit des matériels et mené des campagnes afin d'informer la population générale et les groupes cibles, et de renforcer leurs capacités à se protéger. Ces efforts ont été complétés par les initiatives d'IEC nombreuses et généralisées entreprises par d'autres partenaires nationaux (notamment le ministère de la Communication, la Division de l'IEC du MSP, et les acteurs publics et privés au niveau local) ciblant plusieurs groupes à travers le pays. Nombre des acteurs rencontrés pendant les visites de terrain ont reconnu la qualité et l'utilité du matériel d'IEC produit par la cellule de l'IEC au sein du PNLS. La plupart d'entre eux ont milité pour une plus grande disponibilité, au niveau local, des matériels pertinents dans les langues locales, une meilleure coordination de l'IEC et davantage de recherche pour les interventions d'adaptation et les groupes cibles. La majorité des personnes interrogées s'est accordée à reconnaître que les connaissances et les attitudes d'une large gamme d'acteurs et de parties prenantes avaient évolué. Le VIH/SIDA n'est plus un tabou, mais est plutôt reconnu pour ce qu'il est : une menace pour le développement du Tchad et le bien-être de ses populations, qui appelle des mesures urgentes et suivies. Bien qu'il semble que les efforts d'IEC aient eu un impact, leurs coordination et efficacité méritent d'être améliorées.

4.17 *Dans le cadre du projet, un appui a été apporté au renforcement des capacités du système de santé publique en matière de diagnostic de l'infection à VIH (notamment les équipements de laboratoire), de soins psycho-médico-sociaux prodigués aux personnes atteintes du VIH/SIDA, de diagnostic et de traitement des infections opportunistes et de traitement syndromique des MST⁴⁹.* Le projet a par ailleurs fourni une formation technique et des consommables pour les laboratoires, et établi un centre national de référence pour le diagnostic du VIH/SIDA. Il a en outre financé un appareil de comptage CD4 et la mise en place de chaînes ELISA (essais d'immuno-absorption enzymatique) dans cinq hôpitaux. L'appui fourni pour l'amélioration des services en matière de MST a inclus la formation de plus de 2 000 membres du personnel médical et l'élaboration d'un guide de prise en charge des MST. En outre, une formation sur l'utilisation des antirétroviraux (ARV) et la trithérapie a été assurée⁵⁰. Aucune évaluation n'a été effectuée afin d'évaluer la mesure dans laquelle ces investissements ont permis d'améliorer la qualité des services. Un certain nombre de personnes interrogées ont souligné que la prise en charge des patients souffrant du VIH/SIDA et de MST laisse encore à désirer et il persiste d'importants écarts entre les soins en milieu institutionnel et les soins à base communautaire. Aucune donnée n'était disponible afin de mesurer les progrès accomplis en vue de la réalisation de l'objectif du projet qui consistait à veiller à ce que 12 000 patients souffrant du sida soient traités par le système de santé. Des efforts ont été déployés également dans le cadre du projet en vue de renforcer et de développer les services de conseil et de dépistage. À la fin du projet, quelque 13 centres étaient opérationnels (objectif non précisé dans les documents de projet), et il était prévu d'en créer d'autres.

49. L'approche syndromique de la prise en charge des patients souffrant de MST fonde le diagnostic et le traitement sur la présence de symptômes, en général, sans recourir aux tests de confirmation de laboratoire. Cette approche est recommandée par l'OMS dans les pays en développement, dans la mesure où elle permet le traitement suite à une seule visite et loin des laboratoires.

50. Le projet n'a pas financé l'achat des ARV. Lorsque le projet avait été mis au point, en 1994, les ARV étaient très onéreux et n'étaient pas disponibles partout ; et le second plan à moyen terme du Tchad pour la lutte contre le VIH/SIDA accordait la plus haute priorité aux activités de prévention.

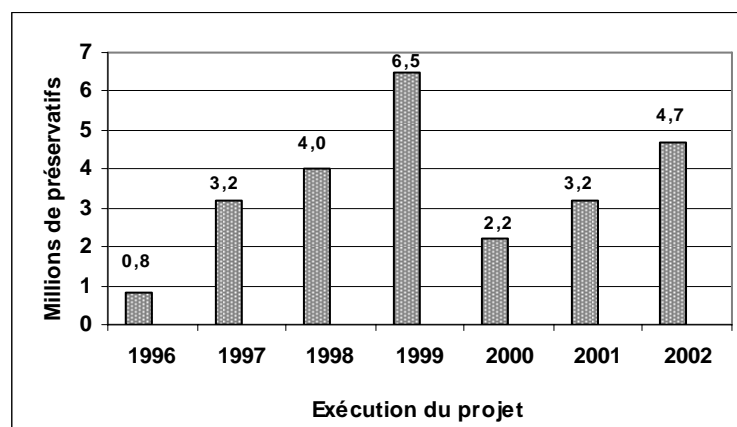
4.18 *Le programme de marketing social a permis d'accroître considérablement la disponibilité des préservatifs au Tchad, à un prix abordable.*

Au total 19,9 millions de préservatifs ont été vendus pendant la durée de vie du projet (1996-2001) par le truchement d'un réseau de plus de 1 200 points de vente répartis à travers le pays — contre un objectif initial de 14 millions.

L'objectif de vente annuel fixé pour la dernière année du projet

(4,8 millions de préservatifs) a été dépassé au cours de la troisième année de croisière du projet (soit 6,5 millions en 1999). Pour les raisons exposées au Chapitre 3, le niveau des ventes annuelles a chuté provisoirement en 2000, puis a progressé constamment au cours des deux années suivantes, atteignant 4 millions de préservatifs en 2002. La Figure 3 présente les tendances des ventes annuelles pendant la durée de vie du projet et au cours de la première année après sa clôture (2002). L'Annexe D présente une ventilation plus détaillée de ces ventes par mois et les ventes mensuelles moyennes pour chaque année (tout juste un peu moins de 300 000 préservatifs).

Figure 3 : Ventes de préservatifs, 1996-2002



Source : Statistiques de l'AMASOT, 2004

4.19 Le prix très modique de moins de 0,02 dollar l'unité (50 F CFA le paquet de quatre) a rendu les préservatifs très accessibles pour la population en général. Cette accessibilité a également permis de vendre une partie des préservatifs dans les pays voisins, notamment le Cameroun et la République centrafricaine où le prix des préservatifs est plus élevé. Selon une étude des programmes de marketing social dans les trois pays, jusqu'à 20 % des préservatifs de l'AMASOT (environ 4 millions d'unités) pourraient avoir été revendus dans ces pays (Lehmann et al., 2003). Hormis ceux vendus dans les pays voisins, le nombre total des préservatifs vendus au Tchad pendant la durée de vie du projet (15,9 millions) dépassait encore l'objectif du projet qui consistait à en vendre 14 millions. En octobre 2003, l'AMASOT a porté le prix du préservatif à 100 F CFA⁵¹.

4.20 Bien que les préservatifs aient été une question tabou au début du projet, à présent, ils sont vendus librement dans les magasins, sur les étals de marché, ainsi que dans les auberges et hôtels à travers le pays. La majorité des personnes interrogées ont indiqué à la mission d'évaluation de la Banque que les préservatifs sont utilisés plus fréquemment pendant les rencontres sexuelles occasionnelles⁵². Il existe, à présent, quelque 25 panneaux d'affichage comportant des messages sur le VIH/SIDA qui sont disposés de façon visible dans les grandes villes du pays. Il existe également de nombreux messages dans les journaux, ainsi que sur les affiches placées dans de nombreux lieux publics, notamment les lieux de travail, les stades, les restaurants, les hôtels et les transports publics. Les institutions religieuses et les chefs

51. En octobre 2003, l'AMASOT a doublé le prix des préservatifs (qui est passé de 50 à 100 F CFA pour un paquet de 4) afin de dissuader les ventes transfrontalières, tout en maintenant le prix à un niveau abordable pour la grande majorité des Tchadiens. Les données relatives aux ventes à la fin de 2003 et au début de 2004 indiquent une baisse générale des ventes imputable, selon AMASOT, tant à la réduction des ventes transfrontalières qu'à la baisse provisoire des ventes entre pays consécutive à la hausse de prix.

52. Malheureusement, les données disponibles ne suffisent pas à documenter cette tendance.

religieux qui étaient très hostiles à la promotion des préservatifs au début du projet ont une opinion plus modérée à présent et ont adopté une attitude de tolérance, tandis que certains d'entre eux encouragent de façon tacite leur utilisation afin de préserver la santé et le bien-être de la famille. Par conséquent, l'achat de préservatifs semble susciter nettement moins de stigmatisation.

4.21 *Le Fonds social a apporté une contribution aux interventions de lutte contre le sida exécutées par le gouvernement.* Au total, 97 sous-projets de lutte contre le VIH/SIDA ont été mis au point et exécutés à travers le pays (contre 40 prévus), dont 68 par des associations locales (activités de prévention ciblant les jeunes, les prostituées et les soins psycho-socio-médicaux), trois par des associations islamiques régionales (dans trois préfectures), 15 projets intégrés sous la coordination des conseils de santé de préfecture, et 11 par huit ministères techniques⁵³. L'impact de ces efforts n'a pas été évalué. Toutefois, le Fonds social a permis de développer les capacités nationales afin d'opposer une riposte au VIH/SIDA et a élargi le panel des acteurs, ainsi que la portée des activités.

4.22 *Le Fonds social a permis de préparer et d'appuyer des efforts de riposte des organisations de la société civile au VIH/SIDA.* Les projets de la société civile couvraient un train d'interventions de plaidoyer, d'IEC et de changement de comportement, ainsi que des initiatives à base communautaire visant à prodiguer des soins et à apporter un soutien social aux personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS). Tel qu'il ressort des discussions sur le terrain avec les personnes chargées de l'exécution des activités et les bénéficiaires, la sensibilisation, les connaissances et qualité de la vie des PVVS et leurs familles se sont améliorées, tandis que la société civile exerce une pression croissante sur les pouvoirs publics afin que ceux-ci s'attaquent au fléau.

4.23 *Le Fonds social a également permis de renforcer les capacités de la société civile en matière de conception et de mise en œuvre d'activités en vue de soutenir les initiatives de lutte contre le VIH/SIDA.* Six ONG expérimentées ont entrepris des activités de développement des capacités, basées dans différentes zones géographiques et couvrant nombre de celles-ci sur le territoire tchadien. À cet égard, l'assistance portait, notamment sur la conception des sous-projets, la rédaction des propositions, l'exécution des activités, ainsi que le suivi et l'évaluation. Cette approche a permis à une société civile relativement inexpérimentée et dont les capacités étaient faibles d'avoir immédiatement accès à l'assistance technique et au soutien nécessaires. De l'avis de l'écrasante majorité des nombreuses associations interrogées pendant la mission d'évaluation, cette assistance était primordiale pour leur permettre d'avoir accès aux fonds et d'exécuter efficacement les sous-projets. Ces efforts de renforcement des capacités ont également permis de créer de nouvelles associations locales, en particulier les associations de prostituées et les associations de PVVS. Ceci constitue un acquis précieux, compte tenu des tabous qui existaient au démarrage du projet et de la contribution potentielle non négligeable que ces deux groupes pourraient apporter aux efforts de prévention du VIH/SIDA. Un certain nombre d'ONG expérimentées ont exprimé des préoccupations au sujet de la limitation de leur capacité à apporter une assistance efficace au nombre croissant d'associations locales avec les ressources financières et humaines limitées dont elles disposaient au titre de leurs contrats.

4.24 *Le renforcement de la capacité des femmes pauvres à générer des revenus au titre de la composante « microfinancement », associé à la diffusion d'informations pratiques sur*

53. Action sociale et famille ; Éducation nationale ; Défense ; Finances ; Justice ; Communication ; Santé ; et Intérieur.

le VIH/SIDA, a contribué à réduire la vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH. Une évaluation de cette sous-composante a été effectuée (Miller, 2001)⁵⁴ et corrobore les constatations de la mission découlant des entretiens qu'elle a eus avec les organismes de microfinancement et environ 50 femmes bénéficiaires dans quatre préfectures. L'écrasante majorité des groupes de femmes est parvenue à mettre à profit les ressources du microfinancement pour entreprendre ou développer des activités économiques, ce qui a permis d'accroître les revenus consacrés aux investissements pour le bien-être familial. Ensemble, les revenus supplémentaires et les informations relatives au VIH/SIDA auraient permis d'habiliter les femmes en tant que partenaires égales de leurs maris, d'avoir davantage de respect de soi et de dignité, et d'acquérir les connaissances nécessaires pour se protéger de l'infection à VIH. Selon les femmes bénéficiaires de cette assistance, celle-ci les a mises à l'abri de la prostitution informelle pour de l'argent et leur a permis de réduire la vulnérabilité de leurs filles et des autres femmes. Bref, elles ont exprimé un profond sentiment d'habilitation économique, sociale et personnelle.

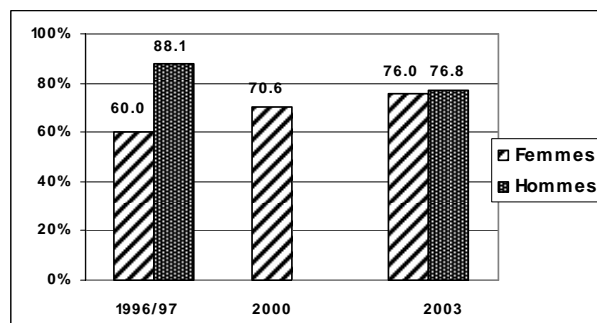
4.25 *Le Fonds social a mobilisé et financé la participation des principaux ministères techniques aux efforts de lutte contre le VIH/SIDA.* Le Fonds social a appuyé les activités de lutte contre le VIH/SIDA de huit ministères clés qui ont désigné un point focal et, dans certains cas, créé des cellules de lutte contre le VIH/SIDA, afin de se pencher sur les questions liées à ce fléau, qui ciblent le personnel et les clients. Au nombre des activités qui ont bénéficié d'un soutien figurent les points ci-après : la formation sur le VIH/SIDA et l'IEC dans les écoles (ministère de l'Éducation), le soutien social aux PVVS et à leurs familles (ministère de l'Action sociale et de la Famille), l'assistance médicale et sociale aux patients souffrant du VIH/SIDA (ministère de la Santé publique), la formation des journalistes et les campagnes à la radio et à la télévision (ministère de la Communication), la sensibilisation des militaires et la prévention de la contamination dans les établissements sanitaires (ministère de la Défense), la protection des prisonniers (ministère de la Justice), l'information et la mobilisation des responsables locaux et des chefs traditionnels (ministère de l'Intérieur). Cependant, l'efficacité de ces activités n'a fait l'objet d'aucune évaluation.

4.26 *Le Fonds social a permis d'initier et d'appuyer la décentralisation des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans l'ensemble des 14 préfectures.* Les sous-projets, qui portaient sur une série d'activités de prévention, de soins et d'atténuation des effets du VIH/SIDA, ont été exécutés sous les auspices des conseils intersectoriels de santé de préfecture. Toutefois, leur efficacité n'a pas été évaluée. Outre le financement de ces activités aux niveaux régional et sous-régional, le projet a eu pour effet de favoriser des discussions et la prise de mesures concernant le VIH/SIDA tant au niveau local que sur le plan intersectoriel.

54. Cette évaluation a porté davantage sur le processus et l'efficacité du mécanisme de microfinancement que sur l'impact de cet investissement. Néanmoins, la méthodologie comprenait des entretiens avec des bénéficiaires dans cinq préfectures afin d'évaluer l'impact de cet investissement sur leurs vies et sur celles de leurs familles. Bien que le rapport fournisse des informations utiles relatives à l'impact, les auteurs soulignent que leur évaluation de l'impact n'était pas suffisamment systématique ni rigoureuse, et recommandent l'exécution d'une évaluation approfondie.

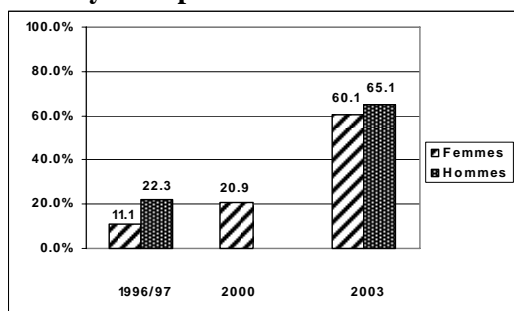
4.27 *Les niveaux de sensibilisation sur le VIH/SIDA et de connaissance du fléau parmi les hommes et les femmes tant en milieu urbain qu'en milieu rural se sont améliorés pendant la durée de vie du projet*⁵⁵. Ces améliorations étaient plus manifestes parmi les femmes, les populations rurales et les quintiles de revenu les plus pauvres (voir texte aux Figures 4, 5, 6 et 7 ; et Annexe D). Elles ont permis de réduire les importantes disparités qui existaient en matière de connaissances et de sensibilisation entre hommes et femmes, citadins et ruraux, ainsi qu'entre les couches les plus pauvres et les plus riches de la population. Les tendances concernant les connaissances des groupes à haut risque ne sont pas connues⁵⁶.

Figure 4 : Pourcentage des hommes et femmes interrogés qui ont affirmé avoir entendu parler du sida



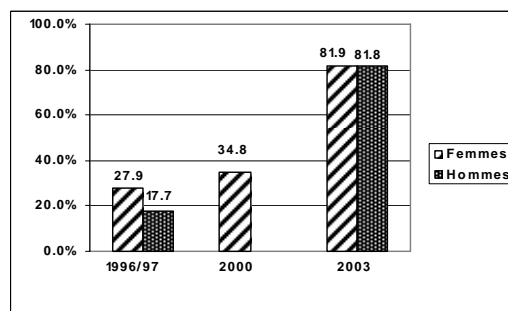
Source : EDS, 1996/1997 ; UNICEF, 2001 ; CAP, 2003

Figure 5 : Pourcentage des hommes et des femmes qui savent que le préservatif constitue un moyen de protection



Source : EDS, 1996-1997 ; UNICEF, 2001 ; CAP, 2003.

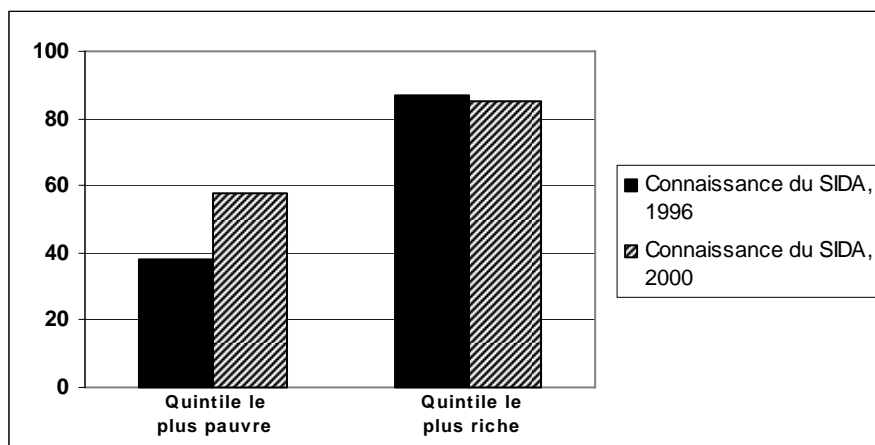
Figure 6 : Pourcentage des hommes et des femmes qui savent que la fidélité constitue un moyen de protection



55. Les tendances concernant la sensibilisation et les connaissances qui sont présentées dans le présent rapport sont tirées de trois études nationales : a) l'Enquête démographique et de santé 1996-1997 ; b) l'Enquête à indicateurs multiples 2001 de l'UNICEF ; et c) l'Enquête CAP, 2003 commanditée par le gouvernement. Ces trois enquêtes avaient toutes une portée nationale et portaient sur les zones définies pendant le recensement de la population de 1993. Toutes trois portaient sur les femmes du même groupe d'âge (15-49 ans), la première et la troisième prenant en compte également les hommes de la même tranche d'âge (15-59 ans). Les questions concernant les connaissances et la sensibilisation posées dans le cadre de l'EDS étaient ouvertes, tandis que celles posées dans le cadre de l'enquête de l'UNICEF et de l'enquête CAP étaient dirigées. L'ensemble des trois enquêtes couvraient à la fois les populations urbaines et rurales et ont procédé à une pondération judicieuse des données en vue de tenir compte de la distribution de la population urbaine/rurale. L'échantillon pour l'EDS comprenait 7 454 femmes et 2 320 hommes, celui de l'enquête de l'UNICEF 5 865 femmes ; et celui de l'enquête CAP 1 148 femmes et 1 332 hommes. Différentes questions ont été posées pendant les trois enquêtes au sujet de l'utilisation du préservatif, limitant ainsi la possibilité de dégager des tendances en matière de comportement.

56. Une étude à l'échelle nationale sur les prostituées au Tchad a révélé que 96 % de celles-ci qui vivent en milieu urbain et 74 % de celles vivant en milieu rural sont conscientes de l'existence du VIH/SIDA et de sa transmission par voie sexuelle, et connaissent les voies et moyens de s'en protéger (Ngoniri, 2001). Aucune référence sur les connaissances des prostituées n'a été définie par rapport à laquelle ces niveaux pouvaient être comparés. Les prostituées constituaient un groupe cible prioritaire pour la sensibilisation et la prévention du VIH au titre du premier plan à moyen terme de lutte contre le VIH/SIDA (1990-1993).

Figure 7 : Évolution des niveaux de connaissances des femmes par groupe socio-économique, 1996-2000

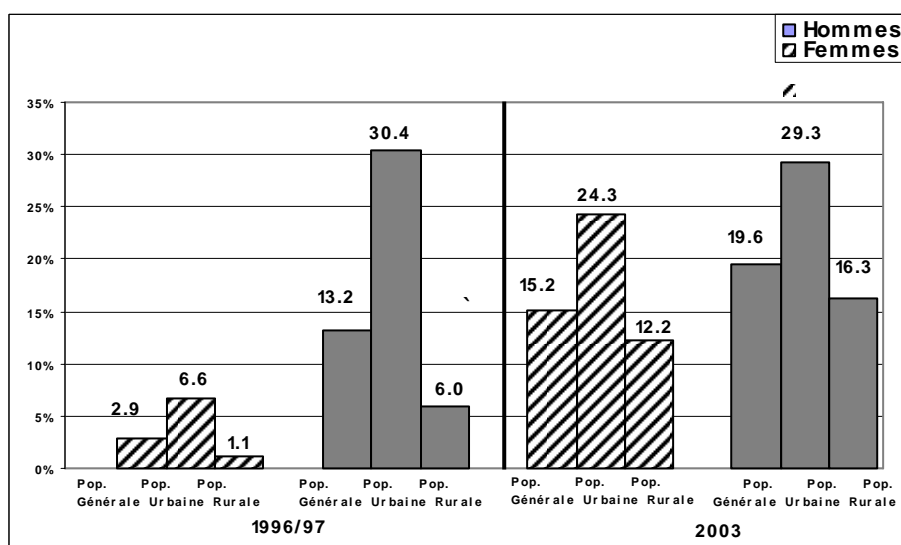


Source : EDS, 1996-1997 et Enquête à indicateurs multiples de l'UNICEF. Tiré du rapport de situation-pays (Banque mondiale, 2004).

4.28 Le pourcentage des adultes qui ont affirmé avoir déjà utilisé des préservatifs a crû au cours de la période 1996-2003, l'augmentation la plus notable concernant les femmes (Figure 8). Les différences entre zones urbaines et rurales étaient certes encore manifestes en 2003, mais elles étaient en net recul depuis 1996-1997.

4.29 En 2003, 6,6 % des femmes interrogées ont indiqué qu'elles utilisaient régulièrement les préservatifs, tandis que 6,5 % affirmaient les utiliser de façon occasionnelle. Ces chiffres reflètent une nette amélioration par rapport à la période 1996-1997 au cours de laquelle seules 0,7 % des femmes qui étaient conscientes de l'existence du sida et avaient eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois ont affirmé avoir utilisé le préservatif pendant leurs derniers rapports sexuels (EDS, 1997).

Figure 8 : Personnes indiquant avoir jamais utilisé un préservatif (%), 1996 et 2003



Source : EDS, 1996-1997 ; CAP, 2003

au cours de laquelle seuls 2,2 % des hommes qui étaient conscients de l'existence du sida et

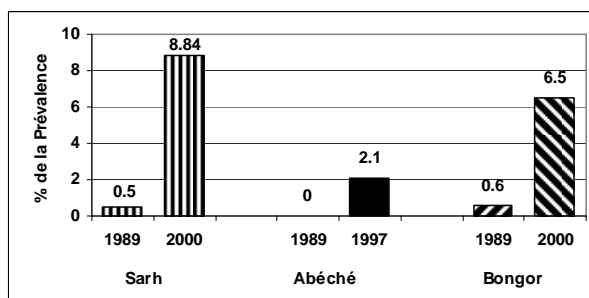
Les hommes ont fait état de niveaux plus élevés d'utilisation du préservatif que les femmes en 2003, par rapport à 1996-1997 : 8,7 % d'entre eux les ont utilisés régulièrement et 9,1 % de façon occasionnelle en 2003, ce qui reflète une nette amélioration par rapport à la période 1996-1997

avaient eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois ont affirmé avoir utilisé le préservatif pendant leurs derniers rapports sexuels (EDS, 1997). Les tendances en matière d'utilisation du préservatif par les groupes à haut risque n'ont pas fait l'objet d'un suivi systématique. Toutefois, selon les résultats d'une étude récente, les taux d'utilisation du préservatif par les prostituées⁵⁷ étaient en hausse.

4.30 *En l'absence de données sur l'incidence, il est difficile d'évaluer la mesure dans laquelle le projet a permis de ralentir la propagation de l'infection à VIH*⁵⁸. Au moment de l'élaboration du projet, 2 865 cas de sida avaient été déclarés sur une période de neuf ans (1986-1994). Au cours des huit années (1995-2002) qui ont suivi, 14 108 autres cas ont été déclarés, soit une augmentation de cinq fois. Cependant, il est fort probable que même les cas déclarés le plus récemment soient la conséquence d'infections antérieures au démarrage du projet. Par ailleurs, force est de constater que les cas de sida font l'objet d'une sous-déclaration.

4.31 Une série d'enquêtes démographiques concernant la population générale et des groupes de populations spécifiques indiquent les taux de prévalence du VIH pour différents aires géographiques, groupes de populations et périodes (Annexe D). Les données de ces enquêtes donnent, pour l'essentiel, un aperçu des taux pour certains groupes et/ou régions à un moment donné. Les seules tendances qu'elles indiquent concernent a) l'augmentation du taux de prévalence dans les villes de Sarh, Abéché et Bongor (voir Figure 9), et b) un léger recul du taux de prévalence parmi le personnel militaire à N'Djaména (de 10,2 % en 1995 à 8,40 % en 1997)⁵⁹.

Figure 9 : Tendances de la prévalence chez les adultes dans trois principales villes



Source : Étude démographique couvrant 6 villes (N'Djaména, Moundou, Sarh, Bongor et Abéché). (Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale, OCEAC, 1989) ; et enquêtes démographiques à Abéché, Bongor, et Sarh (PNLS) 1997 et 2000.

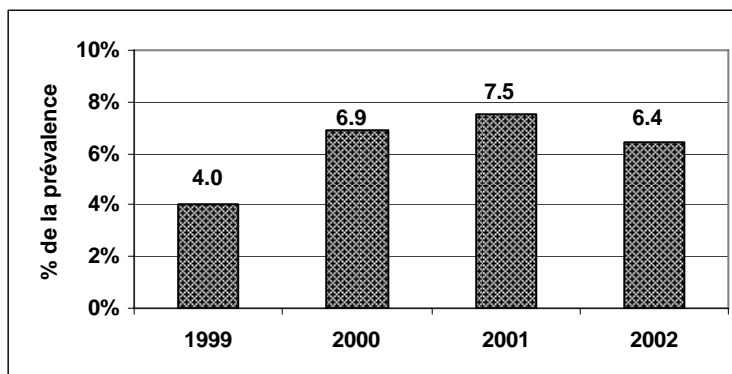
57. L'étude de Ngoniri (2001) révèle que l'utilisation du préservatif par les prostituées est plus élevée en milieu urbain, où 82 % des prostituées professionnelles et 52 % des prostituées clandestines affirment l'utiliser régulièrement. Dans les zones rurales, quelque 55 % des prostituées professionnelles affirment utiliser régulièrement les préservatifs, tandis que moins de prostituées clandestines le font, soit 20 %. Bien qu'il n'existe aucune référence par rapport à laquelle ces conclusions pourraient être comparées, les discussions avec une large gamme d'acteurs et de parties prenantes, et les documents de conception de projet consultés révèlent qu'au début des années 90, les préservatifs n'étaient pas disponibles et constituaient un sujet tabou.

58. L'objectif du projet était de ralentir la propagation du VIH, ce qui revenait à réduire le nombre des nouvelles infections. Le nombre des nouvelles infections, le nombre des infections passées et le taux de létalité du sida influent sur la prévalence qui masque, ainsi, le taux des nouvelles infections (incidence). Compte tenu de la période de dix ans, voire plus, que met le sida pour se déclarer, la prévalence du VIH peut croître rapidement au début d'une épidémie, avant que la létalité du sida n'influe sur la prévalence. La baisse de la prévalence qui intervient par la suite sera, en partie le fait de la létalité du sida, et pourrait ne pas refléter nécessairement une baisse du nombre des nouvelles infections.

59. La taille de l'échantillon pour ces études n'est pas connue.

4.32 La Figure 10 montre que le taux de prévalence chez les femmes qui utilisent les services prénatals au niveau de quatre sites urbains⁶⁰ a crû, passant de 4 % en 1999 à 7,5 % en 2001, puis a accusé un recul pour s'établir à 6,4 % en 2002⁶¹. Bien que les données disponibles indiquent que le taux de prévalence du VIH a crû au cours des dix dernières années au sein de la population générale et qu'il pourrait s'être stabilisé chez les femmes enceintes qui utilisent les services prénatals dans les zones urbaines, elles ne révèlent pas la mesure dans laquelle l'évolution des taux de prévalence est liée à l'accroissement de la létalité du sida, d'une part, et à la réduction du nombre des nouvelles infections, d'autre part.

Figure 10 : Prévalence du VIH parmi les femmes qui utilisent les services prénatals au niveau de quatre sites urbains, 1999-2002



Source : Données du MSP fournies par les sites sentinelle des villes de Bol, N'Djaména, Bongor et Sarh pour de la période 1999-2002.

5. Évaluations

5.1 **Effets** : Les effets du projet Population et lutte contre le sida sont jugés **modérément satisfaisants**, d'une manière générale, compte tenu des effets *insatisfaisants* enregistrés pour la réalisation de l'objectif de la composante « population » et *satisfaisants* pour celui de la composante « VIH/SIDA » (voir Tableau 1). L'évaluation finale a été faite après application à la réalisation de l'objectif « VIH/SIDA » d'une pondération accrue à la mesure de son haut degré de pertinence et de la part prise par cette composante dans le coût total du projet (deux tiers environ).

60. Les seuls quatre sites sentinelles pour lesquels des données sont disponibles pour chaque année (pour la période 1999-2002) sont les sites urbains de Bol, N'Djaména, Bongor et Sarh. Deux autres sites urbains (Abéché et Moundou) ne disposaient pas de données complètes pour cette période et ont été éliminés, par conséquent, de cette analyse des tendances.

61. Les données de l'ensemble des onze sites sentinelles qui établissaient des rapports en 2002 (dont sept sont considérés comme urbains et quatre comme ruraux) indiquent un taux de prévalence global parmi les femmes enceintes qui utilisaient les services prénatals de 5,82 % (voir Annexe D pour de plus amples informations). Étant donné que sept des onze sites sont urbains, le taux de prévalence national pour ce groupe pourrait être plus faible, lorsque l'on fait la pondération pour la distribution de la population urbaine/rurale. Il convient d'interpréter ces données avec prudence, car les capacités de collecte et d'analyse des données épidémiologiques sont jugées encore faibles ; et les données des sites ruraux sont trop récentes pour permettre de dégager des tendances. En outre, la représentativité de ces données n'est pas certaine, dans la mesure où moins de la moitié de toutes les femmes utilisent les services prénatals (Annexe D).

Tableau 1 : Résumé des évaluations de l'OED* par objectif

	Pertinence	Efficacité	Effizienz	Effets
Accélérer l'amorce de la baisse de fécondité en améliorant l'utilisation des méthodes de contraception modernes	Modeste	Négligeable	Modeste	Insatisfaisants
Ralentir la propagation de l'infection à VIH en encourageant le changement de comportement	Élevée	Appréciable	Appréciable	Satisfaisants

* Voir plat intérieur du présent rapport pour les définitions de la pertinence, de l'efficacité, de l'effizienz et des effets.

Effets pour la composante « population »

5.2 *Suite à l'évaluation de ses pertinence, efficacité et effizienz, l'évaluation générale des effets pour la composante « population » est jugée insatisfaisante.* L'objectif fondamental de la réduction tant des taux de fécondité et de croissance démographique n'est pas stipulé dans le DSRP du gouvernement (octobre 2003) et celui-ci ne mentionne pas non plus la planification familiale comme moyen d'assurer l'espacement des naissances et le bien-être familial. En ce qui concerne la population, le document se contente de souligner que les facteurs démographiques (notamment la croissance démographique) appellent une croissance économique robuste afin de créer suffisamment d'emplois et d'assurer l'accès aux services pour une population croissante, ainsi qu'une redistribution des fruits de la croissance économique au profit de ceux qui en ont le plus besoin. Par ailleurs, ni le contrôle de la croissance démographique ni la réduction de la fécondité ne figurent parmi les objectifs de la CAS de la Banque (novembre 2003). Cependant, au titre des objectifs de développement pour le Millénaire (ODM), un certain nombre de facteurs déterminants de la fécondité sont mis en exergue dans la CAS, notamment la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité des femmes, l'amélioration de la scolarisation des filles et la réduction de la mortalité maternelle et juvénile. Par conséquent, la **pertinence** de l'objectif pour la composante « population » est jugée **modeste**.

5.3 L'**efficacité** de la réalisation de l'objectif qui consiste à porter le taux d'utilisation des contraceptifs modernes à 10 % en 2000 est **négligeable**. Le changement de comportement de la population progresse lentement, dans l'hypothèse la plus optimiste, enregistrant seulement des améliorations très modestes des taux d'utilisation des contraceptifs documentés entre 1996 et 2000. L'**effizienz** des efforts en vue d'atteindre les objectifs de la composante « population » est **modeste**. Compte tenu des pénuries de personnel, du déficit de financement du FNUAP et des perturbations dues à la restructuration du CERPOD⁶², la Division de la population a accusé du retard en matière d'exécution des principales activités de recherche et études, bien que la qualité de ces études soit excellente. L'absence d'une coordination efficace des nombreuses initiatives d'IEC et des activités des cellules d'IEC à travers le pays s'est traduite par une fragmentation et un manque de coordination des efforts. Le cadre institutionnel pour l'approbation et la supervision de la politique démographique était très inefficace. Au niveau décentralisé, l'effizienz initiale de la CRPRH nouvellement créée était faible, mais s'est améliorée au fil du temps.

62. Avec lequel un contrat important avait été signé pour apporter une assistance technique et assurer le renforcement des capacités.

Effets pour la composante « VIH/SIDA »

5.4 *Les effets pour la composante « VIH/SIDA » sont satisfaisants, d'une manière générale, compte tenu des évaluations suivantes concernant ses pertinence, efficacité et efficience.* La **pertinence** de l'objectif pour le VIH/SIDA est **élevée**. Tant le DSRP que laCAS s'articulent autour des ODM, qui définissent clairement l'objectif de la lutte contre la propagation du VIH et un indicateur de résultats triennal de la réduction des comportements à haut risque pour la prévention du VIH/SIDA. L'**efficacité** du projet en ce qui concerne la réalisation de l'objectif de la composante « VIH/SIDA » est **appréciable**. D'une manière générale, d'importants progrès ont été accomplis eu égard à l'accroissement des niveaux et à la réduction des inégalités en matière de sensibilisation et de connaissances de la population au sujet du VIH/SIDA. Le programme de marketing social a permis d'améliorer, dans une large mesure, la disponibilité des préservatifs, à travers le pays, à des prix abordables. Les tabous liés à l'achat et à l'utilisation des préservatifs ont diminué considérablement. Les données disponibles révèlent des résultats modestes mais positifs en ce qui concerne le changement de comportement, une tendance qui pourrait se poursuivre et qui contribue directement à des niveaux d'infection en diminution. Il existe peu de preuves concernant l'évolution des nouvelles infections (incidence) au sein de la population générale et des groupes à haut risque.

5.5 L'**efficience** pour la réalisation des objectifs de la composante « VIH/SIDA » est jugée **appréciable**, d'une manière générale. Plus de la moitié des ressources du projet ont été canalisées, en définitive, par le truchement du secteur non gouvernemental vers deux organismes autonomes, dont les activités se sont avérées efficaces. Tout d'abord, le FOSAP (responsable du Fonds social) a décaissé 133 % des ressources affectées, au départ aux sous-projets censés être exécutés par la société civile et au niveau décentralisé. La sous-composante « microfinancement » a atteint un taux de remboursement supérieur à 90 %, bien que dépendant des rares institutions de microfinancement existant au Tchad dont les capacités laissaient à désirer. Le défi qui persiste consiste à améliorer la coordination des sous-projets de façon à réduire au minimum le chevauchement ou les lacunes en ce qui concerne les principales interventions. Ensuite, l'AMASOT, qui était responsable de la composante « marketing social » a fait preuve d'efficience en ce qui concerne son organisation et ses opérations, en particulier, après le remplacement, à mi-parcours, de l'assistance technique initiale par une nouvelle technique davantage axée sur le transfert de compétences.

5.6 Le PNLS n'a pas été tout à fait efficient en ce qui concerne l'orientation et la coordination de la riposte du MSP à l'épidémie de VIH/SIDA. De par sa conception, l'ECP qui est basée au sein du MPC a assuré la coordination intersectorielle des acteurs et activités de lutte contre le VIH/SIDA. Elle a été très efficiente en ce qui concerne la gestion et la supervision de l'exécution du projet et proactive en matière de communication avec les nombreux acteurs et bénéficiaires, grâce, à la fois, aux visites de terrain⁶³ fréquentes qu'elle a effectuées et aux réunions régulières (mensuelles) qu'elle a eues avec les acteurs clés pour chacune des quatre composantes.

5.7 **Renforcement des capacités institutionnelles** : Le soutien apporté dans le cadre du projet au renforcement des capacités des institutions au titre des composantes « population » et « VIH/SIDA » est **appréciable**. La création d'un fonds social a : a) contribué, dans une large mesure, à encourager une gamme de parties prenantes publiques et privées à participer

63. La plupart des visites de terrain ont été exécutées conjointement avec la direction/équipe de l'opération santé en cours.

aux activités en matière de population et de lutte contre le VIH/SIDA ; b) favorisé la décentralisation des activités en matière de population et de lutte contre le VIH/SIDA ; c) imprimé une nouvelle dynamique de partenariats intersectoriel et public-privé en matière de planification et d'exécution d'activités, en particulier, au niveau local ; et d) favorisé le renforcement des capacités et le développement des organisations de la société civile. Le FOSAP est un organisme solide, bien implanté sur l'ensemble du territoire national grâce à ses relations contractuelles avec les ONG intermédiaires basées sur le terrain. Il est passé du statut d'organisme provisoire placé sous les auspices de l'ECP à celui d'un organisme entièrement autonome ayant un statut juridique permanent. De même, l'entité de marketing social créée au titre du projet a évolué, passant du statut d'entité de projet provisoire (MASACOT) à celui d'un organisme entièrement autonome (AMASOT) ayant un statut juridique permanent. La performance de l'AMASOT est bonne ; les ventes de préservatifs et de paquets de réhydratation orale sont en hausse et son portefeuille se développe⁶⁴ ; elle dispose d'un personnel compétent à la fois dans les domaines de la recherche sociale et du marketing/ventes. La création et le fonctionnement efficace de ces deux entités autonomes sur le plan juridique ont révolutionné la manière dont les activités en matière de population et de lutte contre le VIH/SIDA sont exécutées. En fait, la majeure partie des activités au titre du projet Population et lutte contre le VIH/SIDA fait l'objet de contrats de sous-traitance auprès du secteur non gouvernemental.

5.8 Les efforts de renforcement des capacités des institutions du secteur public en matière de population ont été modestes. Les effectifs et les qualifications du personnel de la Direction de la population sont en deçà des niveaux requis pour lui permettre de remplir sa mission, en particulier pour les domaines de la démographie et de la sociologie. Les capacités, à l'échelle régionale, dans le domaine de la planification et de l'exécution des activités en matière de population ont été renforcées grâce à l'appui du soutien technique et financier de la CRPRH, une entité intersectorielle qui a conçu et supervisé ces activités au niveau local.

5.9 Dans le secteur public, quelques progrès ont également été accomplis en matière de renforcement des capacités institutionnelles dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, bien qu'il reste encore beaucoup de chemin à faire. À dessein, le PNLs a été dépouillé des responsabilités de coordination intersectorielle au titre du projet⁶⁵ afin de lui permettre de consacrer l'essentiel de ses maigres ressources à la mobilisation et à l'orientation du MSP pour l'aider à remplir sa mission fondamentale en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Des progrès ont été accomplis en ce qui concerne le renforcement des capacités de surveillance épidémiologique et les contributions essentielles pour les principaux services de lutte contre le VIH/SIDA et les MST ont été fournies par le truchement du système de santé publique. En outre, les capacités régionales en matière de planification et d'exécution d'activités de lutte contre le VIH/SIDA ont été renforcées grâce à une assistance technique et financière canalisée par le biais des conseils de santé intersectoriels régionaux en vue d'appuyer les initiatives de lutte contre le VIH/SIDA au niveau local. Ces conseils existaient avant le projet, mais les personnes interrogées ont indiqué qu'ils n'étaient guère opérationnels jusqu'à ce qu'ils bénéficient du soutien du projet.

64. D'autres produits sont en train d'être ajoutés à son portefeuille dans le cadre de l'opération subséquente, notamment les moustiquaires imprégnées, les préservatifs féminins et les contraceptifs hormonaux pour les femmes.

65. Le MPC a été choisi comme organe d'exécution, compte tenu du caractère multisectoriel des activités en matière de population et de lutte contre le VIH/SIDA. L'ECP était responsable de la gestion, de la supervision et du financement des activités de lutte contre le VIH/SIDA.

5.10 **Durabilité** : La durabilité des efforts du projet est **probable**. Tant le FOSAP que l'AMASOT ont un statut juridique permanent qui leur confère une autonomie opérationnelle et disposent de cadres indépendants recrutés sur une base concurrentielle et d'un mécanisme viable pour la supervision et le contrôle public-privé. En outre, leur excellente performance qui va en s'améliorant, attire le financement des autres partenaires au développement désireux d'apporter leur contribution à la lutte contre le VIH/SIDA. Les recettes des ventes de produits servent à financer les coûts de fonctionnement de l'AMASOT. La forte demande des services de ces deux entités constitue un facteur essentiel de la durabilité sur le plan social. Les faits indiquent également que le renforcement et la participation de la société civile ont permis d'imprimer un certain élan au niveau local qui durera au-delà de tout investissement. Le comportement des associations locales reflète leurs habilitation et autonomie. Certaines d'entre elles ont été créées et fonctionnent sans le soutien direct (continu) du projet. La société civile joue également un rôle de plaidoyer depuis le niveau local (notamment les prostituées et les PVVS) jusqu'au niveau national (notamment les ONG nationales de femmes, les ministres, les parlementaires, les fonctionnaires retraités).

5.11 La durabilité des efforts visant à recueillir, diffuser et utiliser de façon efficace les données démographiques et socio-économiques dépend, pour l'essentiel, de la mesure dans laquelle le gouvernement parvient à recruter un nombre suffisant de cadres et déployer des efforts continus en vue de créer une demande pour ces produits, ainsi que de la pertinence des messages concernant les questions de population.

5.12 **Performance de la Banque** : La performance de la Banque est jugée **satisfaisante**, d'une manière générale — *satisfaisante* pendant la préparation du projet et *très satisfaisante* pendant son exécution.

5.13 Pendant la préparation, la Banque a contribué à accélérer l'élaboration et l'adoption officielle de la politique démographique, ainsi que du deuxième plan à moyen terme de lutte contre le sida. L'approche participative adoptée pour la préparation du projet a favorisé la compréhension et l'engagement parmi une large gamme de parties prenantes. La Banque mérite également d'être félicitée pour une conception de projet qui privilégie les biens publics souvent négligés dans le cadre d'autres projets. Cependant, pour la majorité des indicateurs du projet, des données de référence n'ont pas été réunies, certains objectifs du projet (en particulier l'objectif de la composante « population ») n'étaient pas réalistes, tandis que d'autres n'ont jamais été quantifiés.

5.14 Pendant la mise en œuvre du projet, la Banque a fait preuve de cohérence, de sincérité et de vigilance en ce qui concerne le plaidoyer à tous les niveaux de l'État au sujet des risques et conséquences de l'épidémie de VIH/SIDA et a encouragé les fonctionnaires à effectuer des visites de terrain afin d'observer les réalités du fléau et de s'imprégner des questions de population. La Banque a également le mérite d'avoir aidé à briser le tabou du VIH/SIDA par le biais de discussions franches et ouvertes concernant des questions très délicates (notamment le préservatif, la prostitution). Le plaidoyer de la Banque en matière de population, en particulier la promotion de la planification familiale pour la santé maternelle et infantile et le bien-être familial, a été accueilli avec beaucoup de malaise, voire de l'hostilité par les responsables et autorités tchadiens. Par conséquent, une décision tactique a été prise en vue de concentrer les efforts de plaidoyer de la Banque là où il existait plus de réceptivité et d'opportunités pour la réalisation des objectifs. La fréquence, les effectifs et la durée des

missions de la Banque, ainsi que le maintien des responsables de l'équipe de travail⁶⁶ ont permis d'améliorer l'efficacité de la Banque pendant l'exécution. Nombre des personnes interrogées ont estimé que la Banque est très axée sur le service aux clients et dispose d'excellentes capacités d'écoute et de réponse. À cet égard, un bon exemple concerne le fait que l'équipe de projet soit parvenue à introduire la sous-composante « microfinancement en faveur des femmes » après le MTR, une initiative qui s'était heurtée au départ à l'hostilité de certains experts de la Banque.

5.15 La **performance de l'Emprunteur** était **satisfaisante** d'une manière générale. Ses résultats les plus notables *pendant la préparation* du projet concernaient la préparation et l'adoption de la politique démographique nationale et le deuxième plan à moyen terme de lutte contre le VIH/SIDA. Le fait de n'avoir pas mis à disposition les fonds de contrepartie, tel que convenu initialement, a entraîné des retards en ce qui concerne l'entrée en vigueur du projet.

5.16 *Pendant l'exécution* du projet, le fait que le gouvernement n'ait pas mis à disposition les fonds de contrepartie en quantité suffisante et à temps a compromis l'efficacité et l'exécution en temps opportun du projet. En outre, le fait que la commission de haut niveau chargée des questions de population ne se soit pas réunie pour adopter le plan d'action et les investissements prioritaires en matière de population (PAIP) explique, pour l'essentiel, le retard accusé pour la composante population et constitue un signe du manque d'engagement du gouvernement. Les activités liées à la santé et la surveillance épidémiologique ont été exécutées, en dépit de certaines difficultés imputables à l'extrême faiblesse des capacités du PNLS. Malgré la situation difficile que connaît le pays et la faiblesse générale des capacités des pouvoirs publics, les deux autres composantes ont été exécutées de façon très satisfaisante par les organes d'exécution, en l'occurrence, l'AMASOT et le FOSAP. La performance de l'ECP a été très satisfaisante en ce qui concerne la gestion, la coordination et la supervision de l'exécution du projet, la qualité et la régularité des communications avec les principaux acteurs et organismes d'exécution de chaque composante, et la satisfaction de toutes les exigences fiduciaires et d'établissement de rapports de la Banque. Grâce aux synergies créées, il a été possible d'assurer une coordination et une complémentarité excellentes entre le présent projet et les activités de santé en cours.

6. Conclusions et leçons

6.1 ***La Banque peut contribuer à encourager le gouvernement à s'engager à l'égard des questions de population et de VIH/SIDA grâce au dialogue, au plaidoyer, au soutien technique et aux prêts. Toutefois, un tel soutien ne suffit pas à consolider et à maintenir cet engagement.*** Par le truchement du dialogue et de l'assistance technique apportée dans le cadre de la préparation du projet, la Banque a appuyé l'élaboration et l'adoption de la politique et des documents stratégiques par le gouvernement afin de faire face aux questions de population et de lutter contre le VIH/SIDA. L'acceptation par le Gouvernement tchadien de contracter un emprunt pour la lutte contre le VIH/SIDA s'expliquait, pour l'essentiel, par l'insistance de la Banque, qui a mis en exergue les risques et les conséquences de l'inaction face au VIH/SIDA pendant la préparation de l'opération Santé en 1994. La persévérance et la franchise de la Banque ont permis d'engager des discussions à l'échelle nationale sur le VIH/SIDA.

66. Le chargé de projet reste le même depuis l'entrée en vigueur jusqu'à la clôture du projet (et continue de superviser l'exécution de l'opération suivante).

6.2 *Au nombre des autres facteurs qui sont primordiaux pour susciter et maintenir l'engagement du gouvernement figurent : i) la pertinence de l'objectif, déterminée en partie par la disponibilité de preuves et de données au niveau local ; et ii) le niveau de mobilisation de la société civile.* Le soutien à la recherche sur le VIH/SIDA, à la collecte et à l'analyse des données, aux études et au renforcement du système de surveillance sentinelle ont permis de disposer d'informations concrètes, spécifiques au pays (et spécifiques à la région) afin de sensibiliser les responsables sur la progression de l'épidémie, et ses conséquences socioéconomiques. Par ailleurs, la lutte contre le VIH/SIDA est devenue plus pertinente (en particulier, dans le Sud), à mesure que l'épidémie progressait et que davantage de personnes observaient directement, la maladie et ses conséquences et étaient affectées par celles-ci⁶⁷. Les objectifs du deuxième plan à moyen terme (prévenir de nouvelles infections, les soins aux personnes infectées et atténuer l'impact social et économique de la maladie) ont ainsi revêtu une pertinence immédiate et croissante. À mesure que la société civile se mobilisait afin de prendre des mesures qui lui soient propres, que de nouvelles associations locales de groupes vulnérables et affectés étaient constituées et que les partenariats public-privé devenaient formels, le plaidoyer de la société civile a permis d'accroître la pression en faveur de l'engagement et de la responsabilisation du secteur public (les associations de PVVS au niveau local, et les ONG nationales de femmes ministres et parlementaires constituent deux exemples à cet égard).

6.3 Des données ont également été produites sur la taille, la croissance et la dynamique de la population au Tchad et des projections étaient disponibles dès le début de 1994. Celles-ci évaluaient les conséquences de l'accroissement rapide de la population sur les perspectives de développement socioéconomiques du pays. En dépit du consensus qui existait au Tchad concernant l'opportunité de la mise en œuvre des composantes de la politique démographique visant à améliorer les droits, les opportunités, les services et le bien-être des mères et des enfants, la notion de limitation de la taille de la famille s'est heurtée à une certaine hostilité. Les taux élevés de mortalité infantile et juvénile et la pauvreté ont amené les couples à avoir plus d'enfants de manière à assurer leur sécurité sociale pendant leurs vieux jours et disposer d'un revenu et d'une main-d'œuvre supplémentaires pour le ménage. À la différence du VIH/SIDA, la pertinence et le caractère immédiat des objectifs visant à réduire le taux de croissance démographique n'étaient pas très manifestes. Même l'utilisation des moyens de contraception modernes pour l'espacement des naissances — qui permet de réduire la mortalité juvénile et d'améliorer la santé maternelle et infantile — n'a pas été pleinement acceptée. Il s'ensuit que le plaidoyer de la société civile concernant l'objectif de l'accroissement du taux d'utilisation des contraceptifs modernes n'a pas vu le jour.

6.4 *La réalisation des objectifs en matière de population et de lutte contre le VIH/SIDA nécessite la conviction et l'engagement des pouvoirs publics, des responsables non gouvernementaux et des décideurs à tous les échelons de l'administration et de la société tchadiennes. L'encouragement et le renforcement de l'engagement national nécessitent des efforts soutenus et de plusieurs ordres, compte tenu de la mobilité de la population et de la rotation des responsables dans le secteur public.*

6.5 *Le renforcement des capacités des institutions du secteur public ne sera couronné de succès que si les efforts déployés sont adaptés aux missions officielles de ces institutions.* Le cadre institutionnel de la lutte contre le VIH/SIDA existait déjà au moment du démarrage du

67. Les personnes interrogées au niveau local ont fait référence souvent à l'infection ou au décès d'un membre de la famille ou d'un proche ami.

projet. En vertu d'un arrêté du gouvernement⁶⁸, le PNLs s'était vu confier la responsabilité de la coordination et de la gestion des activités de lutte contre le VIH/SIDA/MST dans le pays, notamment la supervision et l'appui technique aux partenaires nationaux en matière de lutte contre le VIH/SIDA/MST et pour la surveillance épidémiologique et les activités de collecte et d'analyse des données pertinentes. Cependant, étant donné que les capacités du PNLs étaient si faibles, dans les faits, et que les autres composantes du cadre institutionnel de la lutte contre le VIH/SIDA n'ont pas été jugées suffisamment fonctionnelles⁶⁹, le projet a été élaboré afin de confier à l'ECP/MPC la responsabilité *de facto* de la coordination intersectorielle.

6.6 Étant donné que la mission du PNLs était demeurée la même, son rôle a fait l'objet de confusion et de frustration. Le travail de suivi et de coordination de l'appui technique et financier en matière de lutte contre le VIH/SIDA ainsi que la coordination stratégique et la supervision du programme n'ont jusqu'ici pas été menés à bien de manière effective⁷⁰. Un audit institutionnel a été effectué récemment et a donné lieu à des discussions au sein du gouvernement, ainsi que entre celui-ci et ses partenaires au sujet de la rationalisation des responsabilités, conformément aux avantages comparatifs, sur la base duquel le recrutement de personnel compétent en nombre suffisant et le renforcement des capacités pourraient être envisagés.

6.7 Dans le même ordre d'idées, un cadre institutionnel pour la coordination et la mise en œuvre de la politique démographique avait déjà été créé avant le projet, mais aucune évaluation institutionnelle n'a été effectuée afin d'éclairer la conception des efforts de renforcement des capacités au titre du projet. Les efforts visant à amender ce cadre pendant l'exécution du projet n'ont guère été couronnés de succès.

6.8 ***La canalisation des ressources vers les comités intersectoriels responsables des questions de population et de VIH/SIDA au niveau régional a favorisé des mesures décentralisées multisectorielles. Cependant, l'absence de personnel à plein temps au niveau régional afin d'assurer la gestion et la coordination du programme de lutte contre le VIH/SIDA a miné l'efficacité et l'efficience des interventions à l'échelle régionale.***

6.9 ***Le financement et l'appui technique seuls ne suffiront pas à optimiser les efforts individuels et collectifs des différents secteurs.*** Le projet a favorisé et appuyé la préparation et la mise en œuvre des propositions d'activités de lutte contre le VIH/SIDA faites par sept ministères techniques, et permis au gouvernement de financer 20 % des coûts de ces activités. L'encouragement tenait à la disponibilité de ressources supplémentaires (tant celles fournies au titre du projet que celles du budget additionnel). Un certain nombre de ministères n'ont pas pris en compte (pleinement) dans leurs propositions les activités clés pour lesquelles ils disposaient d'un avantage comparatif. Par exemple, le ministère de la Justice a appuyé les activités ciblant les prisonniers, mais avait un rôle primordial à jouer en ce qui concerne la définition et la promotion d'un cadre juridique pour la lutte contre le VIH/SIDA, notamment la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Un autre exemple cité a trait

68. Arrêté n° 577/MSP/DG/98 du 28 avril 1998, modifiant l'arrêté n° 59/MSPAS/SE/DG/PNLs/91 du 13 mai 1991, qui a modifié l'Arrêté n° 31/MSP/SE/DG/013/DAFM/DILA/88.

69. Le Comité national de lutte contre le VIH/SIDA (CNLS), mis sur pied en 1988 par le Décret n° 035/PR/PSP/88 du gouvernement du 19 mars 1988 et la Commission technique de lutte contre le VIH/SIDA (CTLS), créée par l'Arrêté gouvernemental n° 012/PMT/95 du 12 février 1995.

70. De ce fait, la présente évaluation n'a pas été en mesure de présenter une vue d'ensemble de la contribution apportée par les autres partenaires (nature, niveau et incidences) aux efforts de lutte contre le VIH/SIDA pendant la durée de ce projet.

au rôle potentiel que le ministère des Affaires sociales et de la Famille pourrait jouer en étendant ses interventions au-delà des soins prodigués aux orphelins, notamment les voies et moyens de réduire la vulnérabilité. Une définition des rôles, des avantages comparatifs et des groupes visés aurait pu susciter des contributions plus appréciables de la part des différents ministères techniques en vue d'obtenir des résultats plus significatifs et cadrant d'une manière plus complète avec les objectifs fixés par le pays. À l'heure actuelle, il existe peu de rigueur en ce qui concerne la spécification et le suivi des responsabilités en matière de résultats. Pour l'essentiel, les activités de lutte contre le VIH/SIDA sont conçues et mises en œuvre par les points focaux ou les services désignés, et la plupart des autres composantes du ministère n'y sont guère associées ; par ailleurs, le processus de coordination intersectorielle n'a pas tiré pleinement parti des synergies pouvant résulter des actions simultanées des secteurs clés.

6.10 *L'absence d'une stratégie sur la communication en vue du changement de comportement et la mauvaise définition des rôles et responsabilités à travers les nombreuses institutions qui assurent l'IEC, ont hypothéqué la qualité et l'efficacité des mesures du secteur public et des entités non gouvernementales.* La quasi-totalité des ministères techniques et des partenaires non gouvernementaux conçoivent leurs propres messages et activités de campagne de prévention. Il n'existe aucune entité responsable de la coordination et de la supervision. Le ministère de la Communication dispose d'un fonctionnaire à plein temps responsable des activités de lutte contre le VIH/SIDA (formation des journalistes et campagnes à la radio et à la télévision). La cellule de l'IEC au sein du PNLS a mis au point quelques matériels d'IEC et mène, à l'heure actuelle, une campagne de lutte contre le VIH/SIDA qui est exécutée par et pour les jeunes. Mais, elle ne dispose pas des capacités nécessaires pour la supervision et la coordination de tous les efforts de communication aux fins de prévention. Certains ministères techniques disposent d'une cellule d'IEC. La cellule de l'IEC pour la population, qui est responsable de la coordination et de la supervision de toutes les activités d'IEC liées à la population, a souligné qu'elle éprouve d'importantes difficultés à mobiliser différents experts en IEC au sein des différents ministères aux fins de discussions et de coordination, car ils n'occupent pas des postes de responsabilité suffisamment importants dans la hiérarchie du secteur public ou ne disposent pas de pouvoirs suffisants pour superviser les activités d'IEC au sein des autres ministères. Le projet a manqué une occasion de clarifier les rôles et responsabilités et de renforcer les capacités de coordination à cet égard.

6.11 *Même dans le contexte d'une approche multisectorielle de la réalisation des objectifs en matière de VIH/SIDA et de population, le rôle du secteur de la santé revêt une importance primordiale.* La capacité du secteur de la santé à jouer son rôle potentiel de façon efficace était minée. Tout d'abord, sa mission n'est pas définie entièrement ou de façon explicite dans le document de politique de santé. Il en va de même pour l'obligation de rendre compte des départements et divisions compétents du MSP⁷¹. Ensuite, la réponse du secteur de la santé est limitée par l'extrême faiblesse des capacités, d'une manière générale⁷². Le projet a enregistré des progrès en ce qui concerne le renforcement de la surveillance épidémiologique, mais il faut intégrer les capacités dans ce domaine au sein de la structure du MSP et déborder du cadre du

71. La politique sanitaire 2000 désigne le PNLS comme responsable des activités de lutte contre le VIH/SIDA. Toutefois, elle ne fait aucune mention des responsabilités des autres départements. Elle met en exergue également l'importance de la collaboration multisectorielle sans établir une distinction claire entre le rôle et les avantages comparatifs du MSP.

72. Au nombre des faiblesses générales du système de santé figurent les points ci-après : les contraintes de ressources humaines et financières, la piètre qualité des services et le faible niveau des taux d'utilisation (voir Annexe D), la disponibilité sporadique des médicaments et des fournitures, et l'existence de plusieurs priorités conflictuelles.

seul PNLs. Toutefois, le secteur de la santé est très à la traîne en ce qui concerne l'exécution des autres activités de base qui sont d'intérêt public. Les experts techniques interrogés ont estimé que l'approvisionnement en produits sanguins n'est pas encore sûr. La formation, les directives et protocoles, et la fourniture de médicaments ont permis de commencer à renforcer les capacités des services de santé en ce qui concerne le diagnostic et le traitement des MST et des infections opportunistes. Mais, la qualité et la couverture, ainsi que la fiabilité de ces services laissent à désirer. Les capacités pour le dépistage sont nettement en deçà du niveau requis, en particulier à présent que le gouvernement subventionne les ARV, ce qui favorisera une demande accrue des tests de dépistage. La prévention de la transmission au niveau des établissements de santé est insuffisante. Il a été indiqué à plusieurs reprises, pendant les visites de terrain et les échanges avec les différents intervenants à l'échelon national, que le personnel du secteur de la santé figure parmi les fonctionnaires les moins mobilisés en ce qui concerne les activités de lutte contre le VIH/SIDA et qu'il y a lieu de déployer davantage d'efforts afin de les informer, de les associer à la lutte et de les libérer de la peur et de la stigmatisation avec lesquels on a tendance à les associer.

6.12 *L'absence de données de référence pour nombre des indicateurs clés et d'un plan de suivi et d'évaluation a hypothéqué les opportunités d'assurer le suivi de la performance et de l'impact des efforts nationaux en matière de population et de VIH/SIDA, ainsi que d'affiner les approches et améliorer l'efficacité à la lumière de l'expérience.* À ce jour, les informations concernant les tendances sont limitées à l'infection à VIH chez les femmes enceintes, ce qui n'est pas particulièrement utile pour l'évaluation des tendances des nouvelles infections. Certaines tendances concernant les connaissances, la sensibilisation et le comportement doivent être tirées de l'EDS (1996-1997), de l'Enquête à indicateurs multiples de l'UNICEF (2000) et de l'Enquête CAP (2003), mais les questions et indicateurs varient d'une enquête à une autre, ce qui ne permet pas la comparaison. En outre, les activités de collecte des données n'ont pas été conçues en vue de mesurer nombre des indicateurs identifiés au moment de l'évaluation du projet. Les personnes interrogées ont souligné que l'absence de dénominateurs pour les principaux groupes cibles, notamment le nombre d'orphelins et d'écoles, et l'insuffisance de la couverture de ces groupes (enquêteurs), à l'heure actuelle, ne permet pas de fixer des objectifs viables en ce qui concerne la couverture des services. L'exécution des projets de la société civile a été évaluée et vérifiée par le Fonds social, mais l'efficacité du programme aurait tout à gagner des évaluations axées sur les résultats. Les liens fonctionnels entre l'unité de suivi et d'évaluation du PPLS et l'ensemble constitué par le PNLs et le MSP sont faibles.

6.13 *La Banque peut jouer un rôle efficace en influençant l'Emprunteur afin d'appuyer les interventions relatives aux biens publics et les interventions à impact élevé.* Dans le contexte général de la politique démographique et du deuxième plan à moyen terme de lutte contre le VIH/Sida, la Banque a appuyé la production de biens publics, en ce qui concerne la collecte et la gestion des données épidémiologiques, comportementales et démographiques de base qui, selon toute probabilité, n'auraient pas reçu une priorité aussi élevée sans l'assistance de la Banque.

6.14 La prise en compte d'une composante bien conçue de marketing social des préservatifs a permis de canaliser les ressources vers une intervention susceptible d'avoir un impact élevé. Le Fonds social a permis de compléter les capacités d'exécution de l'Emprunteur avec celles de la société civile, ainsi que de créer des partenariats avec celle-ci et dans tous les secteurs du développement. Dans le cadre de ces partenariats, la Banque a encouragé le ciblage des groupes à haut risque et (à mesure que de l'expérience était acquise), la définition des missions des acteurs publics et de la société civile, conformément à leurs

avantages comparatifs. Le soutien apporté par la Banque aux ONG intermédiaires en matière de renforcement des capacités des associations locales constitue également un excellent choix stratégique. À mesure que les ARV devenaient plus abordables et suite à l'adoption par le Parlement d'un projet de loi visant à subventionner leurs coûts, la Banque a poursuivi un plaidoyer vigoureux en vue de maintenir la priorité en matière de prévention. Les efforts de la Banque ont été moins couronnés de succès en ce qui concerne la promotion des interventions de changement de comportement ciblées, à la différence de l'IEC.

6.15 L'adoption de la stratégie de l'IEC intensive au cours des premières années du projet en vue d'informer la société civile au sujet du Fonds social, et le recrutement, par la suite, d'ONG intermédiaires afin de renforcer les capacités en matière de rédaction de propositions de sous-projets et d'exécution de sous-projets, ainsi que de favoriser la création de nouvelles associations locales pertinentes, s'est avérée très efficace pour la mobilisation progressive de la société civile autour des questions de population et de VIH/SIDA, tout en lui assurant le soutien et les orientations nécessaires. Cette expérience montre également qu'il est nécessaire d'améliorer la coordination et le suivi et l'évaluation de l'activité des ONG.

6.16 Le financement des ONG par l'État a non seulement permis de soutenir les efforts visant à compléter les activités du secteur public, mais également renforcé le rôle de plaidoyer de la société civile. La création d'associations de PVVS et de prostituées confère de la légitimité à ces groupes et contribue au plaidoyer en faveur des droits humains et de l'équité. Le soutien des associations de parlementaires, des fonctionnaires de haut rang, de la communauté des affaires et des techniciens à la retraite a permis de créer un important courant en vue d'exiger la participation et l'obligation de rendre compte des fonctionnaires en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

6.17 *La Banque continue d'apporter son soutien à la politique démographique et au plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA du Tchad dans le cadre d'un deuxième projet Population et lutte contre le sida*⁷³. L'objectif de développement de ce projet consiste à contribuer au changement de comportement des différentes populations en vue de réduire les risques d'infection à VIH, les naissances trop rapprochées et les grossesses non désirées⁷⁴.

6.18 En outre, le Projet d'appui au secteur de la santé (PASS)⁷⁵ appuie les efforts de renforcement des services de santé de base, notamment la santé de la reproduction, et comprend une composante « VIH/SIDA » qui vise à appuyer la surveillance épidémiologique et les pratiques de soins de santé afin de réduire les risques de transmission du VIH (amélioration de la sûreté des produits sanguins, amélioration du traitement des IST et de la lutte contre celles-ci, et la réduction des risques d'infection clinique).

6.19 À l'heure actuelle, le gouvernement assure le financement de la thérapie des ARV pour environ 80 patients souffrant du sida et le Fonds mondial prévoit d'appuyer l'extension

73. Le Crédit n° 3548 a été approuvé le 12 juillet 2001, et est entré en vigueur le 11 avril 2002.

74. Pour ce faire, il appuie : i) l'intensification des activités multisectorielles et décentralisées exécutées par les organismes publics et privés et la société civile ; ii) les interventions de changement de comportement ciblées ; iii) un accroissement du conseil et dépistage volontaire ; iv) la réduction des facteurs de vulnérabilité par le biais de la génération de revenu, de l'éducation des femmes et des soins aux personnes infectées et affectées par l'épidémie ; et v) une amélioration de la disponibilité des préservatifs et contraceptifs afin d'assurer l'adoption de comportements sains. Le soutien est canalisé par le truchement de quatre composantes : a) le renforcement des capacités des principaux ministères ; b) le renforcement des dons et microcrédits au titre du fonds social ; c) le soutien au programme de marketing social ; et d) la mise en œuvre de la politique de population.

75. Le Crédit n° 3342 a été adopté le 27 avril 2000, et est entré en vigueur le 28 février 2001.

de ce programme. D'autres patients ont accès aux ARV dans le cadre du programme de subvention du gouvernement⁷⁶. Bien que le PASS ne finance pas l'achat des ARV, il s'est positionné de manière à appuyer le renforcement nécessaire du traitement et des services de référence. Au titre du deuxième projet Population et lutte contre le sida, un consultant a été recruté afin d'aider le MSP à mettre au point un cadre global de soins et de traitement, un système de gestion des ARV et un guide de référence national.

6.20 Le soutien que la Banque apporte, à l'heure actuelle, pour les questions de population et de VIH/SIDA demeure appréciable et prend en compte nombre des leçons apprises au cours de l'exécution de la première opération et qui sont corroborées par d'autres rapports pertinents de l'OED⁷⁷, notamment la nécessité : a) de continuer de mettre l'accent sur la prévention ; b) d'élaborer une stratégie de communication pour le changement de comportement et de définir les rôles et responsabilités pour sa coordination, sa gestion et exécution ; c) de poursuivre les efforts visant à juguler les vulnérabilités, en mettant à profit l'expérience et les résultats du microfinancement en faveur des femmes et en étendant les interventions à d'autres groupes vulnérables (notamment les prisonniers) ; d) de procéder à la revue et à la révision des cadres institutionnels pour les questions de population et de VIH/SIDA afin d'améliorer l'efficacité des interventions ; e) de renforcer le soutien au MSP ; et f) d'améliorer le suivi et l'évaluation du programme.

6.21 On ne saurait souligner suffisamment l'importance d'un suivi et d'une évaluation constants et rigoureux. Dans le cadre de l'assistance actuelle de la Banque, un plan de suivi et d'évaluation de projet a été élaboré et adopté. Il définit 24 indicateurs, ainsi que les méthodes et responsabilités en matière de collecte de données. Les indicateurs d'impact ont trait essentiellement aux comportements, à la prévalence du VIH et à l'ampleur des MST au sein des principales populations. Une deuxième EDS est prévue, parallèlement à la première enquête nationale sur la séroprévalence du VIH et une évaluation des bénéficiaires. Un expert en suivi et évaluation à plein temps a été recruté au sein de l'ECP. Cependant, il y a place pour une intensification des efforts dans un certain nombre de domaines, notamment la collecte de données de référence pour tous les indicateurs du programme ; une plus grande cohérence en ce qui concerne le type et la fréquence de la collecte de données afin d'assurer le suivi des tendances au fil du temps ; et la prise en compte des mesures de l'incidence afin d'assurer le suivi du rythme des nouvelles infections parmi la population en général et les groupes à haut risque.

76 Le coût mensuel des ARV est de 20 000 F CFA, soit environ 40 dollars (prix auquel l'Organisme d'achat central achète des médicaments) ; au titre du programme de subvention des ARV du gouvernement, le Parlement a voté un budget qui finance 15 000 F CFA du coût mensuel des ARV, tandis que le patient cofinance le solde de 5 000 F CFA.

77. « Organisations non gouvernementales travaillant pour les projets financés par la Banque mondiale », 1999 ; « Fonds sociaux : Évaluer l'efficacité », 2002 ; et « Revue par l'OED des prêts accordés par la Banque mondiale pour les lignes de crédit », 2004.

Références

- Ahmat, Bongo, 2001. « Évaluation du programme de crédit de l'association d'appui aux initiatives à la base (APIBASE) », novembre 2001.
- Assemblée nationale, Réseau des Parlementaires tchadiens, Population et développement, Coordination, Secrétariat exécutif. « Proposition de loi portant lutte contre le VIH/SIDA/IST en République du Tchad », février 2001.
- Banque Mondiale, Région Afrique, Département du développement humain. « Le secteur de la santé au Tchad : Analyse et perspectives dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté », Rapport analytique, santé et pauvreté, Série Documents de travail n° 48, mars 2004.
- « Big Oil and Health: Lessons from the Chad-Cameroon Pipeline Project. » Princeton University, Woodrow Wilson School of Public Health and International Affairs. May 2004.
- Bilan de l'exercice 01, PPLS (Internal Project Report), 2001.
- Épi sida Tchad : Bulletin semestriel d'information épidémiologique du PNLIS/IST
- Gbenyon, Dr Kuakuvi, 2001. « Analyse des organes et mécanismes de mise en œuvre de la Déclaration de la politique de population du Tchad et assistance technique », Rapport d'évaluation 2^e partie, N'Djaména, 24 avril 2001.
- Greindl, Dr Isaline, 1997. « Évaluation externe du volet lutte contre le sida du Projet Population et lutte contre le sida au Tchad », 17 septembre – 10 octobre 1997.
- Guengant, Jean-Pierre, 2001. « Rapport de mission 'Plan de suivi et évaluation' », 12 juillet 2001.
- « Le FOSAP dans la perspective du PPLS 2 », décembre 2000.
- Lehmann, L. et A. Lemel, 2003, « Ventes transfrontalières de préservatifs des programmes de marketing social en Afrique centrale » KfW, mars 2003.
- Kayaye, Adam Abakar, « Projet de promotion de la jeunesse déscolarisée par la couture et la menuiserie ; Mao/Kanem, 1999-2001 : Rapport final des activités. » 2001.
- Miller, Hillary A. et John Jespen, 2001, « Évaluation du Fonds de soutien aux activités en matière de population (FOSAP) : le Rapport final », mars/avril 2001.
- Ministère de la Promotion économique et du Développement, Direction de la statistique, des études économiques et démographiques, Bureau central du recensement. « Enquête par grappes à indicateurs multiples : Rapport complet », janvier 2001.
- Ministère de la Promotion économique et du Développement, 2000, « Le FOSAP : Cinq années d'appui à la lutte contre le sida et à la politique de population au Tchad », décembre 2000.
- Ministère de la Santé publique, Direction générale, Programme national de lutte contre le sida, Division du système d'information sanitaire, « Système de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA/MST: Reformulation », décembre 1995.
- Ministère de la Santé publique, Direction générale, Programme national de lutte contre le sida, « Rapport annuel d'activité 1997 », janvier 1998
- Ministère de la Santé publique, Secrétariat d'État, Direction générale, Programme national de lutte contre le sida, « Plan stratégique national de lutte contre le sida 2001-2003 », juillet 2001.

- Ministère de la Santé publique, Secrétariat d'État, Direction générale, Programme national de lutte contre le sida, « Politique nationale de lutte contre le sida », mars 1990.
- Ministère de la Santé publique, Secrétariat d'État, Direction générale, Programme national de lutte contre le sida/MST et Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Afrique, 2002, « Protocole pour la surveillance de seconde génération de l'infection par le VIH », mars 2002.
- Ministère de la Santé publique, Secrétariat général, Direction générale des ressources et de la planification, Direction de la planification, Division du système d'information sanitaire, « Fiche relative à l'appui du projet Population et lutte contre le sida à la DSIS : de 1997 à 2001 », 2001.
- Ministère de la Santé publique, « Politique nationale de santé », 1999.
- Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Direction de la planification, de la coopération et des statistiques, et Région Afrique, Banque Mondiale, « Le Secteur de la Santé au Tchad : Analyse et perspectives dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté, » Région Afrique, Département du développement humain, Série documents de travail, n° 48, Mars 2004.
- Ministère du Plan, du Développement et de la Coopération, Secrétariat général, Direction générale, Programme national de lutte contre le sida/IST, « Bilan analyse et évaluation des activités de la caravane des jeunes anti-sida du PNLS/IST (1999-2001) », décembre 2001.
- Moto, Dr Daugla Doumagoum, Dr Yemadji N'Diekhor, Dr Deoudje Noe, Nathan Naibei, 2000, « Étude transversale de séroprévalence du VIH/SIDA/MST dans la ville de Bongor », janvier 2001.
- Moto, Dr Daugla Doumagoum, Dr Yemadji N'Diekhor, Dr Deoudje Noe, Nathan Naibei, 2000, « Étude transversale de séroprévalence du VIH/SIDA/MST dans la ville de Lere », septembre 2001.
- Moto, Dr Daugla Doumagoum, Dr Yemadji N'Diekhor, Dr Deoudje Noe, Nathan Naibei, 2000, « Étude transversale de séroprévalence du VIH/SIDA/MST dans la ville de Moussoro », novembre 2000.
- Moto, Dr Daugla Doumagoum, Dr Yemadji N'Diekhor, Dr Deoudje Noe, Nathan Naibei, 2000, « Étude transversale de séroprévalence du VIH/SIDA/MST dans la ville de Sarh », mai 2000.
- Ngaidoro, Djimdingar Zaboul, 2001, « Évaluation finale du projet Appui aux activités de l'Association des femmes et enfants d'abord, exécutée par ASFEA », août 2001.
- Ngaidoro, Djimdingar Zaboul, 2001, « Évaluation finale du Projet d'éducation et de prévention des jeunes de la ville de N'Djaména sur le sida, exécutée par OFAD », Ministère de la Promotion économique et du Développement, Comité interministériel de coordination des activités des ONG, Secrétariat permanent des ONG (SPONG), août 2001.
- Ngaidoro, Djimdingar Zaboul, 2001, « Évaluation finale du Projet de prévention de la transmission sexuelle et bien-être familial, exécutée par ADELIT », Ministère de la Promotion économique et du Développement, Comité interministériel de coordination des activités des ONG, Secrétariat permanent des ONG (SPONG), août 2001.
- Ngarmig-Nig, Djibrine, 2002, « Rapport final du projet Population et lutte contre le sida : Crédit 2692-CD », Ministère de la Promotion économique et du Développement, Secrétariat d'État, Direction générale, projet Population et lutte contre le sida (PPLS), février 2002.

- Ngoniri, Gos M'Bairo, 2003, « Rapport d'évaluation du programme de microcrédit du APIBASE », août 2003.
- Ngoniri, Gos M'Bairo, 2002, « Rapport d'évaluation du programme de microcrédit du CEPRIC », novembre 2002.
- Oumar, Caman Bedaou, « Enquête CACP/IPP (Comportement, attitude, croyance, pratiques/indicateurs prioritaires de prévention », Ministère du Plan, du Développement et de la Coopération, projet Population et lutte contre le sida, octobre 2003.
- Oumar, Caman Bedaou et Jean-Pierre Guengant, « Second rapport : Indicateurs de suivi et évaluation, janvier à juin 2003 », Ministère du Plan, du Développement et de la Coopération, Secrétariat général, Équipe de coordination du Projet Population et lutte contre le sida 2, décembre 2003.
- Piche, Victor, 1997, « Évaluation du volet population du Projet Population et lutte contre le sida (Crédit IDA 2692-CD) : Rapport d'évaluation », Département de démographie, Université de Montréal/N'Djaména, 2 septembre 1997.
- Projet population et lutte contre les IST/sida, 2001, « Analyse de la situation dans le contexte de la prostitution au Tchad : Étude qualitative ».
- « 40 ans de délestage », N'Djaména Hebdo n° 436 du 07 septembre 2000, p. 9
- « Rapport de cinq années (1997-1998-1999-2000-2001-2002) d'activités de PPLS I dans le Kanem/Bahr – El-Gazal », Commission régionale de la Politique de population de Kanem, Bureau du Secrétariat général de la Commission, 2002.
- « Rapport de synthèse activités, Projet éducation nutritionnelle et sanitaire dans le cadre du PPLS 1, août 1999 à octobre 2000 », Association de lutte contre la malnutrition dans le Kanem (ALCMK), 2000.
- République du Tchad, Région du Guéra, Département du Guéra, Commission préfectorale de la population et des ressources humaines du Guéra, « Rapport des activités de 1999 à 2002 », juin 2003.
- Wakam, Jean, 2001, « Niveau d'application de la Déclaration de la politique de population et contribution du PPLS à sa mise en œuvre, Rapport d'évaluation du volet population, Première partie », avril 2001.
- Wyss, Kaspar, Guy Hutton, N'Diekhor Yemadji, Laoubaou Abdias Nodjiadjim, Tinro Mbaïogoum, Nathan Naïbei, 2001, « Impacts socioéconomiques du VIH/Sida au Tchad, Rapport final d'étude, Tome B », Swiss Tropical Institute, Centre de support en santé international au Tchad, juin 2001.
- World Bank. Development Credit Agreement (Population and AIDS Control Project) between Republic of Chad and International Development Association. Credit Number 2602 CD, April 14, 1995.
- World Bank. 2000. Project Appraisal Document: Health Sector Support Project. Report No. 20189-CD.
- World Bank. 2001. Project Appraisal Document: Second Population and AIDS Project. Report No. 22003-CD
- World Bank. 1995. Staff Appraisal Report: Population and AIDS Control Project. Report No. 13869-CD. March 3, 1995.
- World Bank: Internal Documents.

Annexe A : Données de base

PROJET POPULATION ET LUTTE CONRE LE SIDA (CREDIT N° 2692)

Principales données du projet

	<i>Estimations au moment de l'évaluation</i>		<i>Estimations réelles ou actuelles</i>		<i>Coût réel en DTS, en tant que % des estimations au moment de l'évaluation en DTS (équiv. en DTS)</i>
	<i>USD (équiv. en DTS)</i>		<i>USD (équiv. en DTS)</i>		
Coût total du projet	27,2	(18,5)	26,1	(19,4)	105 %
Montant du prêt	20,4	(13,9)	18,7	(13,9)	100 %
État	1,3	(0,9)	0,7	(0,5)	55 %
Communautés	1,0	(0,7)	0,9	(0,7)	100 %
Cofinancement	4,5	(3,1)	5,8	(4,3)	139 %
Annulation	---	---	0,05	(0,04)	---

Dates du projet

	<i>Initiales</i>	<i>Réelles</i>
Approbation par le Conseil		23/03/1995
Signature		14/04/1995
Entrée en vigueur	14/07/1995	08/09/1995
Clôture	30/06/2001	31/12/2001

Contributions du personnel (semaines-personnes)

	<i>Estimations réelles/les plus récentes</i>	
	<i>Nombre de semaines-personnes</i>	<i>USD(milliers)</i>
Identification/préparation ^a	23,3	63,7
Évaluation/négociations	16,6	66,6
Supervision	101,8	418,5
ICR	7,2	33,1
Total	148,9	581,9

a. Le nombre limité de semaines-personnes consacrées à la préparation et à l'évaluation du projet s'explique par le fait que le projet a été préparé essentiellement dans le cadre d'un projet Santé et population. Toutefois, pendant la mission d'évaluation du projet Santé et population (novembre 1993), il a été décidé de scinder le projet en deux projets distincts et d'ajouter les activités d'atténuation de l'impact du sida aux activités en matière de population. Le projet Santé et maternité sans risques comprenait tous les aspects du projet élaboré liés à la santé et devait être exécuté par le MSP. Le Ministère du Plan de l'époque (l'actuel MEPD) était responsable de la mise en œuvre du projet Population et lutte contre le sida. En fait, seule une mission de préparation a été effectuée dans le cadre du projet, en mai 1994, au moment de l'élaboration de la composante relative au sida. Le projet a été évalué en novembre 1994, en même tant que la première mission de supervision du projet Santé et maternité sans risques. S'agissant de la supervision, le nombre de semaines-personnes est également limité par rapport à celui consacré aux projets similaires, car la supervision a toujours été effectuée en même temps que celle du projet Santé et maternité sans risques.

Données de missions

	<i>Nombre de personnes</i>	<i>Spécialités représentées</i>	<i>Évaluation de la performance</i>	<i>Tendance de l'évaluation</i>
Identification/préparation ^a	6	1 chef de division/économiste, 1 spécialiste de la pop., 1 spéc. du développement communautaire, 1 spéc. de la santé publique, 1 spéc. de l'IEC/pop., 1 consultant		
Ex. 94				
Ex. 95	4	1 spécialiste de la pop., 1 spéc. du développement communautaire, 1 spéc. de la santé publique, 1 spéc. de l'IEC/pop.		
Évaluation/négociations	7	1 spécialiste princ. de la pop. , 1 architecte, 1 pharmacien, 1 spéc. des MST, 1 spéc. de l'exécution, 1 spéc. du développement communautaire 1 spéc. de la santé publique		
Ex. 95				
Supervision				
Ex. 95	4	1 spécialiste principal de la pop. , 1 spéc. de la santé publique/lutte contre le sida, 1 chef de division, 1 assistant sup.	S	S
Ex. 96	3	1 spéc. de l' IEC/pop., 1 spéc. de l'exécution, 1 spéc. de l'approv.	S	S
Ex. 97	4	1 spéc. de la lutte contre le sida, 1 spéc. de l' IEC/pop., 1 spéc. Principal de l'approv., 1 consultant	S	S
Ex. 98	10	1 spéc. de l' IEC/pop., 1 spéc. principal de l'approv., 1 architecte, 1 spéc. Princ. de l'exécution, 1 spéc. de la santé publique/MST, 1 spéc. de la lutte contre le sida, 1 spécialiste de la pop., 1 économiste/spéc. des fonds sociaux, 1 conseiller supérieur en matière de lutte contre le sida, 1 consultant.	S	S
Ex. 99	11	1 spéc. de l'IEC/pop. , 2 spéc. sup. de l'approv., 1 spéc. de l'exécution, 1 spécialiste de la pop., 1 spéc. Princ. de la santé publique, 1 spéc. de la lutte contre le sida, 1 spéc. de la protection sociale, 1 conseiller princ. en matière de lutte contre le sida, 1 économiste/spéc. des fonds sociaux, 1 analyste financier, 1 spéc. de la participation communautaire	S	S
Ex. 00	5	1 spéc. de l'IEC , 1 spéc. de l'exécution, 1 spéc. de la santé publique, 1 spécialiste de la pop. & économiste, 1 spéc. de la gestion financière.	S	S
Ex. 01	5	1 spéc. de l'IEC, 1 spéc. de l'exécution, 1 spéc. de la santé publique, 1 spécialiste de la pop. & économiste, 1 spéc. de la gestion financière,	S	S
Ex. 02	5	1 spéc. de l'IEC, 1 spéc. de l'exécution, 1 spéc. de la santé publique, 1 spécialiste de la pop. & économiste, 1 spéc. de la gestion financière,	S	S
ICR				
Ex. 02	3	1 spécialiste principal de la pop., 1 spéc. de la santé publique, 1 spéc. de l'exécution.		

a. La préparation a été faite essentiellement dans le cadre d'un projet Santé et population qui a été scindé en deux projets.

Annexe B : Personnes et organisations consultées

TCHAD

N'Djaména

Ministère du Plan, du Développement et de la Coopération

Mahamat Ali Hassan, Ministre du Plan, du Développement et de la Coopération
 Saradimadji Mingabaye, Secrétaire général
 Djourbé Taiki Zeune, Directeur de la coordination des activités de population
 Ninoam Ngakoutu, Expert national, Population et développement
 Nodjimbantem Ngoniri Joel, Démographe statisticien/consultant, Population et développement
 Mahamat Saleh Idriss, Coordonnateur, projet Population et lutte contre le sida (PPLS)
 Caman Bedaou Oumar, Chargé du S&E, PPLS

Ministère de la Santé publique

M^{me} Aziza Baroud, Ministre de la santé publique
 Dr Mahamat Saleh Younouss, Secrétaire général du Ministère de la Santé publique
 Dr Hamid Djabar, Coordonnateur du Programme national de lutte contre le sida et les MST (PNLS/IST)
 Abdoulwahab Sani, Animateur de groupes de jeunes, PNLS
 Ahmat Idriss Rozi, Administrateur/Directeur, PNLS
 Dr Donato Koyalta, Coordonnateur adjoint, PNLS/MST
 Dr Noué Déoudjé, Service de surveillance épidémiologique, PNLS
 Moussa Issaye, Administrateur du Département de la planification, Système d'information sanitaire
 Youssouf A. Kadjangaba, Chef de la Cellule Information, éducation et communication, PNLS
 M^{me} Nalga Katir, Cellule Information, éducation et communication
 Rangar Ndjenadjim, Chargé de la supervision des ONG, PNLS
 Dr Noel Djemadji, Chef de la Division des maladies sexuellement transmissibles

Autres organismes du secteur public/acteurs chargés de l'exécution des activités de lutte contre le VIH/SIDA

Mahamat Galli Mallah, Secrétaire général, MSPI
 Dr et Colonel Adrinkaye Allao Dounia, Directeur de la santé et Coordonnateur, VIH/SIDA, Ministère de la Défense
 Kouladingar Kaha Dakor, Coordonnateur, Cellule sida et population, Ministère de la Communication
 Mbaindingatoloum Rawei Élise, Coordonnatrice, Cellule sida, Ministère de l'Action sociale et des Affaires familiales
 Moulkogue Boulo Félix, Coordonnateur, Cellule sida, Ministère de l'Éducation nationale

Secteur non gouvernemental/société civile

A. Sous-projets des ONG :

ONG chargées du renforcement des capacités de la société civile :

- M. Piquet, SONGES
- Nateguingar Franco-Joseph, Chercheur et Chargé de l'appui aux ONG, Bureau d'appui à la santé et à l'environnement (BASE)

ONG⁷⁸ chargées de la mise en œuvre :

- M^{me} Carmel Ngarmbatinan, Présidente, Réseau des femmes parlementaires et ministres et Présidente du Conseil d'administration de l'AMASOT
- Pasteur Djibé, Réseau des missions et églises évangéliques du Tchad
- M^{me} Djikoloum Kesias Garba, CCEVF
- Mbaiguedem Djai Daniel, CCEVF
- Pasteur Mbaïadoum Obed, JACT
- Nassaradoumadji Mathieu, JACT
- Mahamat Béchir, ITS
- Mahamat Amine Abdel-Mazid, C.S.A.I.
- Corinne Bali, Coordonnatrice, Appui aux ONG d'Europe de l'Est et d'Afrique (SONGES)
- Arsène Mayangar, SONGES
- Loum Hinansou Laina, CONALUS
- M^{me} Zénaba Borgoto ASFEA
- Dr Mbeurnodji Lucien, UCCT
- Nodjitoloum Justin, UCCT

B. Microfinancement :

FOSAP (Fonds de soutien aux activités en matière de population et de lutte contre le sida) ;

- Nodjkwambaye Enock, Administrateur adjoint-Directeur
- Ache Djidda, Comptable
- Ngarbaroum Modobe, Chargé du microcrédit

C. Marketing social :

Association pour le marketing social au Tchad – AMASOT :

- Dokblama Kadah, Directeur, Centre de services
- Rino Guy Meyers, Conseiller technique

78. Ces ONG représentaient une gamme de clients, thèmes et missions, notamment la santé des nomades, l'Islam, les églises chrétiennes, le développement communautaire et l'habilitation, les mouvements de jeunes, la coalition des responsables du secteur public, la santé et le bien-être des femmes et des enfants.

Partenaires bilatéraux et internationaux

Marie-Paule Fargier, Pharmacienne, Union européenne
 Dr Abdelmajid, Chef, Programme santé, Coopération suisse
 Dr Faria Ibrahim, Conseiller technique, Projet VIH/SIDA, PNUD
 Dr Kekoura Kourouma, Coordonnateur, Programme-pays, ONUSIDA
 Keumaye Ignegongba, Assistant au Représentant résident, Cellule de l'allègement de la
 pauvreté, PNUD
 Mouenon Denis, Conseiller technique, Coopération française
 Dr Granga Daouya, UNICEF

Bureau de la Banque mondiale, N'Djaména

Gregor Binkert, Directeur-pays
 Mahamat Goadi Louani, Spécialiste principal, Développement humain
 Joel Tokindang, Économiste, Banque mondiale
 Fridolin Ondobo, Spécialiste de la gestion financière

Moundou/Département du Lac Wey/Région du Logone occidental

Mahamat Béchir Chérif, Gouverneur, Région du Logone occidental

Membres du Comité consultatif de la Commission régionale pour la population, les ressources humaines et la santé

Mbaïkeboum Kagao, Préfet, D. Lac Weg
 Malangso Souleymane, Secrétaire général de la Commission, Ministère du Plan, du
 Développement et de la Coopération
 Passeh David, Secrétaire général adjoint/CRP, société civile
 Dingamtoudji Ngana Esaie, Premier Vice-président, Association tchadienne du bien-être
 familial (ASTBEF)
 Miambaye Rando, Trésorier, DRCJS
 M^{me} Ndingambaye Romian, TGA, DRASL
 Ndingambaye Pascal, Chargé de la logistique
 Weigue Laoundodji, Délégué régional de l'éducation nationale, Ministère de l'Éducation
 Vissia Bouranga, Délégué régional des affaires économiques des 2 districts, Logone et
 Tandjilé
 Mbairareou Yanlingar, Service de la logistique, Ministère du Commerce
 Dr Mbaintissem Mbuitotouvas, Chef du service médical, district de Moundou

Secteur non gouvernemental/société civile

ONG chargées du renforcement des capacités de la société civile :

- World Vision

Organisme de microfinancement : CEPRIC

- Kagdom Magourna, Coordonnateur
- M^{me} Tamissengar Evelyne, Directrice
- M^{me} Nadingar Ndjilarlem Odile, membre du personnel
- Bendodjim Benjamin, Comptable
- Koulangar Ngartoubam, Formateur
- Keimbaye Mbailemdana, Formateur

Bénéficiaires :

- Représentantes des groupes de femmes et des coopératives de femmes (noms non disponibles)

Bureaux régionaux de l'AMASOT

Bongor/Département du Mayo-Boneye/Région du Mayo-Kebbi Est

Gouverneur de Région

Membres du Comité consultatif de la Commission régionale pour la population, les ressources humaines et la santé

Goundoul Vikama, Directeur du Plan, Secrétaire de la Commission

Mor Victor, Maire de la ville de Bongor

Nodji Wassem Gérard, SGRMKE

M^{me} Moussa Charlotte Ouagadijio, Déléguée régionale des associations féminines de Mayo-Kebbi/Tandjilé

Dr Bopan Tekemet, Délégué régional de la santé publique, Mayo-Kebbi

Bakreo Dakssala, Délégué régional de l'action sociale et des affaires familiales, Mayo-Kebbi/Tandjilé

Dingatoloum Barack, Animateur, CLAC/Bongor

Gnavourbe Tao, Délégué régional des travaux publics

Seibana Daniel, DDCJS/Mayo-Boneye

Loubata Jean, Délégué régional de la police/Mayo-Kebbi Est

Dosso Bessoum, Conseiller auprès du Ministre du Plan

Secteur non gouvernemental/société civile

ONG chargées du renforcement des capacités de la société civile :

- SONGES

Associations locales :

- ADSEC Guidawa

Organisme de microfinancement : APIBASE (Association d'appui aux initiatives de base)

- Mana Malgueteng, Chef
- Andrews Yoh Pudens, Animateur
- Mhary Mournor Jean, Animateur

- Jurs Clement, Animateur
- Tocsouma Houmaizou, Comptable

Groupes de femmes bénéficiaires :

- Iya Gama ElHadji Oumar, Membre, Tamidja
- Falmatou Sidi, Secrétaire, Udjekusa renove
- Yoma Rosalie, Membre, Udjekusa renove
- Yawada Marie, Secrétaire, Minaituya
- Zeno Marcelline, Secrétaire, Udjekusa
- Doudou Moksia, Présidente, Minaituya
- Samba Rigale, Présidente, Takasna 1
- Denise Vayanga, Présidente, Takasna 1
- Ndiguimal Rebecca, Présidente, Komna le Denedje
- Modjimariya Nahomie, Présidente, Takasna II
- Largoto Martine, Membre, Takasna II
- Mianda Falla, Caissière, Minaituya
- Delao Marthe, Caissière, Takasna II

Mao/Région de Kanem

Gouverneur de Kanem

Membres du Comité consultatif de la Commission régionale pour la population, les ressources humaines et la santé

Issen Ben Moussaye, Délégué régional de l'éducation nationale, Ministère de l'Éducation nationale

Malloum Abakar Kaya, Association pour la lutte contre la malnutrition au Kanem

Heriata Moussa, Association Fernink

Doh Mallah, Coordonnateur, ETMS/Mao

Kedela Batran, Chef, Inspection forestière, Kanem

Dr Oumar Abdelhadi, Délégué régional de la santé, Ministère de la Santé publique

Barka Tambour, Délégué régional de l'action sociale et des affaires familiales

Ahmad Moustapha, P. Com. Su. Affairs, DKM

Azina Ollo Japhet, Pasteur, Église évangélique du Tchad

Adoum Goulgue, Représentant, Église catholique

Représentant de l'Islam

Secteur non gouvernemental/société civile

ONG chargées du renforcement des capacités de la société civile :

- Dr Bruma Masumbuko, Conseiller technique, GTZ
- Ahamat Mahamat Abdou, Formateur, GTZ

Associations locales :

- Malla Batran, Agent de santé et Président, ADESK

- Moustapha Ngartorangal, Représentant, ARNUT
- Achta Bintou Moustapha, Groupe Loelle des femmes, Centre social de GFB
- Ache Bougoudi, membre du personnel, AFAT
- Fatime Mahamat Seid, Groupe des femmes de Matoboko
- Ahmat Moustapha Outman, ASUDEK
- Abdallah Moustapha, Secrétaire général, APLFT
- Hisseine Issa, Croix-Rouge de Kanem
- Ali Abakar, Président, ADEK
- Malloum Abakar, Représentant, ALCMK
- Ali Larme, Secrétaire général, AJAC/Kanem
- Choukou El-Hadj Mahamat, Chef, ADIS

Organisme de microfinancement : ADIS (Agence d'encadrement pour les crédits)

- Choukou El-Hadj Rahamata, Chef
- Haoua Sedik, Agent, Chargé du crédit
- Achta Bouguidi, Agent, Chargé du crédit

Mitoissi Kossadoum, Directeur, FOSAP

Bénéficiaires des microcrédits/représentantes des groupes de femmes :

- Hadje Achta Oumar
- Bintou Batran
- Zara Laye

Mongo/Région de Guéra

Secrétaire général du Département de Guéra

Membres du Comité consultatif de la Commission régionale pour la population, les ressources humaines et la santé

Ibrahim Hassan Bargouley, Délégué régional des Finances, Ministère des Finances
Ramat Mangue, Délégué régional de l'action sociale, Ministère de l'Action sociale et des affaires familiales

Yadia Banserne Pierre, Délégué régional des affaires économiques, Ministère du Commerce

Nossor Doungous, Délégué régional de l'éducation nationale, Ministère de l'Éducation nationale

Souk Kangoutoum, Délégué régional de la culture, de la jeunesse et des sports, Ministère de la Culture, de la Jeunesse et des Sports

Ganda Nabia Koutou, Chef de bureau, Douane et impôts

Adoum Vamalia Abakar, Délégué régional du Plan et du développement, Ministère du Plan

Daniela Stirpe, Médecin de santé publique, SECADEV

Hassana Anguimi, Sous-préfet de Mongo

Dr. Ali Soumaine Baggar, Délégué régional de la santé, Ministère de la Santé publique

M^{me} Mahazal née Mankassia Tchere, membre du personnel

Yacoub Hassan, Chargé de l'IFC

Secteur non gouvernemental/société civile

ONG chargées du renforcement des capacités de la société civile : ITS/Swiss International Organisation

- Mahamat Abbo, Chargé, ITS/CSSI
- Abdel-Madjid Hanan, Chargé adjoint, ITS/CSSI
- Akaye Albert Mustapha, Animateur, ITS/CSSI
- Djimye Weletna, Animateur, ITS/CSSI

Associations locales :

- Fatime Sorom, Présidente, AFGDR
- Maimouna Moussa, Trésorière, AFGDR
- Maimouna Tassigot, AFGDR
- Mariam Mahamat Saleh, AFGDR
- Amsakine Outman, Conseiller, AFGDR
- Kadidja Ayoub, Conseillère, AFGDR
- Younous Dris, ADECAB
- Hamdan Ibet, ADECAB
- Hassan Souleymane, Secrétaire financier, ADECAB
- Allamine Moussa, Secrétaire général, ADESCAMO
- Ali Chachate, ADESCAMO
- Mahamat Chaltout, ADESCAMO
- Mahamat Madri, ADESCAMO
- Asan Souleymane Al-Nidal
- Abdel-Aziz Abbas, Secrétaire administratif, Al-Nidal (association des combattants)
- Moussa Faya Douzet, Président, Al-Nidal
- Makaye Elie, Secrétaire général adjoint, APLD
- Brahim Dabara, Président, PROJAET
- Djimet Darap, Trésorier, PROJAET
- Hissein Dugasche, Conseiller, PROJAET
- Caleb Deodere, Secrétaire, PROJAET
- Association des femmes libres, différents membres

Organisme de microfinancement : ACCORD

- Seid Gaye Alexis, Chef
- Idriss A. Foudoussia, Superviseur

Kilabe Mbaitoloum Abel, Bureau régional de l'AMASOT

WASHINGTON

Laura Frigenti, Responsable sectoriel, Développement humain, AFTH3, Banque mondiale
 Michèle Lioy, Spécialiste de la population supérieur, AFTH3, Banque mondiale

Annexe C : Projet Population et lutte contre le sida (Crédit n°2692) — Présentation des composantes du projet

Le projet avait pour but d'aider le gouvernement à mettre en œuvre sa stratégie à long terme en matière de population et de planification familiale, ainsi que son plan à moyen terme de lutte contre le sida 1995-1999 (PMT 2). Ses objectifs généraux consistaient à accélérer la baisse de fécondité par le biais de l'utilisation des méthodes modernes de contraception (qui passerait d'un taux de 1 % en 1990 à 10 % en 2000) et à ralentir la propagation de l'infection à VIH grâce à la promotion du changement de comportement. L'assistance au titre du projet a été apportée dans le cadre des quatre composantes ci-après :

a) Renforcement des capacités nationales aux fins de la mise en œuvre de la politique démographique (8 millions de dollars). Cette composante visait à renforcer les capacités de la Division de la population nouvellement créée au sein du MPC aux fins de la mise en œuvre des activités en matière de population, en particulier : a) la diffusion et la coordination de l'exécution de la politique démographique ; b) la planification, la gestion et l'évaluation des activités en matière de population ; c) la planification, la coordination et l'exécution des projets financés par les bailleurs de fonds ; et d) l'intégration des variables démographiques dans les plans sectoriels. Le soutien au titre du projet a porté sur les volets ci-après : la réhabilitation des bureaux, les équipements, le soutien logistique, la participation aux réunions internationales, le recrutement du personnel contractuel, la formation, l'assistance technique, notamment le jumelage avec le Centre de recherche sur la population et le développement (CERPOD), à Bamako, Mali⁷⁹. Le projet a permis de financer également un certain nombre d'activités d'IEC et de programmes radio et télévisés en vue de diffuser la politique démographique et assurer la sensibilisation sur les corrélations qui existent entre population et développement, en particulier parmi les groupes cibles identifiés, notamment les leaders d'opinion, les chefs religieux, les femmes, les ONG, les reporters, les jeunes (12-25 ans) et les membres des organisations syndicales et autres associations.

Cette composante a également permis d'améliorer la collecte et l'analyse des données démographiques de base en vue d'assurer une meilleure connaissance des indicateurs sociodémographiques. Pour ce faire, une étude nationale sur les migrations et l'urbanisation, ainsi qu'une analyse des données du recensement de 1993 et de la première enquête démographique et de santé (EDS) ont été financées. L'assistance au titre du projet comprenait également la fourniture de contraceptifs pour les services de santé maternelle et infantile par le truchement du système de santé publique afin de combler le vide laissé par le retrait de l'assistance de l'USAID en 1995. Le coût estimatif total des contraceptifs à fournir dans le cadre du projet était de 3 millions de dollars (38 % du coût total de la composante).

b) Renforcement des capacités nationales afin de juguler la propagation du VIH/SIDA/MST (6,6 millions de dollars). L'objectif de cette composante était de renforcer la capacité du Ministère de la Santé publique (MSP) à gérer et à coordonner le Programme de lutte contre le sida, ainsi qu'à assurer la surveillance épidémiologique et la recherche opérationnelle. Le soutien apporté dans le cadre du projet comprenait essentiellement a) l'assistance technique à

79. Une institution sahélienne, le Comité inter-États de lutte contre la sécheresse dans le Sahel (CILSS).

long et court terme dans les domaines clés, en particulier l'épidémiologie et la gestion du programme ; et b) la formation à long et court terme en matière d'épidémiologie, de gestion, d'IEC et de systèmes d'information en matière de santé. Les bénéficiaires de cette assistance étaient le PNLS, la CNLS, la CTLS et la division du MSP responsable des systèmes d'information de gestion en matière de santé. En outre, cette composante a permis de financer la recherche épidémiologique opérationnelle et socio-économique sous les auspices de la Direction générale du Plan du MPC. Au nombre des activités prévues figuraient la création de deux sites sentinelles supplémentaires (pour un total de sept) ; cinq études sur la prévalence du VIH/SIDA au sein des groupes cibles, deux études de connaissances, attitudes et pratiques (CAP) ; et une étude sur les indicateurs prioritaires de prévention afin de faciliter l'évaluation de l'impact des interventions. Au rang des autres études prévues pour l'amélioration de la riposte des services de santé, on pourrait citer : l'élaboration d'algorithmes pour la prise en charge des patients souffrant de MST et de sida, la préparation d'un protocole de référence pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA et leurs familles ; l'évaluation de la définition clinique du sida ; une étude sur les corrélations entre le VIH et la tuberculose (TB) afin d'améliorer le traitement de la TB ; et une étude sur l'impact socio-économique du sida aux niveaux individuel, familial, communautaire et macroéconomique.

c) Mise en place d'un programme de marketing social pour les préservatifs (7,1 millions de dollars). Cette composante visait à améliorer la disponibilité et à promouvoir l'utilisation des préservatifs pour la prévention du sida. Le principal avantage escompté consistait à réduire la transmission du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles (MST), la protection contre les grossesses non désirées constituant un avantage secondaire. Les objectifs visés consistaient à accroître l'utilisation des préservatifs, qui passerait des 2 millions prévus pendant la première année du projet à environ 4,8 millions au cours de la dernière année, soit un total de près de 14 millions de préservatifs vendus en l'espace de 5 ans. L'assistance au titre du projet concernait, notamment, l'expertise technique en matière de marketing social et d'audit, le recrutement de cadres contractuels, la formation et les voyages d'études afin de renforcer les capacités en matière de marketing social et d'IEC, les préservatifs, les équipements et le soutien logistique, ainsi que les travaux de réhabilitation.

Le programme de marketing social des préservatifs a été géré de façon autonome par une cellule de marketing social créée avec l'aide du projet et placée sous la supervision générale et l'orientation de l'ASTBEF⁸⁰, avec le soutien technique d'une société de marketing social, en étroite coordination avec le PNLS et en collaboration avec le secteur public et la société civile. L'assistance au titre du projet devait porter notamment sur les services de spécialistes, les cadres locaux, la formation, le soutien logistique et les équipements de bureaux, les études et les coûts de fonctionnement.

d) Promotion de la participation du secteur non gouvernemental aux programmes de population, de planification familiale et de VIH/Sida/MST (5,5 millions de dollars). Cette composante a permis de créer un fonds social (Fonds de soutien aux activités en matière de population, FOSAP) afin d'octroyer des subventions à la société civile pour les activités en matière de population et de lutte contre le sida en vue de compléter et de renforcer les interventions du

80. Association tchadienne pour le bien-être familial, une entité affiliée à la Fédération internationale pour le planning familial.

gouvernement et du programme de marketing social. Au minimum, 40 sous-projets de lutte contre le sida devaient recevoir un soutien, notamment dans les domaines ci-après : a) les efforts de prévention à l'intention des principaux groupes cibles⁸¹ ; et b) l'atténuation de l'impact du VIH/SIDA grâce au soutien psychosocial aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et à leurs familles dans cinq préfectures. Le projet prévoyait également le soutien à vingt sous-projets de population, au minimum, notamment a) l'IEC ciblée⁸² ; b) les activités tendant à améliorer les capacités de génération de revenu et le statut des femmes ; et c) les études et la recherche opérationnelle sur l'acceptabilité des nouvelles méthodes de contraception. En outre, compte tenu de la faiblesse des capacités des bénéficiaires potentiels des subventions (ONG nationales, associations locales et prestataires de services de santé individuels), le FOSAP était appelé à appuyer plusieurs projets dynamisateurs mis en place par des ONG bien établies en vue du renforcement des capacités des bénéficiaires potentiels aux fins de la préparation, de l'exécution et de l'évaluation de leurs sous-projets.

81. Les groupes cibles identifiés pour les activités de prévention comprenaient les jeunes, les prostituées et leurs clients, les fonctionnaires des ministères clés, les travailleurs migrants et les camionneurs sur les principaux axes de migration et de transport vers le Cameroun et le Nigeria.

82. Les groupes cibles identifiés pour l'IEC en matière de population comprenaient les hommes, les adolescents, les travailleurs, les vulgarisateurs agricoles, les agents de développement communautaire, les associations féminines, les coopératives de développement rural et les employeurs du secteur privé.

Annexe D : Données relatives au programme et au projet

1. Données de surveillance du VIH/SIDA/MST et du comportement

(Source : Données de surveillance, PNLs/MSP)

Tableau D-1 : Évolution des taux de prévalence au sein de la population générale et de groupes spécifiques, données tirées des enquêtes sur la séroprévalence 1997-2000

Année	Aire géographique	Taux de prévalence		
		Population en général	Groupes spécifiques	Taux de prévalence
1989	Abéché	0 %		
	Sarh	0,5 %		
	Moundou	1,6 %		
	Bongor	0,6 %		
	N'Djaména	1,02 %		
1995	N'Djaména		Prostituées	14 %
	N'Djaména		Femmes qui utilisent les services prénatals	2,1 %
	N'Djaména		Personnel militaire	10,2 %
1997	Abéché	2,1 %		
	Am-Timan	6,1 %		
	Sarh		Prostituées	26,4 %
	Logone Occidental/ Moundou		Travailleurs migrants	7,93 %
	Moundou		Personnel militaire	8,48 %
2000	N'Djaména		Personnel militaire	8,40 %
	Sarh	8,84 %		
	Kelo	15,03 %		
	Lere	11,21 %		
	Lac	10,10 %		
	Moussoro	2,68 %		
	Bongor	6,5 %		

Source : Ministère de la Santé publique, Programme national de lutte contre le sida, données tirées d'une série d'enquêtes menées sur la séroprévalence au cours de la période 1989-2000.

Tableau D-2 : Prévalence du VIH parmi les donneurs de sang (pourcentage), par an
[nombre de personnes faisant partie de l'échantillon]

	1999 (2^e semestre)	2000	2001	2002
N'Djaména	27,8	8,1	2,8	4,8
	[1 520]	[2 381]	[1 930]	[1 888]
Sarh			9,1	9,9
			[197]	[202]
Moundou	25,4	8,3	5,0	
	[181]	[591]	[398]	
Doba		2,43	16,7	
		[41]	[12]	
Bongor	3,0	6,9	6,6	
	[338]	[577]	[1 017]	
Kelo		0	0	
		[25]	[7]	
Amtiman		0	0	
		18	2	
Kourma			0	
			[21]	
Abéché			0	
			[10]	
Ati		0		
		[18]		
Moyenne/ Total	23,5	7,8	4,5	5,3
	[2 039]	3 651	3 594	2 090

Source : PNL/MSP

Tableau D-3 : Prévalence du VIH parmi les femmes qui utilisent les services prénatals, par site sentinelle et par an

[nombre de personnes faisant partie de l'échantillon]

	1999 (2^e semestre)	2000	2001	2002
A. Sites sentinelles urbains				
Abéché	5,2		2,6	3,4
	[172]		[77]	[353]
Bol	2,6	2,3	4,0	4,0
	[116]	[130]	[100]	[349]
Mongo				1,2
				[331]
Bongor	3,9	3,8	8,9	5,3
	[464]	[468]	[492]	[375]
N'Djaména	3,2	6,7	5,9	7,5
	[1 264]	[1 960]	[406]	[399]
Moundou	10,5	11,1		11,9
	[421]	[90]		[396]
Sarh	5,3	9,0	7,9	8,3
	[849]	[1 128]	[901]	[400]
a. Moyenne/ sous-totaux	4,8	7,0	7,3	6,2
	[3 286]	[3 776]	[1 976]	[2 603]
B. Sites sentinelles ruraux				
Massaguet				7,7
				[312]
Guelendeng				2,8
				[399]
Bah				3,2
				[391]
Djoli				8,3
				[326]
b. Moyenne/ sous-totaux				5,3
				[1 428]
C. Moyenne/total				
	4,8	7,0	7,3	5,8
	[3 286]	[3 776]	[1 976]	[4 031]

Tableau D-4 : Prévalence de la syphilis parmi les femmes enceintes qui utilisent les services prénatals, par site sentinelle et par an

[nombre des personnes faisant partie de l'échantillon]

	1999 (2^e semestre)	2000	2001	2002
A. Sites sentinelles urbains				
Abéché	0,6		9,1	5,7
	[172]		[77]	[353]
Bol	6,8	5,4	5,0	20,6
	[116]	[130]	[100]	[349]
Bongor	17,2	7,4	5,5	5,9
	[464]	[468]	[220]	[375]
Mongo				2,4
				[331]
N'Djaména	3,0	5,3	5,2	15,3
	[1 264]	[1 960]	[406]	[399]
Moundou	1,9	1,1	1,0	6,1
	[421]	[90]	[300]	[396]
Sarh	5,7	6,0	2,3	4,0
	[849]	[1 128]	[901]	[400]
a. Moyenne/ sous-totaux	5,6	5,7	3,4	8,6
	[3 286]	[3 776]	[2 004]	[2 603]
B. Sites sentinelles ruraux				
Massaguet				18,6
				[312]
Guelendeng				4,0
				[399]
Bah				7,2
				[391]
Djoli				3,1
				[326]
b. Moyenne/ sous-totaux				7,8
				[1 428]
C. Total/moyenne				
	5,6	5,7	3,4	8,3
	[3 286]	[3 776]	[2 004]	[4 031]

Tableau D-5 : Prévalence du VIH parmi les malades souffrant de tuberculose, par établissement hospitalier

[nombre de personnes faisant partie de l'échantillon]

Grande ville/ ville de province	1999	2000
N'Djaména	26,2	20,7
	[477]	[381]
Am-Timan		15,4
		[13]
Ati		9,5
		[95]
Koumra		60,0
		[120]
Total/moyenne	26,2	25,5
	[477]	[636]

Tableau D-6 : Prévalence du VIH parmi les malades souffrant de MST

[nombre de personnes faisant partie de l'échantillon]

Grande ville/ ville de province (région)	1999	2000
Am-Timan		9,1
		[11]
Ati		0
		[21]
Biltine		0,7
		[139]
Bongor	22,7	5,2
	[44]	[115]
Bol	23,1	
	[13]	
Faya	21,3	20,1
	[141]	[194]
Mongo		0
		[6]
Sarh		42,6
		[61]
Mao		21,1
		[61]
Total/moyenne	21,7	14,1
	[198]	[608]

Tableau D-7 : Sites sentinelles et centres de prélèvement des échantillons sanguins pour chaque site sentinelle

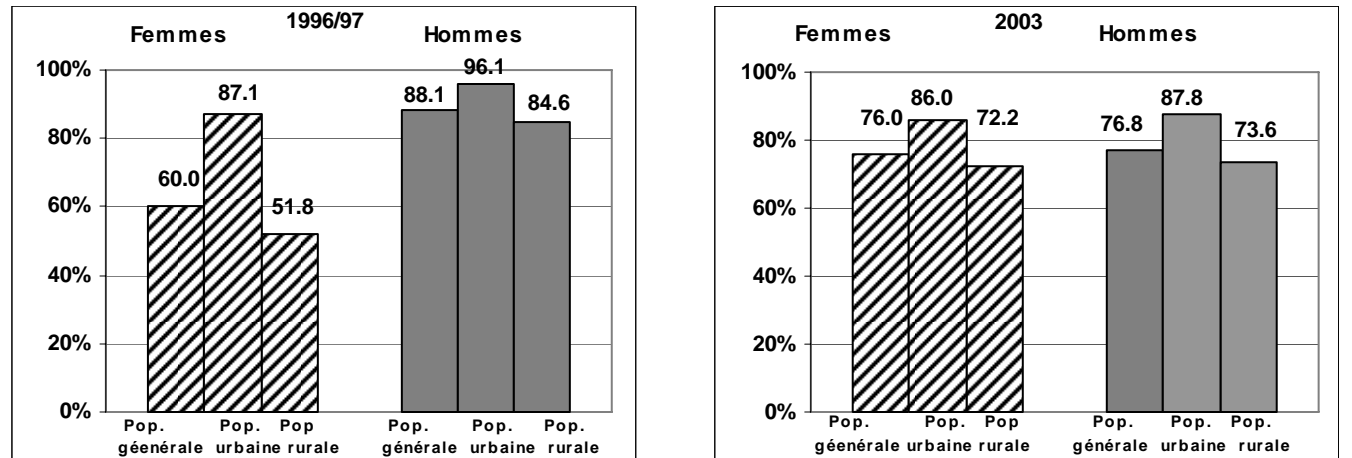
Sites sentinelles Grande ville/ville de province (Préfecture ou département)	Centres de prélèvement
Sites urbains	
1. Abéché (Ouaddai)	Centre de santé de Taiba Centre de santé de Badawi
2. Mongo (Guéra)	Centre de santé urbain de Mongo
3. Bol (Lac)	Centre de santé urbain de Bol Centre de santé de Ngarangou
4. N'Djaména (Chari-Baguirmi)	Centre de Assiam Vantou Polyclinique n° 1 Hôpital national de référence/maternité Hôpital Liberté
5. Bongor (Mayo Kebbi)	Dispensaire urbain de Bongor Dispensaire de Mairie
6. Moundou (Logone Occidental)+	Centre de planification familiale Centre de santé des 15 ans
Sites ruraux	
8. Bah (Bar Koh)	Centre de santé de Bah Centre de santé de Dowala-PESANA
9. Djoli (Logone Occidental)	Centre de santé de Djoli Centre de santé de Balmani
10. Guelendeng (Mayo Boneye)	Centre de santé de Guedeng Centre de santé de Moulkou
11. Massaguet (Hadjar Lamis)	Centre de santé de Massaguet Centre de santé de Gredaya

Note : La taille des échantillons est de 400 analyses sanguines pour chaque site.

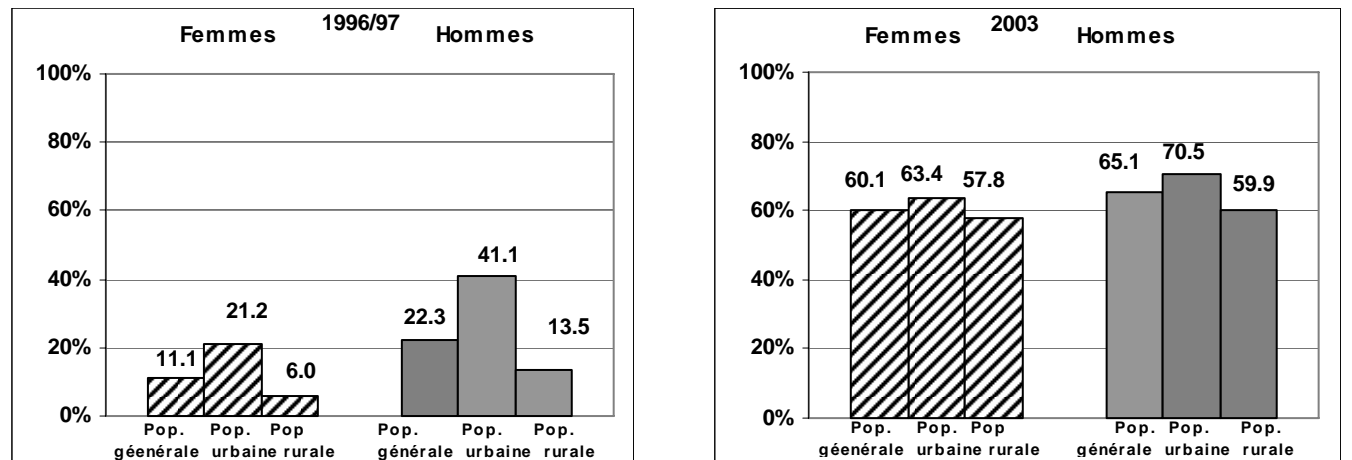
Source : MSP/Programme national de lutte contre le sida/statistiques du Programme IST, 2003

Figure D-1 : Évolution de la sensibilisation et du comportement 1996-1997, 2003

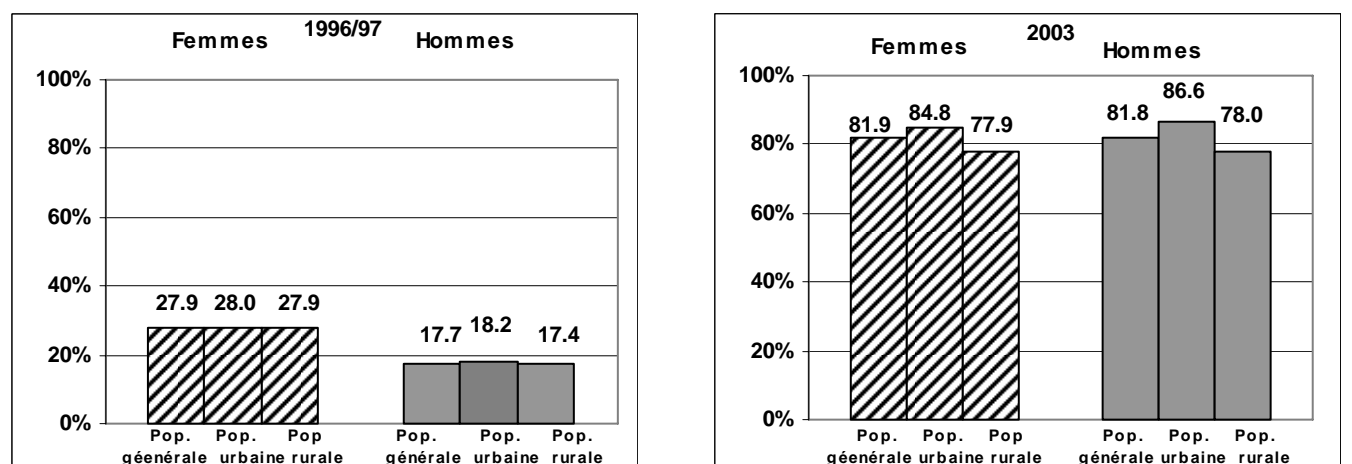
a. Pourcentage des personnes interrogées qui affirment avoir entendu parler du sida



b. Pourcentage des personnes qui savent que le préservatif constitue un moyen de protection



c. Pourcentage des personnes qui savent que la fidélité constitue un moyen de protection



Source : EDS, 1997 et Oumar, 2003 : Études, CAP

2. Services de santé de la reproduction

Tableau D-8 : Utilisation des méthodes de contraception modernes par les femmes mariées ou vivant dans une union consensuelle, 2000

	Méthodes modernes							Méthodes traditionnelles					Modernes et traditionnelles
	Stérilisation des femmes	Pilules	DIU	Injections	Préservatifs	Diaphragme /gel	Toutes	Aménorrhée due à la lactation	Abstinence périodique	Retrait	Autres	Toutes	
Résidence													
N'Djaména	1,8	5,9	0,3	0,7	0,3	0,1	9,0	2,7	3,1	0,0	0,0	5,9	14,9
Urbain	1,4	4,4	0,1	0,4	0,2	0,1	6,6	3,8	2,2	0,1	0,1	6,2	12,8
Rural	0,4	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,8	4,4	1,3	0,0	0,0	5,8	6,5
Niveau d'instruction													
Aucun	0,6	0,6	0,1	0,1	0,0	0,0	1,4	4,6	1,6	0,0	0,1	6,3	7,7
Primaire	0,4	1,5	0,1	0,4	0,1	0,3	2,8	3,9	0,5	0,0	0,0	4,4	7,1
Secondaire	1,3	8,9	0,0	1,2	0,8	0,0	12,3	2,4	3,8	0,0	0,0	6,3	18,6
Total	0,6	1,1	0,1	0,2	0,0	0,1	2,0	4,3	1,5	0,0	0,1	5,8	7,9

Tableau D-9 : Distribution des services prénatals fournis aux femmes ayant accouché l'année précédente, type de spécialiste, 2000 (pourcentage)

	Type de personnel assurant le traitement					Services de soins prénatals fournis par tous	Absence de tous soins prénatals	Total	Nombre des femmes composant l'échantillon
	Médecin	Infirmier /auxiliaire	Sage-femme assistante	Accoucheuse traditionnelle	Autres/ n. d.				
N'Djaména	2,3	64,1	1,4	5,5	0,0	67,7	26,8	100,0	136
Autres grandes villes	2,8	58,7	5,1	4,7	1,3	66,5	27,5	100,0	161
Toutes zones urbaines	2,5	61,2	3,4	5,0	0,7	67,1	27,2	100,0	297
Rurales	1,5	26,2	6,9	8,3	2,3	34,5	54,8	100,0	1 072
Aucune instruction	1,6	27,3	5,6	8,9	1,9	34,5	54,7	100,0	1 068
Primaire	1,9	55,6	9,6	3,5	2,7	67,1	26,6	100,0	230
Secondaire & +	4,1	78,7	3,8	0,8	0,8	86,6	11,8	100,0	45
Total	1,7	33,8	6,1	7,6	1,9	41,6	48,8	100,0	1 369

Source : Banque mondiale, Gouvernement du Tchad, Rapport conjoint de situation-pays, 2004

Tableau D-10 : Pourcentage des femmes ayant accouché l'année précédente et qui ont bénéficié de l'assistance d'un expert pendant l'accouchement

	Personnel assistant l'accouchement					Autres/non spécialisés	Personnel médical qualifié	Absence d'assistance	Total	Taille de l'échantillon
	Médecin	Infirmier/ sage- femme	Sage- femme assistante	Accoucheuse traditionnelle	Parent /ami					
N'Djaména	2,7	46,8	2,7	14,1	25,0	2,7	52,4	6,0	100,0	136
Autres grandes villes	1,9	32,8	5,9	27,5	25,4	2,3	40,6	4,2	100,0	161
Toutes zones urbaines	2,3	39,2	4,5	21,4	25,2	2,5	46,0	4,9	100,0	297
Rurales	0,2	5,9	2,0	46,0	36,3	2,6	8,0	7,0	100,0	1 072
Aucune instruction	0,3	8,7	2,0	43,3	35,9	2,3	11,0	7,5	100,0	1 068
Primaire	1,2	25,4	3,9	31,3	31,1	3,6	30,5	3,5	100,0	230
Secondaire & +	4,9	55,0	8,2	12,0	17,0	2,1	68,1	0,8	100,0	45
Total	0,6	13,1	2,5	40,7	33,9	2,6	16,2	6,6	100,0	1 369

Source : Banque mondiale, Gouvernement du Tchad, Rapport conjoint de situation-pays, 2004

3. Données relatives au projet

Tableau D-11 : Coûts prévisionnels par rapport aux coûts réels par composante (équivalent en USD millions)

Composante	Prévisions	Coûts réels	Coûts réels en tant que % des prévisions
Renforcement des capacités nationales aux fins de la mise en œuvre de la politique démographique nationale	7,0	6,1	87 %
Renforcement des capacités nationales en vue de juguler la propagation du VIH/SIDA et des MST	5,9	5,6	95 %
Mise en place d'un programme de marketing social pour la promotion de l'utilisation du préservatif	6,4	6,9	109 %
Promotion de la participation du secteur privé et des ONG aux programmes de population, de planification familiale, de VIH/SIDA et de MST	5,5	5,6	102 %
Gestion du projet	-	1,9	
Total coût initial	24,8	26,1	
Aléas	1,0	-	
Provision pour hausse de prix	1,4	-	
Total coûts du projet	27,2	26,1	96 %

Source : ECP/MPC, 2004

Tableau D-12 : Financement prévisionnel par rapport au financement réel du projet (équivalent en USD millions)

Source	Prévisionnel	Réel
IDA	20,4	18,7
KfW	4,4	5,7
FNUAP	0,1	0,1
État	1,3	0,7
Communautés	1,0	0,9
Total	27,2	26,1

Note : Les sources des données réelles sont indiquées ci-après : IDA : Registres des décaissements de la Banque mondiale ; KfW : AMASOT (l'équivalent de 12 millions de Marks allemands au cours de la période 1996-2001) ; gouvernement (Banque mondiale, 2002) ; Communautés (calcul de 20 % du financement de contrepartie fondé sur les subventions du FOSAP).

Tableau D-13 : Financement de contrepartie prévisionnel par rapport au financement de contrepartie réel (en USD)

Composante	Gouvernement			Communautés		
	Prévisionnel	Réel	Réel en tant que % des prévisions	Prévisionnel	Réel	Réel en tant que % des prévisions
Population	611 000	372 653	61 %			
VIH/SIDA	524 600	269 633	51 %			
Marketing social	142 400	30 791	22 %			
Fonds social				915 600	880 661	96 %
Total	1 278 000	673 077	53 %	915 600	880 661	96 %

Source: Équipe de coordination de projet/Ministère du Plan, 2004

Tableau D-14 : Utilisation prévisionnelle du crédit de l'IDA par rapport à son utilisation réelle par catégorie de décaissement (en millions de DTS)

Catégorie de décaissement	Allocation initiale	Réaffectation (suite à l'amendement du DCA)	Réelle
1) Biens :			
a) Contraceptifs	2,40	0,65	0,64
b) Autres articles	0,50	1,31	1,22
2) Réhabilitation des bureaux	0,01	0,08	0,07
3) Services de consultants	1,70	1,93	2,02
4) Formation	0,70	1,40	1,44
5) Études	2,70	1,90	2,04
6) Subventions FOSAP	2,70	3,23	3,55
7) Coûts de fonctionnement différentiels	1,50	1,90	1,75
8) Refinancement du PPF	0,24	0,24	0,23
9) Non affecté	1,45	0,05	0
Microcrédits du FOSAP	0	1,17	0,80
Réconciliation du compte spécial			0,09
Total (arrondi)	13,9	13,9	13,9

Tableau D-15 : Évolution des ventes de préservatifs, 1996-2002

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Janvier	-	214 215	238 080	240 960	12 480	270 720	458 880	799 680
Février	-	295 957	213 120	397 440	66 240	229 440	447 360	114 240
Mars	-	288 040	311 120	695 040	251 520	267 840	352 320	249 600
Avril	-	286 329	544 132	616 320	121 920	328 320	485 760	386 880
Mai	-	324 480	339 692	735 360	114 240	229 440	432 000	409 920
Juin	-	206 400	351 882	908 160	208 320	323 520	230 400	531 840
Juillet	-	279 072	346 746	356 160	374 400	390 720	514 560	257 280
Août	-	413 760	275 770	519 360	203 520	119 040	633 600	167 360
Septembre	175 599	69 120	411 040	705 600	161 280	376 320	175 680	244 800
Octobre	196 314	176 540	340 440	563 520	235 200	280 320	582 720	292 896
Novembre	129 877	326 400	379 920	342 720	139 200	171 840	123 840	109 728
Décembre	277 075	338 256	261 786	384 000	262 080	258 240	266 880	63 792
Total	778 865	3 218 569	4 013 728	6 464 640	2 150 400	3 245 760	4 704 000	3 628,016

Note : Plus de 400 000 unités ont été soustraites de ces statistiques, car on estime que cet excédent à été vendu dans les pays limitrophes, en raison du prix nettement plus abordable des préservatifs au Tchad. Source : AMASOT, 2004

Annexe E : Principaux objectifs et indicateurs au titre du projet Population et lutte contre le sida

Stratégie en matière de population :				
	Référence	Objectif (1999)	Réel	Commentaires
Réduction du taux de croissance démographique annuel	2,4 %	2 %	3,1 % (2004) ⁸³	
Accélérer l'amorce de la baisse de fécondité	6,6 ⁸⁴ (1996/1997)	Non défini	6,6 ⁸⁵	
Accroître le taux d'utilisation des contraceptifs modernes	1 % (1990)	10 % (2000)	2,0 % ⁸⁶ (2000)	Au moment du MTR, cet objectif était considéré comme irréalisable ; par conséquent, il a été convenu de l'examiner et de le réviser dans le cadre d'une étude analytique avec le soutien du FNUAP. Des consultants ont été recrutés, mais cette tâche n'a jamais été achevée.
Renforcer les connaissances de la population concernant les corrélations entre population et développement	Non disponible	Non défini	Non disponible	Non évaluée
Accroître la participation des femmes aux activités de développement	Non disponible	Non défini	Non disponible	Non évaluée. Les visites de terrain/entretiens indiquent que la génération de revenu pour les femmes a permis d'améliorer le bien-être familial grâce aux investissements dans la santé et l'éducation et à l'utilisation des informations relatives à la prévention du VIH/SIDA.
Amélioration du statut social des femmes	Non disponible	Non défini	Non disponible	Non évaluée. Les femmes bénéficiaires du microfinancement qui ont été interrogées ont indiqué que leur statut social s'est amélioré, car elles sont parvenues à entreprendre/développer des activités économiques viables.
Renforcement et extension des services de SMI /bien-être familial à tous les niveaux du système de santé	Non disponible	Non défini	Non disponible	Non évaluée ne constitue pas un objectif du présent projet. L'assistance de la Banque pour cet objectif du programme a été canalisée essentiellement par le truchement du projet Santé et maternité sans risques exécuté parallèlement. Le projet Population et lutte contre le sida a contribué à la réalisation de cet objectif grâce à l'achat de contraceptifs pour les services de PF pour le système de santé publique.

83. Direction de la coordination des activités en matière de population, Ministère du Plan, du Développement et de la Coopération (MPDC), données de 2004.

84. EDS, 1996/97.

85. Gouvernement tchadien/Rapport de situation-pays de la Banque Mondiale, 2003.

86 UNICEF, 2001.

Programme à moyen terme de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 1995-1999				
	Référence	Objectif (1999)	Réel	Commentaires
A. PRÉVENTION : RALENTIR LA PROPAGATION DE L'INFECTION À VIH GRÂCE À LA PROMOTION DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT				
1. Connaissances				
% de la population âgée de 15 à 49 ans qui peut citer deux moyens acceptables de se protéger contre l'infection à VIH.	Non disponible	100 %	19,5 % des femmes âgées de 20 à 49 ans (2000) ⁸⁷	
2. Disponibilité et acceptabilité du préservatif				
% des personnes âgées de 15 à 49 ans sachant où se procurer un préservatif.	Non disponible	Non défini	Non disponible	
% des personnes âgées de 15 à 49 ans capables d'obtenir ou de se procurer un préservatif à un prix abordable		Non défini	Non disponible	Les préservatifs sont largement disponibles à travers le pays grâce à un programme de marketing social efficace disposant de succursales au niveau décentralisé, et plus de 1 000 points de vente. Le coût d'un préservatif est d'environ 0,02 dollar.
% des personnes âgées de 15 à 49 ans considérées à « haut risque » qui affirment avoir utilisé un préservatif au cours de leurs derniers rapports sexuels.	1,6 % des femmes âgées de 15 à 49 ans et 5,3 % des hommes âgés de 15 à 59 ans qui affirment avoir eu des relations sexuelles avec un/une partenaire occasionnel(le) ⁸⁸	100 % (il est prévu que le projet favorise un changement de comportement chez 415 000 personnes sexuellement actives et à haut risque)	Dans les zones urbaines : pratiquement toutes les prostituées professionnelles et 70 % des prostituées clandestines ; dans les zones rurales : 60 % des prostituées professionnelles et 50 % des prostituées clandestines affirment utiliser régulièrement le préservatif avec leurs clients (2001) ⁸⁹	
3. Rapports sexuels occasionnels				
% des personnes sexuellement actives âgées de 15 à 49 ans qui affirment avoir eu au moins une fois des rapports sexuels occasionnels au cours des 12 derniers mois.	Non disponible	Non défini	Non disponible	
4. MST				
% du nombre total de cas de MST diagnostiqués qui sont pris en charge selon les normes du MSP.	Non disponible	76 %	Non disponible	
% de femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans testées positives pour la syphilis parmi toutes celles testées pour cette maladie		Non défini	5,56 % ⁹⁰	

87 UNICEF, 2001.

88 1996/97, EDS.

89 PPLS, 2001.

90 Données de la surveillance sentinelle 1999 pour Abéché, Bol, Bongor, Moundou, N'Djaména, Sarh.

Programme à moyen terme de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 1995-1999				
	Référence	Objectif (1999)	Réel	Commentaires
% des hommes âgés de 15 à 49 ans qui affirment avoir eu une uréthrite au cours des 12 derniers mois	Non disponible	Non défini	Non disponible	
5. VIH				
% des femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans testées pour le VIH dans les centres prénatals qui sont séropositives	2,1 % (étude à N'Djaména) 4,8 % ⁹¹	Non défini	6,87 % ⁹²	
B. Atténuation de l'impact				
% des personnes vivant avec le sida traitées par les services de santé sur le nombre total estimatif.	36 % (1993)	60 % (12 000 patients souffrant du sida censés bénéficier du projet)	non disponible	
% des personnes vivant avec le sida prises en charge au niveau communautaire par une ONG ou une OBC sur le nombre total estimatif.	non disponible	30 % (21 000 familles sont censées bénéficier du projet)	Plus de 30 000 familles ont bénéficié de l'assistance sociomédicale à base communautaire visant à atténuer l'impact du VIH/SIDA ⁹³ .	
% du nombre estimatif total d'orphelins ayant bénéficié des interventions du programme au cours des 12 derniers mois	non disponible	non défini 45 000 orphelins devraient profiter du projet	non disponible	

91 Données de la surveillance sentinelle 1999 pour Abéché, Bol, Bongor, Moundou, N'Djaména, Sarh.

92 Données de la surveillance sentinelle 2002 pour Abéché, Bol, Bongor, Moundou, N'Djaména, Sarh.

93 Rapport d'évaluation final (Ngarmig-Nig 2002).

Annex F: Commentaires de l'Emprunteur

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

REPUBLIQUE DU TCHAD
000000000
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE
000000000
PRIMATURE
000000000
MINISTÈRE DU PLAN DU DEVELOPPEMENT & DE LA COOPERATION
000000000
SECRETARIAT GÉNÉRAL
000000000

N^o 0037 __MPDC/SG/05

N'Djamena, le 14 janvier 2005

Le Ministre du Plan, du Développement et de la Coopération

A

M. ALAIN BARBU

Chef du Groupe d'Évaluation, Études Sectorielles et Thematiques et Programmes Mondiaux
Département de l'Évaluation Rétrospective des Opérations
Banque Mondiale Fax: (202) 522 3123
Washington, DC

Objet. *Observations sur le rapport dévaluation rétrospective PPLS1.*

J'ai l'honneur de vous faire parvenir nos observations sur le rapport d'évaluation rétrospective du PPL51 pour intégration dans la version définitive dudit rapport.

Vous en souhaitant une bonne réception, je vous prie d'agréer, l'expression de mes salutations distinguées.



MAHAMAT ALI HASSAN

Commentaires de l'Emprunteur

L'évaluation rétrospective ainsi faite du PPLS1 est pertinente et profonde dans son analyse qui a fait ressortir les efforts réalisés par le projet ainsi que sa bonne gestion et exécution,

En outre, elle est concordante à bien d'égards avec les résultats des deux précédentes évaluations, c'est-à-dire, celle faite par l'IDA et celle faite par la partie nationale en ce qui concerne la pertinence du projet et les résultats globalement satisfaisants du PPLS1, un projet pionnier à l'époque dans deux domaines complexes dans un environnement socio-culturel difficile comme celui du Tchad. La preuve est que le PPLS2 a été bâti sur les acquis et les leçons du PPLS1.

Deux acquis de taille du PPLS1 sont devenus des institutions perennes l'AMASOT et le FO5AP et continuent de s'affirmer davantage dans le cadre du PPLS2. L'évaluation des composantes PNLS/IST, MASOCOT et FOSAP n'appelle pas de commentaires particuliers, car jugées très satisfaisantes pour certaines et satisfaisantes pour d'autres.

En ce qui concerne la Composante Population dont les résultats sont jugés insatisfaisants, le présent rapport reconnaît lui-même par ailleurs qu'à l'époque du montage du projet, il n'existait pas de données fiables en la matière et qu'en conséquence les objectifs fixés étaient irréalistes.

Ceci devrait, par conséquent, nuancer le jugement porté sur cette composante car il était confirmé qu'au niveau des trois sous-composantes qui étaient le renforcement des capacités de la Division de la Population, l'appui à la diffusion de la Déclaration de la Politique de Population et les enquêtes et recherches, des résultats tangibles ont été obtenus par le PPLS1.

En outre, il faut relever que la baisse de la fécondité et du taux de croissance démographique ne peut résulter que d'un processus à long terme (comme signalé à l'annexe C) dont la base est jetée par le PPLS1. Donc fort logiquement, ce n'est pas en cinq ans qu'on peut amorcer la *baisse de la fécondité*.

OBSERVATIONS DETAILLÉES

Sigles et Abréviations

CERPOD :	Centre de Recherche sur la Population pour le Développement
CNPRH :	Commission Nationale de la Population et des Ressources Humaines
CRP :	Commission Régionale de la Population (si on se situe à partir de 2002). Avant 2002 (période du PPLS1), on parle deCPPRH : Commission Préfectorale de la Population et des Ressources Humaines (voir note de bas de page N° 29)
HCPRH :	Haut Conseil de la Population et des Ressources Humaines
PAIP :	Programme d'Action et d'Investissement prioritaire en matière de Population

Synthese Page IX

5.2 Il s'agit de la loi de 1920 et non de 1965.

Extrant et Effets par Objectif (page 13, 18, 19 et 25)

Le PPLS1 a également apporté un appui conséquent au service labo/sécurité transfusionnelle par l'achat de reactifs pour toutes les structures sanitaires nationales qualifiées en vue de prévenir la contamination par la voie sanguine notamment par la transfusion du sang.

4.4 : c) la préparation de 14 monographies cinq (5) analyses approfondies et sept (7) analyses regionales des données de l'EDS.

4.6: tandis que 15 projets intégrés (...) ont été exécutés par 15 CPPRH et non 14 CRPRH.

4.12 :le taux de croissance démographique réel est d'environ 3,1% et non 2,8%.

Note de bas de page 41. Source : Direction de la Coordination des Activités en matière de Population (et non département de la population) MPDC (et non MPC), 2004.

Page 18

(4.17) Composante PNLIS/IST : il faudrait aussi souligner l'apport du PPLS1 au service IST du PNLIS/IST par l'appui à la formation du personnel médical (plus de 2000) en prise en charge des IST et l'élaboration du guide de prise en charge des IST.

Pour ce qui est du diagnostic de l'infection à VIH, des efforts importants ont été consentis par le PPLS1 aussi bien pour renforcer les capacités techniques des laboratoires à travers le réseau national par le relèvement de leur plateau technique que pour l'approvisionnement en react ifs de depistage du VIH/SIDA et en consommables de laboratoire. Aussi, une « Unite IST/SIDA H a été creee et logée au sein du laboratoire de l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN) de N'Djamena afin de jouer le rôle de Centre de référence en matière de diagnostic de l'infection a VIH/SIDA,

Des chaînes Elisa ont été installées dans les hôpitaux de N'Djamena, Bongor, Moundou, Sarh et Abéché. Un appareil de comptage CD4 a été installé au Laboratoire de N'Djamena.

Page 25

4_30 Figure 9 - Ecrire plutôt N'Djamena, Moundou.

Historique et Contexte (page 1, 2 et 3)

- 1.2 : ... Et la moitié avec moins de 50 cents par jour : donner le chiffre réel. Le taux de mortalité juvénile était de 222‰ en 1993 et non en 2002. Le taux de mortalité maternelle est celui de l'EDST de 1996/1997.
 - 1-5 : La population du Tchad était d'environ 6.2 millions d'habitants et non 6.8.
 - 1.6: Encadré; préciser que ce sont des objectifs spécifiques résumés. Remplacer la loi de 1965 par la loi de 1920.
 - 1.7: En outre, les taux de mortalité infantile et juvénile étaient très élevés (soit 132‰ et 222‰, respectivement en 1993).
 - 1.8: Par ailleurs, un departement (nous entendons par département, un Ministère) avait à charge la recherche et l'analyse démographiques. Les structures chargées de cette activité étaient la Direction de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (DSEED) et la Division de la Population (DP) toutes deux relevant du Ministère du Plan et non ailleurs.
- Mission du HCPRH** ; (1) definir les grandes orientations en matière de politique de population ; (2) adopter les recommandations préparées par la Commission Nationale de la Population et des Ressources Humaines (CNPRH).

Exécution et Coûts (page 8, 9, 10 et 11)

- 3.3: Quant à l'enquête sur les migrations et ('urbanisation, elle a accusé de retard au départ, du fait de l'incapacité du FNUAP à mettre à disposition l'intégralité des ressources qu'il avait annoncées au départ. Le retard etait

aussi dû aussi à la restructuration du CERPOD dont l'appui technique a été perturbé.

- 3.4 : Dernière ligne: Mais la CNPRH a insisté pour maintenir le HCPRH sous la présidence du Chef de l'État au cours de sa réunion du 07 septembre 2001.
- 3.6 : la cellule de population... - promue tout d'abord au rang de division, puis de direction à part entière en 2002,
- 3.6 et 4.2 : Comme nous sommes dans le cadre de l'évaluation du PPLS1, il faut parler de Division de la Population en lieu et place de Département.
- 3.8: Il faudrait relever qu'il existait des tensions entre le dernier Coordonnateur du PNLS/TST et l'Assistant. Par contre, les chefs des services techniques du PNLS/IST (APMS, Labo/sécurité transfusionnelle, épidémiologie, IEC/Caravane des jeunes, IST, etc..) ont eux, été bien encadrés par l'Assistant Technique.

Conclusions et Leçons (page 30)

§ 6.3 : L'assertion selon laquelle «la limitation de la taille de la famille n'était pas réaliste non plus, compte tenu des tensions ethniques» n'est pas fondée car elle n'est pas vérifiable. Il serait judicieux d'enlever cette phrase.

§ 6.21 : Il s'agit plutôt de 24 indicateurs définitivement arrêtés dans le plan de suivi et évaluation du PPLS2 et non de 18.

Autres

Pour l'évaluation du PPLS1, il faut parler de Division de la Population en lieu et place de département de la population ou de direction.

Page 47 : Moundou/Département du Lac Wey/Region du Logone Occidental.

Page 48 : Bongor/Département du Mayo- Boneye/Region du Mayo-Kebbi Est.

Note de bas de page N° 70; d) la mise en oeuvre de la Politique de Population et non démographique