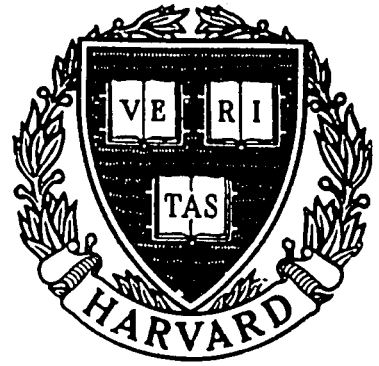


POPULATION ADVISOR PROJECT
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
N'DJAMENA, CHAD



FINAL REPORT

Submitted to the
Agency for International Development
N'Djamena, Chad
to the
Agency for International Development
Washington, D.C.
and to
REDSO/WCA

By
Leslie Leila Brandon M.S.W., M.P.H.
Population Advisor

May 26, 1989

FINAL REPORT

Submitted to the
Agency for International Development
N'Djamena, Chad

to the
Agency for International Development
Washington, D.C.

and to
REDSO/WCA

By
Leslie Leila Brandon M.S.W., M.P.H.
Population Advisor

May 26, 1989

ACKNOWLEDGEMENTS

A successful project is never the effort of just one person - it takes a cohesive and committed team to make it work. I was very fortunate not only to be a part of several different teams but to have the support of many people who really cared about the success of the first family planning project in Chad. I owe each of them my deepest appreciation and thank them for their generosity and persistent commitment to Chad and to family planning. The following institutions and individuals are:

1. The Agency for International Development/N'Djamena

- a) Mrs. Diane Blane: My supervisor at USAID and the one person who should take the credit for making the project work. Without her loyalty, commitment and encouragement the project would have encountered endless obstacles.
- b) Mr. Bernie Wilder: The USAID representative whose commitment to family planning issues helped make the project successful.
- c) Mr. John Woods: Deep appreciation for all his support and wisdom in the beginning of the project as the USAID representative.

2. The Agency for International Development/Population Division/Washington, D.C.

- a) Mrs. Sarah Clarke: A great woman of vision who had the right ideas for Chad. Deep appreciation to her and the leadership at AID for providing so many project resources funded through the Sahel Project Initiatives Project. It was by maximizing those available resources that Chad could launch its first family planning project!

3. Ministry of Public Health/N'Djamena

- a) Minister Kotiga Guerina: A warm and compassionate man whose leadership patience and sense of humor made the Ministry of Public Health a wonderful place in which to work.
- b) Mr. Hamid Moussaye, Secretary of State: A kind and helpful leader who always cared about the project and its future.
- c) Dr. Yankalbe Matchock Mahouri, Director General: With deep appreciation for all the assistance and support given to the project.

4. Ministry of Social Affairs and Women's Promotion

- a) Minister Ruth Romba: Deep appreciation to a strong leader who was always supportive and provided excellent advice and guidance in special issues relating to the project.

5. Cotontchad

- a) Mr. Bambe Damsala: My friend and indirect "mentor". With deep appreciation for all his encouragement during the life of the project.

6. American Embassy in Chad

- a) Ambassador John Blane: A great leader, caring diplomat and expert on Chad who always understood what we were doing and who supported and encouraged us to succeed.

7. To UNFPA, IPPF/Africa and the Options Project for their generous financial contributions towards the conference. Thanks is also extended to each of the donors that sponsored participants to the conference. All of their efforts helped to make the conference a success.

8. Chadian Organizing Committee: A dynamic group who became the leading voice for family planning. Great hope that each of them will continue to contribute towards the institutionalization of the program in Chad.

9. The Harvard Institute for International Development

- a) Dr. Dwight Perkins: Whose encouragement and kind words sustained me in Chad.
- b) Dr. Albert Henn: A great leader and man of vision who had confidence in my ability and had unfailing trust in my judgement and without whose support the project could never have been as successful.
- c) Dr. Theo Lippeveld: My supervisor in Chad whose loyalty, encouragement and dedication could be counted on at all times - a good and honest team leader who kept us going even during the difficult times!
- d) Ms. Kristan Schoultz: An invaluable anchor person who made sure that all of our needs in the field were met and who always provided positive feedback and encouragement.

- e) Mr. Drew Factor: A kind, warm and reliable anchor person who contributed greatly to the project through his commitment and unfailing loyalty.
- f) To all other HIID staff who so diligently provided back-up service to the project - Pat, Janet, Chris, John. I thank each of you for helping to make the effort so worthwhile.

Leslie Leila Brandon
Population Advisor
1986-1988
N'Djamena, Chad

TABLE OF CONTENTS

	<u>page</u>
Acknowledgements	i
Table of Contents	v
Introduction	1
Project Activities - Rationale and Analysis	3
I. Law and Policy (Buy-in to Options Project)	3
II. Training Activities in Family Planning	4
III. Contraceptive Procurement	5
IV. Demographic Data Collection and Analysis	7
A. First Demographic Survey in Chad	
B. Columbia University's Operations Research Project	
V. The Role of the International Planned Parenthood Federation in Chad	8
A. Background	
B. The Development of a Chadian Family Planning Association	
VI. First International Family Planning Conference in Chad, October 15-21, 1988, N'Djamena	9
A. Background	
B. Institutionalizing the Conference Planning Process	
C. Significant Events of the Conference	
D. Major Outcomes of the Conference	
VII. Conclusions and Recommendations	12
Appendices	
1. Proposal for New Contraception Legislation in Chad	
2. Family Planning Training Program	
3. Family Planning Survey, N'Djamena, Chad, August, 1988	
4. The Role of the Private Sector in Family Planning in Chad. Presentation by Dr. Djig-Djag, Member of the National Advisory Council of Chad	
5. International Family Planning Conference, N'Djamena, October 15-21, 1988	

INTRODUCTION

At the end of November 1986 the first Population Advisor to the Ministry of Public Health and the USAID mission was recruited by the Harvard Institute for International Development through funds from the AID Sahel Population Initiatives Project. This two year Population Project was added on to HIID's Health Planning Restoration Project through a limited scope grant agreement between USAID and the Government of Chad's Ministry of Foreign Affairs and Cooperation. This project, with a financing of \$200,000 over two years, called for the development, implementation and evaluation of population/family planning activities in ways which were compatible with the culture, resources and reconstruction objectives of the country.

From the outset it was the affiliation with Harvard University that helped expedite the Population Advisor's integration into the Ministry of Public Health. She was the last member of the team to arrive in Chad (a year after the initial 3 members of the Health Planning Project) and because of Harvard's presence at the MOPH, she was immediately given an office across from that of the Director General's and accepted readily by all other staff.

Because of the political nature of a family planning project and the potential for misunderstandings having an office at the MOPH and sharing it with other Chadian colleagues allowed the project to move forward without delay. There were daily discussions and meetings with staff from all ministries and institutions so that from the outset of the project the Chadians were completely informed about the project. This could never have been gained had the Population Advisor only worked out of the USAID mission.

USAID also provided the Population Advisor a second office which was used in the afternoons when the MOPH was closed. The experience in Chad clearly demonstrated that having had access to the Chadians as forums for discussion and the Americans for resources undoubtedly helped expedite the project. This project could not have worked without access to both systems on a daily basis.

During the first few months of observation, discussions and analyses on Chad's health situation, it became apparent that there was an informal demand and interest for family planning services but very little understanding about how to develop and institutionalize such a project. It became apparent that the HIID/USAID Family Planning Project would make a valuable contribution to Chadian society first by virtue of its newness in this field and secondly by being in the position of establishing a framework for law and policy to be followed by developing potential institutional capabilities to integrate the service

aspects of family planning with the national maternal and child health program through a series of strategies and activities.

In discussions with the Director General of the MOPH it was agreed that the principal areas of concentration that would lead to an explicit family planning policy included activities in:

1. Law and Policy
2. Training
3. Demographic Data Collection and Analysis
4. Information, Education and Communication
5. Contraceptive Procurement
6. Chadian Family Planning Association
7. First International Family Planning Conference

It was fortunate that during the two years that the Population Advisor spent in Chad there were additional resources through the Sahel Population Initiatives Project and through centrally-funded projects. By tapping into these resources the Population Advisor maximized available funding that would support each of the above-mentioned activities. During the two years she brought over one million dollars worth of project activities into Chad, while providing 250 Chadians with short-term training in the various aspects of family planning.

PROJECT ACTIVITIES - RATIONALE AND ANALYSIS

I. Law and Policy (Buy-in to the Options Project)

In 1986 the Director General of the Ministry of Public Health requested technical assistance in helping to draft replacement legislation for Chad's Pharmacy Law No. 28 of 1965, where articles 95 through 100 forbade the use, distribution and advertisement of contraceptives. He felt a need to be cautious and insisted that before any service activities could begin in family planning the law needed to be repealed.

This strong insistence on changing the law before USAID could import contraceptives was, and remained, a top priority for the family planning project and all training activities during the first year of the project revolved around this request.

In mid-1987 a consultant from the Options Project spent three weeks in N'Djamena researching the legal situation with regard to changing the 1965 law. A document was prepared entitled, "Review of the Legal Situation in Chad Regarding Contraception," which described the legal mechanisms to repeal the law in Chad. Unfortunately, the first report did not address the Government's request and a second report was requested. This second report was also rejected by REDSO, the mission and the GOC.

The delay in waiting for the draft legislation contributed greatly to the loss of all political momentum gained during the first 10 months of the project. In-country, family planning activities would not be permitted, nor would the importation of contraceptives, without the draft of the new legislation.

The most disappointing and significant loss due to the delay in waiting for the new draft was the cancellation of the proposed seminar on Law and Policy planned and approved by the MOPH during the first year following the drafting of the new law. Instead, it was proposed that both seminars (the second one entitled "Family Health and Child Spacing" aimed at managers, administrators and clinicians) be integrated into one conference. We had thus lost the opportunity of focusing the fundamental issues involved in developing a strategic seminar on Population Law and Policy - an important and basic step in developing policy formulation for family planning and health care in general.

A third and final document was finally prepared by the Population Advisor at the request of REDSO/West entitled "Proposal to Change Chadian Laws Concerning Contraception." This document was edited and approved by the Ministries of Justice and Public Health and is presently at the Council of Ministers awaiting the

President's signature (President Habre presides over the Council of Ministers).

See Appendix I for a copy of the final version of the replacement legislation.

II. Training Activities in Family Planning

During the first year all of the training activities in family planning were both short-term and out-of-country. The two principal study tours of up to 12 participants were sponsored by INTRAH and took place in several other African countries. The idea was to expose Chadians to other health systems and through observation and discussion become sensitized to the health benefits of a child spacing program to help reduce Chad's high infant and maternal mortality rates.

The significant point of all training activities was the selection of the participants. From the outset of the project the goal was to introduce family planning as a concept and practice that touched on all sectors of Chadian society, not just health. Therefore, building up a team of participants had to include representatives from all relevant ministries and institutions. The planning stages of the project set the stage for coalition-building of potential family planning advocates, many of whom continued to participate in training activities at different stages of the project until the International Conference (2 years later).

Training activities were generally aimed at promoting or politicizing, sensitizing and educating Chadians to the principles of family planning and its implications for national development to improve the health status of mothers, infants and children. Other topics included contraceptive technology, administrative and management issues, clinical skills development, service delivery and access to services, community participation, reproductive health issues, and curriculum development for the School of Public Health and Social Services.

In order to make participating in a training seminar a reality so that the Chadians would take the experience seriously and not see it as an opportunity to "go on vacation", a mandatory written report had to follow each training experience. It was also the Population Advisor's strategy to get the participants to begin thinking and writing about family planning in Chad. Many good ideas and fruitful discussions followed as a result of this effort.

As training activities progressed it became apparent that HIID/USAID's family planning project was the only project training Chadians in reproductive health care. Even though UNFPA's MCH/FP project had a lot of money for training, the administrator in charge of the project never spent any money on training the staff.

In fact, the HIID/USAID project not only trained most of the clinical staff at the Assiam Vamtou Center, but spent a lot of resources on the national director for MCH/FP who was appointed to the position in 1987 and who knew nothing about contraceptives nor family planning.

As the family planning project continued training staff through a variety of U.S. donor organizations, a cadre of professionals were learning about the clinical, administrative and socio-political aspects of the program. The project's short and long-term objectives included a series of strategies built on the attainment of each preceding activity. For example, training was and should always remain an on-going activity. It was felt that once the new law was in place, contraceptives would be imported and distributed and that those trained would become the emerging leaders as the government moved forward to introducing a national family planning program.

Efforts were also made early on in the project to train the Director of the School of Public Health and Social Services to develop the recognition for the need to introduce a curriculum in family planning during each of the three years for nurses, midwives and social workers.

The adoption and integration of family planning into MCH activities is usually a major problem due to the lack of motivation and training of health workers. Unfortunately, in Francophone Africa family planning remains a specialized technical addition to clinical practice and it is never taught as a "complete fit" into the notion of comprehensive family health care. Hopefully this potential obstacle will be overcome in Chad.

At the end of the project (2 years) there were 250 Chadians trained in short-term family planning courses. See Appendix II for the official list of trainees by name, sponsoring organizations, subject and country.

The principal organizations responsible for family planning training activities in Chad during 1986-1988 were:

1. INTRAH
2. JHPIEGO/Morocco, Senegal, Baltimore
3. CEDPA
4. Columbia University/Abidjan
5. CAFS
6. UNFPA/Mauritius

III. Contraceptive Procurement

In mid-1987 the mission requested technical assistance from Family Planning International Assistance (FPIA) to help the

Population Advisor and the Ministry of Health analyze and forecast the contraceptive requirements for Chad. FPIA sent an expert to N'Djamena for one week to conduct this analysis. The MOPH asked USAID not to order contraceptives until the new legislation was drafted, but planning could begin for the future use of contraceptives. A report was prepared by the consultant based on Chad's need for contraceptives.

While waiting for the delayed legislation, the mission requested that John Snow International (JSI) schedule Chad for a visit in 1988. The Population Advisor was sure that the contraceptives would be obtained by 1988 and thus anticipated needing technical assistance to develop a logistical system to analyze, forecast and store the contraceptives, as well as to develop a reliable inventory maintenance system.

When it became apparent that the legislation was not ready by early 1988, JSI cancelled its Chad visit and informed the mission to reschedule again when the contraceptives were in Chad, the GOC was amenable to their distribution, and the new legislation was in place.

By late 1987 the newly appointed Minister of Health decided that waiting for the new legislation to be approved would unnecessarily delay the implementation of family planning services. He therefore encouraged USAID to order contraceptives and to distribute them to the health centers in N'Djamena. He also encouraged the development of a project that would measure the demand for family planning services at specific health centers in N'Djamena. This conversation was followed by an official letter from the Ministry of Plan and Cooperation to the USAID representatives authorizing the ordering of USAID's contraceptives.

The Population Advisor, in conference with the Director of the Pharmacy of Social Affairs and of the National AIDS Project, designed a contraceptive mix for Chad. The condom orders for family planning and AIDS were well-coordinated to assure size and color for Chadian taste and acceptability.

USAID/Washington, through FPIA, donated \$100,000 worth of contraceptives to Chad. The mix included condoms, IUDs, pills (mini and regular) and vaginal tablets. The Population Advisor had discussed the need to introduce Depo-Provera through UNFPA's project. This request needs to be activated once a well organized system is developed and managed for the distribution of contraceptives.

The contraceptives arrived in Chad in October 1988 shortly after the appointment of a third minister of public health. At that time there was also a new health officer at USAID so it was agreed that everyone would wait until the outcomes of the First International Family Planning Conference were made public before

initiating any action on the distribution of contraceptives. It was agreed that such follow-up would take place between the USAID representative and the Minister of Public Health.

The last step in "institutionalizing" contraceptives in Chad is to have them added to Chad's essential list of medicines. They will then be accepted as a basic commodity for primary health care.

IV. Demographic Data Collection and Analysis

A. First Demographic Survey in Chad

In 1987 an agreement was reached between the U.S. Bureau of the Census, the World Bank and the Government of Chad to undertake a demographic survey of Chad. USAID contributed \$110,000 through the Sahel Population Initiatives Project for training of Chadian personnel and preparation for the terms of reference. The Population Advisor's role in the project initially was that of coordinator and expeditor. It would change once the data collection began because this project was seen as an important contributor to the collection of morbidity, mortality and fertility data essential to health and population planning programs.

By 1988 the idea of a demographic survey was changed to a census and all activities were delayed. The Population Advisor left Chad before any further action had been taken on this project.

B. Columbia University's Operation Research Project

Several months after the arrival of the Population Advisor to N'Djamena the mission requested technical assistance from Columbia University's OR project to collect some fertility data that could begin measuring the attitudes and demand for family planning services in N'Djamena. The mission's request was accepted for 1988.

The general objective of the project was to study current contraceptive practices and measure the demand for family planning services in selected health and social centers in N'Djamena from a population of 1,200 women of reproductive age.

The outcomes of the study would be presented at the International Family Planning Conference and would hopefully be used to develop appropriate socio-cultural strategies in instituting a national family planning program.

The significance of this first OR study of its kind in Chad was a first attempt to collect morbidity and mortality data as it correlates with family planning variables as well as to provide an

analysis of actual utilization patterns of women in reproductive ages attending selective health and social centers in N'Djamena. The value of this data is limitless, but it should be used by those planners and administrators designing appropriate health and family planning services for women in reproductive ages.

See Appendix III for copy of first OR research study entitled "Enquête Sur le Bien-Etre Familial à N'Djamena," August 1988.

V. The Role of the International Planned Parenthood Federation in Chad

A. Background

In early 1987 contact was made with IPPF/Africa Region to begin exploring the possibility of technical assistance to develop a protocol to establish an IPPF affiliate in Chad.

In late 1987 an IPPF representative spent one week in N'Djamena discussing the requirements for organizing a Chadian Family Planning Association. The Chadian counterpart for all discussions was Dr. Djig-Djag of the National Consultative Council (CNC) as well as the Minister and Director General of the Ministry of Public Health. It was agreed that a provisional committee of volunteers, with official approval from the Minister of Public Health, would become the interim Family Planning Committee for the future development of a Chadian Family Planning Association.

This visit marked IPPF's first official visit to Chad. It was also agreed that beginning in 1988 IPPF would earmark \$46,000 for family planning activities in Chad.

B. The Development of a Chadian Family Planning Association

1. In mid-1988 IPPF sponsored Dr. Djig-Djag to a regional meeting in Kenya to orient him to IPPF policies and to review his draft of Chad's constitution to become an IPPF affiliate.

2. In mid-1988 IPPF agreed to contribute the \$46,000 earmarked for Chad's family planning activities to the conference. Over half the amount was spent on audio-visual equipment for the MOPH, as well as on educational materials for the conference.

3. Significant presentations were made at the conference by the IPPF representative and Dr. Djig-Djag. Dr. Djig-Djag's presentation is included as Appendix IV of this report because it is the official version of Chad's constitution to become an IPPF affiliate.

Much has been written about the importance of private enterprise in health and family planning. Family Planning Associations have been known to enhance the credibility of family planning in Africa by working with voluntary organizations and governments. Therefore given such structural problems in Chad's health care system as inadequate trained personnel, inadequate resources, insufficient service delivery clinics, policy bottlenecks, and so forth, it is worth encouraging the development of a Chadian Family Planning Association as an alternative to family planning service delivery in the public sector.

Family planning services constitute a preventive demand on curative-oriented health services delivery systems and it is possible (as already seen in Benin, Botswana, Ghana, Kenya, Mauritius and Zimbabwe) that the ill patients will take priority and family planning cases will be pushed into the background. Therefore, it was foreseen from the beginning of the project that a public sector alternative should be encouraged and developed through an IPPF affiliate in Chad to help prevent a potential bottleneck in service delivery once the demand for family planning is tapped.

Lastly, by becoming an IPPF affiliate and joining the family planning movement in Africa and the world, Chad can legitimize its effort to provide credibility and resources towards the promotion of its population's well-being.

VI. First International Family Planning Conference in Chad, October 15-21, 1988 N'Djamena

A. Background

In mid-1987 USAID received \$70,000 to sponsor two seminars in N'Djamena through a buy-in to the Options Project. There was to be 1) a Symposium on Law and Population and 2) an International Seminar on Family Health and Child Spacing. The Symposium on Law and Population was planned to follow submission of the new draft replacing Chad's Pharmacy Law of 1965. Due to unforeseen delays in the process of drafting the replacement legislation, the Director General of the MOPH recommended combining both seminars into one.

B. Institutionalizing the Conference Planning Process

During 1987 a large number of Chadians representing different sectors of the government and religious institutions were trained in family planning and shared a general perspective regarding its effectiveness and benefits to Chadian society. A somewhat educated/informed constituency was in the process of developing and the momentum was building up in anticipation of a first

International Family Planning Conference to be held in N'Djamena with the contribution coming from many of the trainees themselves.

Throughout this process there remained an ongoing obstacle which was that the MOPH was not assigning a homologue to the project. In lieu of this problem, the Population Advisor saw the need to develop an alternative strategy to assure that family planning concepts became legitimized in as many other ministries and institutions of the country. There was also a need to develop an infrastructure that could sustain all previous work invested in training and policy relating to family planning issues.

The idea of creating an Inter-Ministerial Committee was thus born and institutionalized. Membership on this committee included 24 people (23 Chadians, 1 American) representing seven ministries, the Islamic Council, the Private Sector, one NGO, the National Consultative Council (CNC) and the political movement (UNIR).

This committee, or key members on it, will probably provide the leadership for family planning projects and activities in the future. For example, they could become the provisional committee for the Chadian Family Planning Association.

C. Significant Events of the Conference

1. For the first time 27 Chadians presented papers on different perspectives of population family planning issued without yet having an operational service delivery program - a fact that sets a precedent for Africa!

2. President Hissein Habre offered the Cite D'Afrique (his private conference compound with private villas for the international visitors) for the duration of the conference. The Cite D'Afrique is usually reserved for hosting visiting Presidents and dignitaries in Chad. This was the first time such an offer was made to a non-presidential delegation. However, due to the visit of the Congolese president during the week of the Conference, the alternative site used was the amphitheater of the Islamic Mosque.

The significance of the President's offer can certainly be interpreted as his having sanctioned the concept of Family Planning for Chad.

3. Chadian conference participants had an opportunity to meet international experts from Africa, the USA and Europe attending the conference and to discuss more global perspectives in family planning. The conference served as a forum for exchanging views and learning about the mistakes made in other programs and countries.

D. Major Outcomes of the Conference

1. Development of a family planning policy that is concerned with Chad's ethnic, socio-cultural and religious diversity.

2. Establishment of a national family planning program as an integral component of the Maternal and Child Health Program (MCH).

3. Abrogation and repeal of Chad's Pharmacy Law of 1965 making the sale, distribution and advertisement of contraceptives illegal.

4. Collaboration between the public and private sectors to ensure the development of a family planning program and the creation of a Chadian Family Planning Association.

5. In addition to the four major outcomes listed above, the process of the conference was "produced" by the Chadians themselves. Even though the Population Advisor and the Director General of the MOPH provided the overall leadership, all the programmatic and logistical issues were planned by a Conference Organizing Committee while a Conference Editing Committee edited and provided valuable feedback on all the presentations.

6. These initial efforts to develop early on in the project strong linkages with representatives from different government and non-governmental institutions established a firm structure that could serve as the foundation for an effective policy-making body for family planning issues as new objectives and goals are developed. This group had spent over one year collaborating on family planning concepts that could be introduced in Chad given the particular socio-cultural practices of the Chadian society. For example, once it was agreed that "Bien-Etre Familial" was Chad's definition of family planning, it was amazing how rapidly this phrase was introduced to all health-related issues. In fact, the Population Advisor noted that in two years the government had gone from a zero level of family planning dialogue to one hundred percent. By the end of two years, all the media (TV, radio, press) were writing and discussing the need and advantages of family planning in Chad.

7. The development of Chad's first family planning poster (printed by Impact in Washington, D.C. and designed by the Chadians) began to be recognized by the population of N'Djamena as its logo portrayed a "happy" and "healthy" family of 4 well-spaced children with their parents. The mission requested an additional 2500 posters after the conference due to the demand by government ministries to have these distributed at all health and social centers throughout the country.

8. For the first time ever, and by hosting an international family planning conference, Chad was included into the family planning network of nations. It was no longer isolated. This was

seen quickly following the conference as many donor organizations requested Chadian candidates to attend other conferences and training activities.

9. The conference provided each Chadian participant (200) with reference materials on each topic discussed. The Population Advisor had spent the last year collecting these materials from family planning organizations so that each participant could collect a sizeable reference library in family planning. Each presentation was also printed professionally and distributed during the conference.

10. Of the 46 presenters in the conference, 27 of these were Chadian. This collaboration between the Chadian presenters and the international experts provided a forum of pride and a willing exchange of experiences and information. The Chadian presenters also felt a strong sense of "ownership" in how family planning would develop in Chad.

11. The Conference proceedings and speeches were all published in a book to preserve the historical and timely event of this first family planning conference in Chad.

12. The press, TV and radio covered this conference before, during and after the event. In fact, Info-Tchad, a bi-weekly journal, as well as Al-Watan, a weekly newspaper, began reprinting selected topics presented at the conference for all to read.

Please refer to Appendix V for a complete summary of major outcomes of the conference, conference program and a list of conference participants.

VII. Conclusions and Recommendations

1. The HIID/USAID family planning project was unquestionably a success and all objectives (plus more) were accomplished. The outcomes of the first family planning conference legitimized the need, desire and acceptability for family planning as part of maternal and child health care - a health rationale and not a demographic rationale. At the end of the project there was a very strong momentum to move quickly and institute family planning services.

2. The project instituted a wide-range of activities which helped to build support for the project's goals, as well as to develop a viable coalition of family planning advocates across all sectors of the government and its institutions.

3. However, the needs and timing of the project have now changed and new strategies will require implementation by creative managers and administrators. For example, in instituting a family

planning service delivery system, more effort will be needed in in-depth programmatic development and not a series of short-term projects.

4. Early on, it became obvious that the MOPH should assign a technical homologue to work with the Population Advisor on a day-to-day basis. There was a need to ensure the process of administrative institutionalization and sustainability of the project because all responsibility and operation of the work was done by the Population Advisor. The issue was raised and discussed a number of times with MOPH officials, but no one was officially appointed.

This lack of a real Chadian homologue weakened the project's achievements. This omission became evident when the Population Advisor was coming to the end of her contract and there was not any one person at the MOPH who could maintain the momentum of the project.

The appointment of a Chadian homologue must become a priority to USAID's future work on family planning, otherwise institutionalizing the project remains questionable.

5. In addition to appointing a family planning project homologue, at the "Direction Generale" at the MOPH, there has also been a demonstrated need to develop an administrative infrastructure either at the MOPH or as an Inter-Ministerial Council (with operational specialized sub-committees) to oversee the management and administration of a national family planning program in Chad.

This official committee's mandate would be to oversee, monitor and assure the effective implementation of the program's goals. Secondly, there must be built-in safeguards to assure that the decision-making process remains decentralized as well as to prevent potential backslashing from blocking the program's progress.

6. Lastly, it is hoped that Chad's new legislation will be signed soon so that family planning activities can proceed without encountering any further legislative obstacles.

POPULATION ADVISOR PROJECT

APPENDIX I

**Proposal for New Contraception Legislation
in Chad**

Final Report, May 1989

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT D'ETAT
DIRECTION GENERALE

UNITE TRAVAIL PROGRES
=====

PROJET DE DECRET PORTANT APPLICATION DE
L'ORDONNANCE N° _____ DU _____ MODIFIANT
LA LOI N° 28 DU 29 DECEMBRE 1965 ORGANISANT
L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,
CHIEF DE L'ETAT
PRESIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES.

VU L'ACTE FONDAMENTAL DE LA REPUBLIQUE,

VU LE DECRET N° 025/P-CE/SGCE/82 DU 18 OCTOBRE 1982, PORTANT
PUBLICATION DE L'ACTE FONDAMENTAL DE LA REPUBLIQUE,

VU LES DECRETS N° 144/PR/CPB/87 DU 10 AOUT 1987
N° 136/PR/CPB/87 DU 14 AOUT 1988 PORTANT
REMANIEMENTS MINISTERIELS,

VU L'ORDONNANCE N° _____ DU _____ 1988 MODIFIANT LA LOI
N° 28 DU 29 DECEMBRE 1965 ORGANISANT L'EXERCICE DE LA
PHARMACIE

SUR PROPOSITION DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

LE CONSEIL DES MINISTRES ENTENDU EN SA SEANCE DU _____

----- DECRETE -----

CHAPITRE PREMIER : DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1^{er} / - LA CONTRACEPTION EST UNE ACTION DESTINEE A CONTROLER VOLONTAIREMENT LA FECONDITE; PAR L'UTILISATION DES METHODES NATURELLES, MEDICALES OU CHIRURGICALES.

LA CONTRACEPTION EST SOIT REVERSIBLES, SOIT IRREVERSIBLE

ARTICLE 2^o / - L'UTILISATION DES METHODES MODERNES DE CONTRACEPTION EST AUTORISEE SUR TOUTE L'ETENDUE DU TERRITOIRE DE LA REPUBLIQUE DU TCHAD.

CHAPITRE II : LA DELIVRANCE, L'UTILISATION ET LA PRESTATION DES CONTRACEPTIFS

ARTICLE 3 / - EXCEPTION FAITE POUR LE DELIVRANCE EN VUE DES USAGES MEDICAUX OU PAR DEROGATION EXPRESSE DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE, LES CONTRACEPTIFS DE LA DEUXIEME CLASSE AINSI CONSIDERES COMME MEDICAMENTS; NE PEUVENT ETRE DELIVRES QUE SUR DEMANDE ECRITE COMPORTANT L'ADRESSE COMPLETE DU DEMANDEUR.

CELUI-CI DOIT PAR CONSEQUENT REMPLIR LES CONDITIONS NECESSAIRES A L'UTILISATION DES TYPES DE METHODES CONTRACEPTIVES CONSIDEREES.

ARTICLE 4 / - SAUF EN CAS DE CONTRE-INDICATION MEDICALE, LE DROIT D'UTILISER LES METHODES CONTRACEPTIVES REVERSIBLES MODERNES EST ACCORDE A :

- TOUTE PERSONNE AYANT ATTEINT LA MAJORITE;
- TOUTE PERSONNE MINEURE AYANT L'AUTORISATION DE SES PERE ET MERE OU DE SON TUTEUR;
- TOUTE PERSONNE HANDICAPEE MENTALE, SUR DEMANDE DE SON REPRESENTANT LEGAL OU AVEC L'ACCORD MEDICAL.

ARTICLE 5 / - L'UTILISATION DES METHODES IRREVERSIBLES OU CHIRURGICALES NE PEUT ETRE ACCORDEE QUE :

- AUX FEMMES DE PLUS DE 35 ANS AYANT OU MOINS CINQ (5) ENFANTS VIVANTS;
- AUX FEMMES DONT LA VIE POURRAIT ETRE MENACEE PAR UNE AUTRE GROSSESSE;
- AUX HOMMES AYANT AU MOINS CINQ (5) ENFANTS VIVANTS.

L'UTILISATION DES METHODES IRREVERSIBLES NECESSITE LE CONSENTEMENT ECRIT DE L'INDIVIDU SAUF LE CAS DE LA FEMME DONT LA VIE POURRAIT ETRE COMPROMISE PAR UNE NOUVELLE GROSSESSE.

- ARTICLE 6 / - L'UTILISATION DES METHODES IRREVERSIBLES OU STERILISATION PAR DES PERSONNES MARIEES EXIGE L'ACCORD ECRIT DU CONJOINT.
- ARTICLE 7 / - LES GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS SONT AUTORISES A FOURNIR TOUTES LES METHODES DE CONTRACEPTION
- ARTICLE 8 / - LE PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL EST AUTORISE A FOURNIR LES METHODES REVERSIBLES ET IRREVERSIBLES CI-APRES :
- METHODES HORMONALES, ORALES ET INJECTABLES;
 - LES DISPOSITIFS UTERINS;
 - LA CONTRACEPTION CHIRURGICALE (LIGATURE TUBAIRE)
- ARTICLE 9 / - LES CONTRACEPTIFS ORAUX ET INJECTABLES PEUVENT ETRE PROSCRITS PAR :
- LES MEDECINS;
 - LES SAGES-FEMMES;
 - TECHNICIENS MEDICAUX, LES ASSISTANTS SANITAIRES ET LES INFIRMIERES DIPLOMES QUI ONT RECU UNE FORMATION CONVENABLE.
- ARTICLE 10 / - LES MEDECINS, TECHNICIENS MEDICAUX, SAGES-FEMMES, INFIRMIERS ET INFIRMIERES DIPLOMES PEUVENT PRESCRIRE ET INSERER DES APPAREILS INTRA-UTERINS POURVU QU'ILS AIENT RECU UNE FORMATION CONVENABLE.
- ARTICLE 11 / - LES METHODES CONTRACEPTIVES DE LA PREMIERE CLASSE OU METHODES "BARRIERES" AINSI QUE LES PILLULES CONTRACEPTIVES NE SONT PAS L'OBJET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES.

CHAPITRE III : DISPOSITIONS SPECIALES

- ARTICLE 12 / - L'IMPORTATION DES CONTRACEPTIFS DE LA DERNIERE CLASSE EST FORMELLEMENT INTERDITE A TOUTE PERSONNE, PHYSIQUE OU MORALE N'AYANT PAS LE TITRE D'IMPORTATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES.
- ARTICLE 13 / - LA CONTRACEPTION CHIRURGICALE NE PEUT ETRE EFFECTUEE QUE DANS LES SEULES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET DES MATERNITES DOTES DE BLOCS OPERATOIRES.
- ARTICLE 14 / - LES ETABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES HABILITES A VENDRE LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ONT QUALITE POUR VENDRE LES MOYENS CONTRACEPTIFS.

TOUTEFOIS, LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
PRECISERA PAR ARRETE LES LIEUX DE VENTE AUTRES QUE
CEUX EXISTANTS, AINSI QUE LES CENTRES OU LIEUX DE
PRESTATION DES MOYENS CONTRACEPTIFS.

CHAPITRE IV : DE LA PUBLICITE DES METHODES CONTRACEPTIVES

- ARTICLE 15/ - LA PUBLICITE DES METHODES CONTRACEPTIVES PEUT ETRE
FAITE PAR TOUT MOYEN D'INFORMATION: REUNIONS,
PRISES DE CONTACT DANS LES VILLES ET VILLAGES,
SENSIBILISATION, EMISSIONS RADIOPHONIQUES OU
TELEVISEES, PROJECTIONS DE FILMS.
- ARTICLE 16/ - TOUTE PUBLICITE OU PROPAGANDE DE NATURE A
ENCOURAGER LA STERILITE EST INTERDITE.
- ARTICLE 17/ - LES MINISTRES DE LA SANTE PUBLIQUE, DES AFFAIRES
SOCIALES ET DE LA PROMOTION FEMININE PRENDRONT
CONJOINTEMENT DES MESURES NECESSAIRES POUR ASSURER
LA DIFFUSION ET LA DIVULGATION DES INFORMATIONS
SUR LES TYPES DE CONTRACEPTIFS.

CHAPITRE V : DISPOSITIONS FINALES

- ARTICLE 18/ - SERA PUNI DE SIX (6) MOIS A DEUX (2) ANS
D'EMPRISONNEMENT ET D'UNE AMENDE DE 100.000 A
1.000.000 FRF CFA TOUTE PERSONNE PHYSIQUE AUTEUR
D'INFRACTIONS PREVUES AUX ARTICLES 12, 13 ET 16 DU
PRESENT DECRET. LORSQUE L'AUTEUR DE CES
INFRACTIONS EST UNE PERSONNE MORALE, ELLE SERA
PUNIE D'UNE AMENDE DE 500.000 A 2.000.000 FRF CFA.
- ARTICLE 19/ - LA VENTE DES MOYENS CONTRACEPTIFS PAR DES
PERSONNES NON-AUTORISEES OU LEUR PRESTATION DANS
LES LIEUX NON INDiques SONT PUNIES DES PEINES
PREVUES A L'ARTICLE 18 SUIVANT LES CAS.
- TOUTEFOIS, LES DISPOSITIONS DU PRESENT ARTICLE NE
S'APPLIQUENT PAS A LA VENTE DES PILULES
CONTRACEPTIVES.
- ARTICLE 20/ - SERONT PUNIS DE TROIS (3) A SIX (6) MOIS
D'EMPRISONNEMENT ET D'UNE AMENDE DE 50.000 A
100.000 FRF CFA.
- TOUS CEUX QUI N'ONT PAS QUALITE POUR
PRESCRIRE OU FOURNIR LES MOYENS CONTRACEPTIFS DE
DEUXIEME CLASSE ET QUI L'AURONT FAIT;

- TOUS CEUX QUI AURONT PRESCRIT A DES PERSONNES N'AYANT PAS REMPLI LES CONDITIONS D'ACQUISITION ET D'UTILISATION DES MOYENS DE CONTRACEPTION DE LA DEUXIEME CLASSE.

ARTICLE 20/ - LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE, LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA PROMOTION FEMININE, ET LE MINISTRE DE LA JUSTICE SONT CHARGES CHACUN EN CE QUI LE CONCERNE DE L'EXECUTION DU PRESENT DECRET.

ARTICLE 21/ - LE PRESENT DECRET QUI PREND EFFET A COMPTER DE LA DATE DE SA SIGNATURE SERA ENREGISTRE, PUBLIE AU JOURNAL OFFICIEL ET COMMUNIQUE PARTOUT OU BESOIN SERA.

FAIT A N'DJAMENA, LE

1988

POPULATION ADVISOR PROJECT

APPENDIX II
Family Planning Training Program

Final Report, May 1989

FORMATION EN PLANIFICATION FAMILIALE

ANNEE 1985 - 1988

N'DJAMENA, TCHAD

LESLIE LEILA BRANDON
CONSEILLERE EN SANTE FAMILIALE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
USAID/H. I. I. D.

FORMATION EN BIEN ETRE FAMILIAL
ANNEE 1985

<u>NOM ET PRENOM</u>	<u>ORGANISATION</u>	<u>STAGE/ CONFÉRENCE</u>	<u>VILLE/PAYS</u>
1. Dr. Haoua Kriga	JHPIEGO	Stérilité et M.S.T. Stérilité et M.S.T. Santé Reproductive pour les Adminis- trateurs.	Baltimore
2. Dr. Mahamat Pierre	JHPIEGO		Baltimore
3. Mr. Tahir Tidjani Mahamat	"		
4. Dr. Kabang Bande	"	Formation Clinique Santé Reproductive pour les Adminis- trateurs.	Maroc
5. Dr. Kono Noudjalbaye Tormal	"		
6. Mme Adoum Roumane	"	Stérilité et M.S.T. Stérilité et M.S.T.	Baltimore
7. Dr. Kodindo Grâce	"		Baltimore
8. Mme Achta Gossingar Tonel	"	Planning Familial Santé Reproductive	Baltimore
9. Dr. Farida Moussa Monique	"		
10. Dr. Saleh Abid	"	en Soins Santé Prim. Laparoscope	Baltimore Alexandrie (Egypte)

ANNEE 1986

<u>NOM ET PRENOM</u>	<u>ORGANISATION</u>	<u>STAGE/ CONFÉRENCE</u>	<u>VILLE/PAYS</u>
1. Dr. Djidina Mathias	O. M. S.	Séminaire Commu- nautaire sur le PF	Hararé
2. Mr. Allafoza Allatchimi	"		
3. Mme Roumane Adoum	"		
4. Mr. Abakar Sou	INTRAH	Evaluation en PF	Mauritanie
5. Mr. Idriss Banguita	"		
6. Mme Fatimé Avad	JHPIEGO	Planning Familial	Maroc
7. Mr. Batoul Digui Bichara	JHPIEGO		
8. Dr. Yankalbé P. Matchock	USAID	Santé Communautaire	Hawaï
9. Dr. Mariam Alladoumngué	JHPIEGO	Techniques en Nutrition	Baltimore
10. Mr. Bachar Bong Avada	"		
11. Mme Kadidja Saleh Rahamat	"	Laparoscopie	
12. Dr. Saleh Abid	"		
13. Mme Fatimé Marthe Koulassengar	"	Planning Familial	Maroc

FORMATION EN BIEN ETRE FAMILIAL
ANNEE 1987

<u>NOM ET PRENOM</u>	<u>ORGANISATION</u>	<u>STAGE/ CONFERENCE</u>	<u>VILLE/PAYS</u>
1. Mr. Adjid Oumar	INTRAH	Voyage d'Etudes PF	Sénégal
2. Mr. Taher Abderraman	"	"	"
3. Mr. Saradimadji Miguabaye	"	"	"
4. Mme Fatimé Avad	"	"	"
5. Mr. Abba Ali Khaya	"	"	"
6. Mme Monique Depor	"	"	"
7. Mr. Brahim Diguiri	"	"	"
8. Mr. Djitog Traotobaye	"	"	"
9. El Hadj Idjemi Cherif	"	"	"
10. Dr. Nahor N'Gavara Mamouth	"	"	"
11. Mr. Abakar Sou	"	"	"
12. Mr. Idriss Banguita	"	"	"
13. Dr. Abdallah Mht Ibrahim	JHPIEGO	LAPAROSCOPIE	Rabat, MAROC
14. Mr. Ouchar Idriss	"	"	"
15. Mme Fatimé Koulassengar	"	PLANNING FAMILIAL	Rabat, MAROC
16. Mme Fatimé Zara Djiddo	"	"	"
17. Dr. Mht Nour Abderahime	"	"	Sénégal
18. Mr. Assane Le Djekouba	"	"	Maroc
19. Mme Adoum Roumane	PathFinder	CEDPA	Washington, D.C.
20. Dr. Allaranger Yokouidé	"	"	"
21. Mr. Mahamat Adjid Oumar	INTRAH	CEDPA	Washington, D.C.
22. Dr. Demane Nana Mounda	"	Form. Clinique PF	Dakar, Sénégal
23. Dr. Haoua Kriga	INTRAH	"	"
24. Mme Fatimé Zara Djiddo	"	"	"
25. Mme Saadié Brahim	"	"	"
26. Mme NGardoum Diondé	"	"	"
27. Dr. Vourléné Kadougé	JHPIEGO	Form. Clinique PF	Dakar, Sénégal
28. Mr. Mahamat Adjid Oumar	INTRAH	Voyage d'Etudes PF	Maroc
29. Mr. Taher Abderraman	"	"	Maroc
30. Mr. Saradimadji Miguabaye	"	"	Maroc
31. Mme Fatimé Avad	"	"	"
32. Mr. Abba Ali Khaya	"	"	"
33. Mme Monique Depor	"	"	"
34. Mr. Brahim Diguiri	"	"	"
35. Mr. Nassingar Ouaye	"	"	"
36. El Hadj Idjemi Cherif	"	"	"
37. Dr. Nahor N'Gavara Mamouth	"	"	"
38. Mme Nicole Froud	"	"	"
39. Mr. Bahar Abakora Daoud	"	"	"
40. Mr. Assane Le Djekouba	JHPIEGO	Planning Familial	Maroc
41. Mme Housna Cheri	"	"	"
42. Mr. Mahamat Adjid Oumar	INTRAH	Comité Consultatif Technique Franco- phone (TAC) (28 Sept. au 9 Oct.)	Abidjan

FORMATION EN BIEN ETRE FAMILIAL
ANNEE 1988

<u>NOM ET PRENOM</u>	<u>ORGANISATION</u>	<u>STAGE/ CONFERENCE</u> (2-6 Mai)	<u>VILLE/PAYS</u>
<u>Ministère de la Santé Publique</u>			
1. Dr. Ivoulsou Douphang Phang	INTRAH	Atelier sur l'Intégration de PF/SMI	N'DJAMENA
2. Dr. Nahor N'Gavara Mamouth	INTRAH		N'DJAMENA
3. Dr. Joseph N'Gakoutou	▪		▪
4. Dr. Miskine Ngodro	▪		▪
5. Dr. Djedouboum	▪		▪
6. Dr. Patalé	▪		▪
7. Dr. Matchoke Gon-Zoua	▪		▪
8. Dr. Adjidé Tombor	▪		▪
9. Dr. Haouaye Adoum	▪		▪
10. Dr. Haoua Kriga	▪		▪
11. Dr. Mahamat Zenabdine	▪		▪
12. Dr. Mohamed Ibrahim Abdellah	▪		▪
13. Dr. Granga Dauoya	▪		▪
14. Dr. Djimasdé M'Baïrebé	▪		▪
15. Mme Nicole Froud, Privé	▪		▪
16. Mme Achta Gossingar	▪		▪
17. Mr. Abakar Sou	▪		▪
18. Dr. Masra Titimbaye	▪		▪
19. Mr. Barou Djouater	▪		▪
20. Dr. Idriss NDelie	▪		▪
21. Dr. Danyo Merci	▪		▪
22. Dr. Chéné Adoum	▪		▪
23. Dr. Farida Souleymane	▪		▪
24. Dr. Papasian Pascal	▪		▪
25. Mr. Saradimadji Miguabaye	▪		▪
26. Mr. Mahamat Adjid Oumar	▪		▪
27. Mr. Idriss Banguita	▪		▪

FORMATION EN BIEN ETRE FAMILIAL
ANNEE 1988

<u>NOM ET PRENOM</u>	<u>ORGANISATION</u>	<u>STAGE/ CONFERENCE</u> (9-14 Mai)	<u>VILLE/PAYS</u>
<u>UNIR</u>			
1. Mme Fatimé Sissoko	INTRAH	Atelier sur l'Intégration de PF/SMI	N'Djaména
2. Mme Fatimé Avad	INTRAH		N'Djaména
<u>MINISTERE DU PLAN</u>			
3. Mr. Saradimadji Miguabaye	INTRAH	▪	▪
4. Mr. Idriss Banguita	INTRAH	▪	▪
<u>CONSEIL NATIONAL CONSULTATIF</u>			
5. Mr. Bahar Abakora Daoud	▪	▪	▪
6. Dr. Abdoulaye Dig-Djag	▪	▪	▪
<u>MINIST. AFF. SOC. / PROM. FEM.</u>			
7. Mme Monique Depor	▪	▪	▪
8. Mme Achta Selguet	▪	▪	▪
9. Mme M'Baïtoubam Saklah	▪	▪	▪
10. Mme Allam N'Doul Madjidanoum	▪	▪	▪
<u>COMITE ISLAMIQUE</u>			
11. El Hadj Mhmt Idjemi Cherif	▪	▪	▪
<u>ASSEMBLEE CHRETIENNE DU TCHAD</u>			
12. Pasteur Alexis N'Gardignan	▪	▪	▪
<u>SECTEUR PRIVE</u>			
13. Mr. Brahim Mahamat Diguiri	▪	▪	▪
14. Mme Nicole Froud	▪	▪	▪
<u>MINISTERE DE L'INTERIEUR ET DE L'ADMINISTRATION DU TERRITOIRE</u>			
15. Mr. Nassingar Ouaye	▪	▪	▪
16. Mr. Moulia Taher	▪	▪	▪

FORMATION EN BIEN ETRE FAMILIAL
ANNEE 1988

<u>NOM ET PRENOM</u>	<u>ORGANISATION</u>	<u>STAGE/ CONFERENCE</u> (9-14 Mai)	<u>VILLE/PAYS</u>
<u>MINIST. DE LA CULTURE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS</u>			
17. Mme Mocktar Saadatou	INTRAH	Atelier sur l'Intégration de PF/SMI	N'Djaména
<u>MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE</u>			
18. Mr. Khayar Oumar Defallah	▪	▪	▪
<u>SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT</u>			
19. Mlle Kanika Kassadoy	▪	▪	▪
<u>MINISTERE DE LA JUSTICE GARDE DES SCEAUX</u>			
20. Mr. Taher Abderraman	▪	▪	▪
<u>MINISTERE DE L'INFORMATION & DE L'ORIENTATION CIVIQUE</u>			
21. Mr. Faradj Moulaye	▪	▪	▪
<u>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</u>			
22. Mr. Mahamat Adjid Oumar	▪	▪	▪
23. Mme Nouhou Fatimé Barounga	▪	▪	▪
24. Dr. Demane Nana Mounda	▪	▪	▪

FORMATION EN BIEN ETRE FAMILIAL
ANNEE 1988

<u>NOM ET PRENOM</u>	<u>ORGANISATION</u>	<u>STAGE/ CONFERENCE</u> (27 Juin-9 Juillet)	<u>VILLE/PAYS</u>
<u>MINISTERE DES AFF. SOC./PROM. FEM.</u>			
1. Mme Allam N'Doul Madjidanoum	INTRAH	Atelier INTRAH	N'Djaména
2. Mme M'Baitoubam Saklah	▪	sur l'Information,	▪
3. Mme Yaldé Keimbaye	▪	l'Education et la	▪
4. Mme Nanglengar Taassoum	▪	Communication en	▪
5. Mme Fatimé Djaba	▪	matière de SMI/BEF	▪
6. Mme Yori Modelngar	▪	▪	▪
<u>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</u>			
7. Dr. Haoua Kriga	INTRAH	▪	▪
8. Mr. Yafia Pazeu	▪	▪	▪
9. Mr. Djelaou Dingamdoum	▪	▪	▪
10. Mme Dalagne Martine Kondjo	▪	▪	▪
11. Mme Béchir Djavahir	▪	▪	▪
12. Mme Fatimé Monadji	▪	▪	▪
13. Mme Madjissew Djimsolngar	▪	▪	▪
14. Mme Adjougoulta Ruth	▪	▪	▪

FORMATION EN BIEN ETRE FAMILIAL
ANNEE 1988

<u>NOM ET PRENOM</u>	<u>ORGANISATION</u>	<u>STAGE/ CONFERENCE</u>	<u>VILLE/PA</u>
<u>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</u>			
1. Dr. Yankalbé Matchock Mahouri	OPTIONS	Comité d'Organi- sation pour la première conférence sur le Bien-Etre Familial	N'DJAMEN
2. Dr. Hassan Mahamat Hassan	"		"
3. Dr. Nahor N'Gavara Mamouth	"		"
4. Mr. Barou Djouater	"		"
5. Mr. Mahamat Adjid Oumar	"		"
6. Mr. Benadjiel M'Baïssour	"		"
7. Dr. Amoula Waya Houma	"		"
8. Dr. Haoua Kriga	"		"
9. Dr. Djimasdé M'Baïrebé	"		"
<u>MINISTERE DES AFF. SOC./PROM. FEM.</u>			
9. Dr. Kono Noudjalbaye	"	"	"
10. Mme Achta Selguet	"	"	"
<u>CONSEIL NATIONAL CONSULTATIF</u>			
11. Dr. Mahamat Abdoulaye Dig-Djag	"	"	"
<u>MINISTERE DU PLAN</u>			
12. Mr. NGandandé Doumdé	"	"	"
13. Mr. Saradimadji Miguabaye	"	"	"
<u>MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE</u>			
14. Mr. Khayar Oumar Defallah	"	"	"
15. Dr. Zakaria Fadoul	"	"	"
16. Dr. Tangar Alladengar	"	"	"
<u>MINISTERE DE L'INFORMATION</u>			
17. Mr. Faradj Moulaye	"	"	"
<u>MINISTERE DE LA DEFENSE NATIONALE</u>			
18. Dr. MBaïndonodji Beure	"	"	"
19. Dr. Adrinkaï Allao	"	"	"
<u>SECTEUR PRIVE</u>			
20. Mme Nicole Froud	"	"	"
21. Mme Gossingar Achta, AFRICARE	"	"	"

FORMATION EN BIEN ETRE FAMILIAL
ANNEE 1988

<u>NOM ET PRENOM</u>	<u>ORGANISATION</u>	<u>STAGE/ CONFERENCE</u>	<u>VILLE/PAYS</u>
1. Dr. Djimasdé M'Bairebé (MSP)	JHPIEGO	Academic Skills in Reproductive Health. (6-7 Jan. 1988)	Baltimore
2. Mme Lydie Balbangui (MSP)	JHPIEGO	Academic Skills in Reproductive Health (10-21 Octobre 1988)	Abidjan, Côte-d'Ivoire
3. Dr. Hassan Mahamat Hassan (MSP)	JHPIEGO	Seminaire d'obser- vation sur le Plan- ning Familial (12-17 Dec. 1988)	Rabat, Maroc
4. Dr. Demane Nana Mamouth (MSP)	JHPIEGO	Seminaire d'Obser- vation sur le Plan- ning Familial (12-17 Decembre 1988)	Rabat, Maroc
5. Dr. Alhabo Mariam (MSP)	CAFS	Management de Programme de P.F. (1-26 Août 1988)	Lomé, TOGO
6. Dr. Kono Noudjalbaye (MSP)	CAFS	Communication et Planification Fam. (2-27 Mai 1988)	Lomé, TOGO
7. Dr. Lydie N'Gaba (MSP)	CAFS	Management de Programme de PF (11 Avril-6 Mai 1988)	Lomé, TOGO

FORMATION EN BIEN ETRE FAMILIAL
ANNEE 1988

<u>NOM ET PRENOM</u>	<u>ORGANISATION</u>	<u>STAGE/ CONFERENCE</u> (Mai-Août)	<u>VILLE/PAYS</u>
<u>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</u>			
1. Mme Ngado Ildjima	UNIVERSITE DE	Projet de	N'Djaména
2. Mme Ahmed Khadidja	COLUMBIA	Recherche	N'Djaména
3. Mme Rakhié Moussa	"	Opérationnelle	"
4. Mr. Aendaye Namoudsingar	"	"	"
5. Mr. Djingarti Mou alia	"	"	"
6. Mr. Tedang Robert	"	"	"
7. Mr. Moundabé Marcelin	"	"	"
8. Mr. Masbé MBaltoloum	"	"	"
9. Mr. Adoum Djibrine	"	"	"
10. Mme Nadjilar Lokemlar	"	"	"
11. Mme Fatimé Zara	"	"	"
12. Mme N'Gardoum Eugénie	"	"	"
13. Mme Dassougui Claudine	"	"	"
14. Mme Lakoundou Victorine	"	"	"
15. Mme Fatimé Barounga	"	"	"
16. Mr. Tamaye Aguenade Zondre	"	"	"
<u>MINISTERE DES AFF. SOC./PROM. FEM.</u>			
17. Mme Yori Modelngar	"	"	"
18. Mme Mariam Soumaïne	"	"	"
19. Mme Monique Depor	"	"	"
20. Mme Nelguem Jeanine	"	"	"
21. Mme Kovaga Anne	"	"	"
22. Mme Bekoutou Falmata	"	"	"
<u>MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE</u>			
23. Mr. Youssouf Adoum	"	"	"

FORMATION EN BIEN ETRE FAMILIAL
ANNEE 1988

<u>NOM ET PRENOM</u>	<u>ORGANISATION</u>	<u>STAGE/ CONFERENCE</u> (Mai-Août)	<u>VILLE/PAYS</u>
<u>MINISTERE DE L'INFORMATION ET DE L'ORIENTATION CIVIQUE</u>			
24. Mme Koumbo Singa Gali	UNIVERSITE DE	Projet de	N'Djaména
25. Mr. Hortissa du Tchad	COLUMBIA	Recherche	"
26. Mr. Adam Boukar	"	Opérationnelle	"
27. Mr. Faradj Moulaye	"	"	"
<u>ETUDIANTS</u>			
28. Mr. Mbayndo Nadjitam	"	"	"
29. Mr. Tamlengar NDingabaou (GDD)	"	"	"
30. Mr. M'Baïndor NGawala	"	"	"
31. Mr. Tamlengar NDingabaou (ordinateur)	"	"	"
32. Mr. Allarasseu NGaldoum	"	"	"
<u>PRIVE</u>			
33. Mme Ildjima Behindi	"	"	"
34. Mr. Albas Abel	"	"	"
35. Mme Ndebnaï Sidonie	"	"	"
36. Mme Thérèse Taryam	"	"	"
37. Mme Kinsangar Alhéré	"	"	"
38. Mme Boulotigem Marie	"	"	"
<u>ELEVE</u>			
39. Mme Ramadji Tadjina	"	"	"
40. Mme Monokagua Koungo	"	"	"
41. Mme Allahta Félicité	"	"	"
42. Mme Fatimata Dagal	"	"	"
43. Mme Gangdé Claire	"	"	"
44. Mme Bedoum Eliane	"	"	"
45. Mme Nadjivaye Claire	"	"	"

FORMATION EN BIEN ETRE FAMILIAL
ANNEE 1988

<u>NOM ET PRENOM</u>	<u>ORGANISATION</u>	<u>STAGE/ CONFERENCE</u> (9-30 Aout 1988)	<u>VILLE/PAYS</u>
<u>MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA PROMOTION FEMININE</u>			
1. Mme Yaldé Kéimbaye M'Bailemdana	INTRAH	L'Introduction aux méthodes de Planification et Communication	N'Djaména
2. Mr. Kladoumadji Mandibaye	INTRAH	•	•
3. Mme Kadidja Djiminguem	•	•	•
4. Mme Halimé Sahir	•	•	•
5. Mme Fatimé Ali Mahamat Diguiri	•	•	•
6. Mme Bekoutou Ganguim Mamadou	•	•	•
7. Mme Fatimé Yaya	•	•	•
<u>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</u>			
8. Dr. Haoua Kriga	INTRAH	L'Introduction aux méthodes de Planification et Communication	N'Djaména
9. Dr. Djimassé M'Baïrebé	INTRAH		N'Djaména
10. Mr. Kodoroum Kodingar	•		•
11. Mr. Askemngar NDerwaye	•		•
12. Mr. Kodje Yabao	•		•
13. Mr. Katimya Obed	•		•
14. Mr. Yangoto Miladé	•		•
15. Mme M'Baïdé Cécile	•		•
16. Mr. N'Garmadji NDouba	•		•
17. Mme Tarineta Moniba	•		•
18. Mr. Taha Malick	•		•
19. Mme Garba	•		•

FORMATION EN BIEN ETRE FAMILIAL
ANNEE 1988

<u>ET PRENOM</u>	<u>ORGANISATION</u>	<u>STAGE/ CONFERENCE</u>	<u>VILLE/PAYS</u>
Mr. Mahamat Adjid Oumar (Ministère de la Santé)	INTRAH	Comité Consultatif Technique Franco- phone (TAC) (28/07 au 9/10/1988)	Ouagadougou
Dr. Haoua Kriga	FNUAP	Gestion en Planifi- cation Familiale (Oct/Dec. 1988)	Belgique
Dr. Chené Adoum	FNUAP	Gestion en Planifi- cation Familiale (Oct./Déc. 1988)	Belgique
Mr. Idriss Banguita (Ministère du Plan)	INTRAH	Collecte de données et suivi (22-29 Nov. 1988)	N'Djaména
Mr. Abakar Sou (Ministère de la Santé Publique)	INTRAH	Collecte de données et suivi (22-29 Nov. 1988)	N'Djaména
Mr. Idriss Banguita (Ministère du Plan)	INTRAH	Evaluation finale du Projet (5-16 Déc. 1988)	N'Djaména
Mr. Abakar Sou (Ministère de la Santé Publique)	INTRAH	Evaluation finale du Projet (5-16 Déc. 1988)	N'Djaména
Dr. Mahamat Abdoulaye Dig-Djag (CNC)	IPPF	Argument Santé pour la Planification Familiale (12-17 Dec. 1988)	Bangui R. C. A.
Dr. Amoula Waya Houma	IPPF	Argument Santé pour la Planification Familiale (12-17 Déc. 1988)	Bangui R. C. A.

POPULATION ADVISOR PROJECT

APPENDIX III
Family Planning Survey
N'Djamena, Chad
August 1988

Final Report, May 1989

REPUBLIQUE DU TCHAD

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA PROMOTION FEMININE

CENTRE POUR LA POPULATION
ET LA SANTE FAMILIALE
UNIVERSITE DE COLUMBIA
BUREAU REGIONAL, ABIDJAN

RAPPORT PRELIMINAIRE : Enquête sur le Bien Etre Familial
à N'Djaména.
(Aout 1996)

Dr. Jean Taiforeau
Dr. Alain Damiba
Mlle. Joan Haffey

Projet financé par : L'Agence Internationale pour le
Développement des Etats-Unis d'Amérique
USAID-N'Djaména (TCHAD)

N° de Référence: PIOT 6250969360041

REPUBLIQUE DU TCHAD

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA PROMOTION FEMININE

CENTRE POUR LA POPULATION
ET LA SANTE FAMILIALE
UNIVERSITE DE COLUMBIA
BUREAU REGIONAL, ABIDJAN

RAPPORT PRELIMINAIRE : Enquête sur le Bien Etre Familial
& N'Djaména.
(Aout 1986)

Dr. Jean Taiforeau
Dr. Alain Damiba
Mlle. Joan Haffey

Projet financé par : L'Agence Internationale pour le
Développement des Etats-Unis d'Amérique
USAID-N'Djaména (TCHAD)

N° de Référence: PIOT 6250969360041

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier le Dr. Yankalbe Matchok-Mahouri, Directeur Général de la Santé Publique pour sa disponibilité tout au long de cette enquête.

Nous exprimons aussi notre gratitude à Leslie Brandon, Conseillère pour la Population et la Santé Familiale (USAID-TCHAD) pour l'aide quotidienne qu'elle a apporté à la réussite de ce projet.

Nous remercions Dr. T. Lippeveld, Dr. I. Greindl et Mr. J. Barton (Harvard-BPSE) pour leur franche collaboration, ainsi que Mme D. Blane (USAID).

Nos remerciements vont également au personnel du MSP, particulièrement à celui du BSPE pour son esprit de coopération.

Ce travail est le fruit de la collaboration entre plusieurs équipes de personnes provenant de différents Ministères (Santé Publique - Affaires Sociales et Promotion Féminine) et institutions (Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire). Qu'elles en soient toutes remerciées :

EQUIPE DE FINALISATION DU QUESTIONNAIRE

Mme Achta Gassingar Tanel
Mme Nicole Froud
Mme Halimé Sakine
Dr. Kono Noudjalbaye
Dr. Ngaba Lydie

EQUIPE DE SUPERVISION

Mme N'Gado Ildjima
Mme Rakhié Moussa
Mme Ahmed Khadidja
Mr. Nadjilar Lokemla
Mme Depar Monique
Mme Koumba Singa Gali
Mme Yori Modelingar
Mr. Mbaïndi Nadjitam
Mr. Abel Albas
Mr. Faradj Moulaye
Mr. Youssouf Adoum

EQUIPE D' ENQUETRICES

Mme Rémadji Tadjina
Mme Ildjima Béhindi
Mme Nalquem Jeanine
Mme Ndehnaï Sidonie
Mme Thérèse Taryam
Mme Monckagna Kounga
Mme Fatimataou Dagal
Mme Mariam Soumaïne
Mme Allahta Félicité
Mme Kouraga Anne
Mme Kissangar Alhéré
Mme Boulotigam Marie
Mme Gangdé Claire
Mme Békoutou Falmata
Mme Bedaoum Eliane
Mme Madjimbaye Claire

EQUIPE DE TRADUCTEURS

Mr. Hortissa du Tchad
Mr. Adam Boukar Saleh

EQUIPE DE CODIFICATEURS

Mr. Aendaye Namoudjingar
Mr. Djingarti Mouena
Mr. Tedang Robert
Mr. Moundabe Marcelin
Mr. Maebe MBaltauoum
Mr. Tamlengar NDingabaou
Mr. Allarasseem NBaldoum
Mr. Tamaye Aguenade Zondre

EQUIPE DES ANIMATEURS ET RAPPORTEURS
DE GROUPE DE DISCUSSION DIRIGEE

Mme Fatimé Zara
Mme N'Gardoum Eugénie
Mme Daccougui Claudine
Mme Lakoundou Victorine
Mme Fatimé Barounga
Mr. Adoum Djibrine
Mr. Tamlengar NDingabaou
Mr. M'Beindor NBawala

EQUIPE DE FINALISATION DU RAPPORT DE L'ENQUETE

Dr. Haoua Krige
Dr. Amoula Waya Houme
Dr. Tingar Alladengar
Dr. Zakaria Fadoul
Dr. Kono Noudjalbaye
Mme Khadidja Ahmed
Mr. Ouadjon Ouarmaye
Mr. Adoum Djibrine
Mme. Ahmed Khadidja

Nous remercions également tous ceux qui, de loin ou de près,
nous ont aidés dans la réalisation de ce travail et dont les noms
ne sont pas cités ici.

TABLE DES MATIERES

- I. INTRODUCTION**
- II. OBJECTIFS DE L'ENQUETE**
- III. METHODOLOGIE**
 - A. Enquête sociologique**
 - B. Enquête quantitative**
 - 1. Base de sondage**
 - 2. Plan d'analyse**
 - 3. Organisation pratique**
- IV. RESULTATS :**
 - A - Enquête quantitative**
 - 1. Caractéristiques socio-démographiques**
 - 2. Histoire Génésique**
 - 3. Pratiques du post-partum**
 - 4. Planification des naissances**
 - 5. Source d'Information et de Services**
 - 6. Santé Maternelle**
 - 7. Santé Infantile**
 - B - Enquête Sociologique**
- V. CONCLUSION - IMPLICATIONS PROGRAMMATIQUES**

I. INTRODUCTION

Cette enquête se situe dans le cadre des efforts entrepris par le Gouvernement et les autorités sanitaires du Tchad pour définir et mettre en place une politique de Bien Etre Familial (BEF).

C'est en effet à l'issue de deux séminaires-ateliers tenus avec l'aide de INTRAH en Mai 1988 à N'Djaména par les responsables Tchadiens concernés, que le concept de BEF a été formulé comme étant toute initiative visant à la promotion de la santé maternelle et infantile par l'espace des naissances, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST), et l'infécondité. Par ailleurs, les séminaristes ont proposé comme objectif provisoire l'organisation à N'Djaména d'une conférence internationale sur le BEF prévue pour Octobre 1988. Celle-ci devrait apporter une perspective nationale et internationale au planning familial pris comme partie intégrante des soins de santé maternelle et infantile. Un des résultats escomptés lors de la tenue de cette conférence est la mobilisation de tous les responsables juridiques, politiques, médicaux et administratifs pour garantir que la mise en place d'un programme national de BEF au Tchad soit acceptée et soutenue par toute la société. La présente enquête a par conséquent, été proposée par le MSP pour fournir des données de base qui pourront servir, en plus des autres présentations, lors des discussions des stratégies à adopter pour la mise en place d'un service de BEF.

Il n'existe pas à notre connaissance d'études sur les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST), l'infécondité ni sur les pratiques actuelles et le niveau de demande en matière de contraception au Tchad. Mais, en raison d'un certain nombre de contraintes, il a été décidé que cette enquête porterait uniquement sur la ville de N'Djaména et qu'en outre l'échantillon serait limité aux femmes qui fréquentent les Centres de Santé Maternelle et Infantile (SMI) et les Centres Sociaux (CS) de la ville. Trois raisons principales ont amené cette décision :

- Choix opérationnel : comme dans la plupart des pays africains, si le Ministère de la Santé du Tchad décide d'initier un programme de BEF, ce sera avant tout au niveau des centres SMI et Centres Sociaux.
- Contrainte de temps : l'enquête devait être réalisée en 3 mois. Or, il aurait déjà fallu au moins 6 mois pour prélever un échantillon représentatif de toute la ville.
- Ressources financières, matérielles et humaines : les ressources financières disponibles pour ce projet dictaient un choix de technique d'enquête qui nécessiterait un minimum de temps, une utilisation judicieuse des moyens matériels (véhicules, et ordinateurs par exemple) et une utilisation minimale des agents de l'état qui par ailleurs ont des responsabilités professionnelles multiples.

L'étude portera donc sur un certain nombre de variables opérationnelles d'intérêt pratique qui pourront servir à des prises de décision au cours de la réorganisation des services de Santé Maternelle et Infantile.

II. OBJECTIFS DE L'ENQUETE :

L'objectif général de cette étude est d'évaluer les pratiques actuelles et la demande en service de BEF à N'Djaména en vue d'élaborer un programme de BEF adapté au contexte socio-culturel du Tchad.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

1. mesurer les taux de connaissance et d'utilisation des méthodes de planning familial (traditionnelles et modernes) parmi les femmes en âge de procréer qui fréquentent les SMI et les centres sociaux de N'Djaména et évaluer l'importance des problèmes de MST et d'infécondité tels qu'ils sont exprimés par ces femmes;
2. évaluer au sein du même groupe la demande en matière de service de BEF ;
3. évaluer au niveau des femmes en âge de procréer consultant les services de SMI et centres sociaux, du personnel médical et des hommes résidant à N'Djaména, les bénéfices ressentis et les obstacles prévisibles si de tels services étaient mis en place.
4. proposer sur la base des informations recueillies, des stratégies pour la mise en place d'un programme de BEF au Tchad.

III. METHODOLOGIE

Cette étude comporte deux volets : une enquête quantitative et une qualitative ou sociologique.

A. Le volet qualitatif ou sociologique :

Il a pour but d'aider les responsables politiques et de la santé à comprendre les attitudes, croyances, motivations et comportements de la population visée en matière de BEF, et aussi de leur faciliter l'interprétation des informations quantitatives qui auront été recueillies. La technique de recherche sociologique utilisée ici est celle des groupes de discussions dirigées.

C'est une technique de recherche qui permet d'obtenir des réponses approfondies sur ce que les individus pensent et ressentent. Elle permet d'appréhender les aspects émotionnels et contextuels des réponses plutôt que leurs aspects objectifs et mesurables. L'approche qualitative permet de mieux comprendre les réponses des participants alors que l'approche quantitative nous donne un ordre de grandeur de ces réponses.

Le groupe de discussion dirigée est une rencontre où 6 à 12 personnes discutent de sujets importants pour l'élaboration d'un programme. Les participants sont sélectionnés de manière à être représentatif de la population d'étude mais chaque groupe de discussion a une homogénéité socio-culturelle. Un animateur après avoir été formé à cet effet, veille à ce que les participants suivent les thèmes généraux de l'étude. Ses interventions sont limitées et visent à encourager une discussion franche et ouverte.

Chaque discussion est enregistrée, avec l'approbation des participants, afin de permettre une analyse complète et systématique de ce qui est souvent un échange vif d'idées.

Il y a par ailleurs un rapporteur qui note les principales idées ainsi que le comportement des participants.

Composition des groupes de discussion dirigée :

Comme suggéré ci-dessus, un programme de BEF sera probablement mis en place, dans un premier temps dans les Centres de SMI et centres sociaux de la ville de N'Djaména.

Il a donc été décidé, pour le volet qualitatif de l'enquête, de réaliser des groupes de discussion parmi les femmes qui fréquentent ces centres (plus particulièrement les centres au niveau desquels se déroulera l'enquête quantitative).

Pour assurer une homogénéité des participants au niveau de chaque groupe de discussion, un certain nombre de critères de sélection ont été retenus : la parité (moins de cinq enfants/plus de cinq enfants), la langue parlée (l'arabe/le sara) et le niveau d'instruction (non instruites et instruites).

Sur la base des critères, huit (8) groupes de discussion ont été réalisés à Apaiam Vamtou, à la Polyclinique et dans les centres de Farcha et Chagoua.

Par ailleurs deux (2) groupes de discussion ont été réalisés à la Direction Générale du Ministère de la Santé Publique avec des sages-femmes, infirmières du Ministère de la Santé Publique et assistantes sociales du Ministère des Affaires Sociales et de la Promotion Féminine.

Quatre (4) groupes de discussion ont été tenus également avec des étudiants et étudiantes de l'Université, des lycéens et lycéennes.

Enfin, au niveau des hommes, sept (7) groupes de discussion ont été réalisés. Les critères d'homogénéité retenus ici étaient les suivants: langue (arabe, sara), niveau d'instruction (non instruits, 1er cycle) et âge (20-30 ans, 30-45 ans).

B. Le volet quantitatif :

L'enquête quantitative a pour but de recueillir, au moyen d'une interview avec un questionnaire standard, une série d'informations au sein de la population étudiée telles que : paramètres socio-démographiques (âge, religion, niveau de scolarité ... que nous appellerons les variables indépendantes), nombre d'enfants, durée de l'intervalle entre les naissances, connaissance et utilisation des méthodes de planification familiale (que nous appellerons les variables liées).

D'autres informations feront l'objet d'une analyse indépendante (estimation de la mortalité infantile ou de la durée de l'allaitement maternel) ou, informations à caractère programmatique comme les questions sur les relations avec le partenaire ou le type d'endroit qui conviendrait pour obtenir des contraceptifs etc...

La technique qui a été utilisée ici est celle de l'enquête dite "d'interception". Ce genre d'enquête est basé sur le principe suivant : plutôt que de prélever l'échantillon au niveau de la population, on choisit ou "intercepte" les personnes à interviewer à l'endroit où l'on désire créer ou améliorer un service (ici, en l'occurrence, les SMI et les centres sociaux. Elle a été réalisée dans le cas de cette étude de la façon suivante :

1. La base de sondage :

a) Sélection des lieux d'enquête

Les lieux d'enquête retenus sont les Centres de Santé Maternelle et Infantile de la ville de N'Djaména. Tous les centres sociaux, centres médicaux et centres de Santé Maternelle et Infantile (SMI) ont été répertoriés à cet effet.

Ensuite, sur la base de leur répartition géographique, leur fréquentation et de la diversité des services qu'ils offrent, un certain nombre d'entre eux ont été sélectionnés. Il est bien entendu que dans ces conditions, la présente enquête n'est et ne peut être représentative que des femmes qui fréquentent les SMI et les CS de la ville de N'Djaména.

Le nombre de centres retenus devait être d'une part assez grand pour remplir cette condition de représentativité mais, d'autre part, devait aussi être limité afin que les ressources matérielles et financières disponibles au compte du projet suffisent pour mener les activités sur le terrain dans de bonnes conditions. Finalement, six centres ont été retenus pour l'enquête, représentant aussi bien le centre que la périphérie de la ville, offrant des soins curatifs et/ou préventifs, plus d'autres activités non médicales (distribution de vivres, enseignement ménager et démonstration nutritionnelle) dont la fréquentation hebdomadaire était suffisante :

- le centre social et la SMI de Chagoua à la périphérie Ouest de la ville ;
- le centre social et la SMI de Farcha à la périphérie Est ;
- le centre social n°5 et son antenne de Digué, au Nord de N'Djaména.
- le centre social n°3 au Centre-Ouest et,
- la polyclinique et le centre social n°1, située au centre-sud de la ville, à proximité du marché central.
- la polyclinique Assiam Vamtou, qui est le centre national de référence pour les activités SMI et de planification familiale, située au Nord-Ouest de la ville, qui sert une population diverse provenant pratiquement de tous les quartiers de la ville.

b) Population de l'étude

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, il s'agit ici d'une enquête d'interception qui n'est représentative que des femmes qui fréquentent les SMI (4 sur 12 faisaient partie de l'enquête) et les CS (5 sur 7 faisaient partie de l'enquête).

Ces clientes constituent donc la base de l'échantillonnage.

Il faudra par conséquent être prudent dans l'interprétation des résultats: lorsque par exemple, nous dirons plus loin que "15 % de la population a un niveau socio-économique élevé", il s'agira de la population qui fréquente les centres et, le niveau socio-économique élevé l'est par rapport à la moyenne de cette même population.

Si l'enquête d'interception réalisée ici n'est pas représentative de la population de N'Djaména, nous pensons par contre qu'elle représente assez bien celle qui fréquente les SMI et les CS. Les conclusions qui pourraient donc être tirées du présent rapport, peuvent donc servir à l'élaboration d'un programme de BEF au niveau des centres en question, de la ville de N'Djaména.

c) Taille de l'échantillon

Pour qu'une analyse valable puisse être réalisée, il a été nécessaire d'estimer préalablement les résultats qu'on obtiendrait pour une série de variables, de fixer le degré de précision souhaité pour chacune de ces variables et le risque d'erreur toléré. Il a été prévu également qu'une enquête d'évaluation pourrait être demandée par le Ministère de la Santé Publique après la mise en place des services. Il était nécessaire donc de prévoir une comparaison éventuelle entre les résultats de cette enquête de base et les résultats d'une éventuelle enquête d'évaluation. Il a donc fallu, de la même manière que ci-dessus, évaluer les différences minimales qu'on estimera comme significative lors de la comparaison de ces deux enquêtes. C'est sur base de ces exigences fixées préalablement, que la taille de l'échantillon a été calculée. Celle-ci a été fixée finalement à 1.200 personnes, constituant un compromis entre un niveau de précision suffisant et un coût raisonnable de l'enquête. D'autre part, une des conditions supplémentaires pour assurer la fiabilité des résultats, était bien entendu que les personnes interrogées soient choisies absolument au hasard.

d) Critères d'échantillonnage

1.200 femmes ont donc été interrogées au hasard sur base des critères suivants :

- âge compris entre 12 et 49 ans (à cause du type de problèmes qui devaient être investigués durant l'enquête, la santé maternelle et infantile, il a été décidé de limiter celle-ci aux femmes en âge de procréer) ;
- être présent dans un des centres sélectionnés, au moment où les enquêtrices s'y trouvaient.

e) Méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage choisie est celle du tirage systématique par ordre d'arrivée sur les lieux de l'enquête. Les femmes étaient donc choisies absolument au hasard et toutes les équipes réparties dans les différents centres utilisaient la même méthode. En pratique, on choisissait chaque jour une femme sur cinq suivant leur ordre d'arrivée au centre, indépendamment de la raison de leur visite au centre, de leur ethnie ou de leur langue maternelle.

Les jours où l'on prévoyait une fréquentation plus faible, le rythme de sélection passait à une femme sur trois. Dans ce cas, le changement était appliqué de la même façon dans tous les centres d'enquête, afin que la représentation de chacune des centres au niveau de l'échantillon soit proportionnelle à l'importance de leurs activités respectives.

2. Plan d'Analyse

Les informations recueillies au cours de cette enquête sont de deux types :

- des variables indépendantes (âge, état matrimonial, niveau socio-économique etc ...) qui ne seront pas influencées par un éventuel programme de BEF.
- des variables liées (connaissances ou utilisation d'une méthode de planification familiale) sur lesquelles l'on souhaiterait avoir un impact lors de la réalisation d'un projet sur le BEF.

Toutes les variables seront analysées individuellement dans un premier temps : on étudiera leur répartition en pourcent ou leur moyenne ainsi que l'intervalle de confiance de ces pourcentages observés ou des moyennes. Au cours d'une seconde étape, une analyse de dépendance sera effectuée. Elle consistera à étudier la fluctuation de chaque variable liée par rapport aux variables indépendantes, sous la forme de tableaux croisés ou de comparaison de plusieurs moyennes.

Par exemple, le niveau de connaissance ou d'utilisation des méthodes de contraception sera comparé entre des sous-groupes de femmes ayant des caractéristiques différentes : instruites et non-instruites, mariées et célibataires, jeune et plus âgées, etc Un test statistique sera utilisé pour déterminer si les différences observées sont significatives (Chi carré ou analyse de variance).

Le niveau minimum de signification retenu pour la présente enquête, est de 1/1000. Au cas où une différence était mentionnée alors que le risque d'erreur est supérieur à 1/1000, la valeur du risque sera précisée entre parenthèses. Par ailleurs, pour le calcul des intervalles de confiance, nous avons adopté un risque de 5 pourcent. Enfin, il faut préciser que nous ne discuterons dans ce rapport que des résultats qui non seulement sont statistiquement significatifs mais qui ont aussi une signification pratique dans le contexte tchadien.

3. Organisation pratique de l'enquête

a) Adaptation du questionnaire au contexte socio-culturel:

Sur la base des objectifs de l'enquête, spécifiés dans la description du projet, l'équipe de l'Université de Columbia a élaboré un questionnaire comportant les chapitres d'intérêt pour le Ministère de la Santé Publique du Tchad. Ces chapitres concernaient principalement les caractéristiques socio-démographiques des femmes interrogées, leur histoire génésique, l'utilisation des services de santé, le désir de planifier les naissances et les différents types de structures que les femmes voudraient voir créer à N'Djaména.

Ce questionnaire a été discuté avec une équipe de professionnels Tchadiens qui provenaient du Ministère de la Santé Publique, du Ministère des Affaires Sociales, du Ministère de l'Information et de l'Instruction Civique et aussi de particuliers qui avaient une longue expérience en matière de Soins Maternels et Infantiles (SMI) dans la ville de N'Djaména (reporters Radio-Tchad ou pharmaciens, par exemple).

Les adaptations du questionnaire ont porté principalement sur la formulation des questions et leur séquence. Ces modifications visaient essentiellement à obtenir une version qui soit culturellement adaptée au contexte Tchadien. D'autres changements ont dû être faits pour assurer une cohérence entre les sujets abordés dans le questionnaire et le concept de BEF du Tchad tel qu'il a été défini au cours des séminaires du mois de Mai 1988.

b) Pré-test du questionnaire

Le questionnaire finalisé a été traduit en deux langues Nationales (Arabe, Sara) et un dialecte (NGambaye). Nous estimons en effet que ceci permettrait à 90 % au moins des femmes de comprendre les questions et de formuler leurs réponses avec aisance. Par ailleurs, il ne s'agissait pas d'une traduction littérale du français mais d'une adaptation en langage local qui, tout en respectant le sens des questions, était aisément compréhensible par les femmes.

Le questionnaire a ensuite été testé dans différents centres qui n'avaient pas été sélectionnés pour l'enquête, afin de :

- évaluer l'acceptabilité des questions (les femmes refusent-elles systématiquement de répondre à certaines d'entre elles ?);
- étudier la clarté dans la formulation des questions (les femmes comprennent-elles ce qu'on leur demande ?);
- évaluer la précision des réponses (les réponses seront-elles suffisamment fiables pour être analysées ?);
- vérifier si la séquence dans laquelle les questions sont posées donne des résultats satisfaisants ;
- repérer les difficultés de traduction ;
- mesurer la durée des interviews dans les différentes langues afin de planifier l'horaire et la taille des équipes d'enquêtrices.

Le prétest a été effectué au niveau d'un certain nombre de femmes dont les caractéristiques étaient très variées mais qui représentaient chacune des situations probables auxquelles les enquêtrices devraient faire face durant l'enquête. C'est ainsi qu'une trentaine d'interviews ont été effectuées dans les quatre langues retenues pour l'enquête. Certaines femmes étaient enceintes, primipares ou multipares, d'autres instruites ou non instruites.

Ce prétest a été l'occasion aussi d'anticiper sur les problèmes pratiques qui pouvaient se présenter pendant l'enquête: l'obtention des salles ou lieux d'entrevue, la disponibilité des femmes à enquêter, les arrangements de prise en priorité des femmes interviewées etc... Les observations pertinentes rapportées par l'équipe du prétest ont été utilisées dans la dernière phase de finalisation du questionnaire et la préparation de l'enquête sur le terrain.

c) Formation des superviseurs et des enquêtrices

* Formation des superviseurs

Une équipe de onze (11) superviseurs constituée de professionnels de la Santé et des Affaires Sociales, de journalistes et d'étudiants a été formée pendant une semaine aux méthodes de recherche opérationnelle, techniques d'enquête et d'interview.

L'équipe a été initiée au rôle du superviseur au cours de l'enquête. Cette équipe a par ailleurs participé aux discussions de finalisation du questionnaire.

• Formation des enquêtrices

Il a été décidé, compte tenu du fait que les questions abordaient la sexualité et la vie intime de la femme, de ne recruter que des enquêtrices. Après une série d'interviews, 22 enquêtrices ont été retenues pour la formation. Les critères de choix étaient, la disponibilité pendant toute la période de l'enquête, l'usage d'au moins une des langues retenues pour l'enquête et, finalement, un niveau d'éducation correspondant au minimum à quatre années d'enseignement secondaire. Leur formation a duré 10 jours pendant lesquels on leur a enseigné les techniques d'interview et expliqué le questionnaire et les instructions à suivre. Après une série de jeux de rôle en français, deux traducteurs professionnels de la radio nationale du Tchad ont ensuite assuré la traduction du questionnaire en langue Sara et Arabe, et supervisé les jeux de rôles dans ces langues.

Cette traduction effectuée au cours de leur formation visait deux objectifs : proposer une formulation en Arabe, Sara et NGambaye qui soit standardisée mais aussi et surtout socialement acceptable. On a appris également aux enquêtrices des techniques de communication qui permettent de débiter une interview et d'aborder des questions difficiles ou choquantes.

A la fin de la formation, 17 enquêtrices ont finalement été retenues sur la base de leur compréhension du questionnaire et de leur aisance dans l'usage de l'Arabe, du Sara ou du NGambaye comme langue d'interview.

d) Enquête sur le terrain

L'enquête sur le terrain a duré 27 jours (du 11 Juillet au 9 Août 1988). Elle s'est déroulée du 11 au 25 Juillet dans les trois premiers centres d'enquête (Farcha, Chagoua, Polyclinique et Centre Social N° 1) et du 26 Juillet au 9 Août dans les trois autres centres (Centre Social n° 3, Centre Social n° 5 et Polyclinique Assiam Vamtou). Deux équipes de 3 superviseurs et 4 enquêtrices ont été assignées aux centres de Farcha et de Chagoua durant la première période et aux centres sociaux n° 3 et 5 durant la deuxième période. Une équipe de 5 superviseurs et de 8 enquêtrices a travaillé à la polyclinique et au Centre Social n° 1 puis, à Assiam Vamtou.

Sur la base des données statistiques annuelles et des statistiques de service du 27 Juin au 2 Juillet 1988 des centres d'enquête, un quota a été fixé pour chaque centre afin que le nombre total d'interviews dans chaque centre soit représentatif de leur fréquentation.

Les quotas théoriques et ceux réalisés sont les suivants :

<u>CENTRES D'ENQUETE</u>	<u>QUOTAS THEORIQUES</u>	<u>INTERVIEWS REALISEES</u>
FARCHA	150	152
CHAGOUA	210	218
POLYCLINIQUE et CENTRE SOCIAL N° 1	400	377
CENTRE SOCIAL N° 3	140	115
CENTRE SOCIAL N° 5	150	177
POLYCLINIQUE ASEIAM VANTOU	180	183

A l'arrivée de chaque équipe sur le terrain une sensibilisation était menée en coopération avec le personnel des centres afin d'informer les femmes de l'objectif de l'enquête et de la procédure à suivre pour celles qui auront été choisies. Les superviseurs procédaient alors à la sélection des femmes par ordre d'arrivée dans le centre.

Pour garantir le caractère aléatoire de ce choix, la consigne du coordonnateur était la même pour tous les centres pour un jour donné de l'enquête (par exemple, une femme sur cinq devait être sélectionnée). Les superviseurs accrochaient des macarons aux pagnes des femmes sélectionnées, sur lesquels étaient inscrits un numéro d'ordre et la langue dans laquelle l'enquêtée voulait être interviewée.

Si pour une raison quelconque la procédure de sélection identifiait une femme non éligible (par exemple une femme ne parlant pas une des langues choisies pour l'enquête ou, une femme déjà interviewée la veille etc), le superviseur sélectionnait systématiquement la 6^e femme (dans le cas de cet exemple d'une femme sur cinq) et recommençait la sélection au rythme d'une femme sur cinq dans le rang. Les femmes étaient interrogées individuellement et on veillait à ce que dans la mesure de possible, elle soient seules avec l'enquêtrice. Une fois l'interview finie, la femme était ramenée aux services de consultation par les superviseurs où elle était reçue en priorité.

A la fin de l'interview, les questionnaires étaient contrôlés une première fois par les superviseurs. Ils vérifiaient la validité des réponses et leur cohérence. Cette étape était particulièrement importante étant donné la nature de l'enquête : puisqu'il s'agissait d'une enquête d'interception, il n'était pas possible de retrouver les femmes une fois qu'elles avaient quitté le centre.

La coordination des équipes était assurée par le Dr. A. Damiba. Ce dernier visitait chacun des centres quotidiennement afin de vérifier l'application de la technique d'échantillonnage, de s'assurer que les questionnaires étaient remplis suivant les consignes fixées pendant la formation et de résoudre les éventuels problèmes rencontrés sur le terrain.

Le coordonnateur en profitait également pour vérifier une deuxième fois les questionnaires avant de les acheminer aux équipes de codification.

e) Codification et saisie des données

Deux équipes de codification ont été constituées. Une première équipe de 5 personnes, tous agents du Bureau de Statistique, de la Planification et des Etudes du Ministère de la Santé du Tchad (BSPE), vacait à ses obligations professionnelles le matin et travaillait dans le cadre de l'enquête les après-midis. Une seconde équipe de 3 personnes, constituée d'étudiants, travaillait tous les jours de 8h à 14h au Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire (CNNTA). Ces deux équipes ont été formées par Mr Yao Benoit, de l'équipe de Columbia, à la codification et à la saisie des données, pendant une période de 5 jours.

Les questionnaires une fois codifiés étaient encore une fois contrôlés par le coordonnateur avant d'être saisis. L'équipe du MSP/BSPE saisissait les données sur un ordinateur IBM/AT et l'équipe d'étudiants utilisait un ordinateur portable ZENITH du bureau régional de l'Université de Columbia.

La codification et la saisie des données s'effectuait au fur et à mesure que les questionnaires remplis sur le terrain arrivaient au Ministère de la Santé Publique. Elle s'est achevée le 10 Août 1988 et fut suivie directement, du 11 au 16 Août par la correction des données : dans un premier temps, la validité et la cohérence des réponses ont été contrôlées grâce à un programme écrit sur DBase 3 et, ensuite, les erreurs de logique ont été corrigées.

L'analyse des données et la rédaction du rapport ont été effectuées au BSPE/MSP sur un IBM/AT avec le logiciel SPSS. Le Dr. Jean Tafforeau de l'Université de Columbia a rédigé les programmes de correction et d'analyse, a participé et supervisé les travaux de correction et d'analyse des données.

IV. RESULTATS

A. ENQUETE QUANTITATIVE :

Au cours de cette enquête, 1222 femmes, âgées de 12 à 49 ans ont été interviewées. Les interviews ont duré 20 minutes (mn) en moyenne (26 mn en Français, 28 mn en Arabe, 31 mn en Sara). La répartition des langues d'interviews par centre figurent au Tableau I.

Les enquêtrices étaient seules avec la répondante dans la majorité des cas (99 %). 9 % des entretiens se sont déroulés en Français, 32 % en Sara et 52 % en Arabe. Malgré les craintes que nous avions au départ, l'enquête a été bien acceptée : les superviseurs ont rapporté moins de 2 % de refus au cours de la sélection des femmes à interviewer et, les enquêtrices ont déclarés que 93 % des entrevues se sont déroulées facilement.

51 % des femmes interviewées résident à N'Djaména depuis moins de 5 ans et, au sein de ce groupe, 14 % y vivent depuis moins d'un an.

Pour ce qui concerne les motifs de consultation, 33 % des femmes étaient venues pour des soins curatifs enfants, 25 % pour une consultation post natale (pesée, vaccination des enfants), 15% pour une consultation pré-natale et 15 % pour des soins curatifs adultes. 12 % des femmes étaient venues pour une distribution de vivres, 1 % pour une consultation en planification familiale (Acciam Vamtou) et 5 % pour l'enseignement ménager ou une démonstration nutritionnelle, etc.

I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

* Age :

L'âge moyen des femmes interrogées au cours de l'enquête est de 25 ans. La distribution par classe d'âge est la suivante :

12 - 14 ans	1 %
15 - 19 ans	26,7 %
20 - 24 ans	27,3 %
25 - 29 ans	23,6 %
30 - 34 ans	12,3 %
35 - 49 ans	9,1 %

79 % des femmes ont donc moins de 30 ans. Cette proportion est manifestement supérieure à celle qu'on obtiendrait dans la population générale parce que cette enquête d'interception s'adresse uniquement aux femmes qui viennent dans les SMI et les CS. L'absence d'un recensement récent à N'Djaména ne permet pas de comparer cette répartition à celle de la population.

Précisons qu'un contrôle a été effectué pour chaque femme, consistant à vérifier la cohérence entre l'âge déclaré, sa date de naissance, l'âge à la première grossesse et le nombre de grossesses. Nous pensons donc que la marge d'erreur résiduelle contenue dans les données n'influe pas les implications programmatiques des recommandations qui utiliseront cette variable.

* Nationalité : 94 % de femmes interrogées sont de nationalité Tchadienne.

* Situation matrimoniale :

96 % des femmes interrogées étaient en relation avec un partenaire : 66 % vivaient sous le régime d'un mariage monogame, 22 % dans un mariage polygame et 8 % vivaient en union libre (concubin ou un bon ami). Ce statut matrimonial varie avec l'âge : le pourcentage de mariages polygames est plus élevé chez les femmes âgées (33 %). On observe également que la proportion de femmes vivant avec un partenaire en dehors des liens du mariage est plus faible chez les musulmans (8 %) que chez les catholiques et protestantes (17 %). On peut donc conclure que la majorité des femmes consultant dans les centres SMI et CS sont soit mariées, soit au moins en relation avec un partenaire.

• Niveau d'éducation :

48 % des femmes interrogées n'ont jamais été à l'école ou à la madrasa (école arabe), 36 % des femmes ont suivi le cycle d'études primaires, 15 % ont fréquenté le cycle secondaire et seulement 1 % l'université. Nous avons observé que le niveau d'éducation varie avec l'âge : par exemple, 59 % des femmes de moins de 20 ans ont été à l'école alors que la même proportion chez les femmes de plus de 35 ans n'est que de 23 %. Le niveau d'instruction est lié aussi à l'appartenance religieuse : 34 % seulement des femmes musulmanes ont été à l'école contre 73 % chez les catholiques et les protestantes.

• Religion

Parmi les femmes interrogées, 53 % d'entre elles sont musulmanes, 21 % catholiques et 23 % protestantes. Les autres femmes sont animistes, témoin de Jehovah, etc ... et, ne représentent que 2 % de l'échantillon.

• Niveau socio-économique :

Le niveau socio-économique des femmes a été évalué à l'aide de trois (3) questions : type d'habitat, profession de la femme et de son partenaire. En ce qui concerne l'habitat 47 % des femmes vivent dans des concessions qui leur appartiennent et les autres sont locataires. 49 % des répondantes ont une activité rémunératrice (petit commerce dans la majorité des cas). En ce qui concerne leurs partenaires, les répondantes ont déclaré qu'ils étaient employés du privé ou du public (66 %), grande commerçants (44 %), petite commerçants 20 % ou sans travail (10 %).

Un score de 1 à 14 a été attribué à chaque femme en fonction des réponses aux trois questions que nous venons de décrire. Le score moyen observé est de 8,4. Trois niveaux socio-économiques ont alors été établis en divisant le score en trois parties égales. Il en résulte que 31 % des femmes ont un niveau socio-économique bas: par exemple une femme au foyer, qui loue une seule pièce dans une concession et dont le mari ne travaille pas. 53 % ont un niveau moyen et 16 % un niveau élevé (par exemple femme ayant une activité rémunératrice, vivant dans une concession qui appartient à la famille et dont le mari a un emploi).

Il faut néanmoins noter que la base d'échantillonnage a été constituée par des femmes consultant les SMIS et les centres sociaux; il est probable donc que des femmes très démunies (n'ayant pas accès aux centres de santé) et les femmes très aisées (suivant des consultations privées soient peu ou pas représentées dans cet échantillon.

Ceci étant, le niveau socio-économique varie suivant l'âge de la femme. 40 % des femmes jeunes ont un niveau socio-économique bas contre 15 % seulement chez les 35-49 ans. On remarque également que la proportion de femmes à niveau socio-économique élevé va en augmentant du groupe des femmes non mariées (12 %) aux monogames (15 %) et aux polygames (23 %).

L'analyse des données nous a permis de préciser les caractéristiques des femmes rencontrées dans chaque centre d'enquête. C'est ainsi que les trois centres avec les taux les plus élevés de femmes parlant arabe reçoivent une majorité de femmes qui ne sont pas instruites. Il s'agit du centre de Farcha (40 % de musulmanes), du centre social n° 5 (91 % de musulmanes) et la polyclinique (72 % de musulmanes). Par contre, les centres d'enquête d'Acciam Vamtou (32 % de musulmanes) et de Chagoua (14 % de musulmane) reçoivent un pourcentage plus bas de femmes non-instruites. Par ailleurs, les femmes consultant à Chagoua ont la proportion la plus haute de nouvelles arrivantes à N'Djaména. Les caractéristiques socio-démographiques des femmes par lieu d'enquête sont résumées dans le tableau I ci-après :

TABLEAU 1

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES PAR LIEU D'ENQUETE EN POURCENT :

(enquête BEF, N'Djamena- 1988)

	CHAGOUA	FARCHA	POLYCLINI- QUE n° 1	ASSIAM YANTOU	CENTRE SOCIAL 5	CENTRE SOCIAL 3
<u>Langue d'Interview</u>	%	%	%	%	%	
Français	9	9	7	19	4	9
Arabe	29	45	73	39	91	64
Sara	52	46	20	42	5	28
<u>Religion</u>	%	%	%	%	%	
Catholique	39	31	14	31	4	17
Protectorante	46	29	14	37	5	16
Musulmane	15	40	72	32	91	67
<u>Scolarisation</u>	%	%	%	%	%	
Non-scolarisés	39	49	47	39	71	49
Primaire	44	39	39	33	23	24
Secondaire	17	14	15	28	6	19
<u>Durée à N'Djaména</u>	%	%	%	%	%	
Moins d'un An	42	11	20	17	7	2
	N = 218	N = 152	N = 377	N = 183	N = 177	N = 115

I. HISTOIRE GENESIQUE

- Nombre Total de grossesses : 3,6 (I.C. = \pm 0,16)

Le nombre moyen de grossesses par femmes est de 3,6. Il s'élève à 8,3 pour le groupe 35-49 ans. (voir Tableau II). Les femmes ayant un niveau socio-économique élevé ont plus de grossesses en moyenne que les autres (4,7) ainsi que les femmes mariées (4,4). Les femmes de 12-19 ans avec un niveau scolaire élevé (secondaire et universitaire) ont eu moins de grossesses que les non-instruites de la même classe d'âge voir Tableau III).

- Avortements spontanés : 7,2 % (\pm 1,0 %)

7,2 % des grossesses se sont terminées par un avortement spontané. Les femmes non mariées ont déclaré plus d'avortement spontané que les autres (19 %), mais cette différence ne se vérifie plus quand l'âge est contrôlé dans le calcul du pourcentage. Ceci est peut-être dû au fait que la majorité des femmes non-mariées sont dans la classe d'âge 12-19 ans et reflèterait alors éventuellement un taux d'avortement provoqué non déclaré comme tel.

- Morts-nés : 2,5 % (\pm 0,6 %)

2,5 % des grossesses se sont terminées par l'accouchement d'un enfant mort-né. Ce pourcentage n'est influencé par aucun des facteurs socio-démographiques étudiés.

- Nombre total d'enfants nés-vivants : 3,3 (\pm 0,1).

Les femmes interrogées ont eu en moyenne 3,3 enfants nés-vivants. Cette moyenne et celle du nombre de grossesses sont dépendantes des mêmes variables socio-démographiques (I.C. = intervalle de Confiance, à 5 pourcent). Le nombre moyen d'enfants nés vivants est plus élevé chez les femmes âgées (7,5 enfants à 35-49 ans) : voir tableau II. Il est plus élevé également chez les femmes polygames par rapport aux non-mariées. Bien que cette moyenne soit liée à l'âge, les femmes non-instruites ont comparativement plus d'enfants nés vivants que les autres (voir Tableau III).

TABLEAU II

Nombre moyen de grossesses, d'enfants
nés vivants, et d'enfants à charge,
par classes d'âge. (N = 1222).

(enquête BEF, N'Djamena - 1988)

CLASSES D'AGE	NOMBRE MOYEN DE :			
	GROSSESSES	ENFANTS NES-VIVANTS	ENFANTS VIVANTS	ENFANTS A CHARGE
12-19 ans	1,2	1,0	0,9	1,8
20-24 ans	2,7	2,5	2,1	2,8
25-29 ans	4,5	4,1	3,3	4,3
30-34 ans	6,1	5,7	4,6	5,4
35-39 ans	8,3	7,5	5,9	7,5
40-49 ans	8,3	7,5	5,9	7,5
TOTAL	3,6	3,3	2,7	3,3
STDEV (**)	2,9	2,6	2,1	2,9
I C (***)	0,18	0,14	0,12	0,17

(*) Ecart type

(**) Intervalle de confiance

- Nombre moyen d'enfants vivants : 2,7 (I.C. \pm 0,12)

La moyenne du nombre d'enfants vivants est de 2,7. Elle varie avec l'âge (voir tableau II) avec un maximum de 5,9 pour les femmes de 35-49 ans. La moyenne est plus basse chez les femmes scolarisées par rapport aux non-instruites. Les femmes mariées ont en moyenne plus d'enfants que les autres. Ces deux dernières différences sont toutefois en partie à l'âge des femmes.

Le nombre d'enfants augmente avec le statut économique (3,6 enfants en moyenne parmi les familles les plus aisées). Enfin parmi les femmes de 20 à 34 ans, plus leur durée de résidence à N'Djaména est longue, plus leur moyenne d'enfants vivants est élevée (voir Tableau III).

- Nombre d'enfants à charge : 3,7 (I.C. \pm 0,17).

La moyenne d'enfants à charge est de 3,7. Celle-ci varie avec l'âge des femmes (voir tableau I) et leur niveau socio-économique (5,3 parmi les classes aisées) : voir Tableau III.

- Age à la première grossesse : 15,2 ans (I.C. \pm 0,14).

L'âge à la première grossesse est précoce : il est d'environ 15 ans en moyenne. Cette moyenne reste quasi inchangée pour les différentes classes d'âge.

Les femmes musulmanes ont leur première grossesse plus tôt (15,6 ans) que les chrétiennes (16,9 ans). Il en est de même pour les femmes non scolarisées (15,8 ans) par rapport à celles qui ont suivi l'enseignement secondaire (17,6 ans). En outre, les femmes en union libre qui sont pour la plupart jeunes aussi, tombent enceinte plus tard (17,3 ans).

TABLEAU III

Nombre moyen de grossesses, d'enfants nés vivants, d'enfants vivants et d'enfants à charge par femme, en fonction du niveau de scolarité, de la situation matrimoniale, du niveau socio-économique et de la durée de la résidence à N'Djamena (Enquête BEF, N'Djamena - 1988)

En fonction de :	Nombre Moyen de :			
	Grossesses N = 1220 M = 3,7	Enfants nés vivants N = 1222 M = 3,3	Enfants vivants N = 1222 M = 2,7	Enfants à charge N = 1151 M = 3,7
Scolarisation : Sans Primaire Secondaire	3,3 (*) 3,3 2,3	3,9 (*) 3,0 2,1	3,0 (*) 2,5 1,8	
Situation matrimoniale : Monogame Polygame Autre	3,7 4,7 2,0	3,7 4,1 1,8	2,7 3,2 1,5	
Niveau socio-économique : Faible Moyen Elevé	2,9 3,7 4,7	2,6 3,4 4,3	2,1 3,2 1,5	2,9 3,7 3,3
Durée de résidence : 0-1 an 1-5 ans 5 ans +	3,4 (*) 3,2 4,0	3,0 (*) 2,9 3,7	2,4 (*) 2,3 3,0	

(*) Lié aussi à l'âge des femmes

Avortement provoqué :

Ce problème de l'avortement provoqué est difficile à aborder avec les femmes. Les conséquences de cette pratique au point de vue sanitaire (décès maternels - infécondité secondaire) justifiaient toutefois un effort particulier dans ce domaine d'autant plus que la mise en place d'un programme de planification familiale devrait permettre d'éviter des grossesses non désirées.

La connaissance de l'avortement provoqué a été évaluée de trois façons différentes :

- par une question où l'on demandait aux femmes si elles connaissaient un moyen pour arrêter une grossesse non désirée : 17 pourcent seulement des femmes y ont répondu positivement.
- Plus loin dans le questionnaire on leur a demandé si elles connaissaient des méthodes pour espacer les naissances : 23 % des femmes ont cité l'avortement provoqué.
- Enfin quand l'enquêtrice a cité tous les moyens utilisables pour planifier les naissances, 33 % des femmes ont reconnu l'avortement provoqué.

En ce qui concerne l'utilisation de cette méthode, 3 % des femmes interrogées ont reconnu avoir pratiqué au moins un avortement provoqué dans le passé. Si on ne considère que celles qui ont suivi l'enseignement secondaire, ce taux d'élève à 11 %. Sur 196 réponses, les techniques les plus utilisées pour provoquer un avortement étaient, le curetage (40 %), des produits pharmaceutiques tels que nivaquine (3,7 %) ou des remèdes traditionnels (23 %).

III. PRATIQUES DU POST - PARTUM

- Délai de retour des couches : 8,5 mois (I.C. = $\pm 0,5$)

Au moment de l'enquête 39 % des femmes interrogées n'avaient pas encore été réglées depuis leur dernier accouchement. Pour les autres, le délai de retour de couches est de 8,5 mois en moyenne. Ce délai semble être plus court (7,1 mois) chez les 12 - 19 ans par rapport aux femmes plus âgées où la moyenne s'élève à 10,1 mois (voir tableau IV). Une des raisons pourrait être le fait que, comme nous le verrons plus loin, les femmes jeunes allaitent leurs enfants moins longtemps que les femmes âgées.

- Abstinence du post-partum : 4,6 mois (I.C. = $\pm 0,4$).

Au moment de l'enquête 22 % des femmes interrogées n'avaient pas encore repris les relations sexuelles avec leur partenaire depuis leur dernier accouchement. La durée de cette période d'abstinence est de 4,6 mois en moyenne. Elle est significativement plus longue chez les catholiques et les protestantes (6,2 mois) que chez les femmes de religion musulmane (3,4 mois).

A titre de comparaison, nous avons relevé lors d'une enquête similaire dans deux SMI de Côte-d'Ivoire (Abidjan et Divo - N = 586, Janvier 1989), une durée moyenne d'abstinence de post-partum de 9,6 mois. Par ailleurs, celle-ci était plus élevée parmi les femmes musulmanes (10,7 mois) par rapport aux autres appartenances religieuses (8,9 mois).

- Pourcentage de femmes enceintes : 27 % (I.C. = $\pm 2,5$ %).

27 % des femmes interrogées ont déclaré être enceintes au moment de l'enquête. Ce pourcentage peut paraître élevé si on le compare aux taux habituels de femmes de 15-49 ans enceintes dans une population donnée (\pm entre 10 et 15 %). Il ne faut pas oublier toutefois qu'il s'agit ici d'une enquête d'interception au niveau des SMI avec un pourcentage élevé de femmes jeunes qui viennent consulter en prénatale notamment. On a remarqué en outre, que 7 % des femmes enceintes étaient toujours en train d'allaiter leur dernier enfant.

- Durée d'allaitement : 17,3 mois (IC = $\pm 0,4$).

59 % des femmes interrogées allaitaient toujours leur dernier enfant au moment de l'enquête. Le sevrage intervient en moyenne après 17,3 mois d'allaitement. Les femmes jeunes sevrant leur enfant plus tôt (15,4 mois) que les femmes âgées

(19,5 mois) : voir tableau IV. On n'observe pas de différence entre chrétiennes et musulmanes à ce sujet mais par contre, les femmes ayant suivi le niveau secondaire d'éducation allaitent moins longtemps leurs enfants (15,8 mois) que les autres (17,5 mois) (cette différence semble toutefois plutôt liée à l'âge des femmes). 3 % des femmes enfin allaitantes étaient enceintes au moment de l'enquête.

L'impression globale qui se dégage ici, est que les pratiques traditionnelles d'espacement des naissances ont tendance à disparaître. La durée d'abstinence du post-partum est courte, surtout chez les femmes musulmanes et la durée de l'allaitement a tendance à diminuer (surtout chez les femmes jeunes et scolarisées). On peut craindre donc de voir diminuer à l'avenir la durée de l'intervalle intergénéciqne.

IV. PLANIFICATION DES NAISSANCES

Ce chapitre regroupe la plupart des informations que nous avons recueillies au sujet de la planification des naissances. Nous commencerons par les notions de taille idéale de la famille et d'intervalle idéal entre les naissances. Ce dernier sera ensuite comparé avec l'intervalle réel observé au sein de l'échantillon.

Nous aborderons ensuite la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale pour terminer par deux points capitaux qui sont :

- le désir des femmes en matière d'espacement des naissances
 - et les interactions avec les hommes à ce sujet.
- * Taille idéale de la famille : 7,25 enfants (IC = \pm 0,2).

Il a été demandé aux femmes ayant au moins un enfant, si elles désireraient en avoir d'autres. 89 % d'entre elles ont répondu oui à la question.

Nous avons ensuite estimé la taille idéale de la famille de deux façons : d'abord sur base de la réponse à la question où l'on demandait aux femmes combien d'enfants elles désiraient au total et ensuite, par calcul, en additionnant pour chaque femme son nombre actuel d'enfants vivants au nombre d'enfants qu'elle désirait en plus. Le taux de corrélation entre ces deux estimations était élevé (0,92).

Finalement, le nombre total d'enfants souhaités est de 7,2 en moyenne. Cette taille idéale de la famille est plus élevée chez les femmes âgées (8,6 enfants en moyenne chez les plus de 29 ans) que chez les femmes jeunes (6,9 enfants en moyenne chez les moins de 30 ans). On a remarqué également que les musulmanes souhaitent avoir une famille plus nombreuse (8,6 enfants en moyenne) que les autres, ainsi que les femmes non scolarisées (8,0 enfants en moyenne).

A titre de comparaison, la taille idéale de la famille était de 5,2 enfants lors de l'enquête similaire pratiquée en Côte-d'Ivoire (N = 717).

Il est clair donc, au vu de ces résultats, que la majorité des femmes interrogées dans les SMI et les CS de N'Djaména ne sont pas intéressées par la limitation des naissances.

- * Intervalle idéal entre les naissances :

On a demandé aux femmes leur avis sur la durée idéale de l'espacement entre la naissance de deux enfants. Elles ont répondu 26 mois en moyenne (IC = \pm 0,5) et 55 % des femmes le situait entre 15 et 30 mois.

Espacement réel des naissances : 30,4 mois (I.C. = $\pm 1,1$).

Pour le calcul de l'espacement réel présenté ici, nous nous sommes limités au cas où les deux dernières grossesses avaient donné lieu à la naissance d'un enfant vivant. Nous avons éliminé en outre dans ce calcul, toutes les naissances de remplacement (cas où la femme est tombée enceinte peu après le décès de l'enfant précédent).

La durée moyenne de l'espacement entre deux naissances ainsi calculée, est de 30,4 mois. Elle est donc paradoxalement plus élevée que la durée idéale mentionnée ci-dessus (26 mois). Cette durée se distribue de la façon suivante :

- moins de 25 mois : 35 % des cas
- 25 à 36 mois : 40 % des cas
- 35 mois et plus : 25 % des cas.

L'espacement moyen entre les naissances est donc relativement élevé mais il faut noter toutefois une nette variation en fonction de l'âge des femmes interrogées (voir tableau IV) : il n'est que de 24 mois en moyenne chez les 12-19 ans. On a observé un phénomène similaire en Côte-d'Ivoire où la durée moyenne d'espacement entre les naissances était de 35 mois (N = 558) et variait de 27 à 37 mois entre les femmes de moins de 20 ans et celles de plus de 34 ans.

TABLEAU IV

Délai de retour des couches,
de l'abstinence du post-partum,
de l'allaitement et de l'intervalle
entre les naissances, en fonction
de l'âge de la femme.

(Enquête BEF, N'Djaména)

CLASSES D'ÂGE	RETOUR DES COUCHES (MOIS) N = 646	ABSTINENCE POST-PARTUM (MOIS) N = 279	ALLAITEMENT (MOIS) N = 893	INTERVALLE ENTRE LES NAISSANCES (MOIS) N = 922
12-19 ans	7,2	4,1	15,4	24,3
20-24 ans	8,0	4,7	16,3	28,3
25-29 ans	9,1	4,9	17,9	30,3
30-34 ans	10,1	5,6	19,9	34,0
35-39 ans	9,0	5,1	19,4	25,0
P	2/1000	13/1000	17/1000	17/1000

On peut craindre donc qu'avec la diminution progressive des pratiques naturelles d'espacement des naissances, telles que l'abstinence et l'allaitement, l'intervalle internérogénésique diminue, avec les conséquences néfastes que cela risque d'entraîner pour la survie des enfants. Ce genre de constatation est à considérer lorsqu'on doit décider de mettre sur pied ou non un programme de planification familiale.

• Connaissance spontanée des méthodes de contraception :

Pour évaluer le niveau de connaissance spontanée des femmes en matière de contraception, il leur a été demandé de citer les méthodes d'espacement des naissances dont elles avaient entendu parler. Près de la moitié des répondantes (48 %) connaissent au moins une méthode de contraception. Un tiers seulement (35 %) des femmes citent spontanément une méthode traditionnelle ; l'abstinence du post-partum ou l'allaitement le plus souvent. En ce qui concerne les méthodes modernes, 21 % des femmes en ont citées au moins une spontanément (la pilule est la méthode la plus citée dans le cas présent : 29 % des femmes).

On remarque en outre que les femmes scolarisées (particulièrement celles qui ont atteint le niveau secondaire) sont mieux informées: 45 % d'entre elles connaissent une méthode traditionnelle et 63 % une méthode moderne. Il en est de même pour les clientes des deux polycliniques (Assiam Vamtou et No 1).

* Connaissance et utilisation des méthodes traditionnelles:

Il s'agit ici de la connaissance dirigée: l'enquêtrice expliquait chacune des méthodes à la répondante puis lui demandait si elle en avait entendu parler, si elle l'avait déjà utilisée dans le passé et si elle l'utilisait au moment de l'enquête.

89 % des femmes interrogées connaissent au moins une des méthodes traditionnelles citées (allaitement, abstinence du post-partum, remèdes traditionnels ou avortement provoqué) ... soit le double par rapport au pourcentage de connaissance spontanée. Cette différence peut s'expliquer par le fait que des pratiques telles que l'allaitement ou l'abstinence du post-partum sont utilisées plutôt par habitude ou tradition mais ne sont pas considérées a priori par les femmes comme des techniques d'espacement des naissances. Les femmes ne les avaient donc pas citées spontanément.

42 % seulement des femmes interrogées affirment avoir utilisé une méthode traditionnelle d'espacement des naissances dans le passé (le commentaire fait ci-dessus est valable ici également). Les femmes interrogées aux centres de Farcha (SMI et CS) et au CS N° 5, semblent avoir utilisé plus souvent ce genre de méthodes (51 à 67 %) que celles qui ont été interrogées dans d'autres centres.

Au moment de l'enquête, 34,7 % des femmes en union et non enceintes utilisaient une méthode traditionnelle d'espacement des naissances. Ce taux s'élève à 39 % quand on ne considère que les femmes musulmanes (et à 60 % pour le centre social No 5, qui est musulman à 99 %). Le tableau V reprend les pourcentages cités ici.

TABLEAU V

Connaissance et utilisation
des méthodes d'espacement des naissances
(Enquête BEF, N'Djaména 1988)

METHODES	CONNAISSANCE		UTILISATION	
	SPONTANEE N = 1222	DIRIGEE N = 1222	PASSEE N = 1222	ACTUELLE N = 828
TRADITIONNELLES	35 %	99 %	42 %	28 %
I. C. -	± 2,7 %	± 1,8 %	± 2,8 %	± 3,1 %
MODERNES	31 %	58 %	3,2 %	1,3 %
I. C. -	± 2,5 %	± 2,8 %	± 1,0 %	± 0,7 %

Connaissance et utilisation des méthodes modernes de
contraception :

Un peu plus de la moitié des femmes interrogées (49 %) connaissent au moins une méthode moderne de contraception (parmi celles qu'on leur a citées, c'est à dire la pilule, les injectables, le stérilet et le condom). Les femmes de religion catholique ou protestante connaissent en général mieux ces méthodes modernes (66 %) que les musulmanes (52 %). Il en est de même chez les femmes scolarisées (89 % si elles ont suivi l'enseignement secondaire) et chez celles qui ne sont pas mariées (79 %).

3,2 % des femmes interrogées avaient déjà utilisé une méthode moderne de contraception dans le passé (soit 25 femmes de l'échantillon, dont plus de la moitié ont été scolarisées jusqu'au niveau secondaire). Enfin, 1,3 % des femmes en union et non enceintes utilisaient une méthode moderne de contraception au moment de l'enquête, soit 15 femmes de l'échantillon. Le faible nombre d'utilisatrices n'a pas permis d'évaluer l'influence éventuelle de certains paramètres socio-démographiques sur le pourcentage d'utilisation actuelle.

En résumé, on peut dire que les moyens traditionnels d'espacement des naissances sont très populaires mais que les femmes les utilisent plus par habitude que pour espacer leurs naissances. Ce genre de méthodes sont plus répandues parmi les femmes musulmanes.

Les méthodes modernes de contraception sont assez bien connues par plus de la moitié des femmes, surtout parmi les chrétiennes, les scolarisées et celles qui vivent en union libre. Ces mêmes méthodes ne sont par contre quasiment pas utilisées, vraisemblablement parce qu'elles sont difficilement accessibles.

• Sources d'information :

Les principales sources d'information sur les méthodes d'espacement citées par les femmes que nous avons interrogées, sont les suivantes :

- am(e)ic	:	62 %
- parents	:	21 %
- CS et SMI	:	3 %
- medias	:	1 %
- autres	:	13 %

Total	:	100 %

• Degré d'utilisation d'une méthode de planification familiale :

Au sein de l'échantillon de l'enquête, 56 % des femmes souhaitent utiliser une méthodes de contraception pour espacer leurs grossesses. Cette demande est plus forte chez les femmes scolarisées (74 % si elles ont suivi l'enseignement secondaire). Elle varie également d'un centre à l'autre :

- 70 % des femmes à Assiam Vantou
- 60 % des femmes au CS No 5, au CS No 3 et à Farcha
- entre 40 et 50 % à la polyclinique (No 1) et à Chagous.

Il faut noter en outre que : 93 % des femmes qui souhaitent espacer leurs grossesses, connaissent une méthode traditionnelle de contraception et 67 % connaissent une méthode moderne. Par contre, parmi ces mêmes femmes qui souhaitent espacer leurs grossesses, 27 % seulement utilisaient une méthode traditionnelle de contraception et 2 % une méthode moderne au moment de l'enquête.

Il est nécessaire donc, au vu de ces chiffres, d'améliorer la connaissance des méthodes modernes et de rendre celles-ci plus accessibles aux femmes qui viennent dans les SMI et les CS (puisque au moins la moitié d'entre elles souhaitent espacer leurs grossesses).

• Relation avec le partenaire :

Un tiers des femmes en union (34 %) parlent du problème de l'espacement des naissances avec leur partenaire. Ce pourcentage s'élève jusqu'à 41 % chez les femmes de religion chrétienne et 59 pourcents parmi elles ont suivi l'enseignement secondaire.

38 % des femmes interrogées estiment que leur partenaire serait d'accord pour qu'elles utilisent une méthode d'espacement des naissances (45 % si elles sont chrétiennes et 56 % chez les femmes scolarisées ou qui ne sont pas mariées officiellement).

Sur base de ces résultats, il semble clair qu'un programme éventuel de planification familiale devra passer par une phase de sensibilisation des hommes, surtout chez les musulmans. Il semble en effet que les femmes ne puissent utiliser une méthode de contraception sans l'autorisation de leur partenaire: 2 % seulement des femmes interrogées, ont déjà utilisé une méthode d'espacement des naissances à l'insu de leur mari (6 pourcent si on ne prend que les femmes qui ont suivi l'enseignement secondaire); les moyens les plus utilisés dans ces conditions étaient la pilule (16 cas) et l'avortement provoqué (4 cas).

V. SOURCES D'INFORMATION ET DE SERVICES EN PLANIFICATION FAMILIALE

• Information

Les femmes qui fréquentent les SMI et les CS souhaiteraient parler de l'espacement des naissances avec, par ordre de préférence, une sage-femme (41 %), une infirmière (20 %), un médecin (18 %) ou une assistante sociale (15 %). 85 % des femmes souhaitent obtenir ce genre d'information au cours de séance d'éducation individuelle plutôt que sous la forme d'éducation en groupe.

La maternité serait le lieu idéal pour ces séances d'information (42 %); viennent ensuite les centres sociaux (28 %), les dispensaires (22 %) et les SMI (8 %). Il est probable toutefois que la SMI ne soit pas identifiée comme une structure sanitaire spécifique mais plutôt confondue aux autres types de centres plus connus.

Il existe enfin une corrélation entre le meilleur endroit choisi et la personne préférée : les femmes ayant choisi la maternité et la SMI ont été les plus nombreuses à préférer la discussion avec une sage-femme et celles ayant choisi les centres sociaux préfèrent parler aux assistantes sociales.

• Services :

Pour 40 % de femmes interrogées, le meilleur endroit pour obtenir des contraceptifs serait la pharmacie. La maternité est choisie par 22 % des femmes, le dispensaire 15 %, le Centre Social 14 % et la SMI 8 %.

VI. SANTÉ MATERNELLE• Consultations prénatales :

A l'occasion de leur dernière grossesse, 77 % des femmes ont suivi des consultations prénatales. Ce pourcentage est peut-être artificiellement haut qu'il s'agit dans cette enquête d'une population qui fréquente les centres SMI et les Centres Sociaux. Néanmoins, on remarque que ce pourcentage est plus élevé chez les chrétiennes (89 %), chez les femmes instruites (96 %) et celles qui ont un niveau socio-économique élevé (87 %). Enfin, 22 % des femmes interrogées ont reçu au moins trois doses de vaccin contre le tétanos et 51 % en ont reçu deux doses.

• Lieu du dernier accouchement :

40 % des femmes interrogées ont accouché à la maternité et 13 % ont accouché à la maison avec l'aide d'un professionnel de la santé (Sage-femme, infirmière, etc ...). On observe une différence entre les protestantes dont 52 % ont accouché à la maternité, les catholiques (43 %) et les musulmanes (33 %). Par ailleurs, 65 % de femmes plus instruites ont accouché à la maternité.

Les autres femmes (47,1 %) ont accouché sans aide professionnelle certifiée c'est-à-dire avec une parente ou avec une accoucheuse traditionnelle dont la formation a souvent été difficile à préciser. Ce pourcentage augmente chez les musulmanes (56 %) et les femmes non scolarisées (63 %).

• Hospitalisation durant la dernière grossesse : 9 %

Sur 1.116 femmes, 100 ont dû être hospitalisées durant leur dernière grossesse ou à l'occasion de leur dernier accouchement, soit 8,9 pourcent. Les principales causes d'hospitalisation, d'après les déclarations des femmes, étaient les suivantes :

- Douleurs diverses :	14
- Problèmes hémorragiques :	11
- Ictère :	11
- Césarienne :	10
- Paludisme :	9
- Menace d'avortement ou d'accouchement prématuré :	8
- Complication accouchement ou du post-partum :	6
- Anémie :	5
- Infection génito-urinaire :	4
- Vomissement gravidique :	4
- Gastro-entérite :	4
- Toxémie gravidique :	3
- Méningite :	3
- Divers :	8

TOTAL

100

10 % des femmes qui avaient été suivies en prénatale durant leur dernière grossesse ont dû être hospitalisées, contre 4 % seulement des femmes qui n'avaient pas été suivies ($p = 5/1000$). Par ailleurs, 6 % des femmes qui ont accouché à domicile avec une aide (page-femme ou accoucheuse), ont dû être hospitalisées, contre 2,3 % quand elle ont accouché seule ($p = 3,5 \%$).

Les consultations prénatales et l'assistance à l'accouchement, dans une moindre mesure, permettent donc de dépister des complications et de les référer à la Maternité.

Issue des deux dernières grossesses :

On a déjà parlé plus haut des taux moyens d'avortements spontanés et de morts-nés par rapport au nombre total des grossesses. Le tableau VI ci-dessous compare ces taux au résultat de deux dernières grossesses.

TABLEAU VI

Pourcentage d'avortements spontanés et de morts-nés par rapport au nombre total de grossesses ;
issues des deux dernières grossesses
(enquête BEF, N'Djamena - 1988)

	Pourcentage par rapport total grossesses	Issue avant dernière grossesse	Issue dernière grossesse
	N = 1121	N = 922	N = 1121
Enfant vivant	-	90,7 %	93,9 %
Mort-né	2,5 %	2,5 %	1,2 %
Avortement spontané	7,2 %	6,2 %	4,7 %
Avortement provoqué	-	0,7 %	0,1 %

• Consultations post - natales :

Après la naissance de leur dernier enfant, 70 % des femmes interrogées ont été suivies en consultation post natale. Le profil de ces dernières est identique à celui des femmes qui ont suivi des consultations prénatales.

• Maladies sexuellement transmissibles et infécondité : 9 %

Cette partie de l'enquête visait à recueillir des informations sur l'importance du problème des maladies sexuellement transmissibles (MST) et de l'infécondité secondaire. Il a été demandé donc aux répondantes si elles avaient contracté une MST dans le passé et si elles ont souffert d'infécondité temporaire ou définitive.

10 % des femmes ont déclaré souffrir d'infécondité. 6,8 % des femmes ont reconnu avoir eu une MST dans le passé. Par ailleurs 68 % des femmes se sont plaintes d'avoir eu au moins une épisode de leucorrhées; on ne peut toutefois relier directement ce genre de pathologie au diagnostic de MST.

Il existe donc probablement un problème spécifique dans ce domaine. On note par exemple, que plus de 90 % des femmes souffrant d'infécondité souhaiteraient pourtant avoir d'autres enfants. Etant donné toutefois le caractère nécessairement subjectif des questions posées dans le cadre de cette enquête, il nous est impossible de déterminer les prévalences réelles des MST et de l'infécondité secondaire, ni d'en dégager les principaux facteurs de risque.

Il serait souhaitable donc qu'à l'avenir ces problèmes bénéficient, si le Ministère de la Santé estime qu'il s'agit d'une priorité, d'études plus spécifiques complétées par des examens de laboratoire.

VII. SANTE INFANTILE

Nous avons étudié au cours de la présente enquête la mortalité infantile et les principales causes de décès des enfants. Les chiffres qui suivent seront interprétés avec précaution en raison notamment de la méthode d'échantillonnage qui a été utilisée. En effet, ces données ne concernent que la population cible de l'enquête et non la population de la ville de N'Djaména.

• Pourcentage d'enfants morts après la naissance :

On a demandé à chaque femme si elle avait déjà perdu des enfants. Il en résulte que 15,7 % (I.C. = ± 1.3 %) des enfants nés vivants étaient morts au moment de l'enquête. Il s'agit ici d'un taux brut reflétant le nombre d'enfants morts par rapport au total des naissances vivantes et non pas d'un taux de mortalité infantile.

Ce pourcentage est plus élevé parmi les enfants de femmes qui avaient de 35 à 49 ans au moment de l'enquête (21 %) par rapport aux 12 - 19 ans (8 %). Cela peut s'expliquer soit par le fait que ces enfants sont en moyenne plus âgés et ont été exposés plus longtemps, soit éventuellement par une baisse de la mortalité infantile dans le temps.

• Taux de Mortalité :

Nous nous sommes basées, pour le calcul de ces taux de mortalité sur les dates de naissances et de décès éventuels, des deux derniers enfants. Nous avons pu obtenir ces dates avec une précision satisfaisante puisque moins d'un pourcent des femmes ne connaissaient pas les années de naissances ou de décès de leurs deux derniers enfants (et moins de 10 % en ce qui concerne les mois). Malgré cette relative précision, nous nous sommes limités aux enfants nés moins de 10 ans avant l'enquête afin de diminuer le risque d'erreur.

Il nous restait, dans ces conditions, 1040 enfants derniers-nés dont 47 étaient morts (soit 4,5 %) et 779 avant derniers-nés dont 134 étaient morts au moment de l'enquête (soit 17,2 %).

Ce pourcentage de décès varie de manière significative suivant l'appartenance religieuse : 20,2 % chez les musulmans contre 12,9 % chez les chrétiens. On observe une différence également suivant le niveau d'instruction des femmes : 21,0 % de décès si elles n'ont pas été scolarisées, contre 12,7 % si elles ont été à l'école.

L'âge moyen du décès était de 9,1 mois pour les derniers-nés (avec 70 % des décès avant l'âge d'un an) et de 13,9 mois pour les avant derniers (dont 75 % avant l'âge de 2 ans).

Nous avons finalement calculé, par table de mortalité, les taux de mortalité néonatale (0 à 30 jours), infantile (0 à 11 mois) et juvénile (0 à 4 ans): voir tableau VII.

Il faut apporter deux précisions avant de discuter de ces taux :

- ils ne portent que sur la période de 1979 à 1988 (comme nous l'avons mentionné plus haut, nous avons éliminé les naissances survenues avant 79 pour diminuer le risque d'erreur sur les dates de naissance).

- Nous n'avons pas interrogé les femmes au sujet de tous leurs enfants car la présente enquête n'était pas conçue pour mesurer la mortalité infantile avec précision. Les taux présentés ici ne portent donc que sur les deux derniers enfants nés vivants.

TABLEAU VII

Taux de Mortalité Néonatale
Infantile et Juvenile.
(Enquête BEF, N'Fjamena - 1988)

TAUX DE MORTALITE

	N É O N A T A L E (0 - 29 jours)		I N F A N T I L E (0 - 11 mois)		J U V E N I L (0 - 4 ans)	
	Nombre	Taux (/1000)	Nombre	Taux (/1000)	Nombre	Taux (/1000)
Derniers-nés I.C =	1041	9 ± 6	596	39 ± 15	27	107 ± 115
Avant derniers-nés I.C =	758	25 ± 11	690	102 ± 22	93	199 ± 69
Deux derniers-nés I.C =	1799	16 ± 6	1286	68 ± 14	110	163 ± 59

L'interprétation du tableau VII qui précède, nécessite un certain nombre de commentaires:

- les taux n'étant calculés que pour les deux derniers enfants, sont vraisemblablement sous-estimés.

- Les taux pour les deux derniers nés donnent une estimation de la mortalité néonatale (11/1000), infantile (60/1000) et juvénile (163/1000) pour la période qui s'étale de 1984 à 1988.

- On observe une variation entre les derniers-nés (qui représentent la période 87-88) et les avant derniers (qui représentent la période 84-85); la mortalité infantile est plus faible chez les derniers-nés. On peut donc dire que la santé des enfants durant leur première année de vie s'est améliorée sensiblement entre 84-85 et 87-88.

PF et survie des enfants

On observe une variation de la mortalité de l'avant dernier enfant en fonction de l'âge de la mère :

- 27 % de décès chez les femmes de 12 - 19 ans
- 17 % de décès chez les femmes de 20 - 29 ans
- 17,5 % de décès chez les femmes de 30 ans et plus.

Cette différence n'est toutefois pas significative à cause, notamment, de la petite taille de l'échantillon. On ne peut donc confirmer ici que les grossesses précoces ou tardives sont néfastes pour la survie des enfants.

Le même problème se pose quand on compare la survie des enfants en fonction de l'espacement des naissances. Le pourcentage de décès pour les enfants qui précèdent l'intervalle (ici, en l'occurrence, les avant derniers enfants) est de :

- 17 % pour un espacement de moins de 25 mois
- 11 % pour un espacement de 25 à 36 mois
- 14 % pour un espacement de plus de 36 mois.

Ici encore, la différence est faible et non significative. On ne peut donc confirmer que l'espacement des naissances améliore la survie des enfants.

* Causes de décès des enfants :

Pour terminer, on a demandé aux femmes qui avaient perdu un ou plusieurs enfants, les causes de décès de ces derniers. Les maladies les plus citées (sur un total de 419 cas), sont les suivantes

-	Diarrhée	138	33 %
-	Rougeole	83	20 %
-	Tétanos	42	10 %
-	Paludisme	39	9 %
-	Broncho-pneumopathie	16	4 %
-	Méningite	12	3 %
-	Malnutrition	7	1 %
-	Autres	82	19 %

	TOTAL	419	

Ces chiffres n'ont pas la prétention d'évaluer la fréquence des maladies citées, mais, simplement, de donner un ordre d'importance aux principales causes de mortalité infantile répertoriées durant cette enquête.

B. VOLET QUALITATIF

Les résultats et les commentaires qui suivent représentent la synthèse des compte-rendus de tous les groupes de discussion dirigée. Les citations sont la transcription (pour le Français) ou la traduction (pour l'Arabe et le Sara) littérales des opinions émises par les participants.

• Concept de Bien Etre Familial

L'idée de planifier les naissances est nouvelle pour tous les participants et même pour quelques sage-femmes qui ont participé à des groupes de discussion. La plupart des personnes interrogées n'avaient jamais réfléchi à cette question et ne possédaient aucune information à ce sujet.

Les hommes alphabétisés et les étudiants surtout, pensent que la planification familiale est un concept européen qui s'oppose aux traditions africaines de la famille élargie et l'honneur qu'une famille nombreuse apporte aux parents.

"Ce concept est extra africain"

"Le planning familial est un nouveau concept pour l'Africain".

"Si l'on se situe dans la tradition, le PF va à l'encontre de l'homme car en ayant beaucoup d'enfants, cela constitue un pouvoir. C'est comme un chef que tout le monde respecte. Personne au village ne s'attaque à une famille nombreuse".

"Le mariage en Afrique diffère de celui de l'Occident, donc les contradictions sont évidentes ... Nous ne pouvons pas imiter ce que font les blancs".

"Maintenant nous sommes à mi-chemin entre la tradition et le modernisme. Nous ne pouvons pas joindre les deux bouts. C'est pourquoi nos enfants en sont souvent victimes".

Les hommes alphabétisés et les lycéens expriment une préférence pour les enfants de sexe masculin pour la même raison.

"Les filles ne m'appartiennent pas, elles vont perdre leurs origines en cas de mariage ailleurs".

"Quand je parle des enfants, je parle des garçons ... Je n'aime pas les filles parce que je veux l'élargissement de ma famille et je sais que les enfants de mes filles ne seront jamais membres de ma famille".

Avantages d'une famille nombreuse :

Les contradictions entre la vie traditionnelle au village et les exigences de la vie en ville ont été mentionnées par tous les groupes. Au village, les enfants constituent une main d'oeuvre pour les travaux champêtres et un soutien pour les parents âgés. Les femmes non-alphabétisées particulièrement parlent des difficultés d'avoir beaucoup d'enfants jeunes à la maison et de la récompense qui en résulte quand ils grandissent.

"Quand ils vont grandir, on oublie la souffrance".

"L'avantage d'une famille nombreuse est évident quand les parents deviennent vieux".

"S'ils sont petits, c'est une surcharge pour la mère, mais s'ils deviennent tous grands, ils peuvent t'aider".

Tous les groupes constatent que l'avantage économique d'un grand nombre d'enfants disparaît en ville et que les parents ont de plus en plus de difficultés à les entretenir.

"Autrefois, nos parents ne planifiaient pas les naissances parce qu'ils ne se souciaient pas de repas, de médicaments".

"Si nous établissons un rapport entre la ville et la vie d'aujourd'hui et le village d'hier, il y a une nette différence. Du temps de nos grands parents la possession des enfants signifiait richesse ... Traditionnellement on peut avoir 20 à 30 enfants sans harnes".

"Les soins sont basés sur la pharmacopée, et il est du devoir de l'entourage de s'occuper des enfants, tandis que de nos jours les contraintes de la vie limitent les naissances".

"Nos enfants detestent la terre".

"Dans le monde traditionnel, pour faire des enfants on n'a pas besoin de faire les calculs ... (Maintenant), si on n'arrive pas à assumer l'éducation de ses enfants cela constitue une arme contre soi ... On est en train de mettre au monde des chômeurs".

Inconvénients d'une famille nombreuse en milieu urbain : Aspects socio-économiques :

L'éducation, le logement, l'habillement, la nourriture et les soins médicaux représentent des dépenses énormes pour la famille nombreuse urbaine. Les femmes constatent qu'en ville, elles n'ont souvent pas le soutien de l'entourage villageois, ce qui fatigue la mère.

"Je suis trop encombrée par les enfants, je suis fatiguée et je dois faire tout à la maison, tout cela m'affaiblit"

"La femme (urbaine) s'occupe toute seule de l'alimentation, de l'hygiène et des travaux ménagers ... La femme est très fatiguée quand elle a beaucoup d'enfants".

Tous sont d'accord pour dire que le devoir des parents en milieu urbain est d'éduquer leurs enfants pour qu'ils réussissent dans la vie. Au contraire de la vie au village, l'enfant en milieu urbain, sans éducation, risque de devenir une charge pour la famille et même un délinquant.

"Si on n'a pas de moyens pour orienter les enfants vers la réussite : ces enfants errent devant les cinémas, les marchés et vont parfois trainer autour des poubelles".

"Si les gens rejettent le PF c'est parce qu'auparavant la vie était facile et les jeunes n'avaient pas de problème pour avoir un métier".

"Si l'enfant réussit, c'est un honneur pour la famille, dans le cas contraire, il devient un vagabond".

"Dans une société moderne, les enfants (sans éducation) seront destinés à la délinquance et la prostitution. Ils seront des enfants inutiles parce que le problème de l'emploi se pose avec l'évolution technologique".

• Inconvénients d'une famille nombreuse : Aspecte santé :

Bien que tous les groupes aient discuté les difficultés d'éduquer les enfants en ville, ce sont seulement les femmes multipares qui ont perdu plusieurs enfants et le personnel médico-social qui pensent que l'effet négatif principal d'une famille nombreuse (avec des naissances rapprochées) est l'impact sur la santé de la mère et de l'enfant. Les hommes, par exemple, ne voyaient pas une relation entre les naissances rapprochées et les maladies mais plutôt entre le nombre de personnes dans la famille et les dépenses pour les soins médicaux.

"Après la naissance, s'occuper de la maman pour son rétablissement et l'entretien des enfants nécessite beaucoup de dépenses".

"Si 2 ou 3 enfants souffrent en même temps, le coût des ordonnances peut bouleverser le programme dans la gestion familiale".

"Pour une femme qui donne naissance à 10 ou 15 enfants, elle s'affaiblit de plus en plus... Ainsi, il lui faut pour se reconstituer engager une certaine dépense".

Tous les groupes ont discuté de la santé de la mère et de l'enfant et des conséquences nocives que peuvent avoir des grossesses rapprochées; mais ce sont les multipares et le personnel médical qui, vivant le problème quotidiennement, ont débuté la discussion avec ce thème et insisté là-dessus.

"Les enfants tuent leur maman. Je souffre beaucoup quand je suis en grossesse".

"La maman souffre, l'enfant souffre et la souffrance de l'enfant aggrave celle de la mère".

• Obstacles culturels : Religion :

C'est peut-être à cause de la division artificielle des groupes religieux qu'on n'a pas trouvé de différences saillantes entre ces groupes. La religion joue en effet un rôle important dans la vie de tous et s'est avérée un thème essentiel au cours des discussions.

Certains participants pensent que la limitation des naissances est contre la religion et que c'est Dieu qui donne des enfants et qui les protège.

"Nous avons des idées opposées aux européens qui disent que quand on fait beaucoup d'enfants, on ne peut pas les nourrir ; eux disent que ce sont eux qui nourrissent leurs enfants alors que nous nous disons que c'est Dieu qui les nourrit. C'est là le point de notre divergence".

"Toutes les familles religieuses veulent avoir beaucoup d'enfants parce que c'est un don de Dieu".

"Selon la conception religieuse, limiter le nombre d'enfants va à l'encontre de ce que Dieu a dit à Adam : MULTIPLIEZ-VOUS ET REMPLISSEZ LA TERRE".

"Empêcher les naissances ou les espacer est contre la loi religieuse (musulmane)".

Bien que quelques participants pensent que la religion s'oppose à l'espacement des naissances, la plupart estime que la religion n'est pas contre "si c'est pour se reposer".

Il y a aussi des participants qui ne savent pas exactement si leur religion s'oppose ou non à l'espacement des naissances et qui voudraient obtenir des précisions.

"Si la religion ne me contraint pas de continuer à faire des enfants, je peux espacer voire limiter les naissances".

• Taille idéale de la famille :

Les concepts de limitation des naissances et de taille idéale de la famille sont en général étrangers aux participants. Ces pratiques sont considérées comme étant en contradiction avec la religion et la tradition. Un seul groupe de femmes multipares, dans lequel les participantes avaient chacune perdu un ou plusieurs enfants, s'est prononcé sur la question (elles estiment toutes avoir déjà trop d'enfants).

Plusieurs étudiant(e)s et lycéen(n)es, pensent limiter leurs naissances et quelques rares participants ont déjà décidé du nombre d'enfants qu'ils veulent, parfois avec une véhémence exceptionnelle.

"On n'a jamais discuté du nombre d'enfants avec mon mari, mais j'ai décidé moi-même d'en avoir 6 et ça me suffit ; dans le cas où il n'accepte pas, je le quitterai".

Mais, plus souvent, on avait l'impression que quand un nombre était précisé (qui était presque toujours plus élevé que le nombre actuel d'enfants), c'était pour dire quelque chose et pour plaire aux animateurs de la discussion. Le plus souvent les participants voulaient "autant d'enfants que Dieu me donne".

"C'est difficile de répondre à une telle question. Je ne peux pas limiter le nombre d'enfants en tant que bon africain. Autant j'ai des enfants, autant Dieu me donne".

"J'ai 2 enfants et je souhaite en avoir même 200 si j'en ai les moyens".

"Actuel : 0 l'idéal : illimité"

"Le planning familial est une nouvelle idée pour moi. Je suis prédisposé à accueillir ce que je peux".

"L'idéal : 30 - 40, Actuel 0, mais je n'aime pas avoir des filles".

"L'idéal 30 - 40 - 50 - 60"

"Au Tchad, le nombre d'enfants est illimité"

"Empêcher les naissances ... est une violation de la loi religieuse. Avoir juste 2 enfants, par exemple, ne donne pas de confiance".

"La limitation n'est pas différente du crime".

La limitation des naissances ne convient pas aux besoins du Tchad, selon plusieurs groupes.

"Mais la vie n'a pas de sens si on n'a pas d'enfants, surtout pour notre pays qui a perdu tant d'enfants et qui continue à les perdre pour notre libération totale".

"Je trouve contradictoire qu'on parle de limitation des enfants. Le Cameroun compte environ 12 millions et le Tchad deux fois plus grand n'en compte que 5 millions".

"Parler du PF, c'est très tôt pour un pays comme le Tchad car sa superficie peut contenir beaucoup de monde".

"Si la femme veut limiter complètement, c'est mal vu par la société tchadienne ... Mais si elle se repose 2 à 3 ans et ensuite elle fait des enfants, il n'y a pas de problèmes".

• Espacement des naissances :

Comme cette femme l'a exprimé, la limitation n'est pas acceptable mais l'espacement des naissances fait partie de la tradition et est souhaitable.

"Beaucoup de femmes sont mal vues si elles accouchent tous les ans; elles deviennent l'objet de nombreuses critiques".

"Ton mari même s'énerve contre toi si tu donnes des enfants trop rapprochés".

"Si c'est que Dieu fait, je suis d'accord, mais l'espacement est bon".

"La religion n'est pas contre (le PF) si c'est pour se reposer".

La plupart des participants pratiquent l'abstinence traditionnelle du post-partum 40 jours au moins, souvent, pendant toute la période de l'allaitement.

Les grandes multipares pratiquent un espacement d'un an, mais les autres femmes vont jusqu'à 2 ou 3 ans (un espacement qu'elles attribuent aux effets de l'allaitement).

"Moi, quand j'allait, je ne tombe jamais enceinte et comme j'allait jusqu'à 2 ans, je trouve que mes enfants sont espacés naturellement".

"Pendant que j'allait, je suis comme un homme mais, après le sevrage, je retrouve mes règles et je conçois directement".

Les hommes et les femmes trouvent que c'est mieux d'attendre que l'enfant marche avant de concevoir un autre.

"Dès que le premier marche je veux un autre, si non le premier peut mourir".

"Quand le premier prend patte, j'ai besoin d'un autre".

Traditionnellement, l'abstinence du post-partum est très longue.

"Nos grands-parents le faisaient en évitant tout contact. Ils ne partageaient pas les mêmes chambres mais se retiraient dans des chambres interdites aux femmes".

"Au village, les femmes refusent des rapports sexuels tant qu'elles allaitent, ou même plus. La sœur de ma mère est restée 4 ans après son accouchement sans avoir des rapports".

• Durée de l'intervalle entre les naissances :

La plupart des participants, hommes et femmes, pratiquent un espacement naturel de 18 mois à 2 ans et souhaiteraient un espacement d'au moins 6 mois de plus entre les naissances. Ils disent qu'ils ne réussissent pas à le faire actuellement à cause du sevrage de l'enfant, des difficultés à pratiquer l'abstinence prolongée et du manque d'information sur d'autres moyens.

"Si je connaissais une méthode, je la pratiquerais pour pouvoir me reposer au moins 3 à 4 ans".

"Moi, je ne savais pas qu'il existe des médicaments qui empêchent une grossesse".

"L'avantage est que le PF nous permet d'éviter une grossesse. Mais quand on ne sait pas ce prendre, on tombe en grossesse, on provoque un avortement, et c'est ce qui aboutit à la mort".

"Nous souhaitons avoir des informations car nous minimisons la gravité du problème".

"Nous [les hommes] le voulons bien mais ignorons où trouver les informations et même s'il s'agit de formation nous ne disconvendrions pas".

"L'espacement dépend de moi mais je ne connais pas d'autres moyens à part l'abstinence et l'avortement".

"Dans les centres socio-sanitaires, personne ne nous informe, on l'accepterait volontiers".

• Méthodes traditionnelles de contraception :

L'abstinence et l'allaitement sont les méthodes que tous les participants utilisent pour pratiquer un espacement naturel des naissances. Si les femmes en milieu urbain continuent à allaiter au moins 18 mois à 2 ans, l'abstinence par contre pose des problèmes pour certains des participants, surtout les hommes jeunes et instruits.

"Autrefois, de part et d'autre, l'homme aussi bien que la femme pratiquaient l'abstinence. Par contre, à l'heure où nous parlons, la révolte et la jalousie poussent des femmes à vouloir avoir leur mari auprès d'elle. C'est la cause qui empêche le contrôle de soi".

"S'abstenir en ayant une autre partenaire...est un vagabondage sexuel et risque de ramener le SIDA au foyer".

"On peut s'abstenir vic-à-vis de sa femme mais grossir parallèlement le nombre d'enfants en dehors du foyer".

"L'espacement chez moi est de 2 ans, mais c'est avec beaucoup de gymnastique".

"L'abstinence de 40 jours encourage les naissances rapprochées".

"Si la mère allaite l'enfant pendant qu'elle est enceinte, c'est vrai que l'enfant peut mourir. Mais si cela ne joue pas sur la santé de l'enfant, je compte avoir un enfant chaque année".

"Je connais [les méthodes modernes] mais je n'en prends pas car tout dépend de la femme puis qu'elles empêchent à leur mari de sortir pour se distraire".

Presque tous les participants connaissent aussi la méthode qui consiste à surveiller les jours féconds de la femme, et les jeunes hommes instruits disent l'utiliser. Ces derniers sont toutefois mal informés sur le cycle menstruel et voient dans cette méthode des inconvénients qui ne lui sont pas forcément liés.

"L'abstinence de 14 jours provoque des conflits dans le foyer".

"Le cycle de la femme est complexe et le suivre pour éviter le moment de l'ovulation est quelque peu difficile".

"La période où il y a risque de fécondation c'est 3 jours après les règles car après une semaine, les risques sont écartés".

"Avec mes femmes, j'ai souvent appliqué la période de 3 jours après les règles avant d'avoir des rapports, mais cette méthode n'a pas donné des résultats concluants car elles tombent grosses".

D'autres méthodes traditionnelles d'espacement ou de limitation des naissances ont été citées, mais seulement par les femmes non-alphaletisées, qui par ailleurs ne les ont pas utilisées.

"Les unes font du paraboutage, comme des cordolettes et des talismans, les autres vont à l'hôpital pour un lavage vaginal".

"Pendant les règles, le mari amène la couche hygiénique mettre dans la termitière, et cela bloque les naissances".

"Si on veut limiter les naissances, on prend l'igname, on le fait frire au foyer des forgerons et on en mange. C'est tout, on n'aura plus d'enfants".

"Enterrement à l'envers du placenta".

Les hommes plus âgés connaissent plusieurs moyens traditionnels pour faire avorter les femmes.

"Les forgerons ont l'habilité de le faire".

"On utilise le gamaduli, une espèce de légume".

"Les chasseurs utilisent une espèce de 2 guis associées qui peuvent au contact d'une vue de femme être la cause de l'avortement".

"Le roseau est utilisé...et l'opération aboutit sans conséquences".

• Méthodes modernes de contraception

A part quelques étudiantes qui ont essayé la pilule, quelques hommes qui utilisent le préservatif et deux sages-femmes qui utilisent l'une le stérilet et l'autre la pilule, les participants n'utilisent pas de méthode moderne de contraception.

Les connaissances de ces derniers à propos de ces méthodes sont vagues et se limitent dans presque tous les cas, à la pilule. C'est seulement après une discussion approfondie du sujet qu'on commence à faire ressortir des opinions là-dessus.

"Pour une jeune femme qui voit ses règles, elle doit tomber enceinte si elle s'approche d'un homme".

Les femmes pensent que la prise journalière de la pilule est difficile car elles risquent d'oublier, et, par ailleurs, il est nécessaire d'acheter tous les mois.

"Je n'ai pas de moyens pour me les procurer tous les mois. Et encore, si on n'a pas d'enfants, on ne peut pas acheter des contraceptifs pour transformer en enfants".

Elles ont entendu parler des effets nocifs de la pilule et ont surtout peur de la stérilité secondaire qu'elle serait censée causer. Il est à noter qu'elles considèrent que les effets secondaires de la pilule sont ceux de tous les contraceptifs modernes.

"C'est mauvais, car après la prise, on fait des avortements, des malformations".

"Si on prolonge la prise de la pilule, ça empêche les autres naissances".

"Je n'ai pas confiance à ces choses-là. Si brusquement après je n'ai plus d'enfants, je ne pourrais jamais le faire".

"Je ne les utiliserai pas à cause des effets néfastes sur l'organisme et de la stérilité qui détériore l'utérus".

"La pilule donne du cancer à cause de notre incompatibilité avec le climat tropical".

Plusieurs groupes, les hommes plus âgés, les lycéens et les femmes multipares et analphabètes, ont parlé des comprimés comme méthode moderne de contraception et, après discussion, ils ont précisé qu'il s'agissait de la nivaquine et que son efficacité est incertaine.

"J'ai appris que la nivaquine prise au moment de la fécondation empêche la grossesse".

"Ça dépend de l'organisme, sinon la nivaquine n'agit pas".

"Ce n'est pas vrai, la nivaquine n'a aucun effet, sinon les femmes libres ne feraient pas de bâtards".

• Interruption volontaire de grossesse :

Les guides d'entretien étaient différents suivant les groupes. Ainsi, on a discuté de l'avortement dans tous les groupes d'hommes tandis que les femmes l'ont seulement mentionné au cours de leurs discussions. Bien que l'avortement ne se pratique pas souvent dans les mariages légitimes, on reconnaît que c'est un problème fréquent parmi les jeunes couples non mariés et les femmes libres.

"Elles le font parce que la religion (Islam) condamne sévèrement celle qui enfante avant le mariage reconnu par la communauté".

"Quelques fois ce sont les hommes qui sont responsables car après avoir fait un enfant à une femme, ils refusent de reconnaître cet enfant".

"Ce sont les filles célibataires qui vivent avec leurs parents, ... les filles qui veulent jouir de la vie alors une grossesse les retarde, ... et les femmes (adultères) qui veulent quitter le foyer conjugal".

En général, l'avortement est considéré comme dangereux et contre la religion musulmane. Néanmoins, il y a des personnes mariées qui le pratiquent comme méthode de planification familiale et certains hommes feraient avorter leur femme si c'était nécessaire pour sa santé.

"[Comme méthode contraceptive], c'est l'avortement que pratiquent certaines personnes mais cette méthode n'est pas sans inconvénients: le plus souvent la femme meurt... Cela est considéré au même titre qu'un crime".

"Si c'est pour sauver la vie de la femme, il est tout à fait raisonnable de faire un avortement avant qu'il ne soit trop tard".

"Beaucoup de filles qui trouvent la mort justifient ce fait".

"[Comme mesure de prévention], ou bien la femme prend la pilule pour éviter une grossesse, ou bien en commun accord avec l'époux faire provoquer un écoulement avant qu'il ne soit trop tard".

"Nous [les hommes] avons vu et même provoqué des avortements et nous l'avons fait pour éviter des problèmes dans le foyer".

"En milieu musulman, l'avortement est considéré comme un crime".

"Si après des accouchements difficiles, sur instruction de médecin, je pourrais faire avorter ma femme".

"Je ne ferais jamais avorter ma femme. Je laisserais la femme entre les mains de Dieu: la vie ou la mort, c'est Dieu qui décide".

Ces opinions divergentes surgissent dans tous les groupes d'hommes, malgré les différences d'âge, d'éducation ou de religion.

• Organisation des services de P.F. :

Le personnel des centres reconnaissent qu'elles ont des clientes qui demandent des informations sur le P.F. et qui sont à haut risque à cause de leur âge, de leur parité, ou de leur histoire obstétricale. Par manque de services de P.F. dans leurs centres, elles orientent ces clientes vers des médecins, des pharmaciens ou au centre d'Assisa Vantou, (le seul qui dispose d'un service service de P.F.). Mais cet arrangement pose des problèmes.

"Elles refusent d'aller chez le médecin de peur qu'il fasse appel à leur mari pour demander son accord".

Le personnel des centres voudraient qu'il y ait une sensibilisation de la population, surtout des hommes qui s'opposent à la planification familiale, surtout lorsque les femmes achètent elles-mêmes des contraceptifs dans les pharmacies.

"Dans le cadre de l'achat,...elles ne sauront pas l'appliquer comme il faut. Donc, ça nécessite une éducation préalable...Elles doivent respecter la dose, l'horaire et la prendre chaque jour".

"Il faut mettre à leur disposition des structures...Ca doit coûter cher car la femme l'utilise chaque jour".

Les sources d'information sur le P.F. les plus souvent citées sont les centres sociaux, la radio camerounaise, les journaux et magazines comme Piraque et AMINA, les personnes âgées et les amis. Le désir pour plus d'information est vif. La plupart des groupes de femmes et plusieurs groupes d'hommes, ont demandé d'autres réunions pour recevoir plus d'information sur ce sujet. Dans plusieurs cas, les sages-femmes/animatrices ont pris rendez-vous avec les femmes pour leur donner plus d'information.

"Je souhaite qu'on se rencontre souvent pour de telle discussion".

"On ne connaissait pas qu'il y a ces belles rencontres de femmes".

Le personnel socio-sanitaire souhaiterait être formé et demande aussi qu'on mette à leur disposition le matériel nécessaire pour mieux répondre aux besoins de leur clientes en matière de P.F. Elles souhaitent une sensibilisation adéquate de la population parce que :

"les gens ne comprennent pas bien le sens du P.F...qui est l'espacement des naissances pour éviter la mortalité maternelle. Ils croient que planifier c'est empêcher la femme d'avoir des enfants".

"On reçoit un grand nombre de femmes dans les centres, alors le message passera bien...L'essentiel est que les grossesses ne se rapprochent pas et laisser le choix au couple car le message risque de ne pas passer".

CONCLUSION

L'analyse des résultats de cette enquête permet de proposer des réponses aux objectifs spécifiques qui avaient été fixés au départ :

1) Connaissance des méthodes de contraception :

48 % des femmes connaissent au moins un moyen de contraception moderne ou traditionnel. Après explication de chacune des méthodes disponibles, 89 % des femmes reconnaissent au moins une méthode traditionnelle et 58 % au moins une méthode moderne de contraception.

2) Utilisation des méthodes de contraception :

Un tiers des femmes en union et non enceintes utilisaient un moyen traditionnel de contraception au moment de l'enquête et 1,3 % seulement une méthode moderne.

3) Demande en matière de contraception :

Un peu plus de la moitié des femmes interrogées (54 %) souhaitent utiliser une méthode de contraception pour espacer leurs grossesses. Parmi celles-ci, seulement 2 % utilisent actuellement une méthode moderne et 27 % une méthode traditionnelle de contraception. 1/3 des femmes interrogées pensent que leur partenaire serait d'accord pour qu'elles utilisent une méthode pour espacer leurs naissances.

4) Obstacles et bénéfices ressentis :

Au cours des groupes de discussion dirigés, il est apparu que les raisons économiques et la santé maternelle et infantile constituent les motivations principales pour le désir d'espacement des naissances. Outre l'attitude des hommes vis à vis de la planification familiale, le manque de formation du personnel, d'infrastructures adéquates, le matériel éducatif et le coût des moyens modernes de contraception représentent les obstacles majeurs à l'implantation d'un service de BEF à N'Djaména.

5) Implications programmatiques :

a) Programme d'éducation (IEC) en matière de BEF :

Les femmes consultant dans les SMI et les centres sociaux de N'Djaména sont très intéressées par le concept de BEF. Elles souhaiteraient participer à des rencontres périodiques sur des sujets concernant la santé de la mère et de l'enfant. La maternité et les centres sociaux seraient les endroits appropriés pour ces rencontres. Quant à la contraception, elles souhaiteraient de préférence discuter des moyens disponibles avec des sage-femmes ou des assistances sociales sous la forme d'entretiens individuels. Actuellement, leurs sources d'informations sur les moyens de contraception sont les am(e)s ou parents, la radio et les journaux.

b) Programme de prestation de services en BEF :

Un des objectifs de cette enquête était de fournir des données de base qui serviront à l'élaboration d'un programme de BEF. Ces résultats nous permettent d'une part de définir le profil socio-démographique des femmes qui consultent dans les SMI et centres sociaux de la ville de N'Djamena et d'autre part de fournir des informations sur les liens qui existent entre ces caractéristiques et les pratiques et attitudes en matière de BEF.

En résumant les caractéristiques de cette population, l'on peut dire qu'il s'agit de femmes jeunes à 95 % Tchadiennes. 96 % d'entre elles sont en relation avec un partenaire. Les jeunes sont le plus souvent scolarisées et célibataires tandis que les femmes plus âgées sont mariées et moins instruites. 50 % des femmes ont une activité rémunératrice sous la forme de petit commerce. 30 % de celles-ci ont un partenaire qui travaille dans le secteur public, avec qui elles ont une concession qui leur appartient. Toutes les autres se situent à un niveau socio-économique inférieur. Une femme sur sept a atteint le niveau secondaire d'éducation tandis qu'une femme sur deux n'est pas scolarisée.

L'abstinence du post-partum dure en moyenne 5 mois et l'allaitement 17 mois. L'espacement réel des naissances entre deux enfants est de 30 mois environ mais il est plus court chez les jeunes femmes et les plus scolarisées. La taille idéale de la famille est de 7 enfants.

10 % des femmes interrogées se plaignent d'infécondité et 7 % d'entre elles reconnaissent avoir eu une maladie sexuellement transmissible dans le passé.

3 % des femmes disent avoir pratiqué un avortement provoqué dans le passé.

9 % de celles qui avaient déjà accouché au moins une fois ont dû être hospitalisées lors de leur dernière grossesse pour des problèmes hémorragiques, infectieux ou des complications à l'accouchement. 40 % des femmes ont accouché à la maternité lors de leur dernière grossesse et 47 % à la maison sans aide professionnelle. Plus de 70 % des femmes interrogées ont suivi des consultations pré et postnatales lors de leur dernier accouchement.

En ce qui concerne leur opinion sur ce que doit être un programme de BEF, les femmes souhaiteraient qu'il soit décentralisé et subventionné. Elles proposent une campagne d'information pour la sensibilisation de la population. Nos résultats suggèrent qu'il faudra s'adresser aux hommes, pris comme groupe cible car un tiers de femmes pensent que leur partenaire n'accepterait pas qu'elles utilisent des moyens pour espacer leur grossesse. Enfin, il est clair qu'un tel programme devrait viser essentiellement à promouvoir un meilleur espacement des naissances et non pas à limiter celles-ci.

c) Commentaires sur l'organisation éventuelle d'une enquête similaire :

Notre expérience a confirmé qu'il est important d'adapter le choix, la formulation et la séquence de questions au contexte socio-culturel. En plus de la consultation d'experts locaux pour finaliser le questionnaire il est nécessaire de réaliser un prétest dans le cas présent des questions considérées comme difficiles ou choquantes ont été comprises et/ou acceptées par la majorité des femmes interrogées. Certaines questions, bien qu'elles puissent correspondre à un besoin légitime d'information sont souvent inappropriées pour ce type d'enquête. C'est ainsi que les questions sur les MST n'ont pas donné de résultats fiables à l'analyse en raison de leur caractère subjectif. L'idée d'utiliser des enquêtrices au lieu d'enquêteurs a été judicieuse parce que les femmes interrogées étaient en confiance. L'idéal semble être pour ce cas, de recruter des femmes d'âge mûr.

POPULATION ADVISOR PROJECT

APPENDIX IV

"The Role of the Private Sector in
Family Planning in Chad"

Presentation by Dr. Djig-Djag,
Member of the National Advisory Council of Chad

Final Report, May 1989

CONFERENCE SUR LE BIEN-ETRE FAMILIAL
AU TCHAD

16-21 Octobre 1988

LE ROLE DU SECTEUR PRIVE DANS LE BIEN-ETRE FAMILIAL

Dr. Mahamat Abdoulaye Dig-Djag
Membre du Conseil National Consultatif
(CNC)
Membre du Comité Central de
l'Union Nationale
Pour l'Indépendance et la Révolution
(CC/UNIR)

SOMMAIRE

	<u>PAGE</u>
INTRODUCTION	2
POURQUOI LE BIEN-ETRE FAMILIAL AU TCHAD?	3
EN QUOI CONSISTE LE ROLE DU SECTEUR PRIVE DANS LE BIEN-ETRE FAMILIAL	4
CONCLUSION	10
BIBLIOGRAPHIE	11
ANNEXE I	13
ANNEXE II	21

RESUME

LE ROLE DE SECTEUR PRIVE DANS LE BIEN-ETRE FAMILIAL

La Conférence Nationale sur le Bien-Etre Familial, placée sous le Haut Patronnage de son Excellence, Président Fondateur de l'UNION NATIONALE POUR L'INDEPENDANCE ET LA REVOLUTION, Chef de l'Etat, le Camarade El Hadj Hisseine Habré, tient ses assises du 16 au 21 Octobre 1988 à N'Djaména.

La Conférence donne l'occasion aux participants de délibérer sur les questions de Bien-Etre Familial, une composante essentielle des soins de santé primaires.

L'objectif de la Conférence est de mobiliser et engager toutes les hiérarchies politiques, administratives, judiciaires et autres pour étudier les possibilités d'implantation et l'exécution du programme de Bien-être familial.

Les participants discuteront de rôle de secteur privé, notamment, la mise en place d'une structure autonome à travers laquelle ils poursuivront leurs intérêts aux questions de Bien-être familial, la prestation des services par des voies appropriées et pratiquées.

Dans le cadre d'un Programme National de Bien-Etre Familial répondant aux besoins de la population, la gestion des aspects de prestation des services nécessite la création d'une Association Nationale de Bien-Etre Familial pour garantir la réussite de l'exécution du programme.

Le rôle de l'Association Tchadienne de Bien-Etre Familial paraît important. Le cadre global de sa politique, est la structure de volontariat, appuyé par les membres de personnel, qui représente le principal élément professionnel de mise en oeuvre des politiques de l'Association Tchadienne de Bien-Etre Familial.

L'Association Tchadienne de Bien-Etre Familial doit accepter la responsabilité de devenir la première organisation non-gouvernementale de bien-être familial qui est un élément central de la santé.

L'Association Tchadienne de Bien-Etre Familial est une association nationale à but non lucratif, composé de bénévoles; elle sera fondée et gérée par les volontaires, en vue de promouvoir le bien-être familial au Tchad. Pour être éligible au titre de l'IPPF elle doit souscrire aux buts et politiques de la Fédération. L'IPPF est une institution démocratique, représentative du Mouvement organisé de bien-être familial, c'est une agence d'assistance technique, et un organe de financement des associations nationales de bien-être familial.

Une institution tridimensionnelle dont la structure organisationnelle et de gestion fonctionne grâce aux volontaires et les membres de personnel représentant le principal élément professionnel de mise en oeuvre de politiques de l'Association Tchadienne de Bien-Etre Familial adoptées par les corps de volontaires.

L'Association Tchadienne de Bien-Etre Familial doit s'engager à élaborer et réaliser les meilleurs programmes qui contribueront à améliorer la qualité de la vie de la population.

Dans l'exercice de ses fonctions, elle doit respecter les normes locales, apporter ses services aux individus et aux couples, elle doit s'assurer que les méthodes de contraception sont conformes aux normes élevées de qualité, d'efficacité et d'innocité, tout en accordant la priorité aux méthodes recommandées par le groupe consultatif médical international de l'IPPF et de l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'Association Tchadienne de Bien-Etre Familial doit sensibiliser les responsables politiques de l'importante contribution que le bien-être familial apporte à la famille, à la survie et à la santé des mères et des enfants.

Le bien-être familial est un droit fondamental à tout individu ou couples de décider du nombre et de l'espacement des enfants désirés.

En conclusion, le rôle de secteur privé est primordial pour attendre les objectifs de bien-être familial au Tchad.
Monsieur le Président,

Monsieur le Président,
 Distingués Spécialistes, Experts et Conférenciers,
 Honorables Invités qui nous avez fait l'honneur
 de votre présence,
 Chers participants,
 Camarades,
 Mesdames et Messieurs.

I. INTRODUCTION

Il m'est un grand plaisir de vous souhaiter la bienvenue au Tchad.

C'est pour moi tout autant une satisfaction profonde, qu'un plaisir motivé de voir se tenir à N'Djaména les importantes assises de la Conférence sur le Bien-Etre Familial, cependant avant de formuler certaines observations relatives aux objectifs de la conférence, permettez moi de vous remettre en mémoire, l'une des priorités du Gouvernement de la troisième République que dirige le Camarade Al Hadj HISSEIN HABRE, Président Fondateur de l'UNION NATIONALE POUR L'INDEPENDANCE ET LA REVOLUTION, CHEF DE L'ETAT; "Promouvoir le bien-être des populations par la couverture sanitaire, l'autosuffisance alimentaire, l'éducation, assurer la garantie de l'habitat et de l'emploi."

Monsieur le Président, vous vous rappelez sûrement que la croissance démographique s'est accélérée dans la plupart de nos Etats d'Afrique pendant les vingt dernières années; par ailleurs nous savons que dans la quasi totalité de nos Etats, nous observons un déclin général de la croissance économique.

Le bien-être familial qui a été jusqu'à une date récente un sujet très délicat au Tchad, est de mieux en mieux accepté en tant que composante essentielle du développement social et économique.

Nous acceptons aujourd'hui le bien-être familial comme étant une mesure sanitaire importante qui contribue à l'amélioration de la santé des mères et des enfants.

Nous acceptons également que le bien-être familial contribue dans une large mesure aux efforts déployés pour améliorer la condition de la femme tchadienne. Nous espérons que la compréhension exprimée par les participants à l'issue de cette importante conférence sur le bien-être familial, va se traduire rapidement en actions éducationnelles d'information et en prestations des services pour répondre aux besoins réels et pressants de la femme, de l'enfant et de l'homme tchadiens.

Monsieur le Président,
 Mesdames et Messieurs,

Avant de définir le rôle du secteur privé dans le bien-être familial, il n'est pas superflus de revenir très succinctement sur sa justification.

II. POURQUOI LE BIEN-ETRE FAMILIAL AU TCHAD?

De notre avis, il y a des raisons fondamentales d'accepter le bien-être familial.

La première raison se rapporte à la santé.

Il faut rappeler que la Déclaration d'ALMA-ATA (Conférence Internationale sur les soins de santé primaires, ALMA-ATA-URSS 6-12 Septembre 1978) a clairement indiqué qu'aucune stratégie de soins de santé primaires n'est complète sans y avoir inclus le bien-être familial. Par ailleurs, il a été prouvé que la mortalité materno-infantile pourrait être réduite de moitié d'ici l'an 2.000 par le biais d'un programme de bien-être familial et des soins maternels meilleurs.

La mauvaise santé des mères durant la grossesse, pendant l'accouchement et durant les suites de couches est responsable du taux élevé de morbidité et de mortalité maternelles.

Le décès d'une mère est une tragédie dans la famille, car il a un impact immense sur le bien-être affectif des membres de la famille, affecte la santé des autres.

S'agissant de la mortalité infantile, elle augmente brusquement après la 3ème et 4ème naissance malgré l'amélioration des conditions de vie et des soins médicaux, elle est également liée à de courts intervalles inter-génésiques.

La survie de l'enfant, sa santé et son alimentation sont lourdement influencés par les effets de rang de naissance.

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Les risques encourus par la mère et l'enfant sont fonction de mode de procréation, de la constitution de la famille qu'elle soit élargie ou de souche.

Nous éviterons des milliers de décès maternels et infantiles quand les grossesses seront mieux planifiées et espacées.

L'introduction de bien-être familial dans les services de santé et l'accélération de la mise en oeuvre des programmes et leurs stratégies contribueront à donner un sentiment de sécurité et tous ces risques qu'encourent les mères et les enfants peuvent être réduits grâce à un programme efficace de bien-être familial, répondant au besoin de base en matière d'alimentation, d'éducation, d'approvisionnement en eau potable, d'emploi et de logement.

Le bien-être familial évite une grossesse non désirée ou survenant à un moment inopportun. L'emploi efficace des produits contraceptifs permet à l'individu ou au couple de terminer la formation professionnelle pour ceux qui étaient scolarisés; grâce au bien-être familial l'avenir financier de la famille sera mieux assuré en raison de la possibilité d'emploi amélioré et d'une base économique sûre; le couple sera capable de donner aux enfants le type d'éducation et de l'environnement qu'ils désirent (maison, nourriture, vêtement, loisirs); l'exemple des parents profitera aux enfants; ceux-ci peuvent alors échapper aux problèmes liés à une grossesse indésirable pendant l'adolescence. Ainsi le rôle du bien-être familial en tant que mesures sanitaires sont irréfutables.

La Deuxième raison est celle qui consiste à soutenir que le bien-être familial est un droit fondamental à tout individu ou couple qui peut en décider librement en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des enfants qu'il souhaite avoir et peut entretenir.

La troisième raison est démographique; celle-ci consiste à dire que la population est trop nombreuse et que le bien-être familial peut servir de mécanisme régulateur.

D'autres nations ont avancé cet argument pour justifier le bien-être familial dont la pratique éviterait les explosions démographiques qui freineraient le développement socio-économique.

En définitive, il apparaît que toute stratégie efficiente de promotion de santé maternelle et infantile requiert des prestations du bien-être familial; la forte mortalité maternelle et infantile qui prévaut au Tchad procède surtout des caractéristiques procréatives que seul le bien-être familial peut modifier rapidement.

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

L'institution du bien-être familial paraît indiquée le pari mérite d'être tenté,

III. EN QUOI CONSISTE LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE BIEN-ÊTRE FAMILIAL ?

La suite du présent exposé est une tentative de réflexion sur le rôle que le secteur privé doit jouer dans le bien-être familial.

Ce secteur, privé défini comme une Association Nationale de Bien-être Familial, oeuvrera à promouvoir le climat favorable en vue de persuader le Gouvernement de la Troisième République de se joindre au programme de bien-être familial; l'association introduira dans notre société les services de bien-être familial dont pour but de contribuer à l'amélioration qualitative de la vie de la population tchadienne; elle prendra en compte la politique Nationale en matière de bien-être familial; ses réalisations et objectifs doivent être conformes à la perception nationale.

Le rôle et le champ d'action de l'Association Tchadienne de Bien-être familial, future membre de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale, dépendront des besoins réels de la population locale tels qu'ils sont exprimés et de la situation particulière de notre pays.

Elle bénéficiera de l'affiliation à la structure générale de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (International Planned Parenthood Federation: IPPF) dont elle sera partenaire. Elle doit procéder à l'échange d'information de l'expérience avec les autres Associations, pour renforcer sa coopération par le soutien mutuel dont elle fera preuve dans le futur qui sera difficile.

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Il est important de noter que la structure nationale de l'Association de bien-être familial rentrera dans celle générale de la Fédération (IPPF) qui fonctionne sur trois plans.

- 1°) - L'IPPF est une institution démocratique et représentative du mouvement organisé de bien-être familial;
- 2°) - C'est une agence d'assistance technique en bien-être familial;
- 3°) - C'est un organe de financement des Associations Nationales de bien-être familial.

Il n'est pas surprenant que ces rôles évolutifs imbriqués au sein d'une institution traditionnelle créent, quelques problèmes. Cette situation amène une évolution périodique de la structure organisationnelle et de gestion de la Fédération, et aussi du schéma de la séparation des fonctions aux différents niveaux entre les volontaires élus et les personnels salariés.

Le cadre global de la politique de l'Association Tchadienne de bien-être familial, membre de la Fédération, sera la structure du volontariat appuyé par le personnel du secrétariat; il représentera le principal élément professionnel de mise en oeuvre des politiques de bien-être familial adoptées par les corps des volontaires. L'Association Tchadienne de bien-être familial, pour être éligible au titre de l'IPPF, doit souscrire aux buts et politiques de la Fédération, elle ne doit pas être contrôlée par les intérêts commerciaux, ni faire aucune discrimination.

Les statuts et le règlement intérieur de l'Association Tchadienne de bien-être familial doivent être conformes aux dispositions constitutionnelles de l'IPPF.

Monsieur le Président,
Camarades,
Mesdames et Messieurs.

L'Association Tchadienne de bien-être familial en tant que membre de l'IPPF devra accepter la responsabilité de devenir la première organisation non gouvernementale du TCHAD dans le domaine de bien-être familial. A cette fin, elle doit s'engager à élaborer et réaliser les meilleurs programmes possibles.

Nous devons rappeler que le but de l'Association Tchadienne de bien-être familial, membre de la Fédération, est de s'assurer que tous les individus et les couples aient le droit élémentaire de décider librement et en toute responsabilité du nombre de leurs enfants et de l'espacement de naissance.

L'Association Tchadienne de bien-être familial dans l'exercice de sa fonction doit respecter les normes locales.

Les normes à caractère absolu.

Les normes suivantes sont celles dont l'Association Tchadienne de bien-être familial en tant que membre de l'IPPF est dans l'obligation de respecter:

- Tous les services octroyés par l'Association Tchadienne de bien-être familial doivent être fournis sur la base d'un choix volontaire et informé, sans aucune pression, ni contrainte.
- Les services doivent être prodigués sans discrimination de croyance religieuse ou d'appartenance politique, de race, d'ethnie, de statut socio-économique.
- Il appartient à l'Association Tchadienne de bien-être familial d'élaborer, d'appliquer et de réviser le cas échéant les normes inscrites pour assurer et maintenir l'efficacité et la qualité de ses services.
- L'Association Tchadienne de bien-être familial doit préserver son statut d'organisation sans but lucratif et utiliser l'ensemble de revenus à la réalisation des objectifs et des programmes.

Au niveau des services partant d'un choix volontaire et informé.

Pour assurer la liberté, l'Association Tchadienne de bien-être familial doit fournir plusieurs méthodes de bien-être familial médicalement reconnues, avec les informations utiles.

Dans le cas d'une stérilisation volontaire, l'Association Tchadienne de bien-être familial doit demander le consentement écrit et accepté conformément aux dispositions de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et doit conserver le formulaire de consentement signé dans leur dossier selon la législation tchadienne.

Au niveau des services sans discrimination:

L'Association Tchadienne de bien-être familial doit analyser les besoins non satisfaits dans le domaine de bien-être familial afin d'identifier les groupes qui ne sont pas encore desservis par les programmes.

Elle doit tout mettre en œuvre dans les meilleurs délais pour apporter ses services aux couples et individus dont les besoins en bien-être familial n'ont pas encore été satisfaits.

S'agissant des services.

L'Association Tchadienne de bien-être familial doit s'assurer que les deux principaux éléments de la composante programmatique (information et services) sont étroitement liés, que les volontaires et les personnels ont la formation et la motivation nécessaires pour mener à bien leur tâche au niveau des programmes et que les méthodes de contraception sont conformes aux normes élevées de qualité, d'efficacité et d'innocité tout en accordant la préférence aux méthodes recommandées par le groupe consultatif médical international de l'IPPF et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les services doivent être pratiqués, prodigués par les voies appropriées et, à savoir entre autre les programmes de soins de santé primaires, les programmes de santé maternelle et infantile, les services spécialisés, les programmes des distributions à base communautaire et tout autre moyen possible.

Dans tous les cas l'Association Tchadienne de bien-être familial doit fournir une information documentée sur la présence d'un encadrement et d'un soutien médical adéquat, et procéder à une évolution de ses programmes pour établir la qualité de ses services et le taux d'acceptation des utilisateurs, et informer les dirigeants et les leaders tchadiens des secteurs où une

action en bien-être familiale peuvent apporter aux individus, aux familles et à la Nation Tchadienne tout entière. Les programmes de communication de l'Association Tchadienne de bien-être familial doivent informer les gens et les motiver pour qu'ils utilisent les services existants de bien-être familial et s'assurer que les personnes qui arrivent en âge de procréer soient informés sur la reproduction humaine et le bien-être familial dans la mesure du possible et conformément aux facteurs culturels et sociaux tchadiens.

Monsieur le Président,
 Camarades,
 Mesdames et Messieurs,

Nos remarques ont mis l'accent sur le fait que le bien-être familial est un élément central de la santé; pour mobiliser toutes les instances du Gouvernement de la Troisième République afin de diffuser le message sur le bien-être familial, le secteur privé en général et l'Association Tchadienne de bien-être familial en particulier a un rôle déterminant qui consiste à:

- renforcer la contribution des volontaires à l'élaboration et à l'application des politiques et programmes de bien-être familial;
- élargir le soutien de la communauté pour les programmes de bien-être familial et sa participation à ces programmes;
- renforcer la prise de conscience et promouvoir la pratique de bien-être familial en tant que droit humain fondamental;
- écarter les obstacles à la pratique de bien-être familial;
- accroître et démontrer la contribution de bien-être familial à la santé des femmes et des enfants;
- mieux faire comprendre aux responsables des politiques l'importante contribution que le bien-être familial peut apporter à la survie et à la santé des femmes et des enfants, et au bien-être de la famille;
- s'efforcer de faire prendre conscience aux organisations de santé et de bien-être social des conséquences mentales, sociales et physiques, pour les mères et les enfants, des grossesses et maternités trop précoces, trop fréquentes et trop tardives, ainsi que des conséquences des avortements illicites;
- former les personnes qui assurent les services du bien-être familial et autres services appropriés pour qu'elles puissent fournir une information, une éducation et des conseils sur les effets des grossesses précoces, fréquentes et tardives sur la survie et la santé des femmes et des enfants;

- encourager l'inclusion de l'allaitement maternel dans les programmes d'éducation sanitaire;
- examiner et appliquer, en collaboration avec d'autres agences, des projets communautaires qui associent au bien-être familial des éléments appropriés en matière de survie de l'enfant et de soins infantiles;
- oeuvrer à l'extension et à l'amélioration des services de protection maternelle et infantile dans le cadre des soins de santé primaires et autres services communautaires;
- diffuser des informations sur les maladies sexuellement transmissibles y compris le Syndrome Immuno-déficitaire acquis (SIDA) et leurs conséquences pour la maternité, la santé maternelle et infantile et pour la famille;
- accroître la disponibilité et l'accessibilité de l'éducation en matière de bien-être familial et des services de contraception;
- améliorer et développer l'éducation à la vie familiale et les services de conseil offerts aux jeunes;
- développer le rôle des parents et de la communauté dans la préparation des jeunes à une vie sexuelle et à une vie familiale responsables;
- s'assurer qu'il existe des services complets de bien-être familial répondant aux besoins des adolescents;
- faire en sorte que les jeunes jouent un rôle d'animateurs à tous les niveaux de la Fédération;
- améliorer et intensifier les efforts déployés au niveau communautaire pour intégrer le bien-être familial à l'amélioration de la condition féminine.
- répondre aux besoins des jeunes femmes;
- contribuer à l'amélioration de la condition des femmes.
- accroître la pratique masculine de la contraception;
- accroître le partage des responsabilités dans le domaine de bien-être familial;
- combler l'écart entre les besoins et les ressources;
- accroître l'auto-efficacité de l'Association Tchadienne de bien-être familial;
- accroître le soutien du Gouvernement, des Organisations et du Secteur privé.

Monsieur le Président,
Distingués Spécialistes, Experts et Conférenciers,
Honorables Invités qui nous avez fait l'honneur de votre
présence,
Chers Participants,
Camarades,
Mesdames et Messieurs

IV. CONCLUSION

Avant de terminer mon exposé, permettez moi d'exprimer ma reconnaissance à la Conférence.

Nous pensons que notre modeste contribution sur le rôle de secteur privé dans le bien-être familial permettra d'alimenter nos débats et que les discussions de la Conférence seront fructueuses et constructives pour les participants. Je ne voudrais pas préjuger des conclusions de la Conférence.

J'espère que les participants réunis à N'Djaména conclueront leurs délibérations par la mise en place d'une structure continue autonome à travers laquelle ils poursuivront leurs intérêts aux questions de bien-être familial au Tchad.

Je vous remercie.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS
ALMA-ATA 1978. Les soins de Santé Primaires.
2. Congrès Constitutif de l'UNION NATIONALE POUR L'INDEPENDANCE ET LA REVOLUTION (UNIR)
Recueil des textes, N'DJAMENA, 22-27 Juin 1984.
3. OMS
Indices statistiques de la santé de la famille.
Serie de rapports techniques N° 587.
4. OMS
Tendances et approches nouvelles dans la prestation des soins aux mères et aux enfants par les services de santé.
Serie de rapports N° 600.
5. Manuel de Planification familiale à l'usage des médecins rédigé pour l'IPPF par RONALD L. KLEINMAN M.B., CH.B, D (obst) R.C.O.G.
6. L'Islam et la planification familiale. Résumé des travaux de la Conférence Islamique Internationale, RABAT, MAROC Décembre 1971. Fédération Internationale pour la planification familiale.
7. Manuel de planification familiale à l'usage des sages femmes et infirmières. 3ème édition 1986. Préparé pour l'IPPF par RONALD L. KLEINMAN ME, CH.B, D. (obst) R.C.O.G. Publications médicales de l'IPPF.
8. La stérilisation féminine. Edité pour l'IPPF par RONALD L. KLEINMAN M.B. CH.B, D(obst) R.C.O.G. Publications médicales de l'IPPF 1982.
9. Planification familiale et amélioration de la condition féminine. Rapport du groupe de travail des Directeurs de Projets Anglophones réuni en Décembre 1983, IPPF Region Afrique.
10. PLAN DE L'IPPF 1985-1987. Adopté par l'Assemblée des membres en novembre 1983.
11. La Planification familiale dans un monde en mutation. Réévaluation de l'IPPF, Mars 1977.
12. Planification familiale: méthodes et pratiques pour l'Afrique 1985.
13. Vue d'ensemble de la loi et des politiques face à la fécondité des adolescents au plan international. JOHN M. PAXMAN, 1984, IPPF.
14. Le droit humain à la planification familiale IPPF Novembre 1983.

15. Documents Conseil Regional. IPPF Région Afrique, 27-28 Juin 1988, Nairobi, Kenya.
F Rapport du Directeur Régional 6.1
G Rapport du Comité Exécutif Régional 6.11
HI Rapport du Comité Régional de revue des programmes d'annexe: 6.111
R. Normes de l'IPPF. Responsabilités des membres de l'IPPF 7.11
16. Les services destinés aux adolescents IPPF 1985.
17. Grandir dans monde en chagement première et deuxième partie IPPF 1985.
18. L'Agence de santé et santé familiale de l'Afrique Sous-Sahérienne. RONAL S. WAIFE, MSPH et MARIANNE C. BURKHART, MPH, 1981.
19. Politique Démographique. STEPHEN L. ISSACS J.D., GAIL S. CAIMS, MPH, NANCY IHECKEL, MPH, Université de Colombia.

ANNEXE I

(Projet)

ASSOCIATION TCHADIENNE POUR LE BIEN-ETRE FAMILIAL (ATBEF)REGLEMENT INTERIEURAdopté par l'Assemblée Générale tenue à N'Djamena
le.....PLAN

<u>CHAPITRE I:</u>	L'ASSEMBLEE GENERALE
<u>CHAPITRE II:</u>	LE CONSEIL NATIONAL
<u>CHAPITRE III:</u>	LE BUREAU NATIONAL
<u>CHAPITRE IV:</u>	LES COTISATIONS ET LES RESSOURCES DIVERSES
<u>CHAPITRE V:</u>	LE COMITE NATIONAL DES PROGRAMMES
<u>CHAPITRE VI:</u>	LES COMMISSAIRES AUX COMPTES
<u>CHAPITRE VII:</u>	LES MISSIONS ET LES VOYAGES
<u>CHAPITRE VIII:</u>	LES DISCIPLINES ET LES SANCTIONS
<u>CHAPITRE IX:</u>	LE DIRECTEUR EXECUTIF
<u>CHAPITRE X:</u>	LA REVISION OU LA MODIFICATION

PREAMBLE

Conformément à l'article 32 des statuts de l'ATBEF, le présent Règlement Intérieur a pour but de déterminer les conditions de fonctionnement des instances et des organes en vue d'assurer une bonne exécution des différentes dispositions prévues par les statuts.

CHAPITRE I: L'ASSEMBLEE GENERALE

Article 1: Sont membres actifs toutes les personnes physiques qui ont payé leurs droits d'adhésion et s'acquittent régulièrement de leur cotisation annuelle. Chaque membre actif reçoit contre paiement du droit d'adhésion fixée à 150F (à discuter), une carte de membre de l'Association qui porte son identité; le lieu de sa résidence et confirme son appartenance à l'Association.

Cette catégorie de membres participe aux activités de l'Association par des prestations bénévoles (travail non retribué) et des contributions financières notamment la cotisation annuelle dont le taux est fixée par l'Assemblée Générale.

Ce taux est actuellement de' 500F (Assemblée Générale de) à discuter.

Tout membre actif qui ne s'est pas acquitté de sa cotisation annuelle, perd son droit de vote à l'Assemblée Générale.

Article 2: L'Assemblée Générale est composée impérativement des membres du Bureau National, de cinq (5) délégués choisis par Préfectures, ainsi que du Président et du Rapport Principal du Comité National des Programmes ou leurs suppléants domiciliés au siège de l'Association.

Parmi les cinq (5) délégués préfectoraux doit figurer au moins un (1) ne faisant pas partie du Bureau Préfectoral.

Ces chiffres ne sauraient en aucun cas être dépassés.

Tout membre supplémentaire au sein d'une quelconque délégation ne sera pris en charge ni par le Bureau National, ni par le Bureau Préfectoral.

Tout observateur non invité pourra sur autorisation du Bureau National participer aux assises à ses propres frais et sans droit de voté.

Le Directeur Executif, les chefs de départements et les Coordinateurs Préfectoraux assistent aux travaux de l'Assemblée Générale et du Conseil National sans droit de voté.

Article 3: Les convocations portant nécessairement l'ordre du jour de la session doivent être adressées aux différentes Préfectures trente (30) jours du moins avant la date fixée pour l'Assemblée Générale.

Article 4: Dès ouverture de la session, il est procédé au contrôle des mandats puis à l'élection du bureau de la session composé d'un Président, d'un Vice-Président et de deux (2) rapporteurs choisis en dehors du Bureau National.

Le Bureau de session fait procéder à l'adoption de l'ordre du jour présenté par le Bureau National.

Les amendements sont adoptés à la majorité simple des membres présents.

Article 5: L'Assemblée Générale élit les membres du Bureau National. Chaque membre de l'Assemblée Générale dispose d'une voix à condition de s'être acquitté de sa cotisation annuelle.

Les candidatures sont individuelles et personnelles. Elles doivent être adressées par les candidats eux-mêmes au Bureau National et doivent lui parvenir au plus tard huit (8) jours avant les élections.

Si pendant le déroulement des travaux de l'Assemblée Générale il y a vacance de poste, le Bureau de Session propose des candidatures.

CHAPITRE II: LE CONSEIL NATIONAL

Article 6: Le Conseil National se réunit en session ordinaire une fois l'an, entre deux sessions ordinaires de l'Assemblée Générale sur convocation du Président National.

Toutefois, il peut se réunir en session extraordinaire sur demande unanime d'au moins trois (3) préfectures ou du Bureau National.

Article 7: Les convocations portant nécessairement l'ordre du jour de la session, doivent être adressées aux différentes Préfectures trente (30) jours au moins avant la date fixée pour le Conseil National.

Article 8: Dès l'ouverture, il est élu un Bureau de Session. Il se compose d'un Président, d'un Vice-Président et de deux (2) Rapporteurs choisis en dehors du Bureau National.

Le Conseil National délibère valablement si la majorité absolue de ses membres est atteinte. Les décisions sont valablement prises à la majorité simple de votants.

En cas de partage des voix, la voix du Président de session est prépondérante.

CHAPITRE III: LE BUREAU NATIONAL

Article 9: Le Bureau est renouvelé à l'occasion de chaque session ordinaire de l'Assemblée Générale.

Les membres sortant sont rééligibles. Cependant nul ne peut assumer plus de trois (3) mandats consécutifs au même poste.

Article 10: La candidature à chacun des postes du Bureau National requiert certains critères:

- avoir foi dans les buts et objectifs de l'Association.
- être apte physiquement et moralement à représenter

l'Association.

- avoir le désir ou être désireux d'aider à la réalisation de ces objectifs.
- avoir participé à la vie de l'Association pendant au moins deux ans soit dans le Bureau National, soit dans le Comité National des Programmes, soit dans les Bureaux

Préfectoraux, soit dans les Bureaux de Section.

Article 11: Le Président est élu par l'Assemblée Générale au scrutin secret uninominal à la majorité absolue au premier tour et à la majorité simple au second.

Les autres membres du Bureau National sont élus par l'Assemblée Générale au scrutin uninominal et à la majorité simple.

En cas de partage des voix, il est procédé à un tirage au sort.

Article 12: Le Bureau National représente l'Association sur l'ensemble du territoire national, et à ce titre, coordonne les activités des autres organes de l'Association. Il est chargé de l'arbitrage des différends au sein des Assemblées préfectorales et ses sections de l'Association.

Article 13: Le Bureau National se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation du Secrétaire Générale en accord avec le Président de l'Association.

Il peut tenir des réunions extraordinaires en cas de besoin.

Article 14: Le Bureau National délibère sur toutes les questions dont l'inscription à l'ordre du jour est demandée par un ou plusieurs membres du Bureau ou par le Directeur Exécutif de l'Association.

L'ordre du jour est arrêté par le Directeur Exécutif et le Secrétaire Général, en accord avec le Président de l'Association.

Article 15: La présence d'au moins la moitié des membres du Bureau est nécessaire pour que le Bureau puisse délibérer valablement.

Un membre qui ne peut assister à une réunion, doit s'excuser d'avance et déléguer son droit de vote à un autre membre présent qui ne peut avoir plus d'un mandat.

Cependant au cas où le quorum n'est pas atteint une nouvelle réunion est convoquée huit (8) jours après et les décisions sont prises à la majorité simple des membres présents et représentés.

Article 16: Le Bureau National examine et approuve le plan triennal, le programme annuel d'activités et le budget annuel de l'Association élaborés par le Directeur Exécutif sur proposition des Bureaux Préfectoraux.

Il prend connaissance des résultats de toutes les réunions relatives aux activités de l'Association.

Article 17: Le Bureau National peut inviter à ses réunions, à titre consultatif, pour une ou plusieurs questions inscrites à l'ordre du jour toute personne ayant une compétence particulière pour l'étude de ces questions.

Article 18: Le Bureau National confie l'étude des questions particulières au Comité National des Programmes ou à une Commission ad hoc. Leurs rapports sont soumis à l'approbation du Bureau National.

Article 19: Le Bureau National désigne en priorité en son sein, les membres des délégations devant représenter l'Association aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays.

Article 20: Le Bureau National est chargé d'étudier avec les pouvoirs publics les modalités de coopération entre l'Association et le Gouvernement.

Article 21: Le Bureau National délègue ses pouvoirs au Président pour la prise de décisions courantes sur le fonctionnement des organes et services de l'Association.

Il est tenu de rendre compte.

En cas d'absence, son intérim est assuré par le 1^{er} Vice-Président dont l'intérim est assuré à son tour par le 2^{ème} Vice-Président.

Article 22: Le Président assure la police des réunions.

Article 23: Le Président veille au respect de l'honorabilité de l'Association.

Article 24: Le Président arbitre les différends qui peuvent surgir entre le Directeur Exécutif et les membres du Bureau National. Au cas où une des parties ne serait pas d'accord, le Président convoque le Bureau National pour régler le différend.

Article 25: Le Secrétaire Générale coordonne toutes les activités de l'Association et veille au fonctionnement harmonieux des organes.

Il assiste le Président. Il est aidé dans sa tâche par les Secrétaires Généraux Adjointes.

Article 26: Le Secrétaire Général convoque en accord avec le Président de l'Association les réunions du Bureau National et dresse le procès-verbal qu'il soumet à l'adoption du Bureau National.

Article 27: Le Trésorier Générale a pour mission la défense des intérêts financiers de l'Association. Tout retrait de fonds nécessite la signature conjointe du Président et du Trésorier Général. Le Trésorier Général est aidé dans sa tâche et suppléé en cas d'absence par les Trésoriers Généraux Adjointes.

Article 28: Le Trésorier Générale contrôle la préparation et l'exécution du Budget de l'Association et en soumet les comptes au moins une fois par an à l'approbation du Bureau National.

Article 29: Le Trésorier Général veille à la bonne rentrée des cotisations des membres de l'Association et à la diversification des sources de financement.

Article 30: Le Trésorier Général procède une fois au moins par an à la vérification de la gestion financière au niveau des Bureaux Préfectoraux et des Bureaux de Section.

CHAPITRE IV: LES COTISATIONS ET LES RESSOURCES DIVERSES

Article 31: Les cotisations et les Ressources Diverses des sections et sous-sections sont réparties de la manière suivante:

50% pour les sections
25% pour les Préfectures
25% pour le Bureau National

Les 50% des sections sont laissés jusqu'à nouvel ordre dans les Préfectures.

Les fonds sont destinés à la réalisation de projets soumis préalablement à l'approbation du Bureau National.

CHAPITRE V: LE COMITE NATIONAL DES PROGRAMMES ET
LES COMMISSIONS AD HOC

Article 32: Le Comité National des programmes comprend des membres dont le nombre est fixé par l'Assemblée Générale.

Les commissions ad hoc sont nommées par le Bureau National qui en détermine le nombre des membres.

Article 33: Le Président et les deux (2) rapporteurs du Comité National des Programmes sont choisis hors des membres du Bureau National.

Article 34: Le Comité National des Programmes et les commissions ad hoc sont chargés de l'étude de toutes les questions spécifiques relevant de leurs compétences et soumises à leur examen.

Ils sont tenus d'adresser leurs rapports au Bureau National dans les délais prévus par ce dernier.

Article 35: Le Comité National des Programmes et les commissions ad hoc pourront faire appel à toute personne compétente.

Article 36: Les membres du Bureau National ont accès à leurs séances de travail.

CHAPITRE VI: LES COMMISSAIRES AUX COMPTES

Article 37: Les deux commissaires aux comptes désignés par l'Assemblée Générale vérifient chaque année la gestion financière de l'Association et en rendent compte à l'Assemblée Générale ou dans l'intersession au Conseil National.

Article 38: Les documents doivent être remis aux commissaires aux comptes au moins trente (30) jours avant la tenue des assemblées.

CHAPITRE VII: LES MISSIONS ET LES VOYAGES

Article 39: Il existe trois sortes de missions:

- Les missions à l'intérieur de la Préfecture
- Les missions à l'extérieur de la Préfecture
- Les missions à l'Etranger

Pour chaque type de mission, il est fixé par le Bureau National, au début de chaque année, une indemnité forfaitaire journalière à attribuer à chaque membre.

Article 40: Les frais de transport sont à la charge de l'Association. Un taux forfaitaire au kilomètre sera payé à toute personne envoyée en mission par l'Association avec utilisation de son véhicule personnel.

Les indemnités à allouer dans les autres cas est le taux pratiqué par les transports en communs.

Article 41: L'Association prend en charge l'assurance des personnes qu'elle envoie en mission.

CHAPITRE VIII: DISCIPLINE ET SANCTIONS

Article 42: La régularité et l'exactitude aux réunions sont obligatoires. Tout membre qui n'aura pas assisté à trois réunions ordinaires consécutives sans excuse préalable et valable reçoit un avertissement.

Tout membre qui n'aura pas assisté à cinq réunions ordinaires consécutives sans excuse préalable et valable est considéré comme démissionnaire et ne peut faire acte de candidature aux élections à l'Assemblée Générale suivante.

CHAPITRE IX: LE DIRECTEUR EXECUTIF

Article 43: Le Bureau National nomme sur contract de travail un Directeur Exécutif.

Il ne peut être pris au sein des Bureaux: National, Préfectoral, et de section, auquel cas il démissionne.

Article 44: Le Directeur Executif est chargé sous le contrôle du Bureau National, de l'administration des biens de l'Association et de la défense de ses interets matériels et financiers.

Ce contrôle s'effectue soit directement par le Bureau National lors de ses réunions, soit indirectement par délégation de pouvoirs au Président, au Secrétaire Général et au Trésorier Général qui doivent se réunir au moins une fois par quinzaine avec le Directeur Executif.

Article 45: Le Directeur Exécutif est le chef des services de l'Association.

Il assure la gestion du personnel. A ce titre, et si les nécessités de service l'exigent, le Directeur Executif peut décider de confier à tout employé, l'exercice d'une activité autre que celle pour laquelle celui-ci a été engagé et ceci, dans les limites des compétences de l'agent.

Article 46: Le Directeur Executif veille au respect de la discipline dans les services, inflige les sanctions qui s'imposent et ce dans les limites de ses responsabilités, et propose au Bureau National, les sanctions qui sont en dehors de ses limites.

Article 47: Le Directeur Executif engage les dépenses autorisées par le Bureau National.

Toutes les dépenses importantes doivent être faites par chèque signé par le Trésorier Général et le Président.

Pour les menues dépenses, le Directeur Executif dispose d'une caisse d'avance de cinquante mille (50.000F) francs dont il rend compte mensuellement au Trésorier Général.

Article 48: Le Directeur Executif rend compte de l'état d'avancement des activités au Bureau National.

Il dresse un rapport trimestriel, semestriel et annuel sur l'exécution du programme d'activités et du budget.

Article 49: Le Directeur Executif est le gérant légal des publications de l'Association.

Article 50: Le Directeur Executif coordonne les activités du Comité National des Programmes et des commissions ad hoc.

CHAPITRE X: LA REVISION OU LA MODIFICATION

Article 51: La révision ou la modification des dispositions du présent règlement intérieur pourra être retenue sur proposition du tiers (1/3) des membres du Bureau National et soumise à la ratification ou la compétence de l'Assemblée Générale ou à défaut du Conseil National qui ne peut la voter que par la majorité des deux tiers (2/3) des membres présents.

N'Djamena, le 26 Novembre 1987

ANNEXE IX

N'Djamena, le 26.11.1987

Projet:

ASSOCIATION TCHADIENNE POUR LE BIEN-ETRE FAMILIAL (ATBEF)

Statuts

Adoptés le..... par l'Assemblée Constitutive de
l'ATBEF tenue à N'Djamena le.....
sous le N°.....

TITRE I.

CHAPITRE UN: BUT ET OBJECTIFS

Article 1: Il est créé au TCHAD une association dénommée
"ASSOCIATION TCHADIENNE POUR LE BIEN-ETRE FAMILIAL (ATBEF)"

Article 2: Le siège de l'Association est fixé à N'Djamena.

Article 3: L'Association poursuit les but et objectifs suivants:

A. BUT

- Contribuer à améliorer la qualité de la vie de la
population Tchadienne.

B. OBJECTIFS

- a). Créer les conditions propres à sauvegarder la santé physique, mentale et morale de la famille.
- b). Informer, éduquer, et communiquer sur les problèmes liés à la naissance et les conditions qui en découlent pour l'état général des mères.
- c). Amener les parents, si besoin est à espacer la naissance de leurs enfants pour pouvoir assurer à ceux-ci de bonnes conditions d'existence et procurer à tous les membres de la famille un bien-être tant physique que moral.
- d). Donner, si besoin est, des conseils et l'aide possible dans les cas de stérilité, de maladies sexuellement transmissibles.
- e). Favoriser les conditions nécessaires à la sauvegarde des droits des mères et à la protection des droits de l'enfant.
- f). Informer l'opinion et les pouvoirs publics sur les conditions de la vie des familles et suggérer les moyens propres à les améliorer.
- g). Préparer la jeunesse à la vie familiale et à la parenté responsable

CHAPITRE DEUX: LES MOYENS D'ACTION

Article 4: Pour atteindre ses but et objectifs, l'Association Tchadienne de Bien-Etre Familial (ATBEF) se propose de:

- a). Mettre en place une organisation rationnelle animée par des techniciens expérimentés qui auront pour mission d'apporter à tout citoyen Tchadien leurs expériences, leurs assistances et leurs conseils.
- b). Mettre à la disposition de tout citoyen Tchadien des ouvrages nécessaires à une meilleure compréhension des problèmes de bien-être familial.
- c). Etablir des programmes judicieux d'éducation et organiser aussi souvent que possible des conférences des séminaires et colloques sur le bien-être familial.
- d). Créer une revue pour informer régulièrement tout citoyen Tchadien sur l'ensemble des problèmes relatifs au bien-être familial.
- e). Contribuer à la création d'un Fonds pour le développement de la recherche scientifique au niveau national sur les problèmes de population.
- f). Susciter et soutenir les activités génératrices de revenus pour l'amélioration des conditions de vie de la femme et de la famille et collaborer avec les agents sur le terrain pour un meilleur encadrement des groupements de production.

TITRE II.

Organisation et fonctionnement.

Article 5: Les membres de l'Association sont, soit des membres actifs, soit des membres honoraires, soit des membres associés.

Sont membres actifs, tous les adhérents qui ont payé le droit d'adhésion et s'acquittent régulièrement de leur cotisation.

Le montant des droits d'adhésion et de cotisations est fixé par l'Assemblée Générale.

Est membre honoraire toute personne physique ou morale ayant contribué de façon évidente et appréciable au développement et au succès de l'Association.

La qualité de membre associé est conférée à toute personne morale qui contribue régulièrement par d'importants dons ou subventions, à la réalisation des objectifs de l'Association. Tout membre associé est admis aux délibérations de tous les organes de l'Association à titre d'observateur.

CHAPITRE PREMIER: DE L'ORGANISATION

Article 6: L'Association Tchadienne de Bien-Etre Familial a pour instances et organes suivants:

a). **Au niveau National**

- 1). L'Assemblée Générale
- 2). Le Conseil National
- 3). Le Bureau National
- 4). Le Comité Exécutif
- 5). Le Comité National des Programmes
- 6). Les Commissaires aux comptes

b). **Au niveau Préfectoral**

- 1). L'Assemblée préfectorale
- 2). Les bureaux préfectoraux
- 3). Les commissaires aux comptes préfectoraux

c). **Au niveau Sous-Préfectoral**

- 1). Les sections sous-préfectorales
- 2). Les bureaux des sections sous-préfectorales

d). **Au niveau Cantonal**

- 1). Les sous-sections cantonales
- 2). Les bureaux des sous-sections cantonales

e). **Au niveau des villages**

- 1). Les sous-sections villageoises
- 2). Les bureaux des sous-sections villageoises.

Article 7: L'Assemblée Générale est l'instance suprême de l'Association. Elle est composée des membres du Bureau National, de cinq (5) délégués choisis par préfecture ainsi que du Président et du Rapporteur Principal du Comité National des Programmes ou leurs suppléants domiciliés au siège de l'Association. Elle détermine la politique générale, le mode et les moyens d'action de l'Association. L'Assemblée Générale étudie les principes généraux de coopération avec les Pouvoirs Publics et attire l'attention de ceux-ci sur la nécessité de réaliser les objectifs de l'Association.

Article 8: Le Conseil National se compose des membres du Bureau National et de deux (2) délégués de chaque Préfecture. Il contrôle la ligne d'action de l'Association et l'exécution des décisions de l'Assemblée Générale à tous les niveaux.

Article 9: Le Bureau National est composé de vingt-un (21) membres.

Un Président (1)
 Un 1ère Vice-Président (2)
 Un 2ème Vice-Président (3)
 Un Secrétaire Général (4)
 Un 1ère Secrétaire Général Adjoint (5)
 Un 2ème Secrétaire Général Adjoint (6)
 Un Trésorier Général (7)
 Un 1ère Trésorier Général Adjoint (8)
 Un 2ème Trésorier Général Adjoint (9)
 Douze conseillers dont les six Présidents Préfectoraux sont des membres cooptés du Bureau National. (12+9=21)

Article 10: Le Président est élu par l'Assemblée Générale au scrutin secret uninominal à la majorité absolue au premier tour et à la majorité simple au second. Les autres membres du Bureau National sont élus par l'Assemblée Générale au scrutin secret uninominal et à la majorité simple sauf, en ce qui concerne les Présidents des Bureaux Préfectoraux. En cas de partage des voix, il est procédé à un tirage au sort.

Par mesure d'efficacité et d'économie tous les membres du Bureau National en dehors des Présidents Préfectoraux, doivent être domiciliés dans la ville où est érigé le siège de l'Association.

Le Bureau National exécute les décisions prises par l'Assemblée Générale et le Conseil National.

Article 11: Le Comité Exécutif comprend cinq (5) membres:

Le Président National (1)
 Le 1ère Vice-Président (2)
 Le Secrétaire Général (4)
 Le Trésorier Général (7)
 Le 1er Conseiller (12^e le 1^{er})

Il veille à l'expédition des Affaires Courantes entre deux réunions du Bureau National et rend compte au Bureau National de toutes les activités dès la plus proche réunion.

Article 12: Le Comité National des Programmes comprend des membres dont le nombre est fixé par l'Assemblée Générale.

Le Président et les deux Rapporteurs de ce Comité sont choisis hors les membres du Bureau National.

Le mode de désignation des membres sera déterminé par le Règlement Intérieur. Les commissions ad hoc sont nommées par le Bureau National.

Article 13: Les commissaires aux comptes sont désignés et leur nombre fixé par l'Assemblée Générale de l'Association. Leur attribution sera déterminée par le Règlement Intérieur.

Article 14: Le Bureau Préfectoral a la même composition que le Bureau National soit au total quinze (15) membres. Le Bureau Préfectoral est élu par l'Assemblée Préfectorale.

Le Bureau Préfectoral comprend en son sein des représentants des sous-préfectures et des postes administratifs formant la préfecture.

En principe et par mesure d'efficacité et d'économie, le Président, le Secrétaire et le Trésorier Préfectoraux doivent être domiciliés au chef-lieu de la préfecture où est érigé le service préfectoral de l'Association. Des commissaires aux comptes nommés par section vérifient la gestion financière du Bureau Préfectoral et rendent compte à l'Assemblée Préfectorale.

Article 15: Les Assemblées préfectorales sont créées au niveau des préfectures; elles sont composées des membres du bureau préfectoral et de Délégués non membres du bureau préfectoral dont le nombre par section est déterminé par le Règlement Intérieur de la Préfecture.

Les Assemblées de section sont créées au niveau des sous-préfectures et des postes administratifs, les Assemblées de sous-section au niveau des cantons et des villages. Elles sont composées des membres des Bureaux de section et sous-section et de délégués non membres de ces bureaux et dont le nombre est fixé par le Règlement Intérieur des Préfectures.

L'ensemble des sous-sections cantonales ressortissantes d'une même sous-préfecture ou d'une même poste administratif constitue la section de la sous-préfecture ou de poste administratif.

L'ensemble des sous-sections de villages d'un même canton forme la sous-section de ce canton.

Article 16: Le Bureau de chaque section de la sous-préfecture, de poste administratif, ou de chaque sous-section du canton, du village se compose de neuf (9) membres.

- Un Président (1)
- Un Vice-Président (2)
- Un Secrétaire (3)
- Un Secrétaire Adjoint (4)
- Un Trésorier (5)
- Un Trésorier Adjoint (6)
- Trois Conseillers (9)

Article 17: A quelque niveau que ce soit nul ne peut assumer plus de trois (3) mandats consécutifs au même poste.

CHAPITRE DEUX: DU FONCTIONNEMENT
Section I: DE L'ASSEMBLEE GENERALE

Article 18: L'Assemblée Générale se réunit en session ordinaire une fois tous les deux ans sur convocation du Président National.

Les convocations portant nécessairement l'ordre du jour de la session doivent être adressées aux différentes préfectures trente (30) jours au moins avant la date fixée pour l'Assemblée Générale.

Toutefois, elle peut se réunir en session extraordinaire sur la demande d'au moins deux tiers (2/3) du Conseil National.

Article 19: Les Délégués à l'Assemblée Générale régulièrement convoqués sont tenus de participer aux délibérations de l'Assemblée Générale.

Article 20: Dès ouverture, il est élu un Bureau de Session. Il se compose d'un Président, d'un Vice-Président et de deux (2) Rapporteurs.

L'Assemblée Générale délibère valablement si la majorité absolue de ses membres est atteinte.

Les décisions sont valablement prises à la majorité simple de votants.

En cas de partage de voix, la voix du Président de session est prépondérante.

Les débats doivent se dérouler exclusivement dans le cadre des but et objectifs de l'Association tels qu'ils sont définis aux articles 3 et 4 des statuts. L'Assemblée Générale délibère et approuve le rapport moral et le rapport financier présentés l'un par le Secrétaire Générale sortant, et l'autre par le Trésorier Général sortant.

Article 21: Avant de se séparer l'Assemblée Générale fixe en outre la période de sa prochaine session ordinaire.

Section II: DU CONSEIL NATIONAL

Article 22: Le Conseil National se réunit en session ordinaire une fois l'an entre deux sessions ordinaires de l'Assemblée Générale.

Toutefois, il peut se réunir en session extraordinaire sur demande unanime d'au moins trois (3) Préfectures ou du Bureau National.

Section III: DU BUREAU NATIONAL

Article 23: a). Le Président National représente l'Association dans son existence juridique. En cas d'absence, son intérim est assuré par le premier Vice-Président dont l'intérim est assuré à son tour par le 2ème Vice-Président.

b). Le Secrétaire Général coordonne toutes les activités de l'Association.

Il assiste le Président. Il est aidé dans sa tâche par le premier (1^{er}) et le deuxième (2^{ème}) Secrétaires Généraux Adjointes. Sont déterminés dans le Règlement Intérieur de l'Association les détails des rapports entre le Secrétaire Général et le Directeur Exécutif.

c). Le Trésorier Général a pour mission la défense des intérêts financiers de l'Association. Tout retrait de fonds nécessite la signature conjointe du Président et du Trésorier Général. Le Trésorier Général est aidé dans sa tâche et suppléé en cas d'absence par le premier (1^{er}) Trésorier Général Adjoint et en cas d'empêchement de celui-ci par le deuxième (2^{ème}) Trésorier Général Adjoint.

Section IV: DES ASSEMBLEES PREFECTORALES, DES SECTIONS ET DES SOUS-SECTIONS

Article 24: Les Assemblées Préfectorales, les sections et sous-sections exercent leurs activités suivant les dispositions de leur Règlement Intérieur respectif et en conformité avec les dispositions contenues dans les statuts de l'Association.

CHAPITRE III: ADMINISTRATION

Section I: DU DIRECTEUR EXECUTIF

Article 25: Le Bureau National nomme un Directeur Exécutif.

Article 26: Le Directeur Exécutif est chargé, sous le contrôle du Bureau National, de l'administration des biens de l'Association et de la défense de ses intérêts moraux et financiers.

Article 27: Le Règlement Intérieur de l'Association définit dans le détail les attributions du Directeur Exécutif.

Article 28: Le Directeur Exécutif est assisté dans sa tâche par les chefs de Départements.

Article 29: Les annexes aux statuts du Personnel définissent avec précision les rôles respectifs du Personnel.

Section II: DES FINANCES

Article 30: Les ressources de l'Association sont constituées par:

- Les droits d'adhésion
- Les cotisations annuelles des membres
- Les subventions
- Les dons et legs
- Les recettes provenant d'activités socio-culturelles organisées dans le cadre des manifestations du Bien-Etre Familial.

Article 31: Les dépenses de l'Association sont constituées par les frais de fonctionnement des services et ceux relatifs à la réalisation des objectifs de l'Association.

Article 32: Deux Commissaires aux comptes désignés par l'Assemblée Générale vérifient la gestion financière de l'Association et en rendent compte à l'Assemblée Générale et le Conseil National, le cas échéant.

TITRE IV

RÈGLEMENT INTERIEUR - DEMISSION - DISSOLUTION

Article 33: Un Règlement Intérieur approuvé par l'Assemblée Générale ou à défaut par le Conseil National détermine, dans le détail les conditions de fonctionnement de tous les instances et les organes en vue d'assurer une bonne exécution des différentes dispositions des présents statuts.

Article 34: Peut-être radié (exclu), tout membre de l'Association ayant entrepris des actions préjudiciables à la vie de l'Association. La radiation (exclusion) provisoire est prononcée par le Conseil National. Etant sauve la faculté d'appel du membre, radié (exclu), la décision devient définitive après approbation de l'Assemblée Générale.

Article 35: a). Tout membre peut se retirer de l'Association à tout moment.
Ce retrait ne peut toutefois, avoir aucune influence sur les fonds de l'Association.

b). Tout membre du Bureau National peut se démettre de ses fonctions mais il devra au préalable présenter au Bureau National, une lettre de démission écrite en bonne et due forme. Le poste restera vacant jusqu'à la prochaine Assemblée Générale.

Article 36: Les présents statuts ne peuvent être modifiés que par l'Assemblée Générale. Les modifications proposées doivent être votées par la majorité des deux tiers (2/3) des membres de l'Assemblée Générale.

Article 37: La dissolution de l'Association sera prononcée conformément aux dispositions de l'article 35.

Article 38: En cas de dissolution, les commissaires aux comptes et le Bureau National sortant procèdent à l'Inventaire de tous les biens de L'Association. Ces biens sont transférés aux oeuvres de l'enfance et de bienfaisance existant sur le territoire national au moment de cette dissolution conformément aux décisions de l'Assemblée Générale.

Fait à N'Djamena le 26 Novembre 1987

POPULATION ADVISOR PROJECT

APPENDIX V

International Family Planning Conference

N'Djamena, Chad
October 15-21, 1988

Final Report, May 1989

VZCZCCNA
 PP RUEHC RUEHAB RUTABM RUEHEG RUEHDK RUEHNR
 RUEHNM RUTANK RUFHOC RUEHYD
 DF RUTAND #6417/01 305 **
 ZNR UUUU' ZZH
 P 310712Z OCT 88
 FM AMEMBASSY NDJAMENA
 TO RUEHC / SECSTATE WASHDC PRIORITY 2036
 INFO RUEHAB / AMEMBASSY ABIDJAN 6170
 RUTABM / AMEMBASSY BAKINGO 2987
 RUEHEG / AMEMBASSY CAIRO 4468
 RUEHDK / AMEMBASSY DAKAR 1429
 RUEHNR / AMEMBASSY NAIROBI 2415
 RUEHNM / AMEMBASSY NIAMEY 1677
 RUTANK / AMEMBASSY NOUAKCHOTT 0546
 RUFHOC / AMEMBASSY OUAGADOUGOU 0748
 RUEHYD / AMEMBASSY YAOUNDE 4694

CLASS: UNCLASSIFIED
 CHRG: AID 12/28/88
 APPRV: AID/REP:BDWILDEF
 DRFTD: PA:LBRANDON
 GDO2:SZOGHBY:PG
 CLEAR: 1.GDO:DBLANE
 2.PO:CAASSEBAUM
 DISTR: AID3 AMB DCM
 CHRON

BT
 UNCLAS SECTION 01 OF * NDJAMENA 06417

AIDAC

ABIDJAN FOR REDSO/WCA RPO
 NAIRCEI FOR REDSO/ESA RPO

E.O. 12356: N/A

TAGS: SAID, CD

SUBJECT: POPULATION: CONFERENCE ON FAMILY PLANNING IN
 CHAD (OCTOBER 15-21, 1988, N'DJAMENA)

NDJ FILE CODE: PLS 9

1. SUMMARY: CHAD'S FIRST FAMILY PLANNING CONFERENCE TOOK PLACE OCTOBER 15-21, 1988 IN THE AMPHITHEATER OF N'DJAMENA'S GRAND MOSQUE FAYCAL UNDER THE AUSPICES OF THE PRESIDENT OF THE REPUBLIC. A TOTAL OF 120 CHADIANS PARTICIPATED REPRESENTING 16 MINISTRIES, THE THREE MAJOR RELIGIONS (MOSLEM, PROTESTANT AND ROMAN CATHOLIC), THE PRIVATE SECTOR, THE GOVERNMENT POLITICAL MOVEMENT (UNIR) AND THE GOVERNMENT'S NATIONAL CONSULTATIVE COUNCIL (CNC). THERE WERE ALSO ELEVEN INTERNATIONAL DELEGATIONS FROM THE FOLLOWING COUNTRIES: BURKINA-FASO, CONGO, COTE D'IVOIRE, FRANCE, GREAT BRITAIN, KENYA, MALI, MOROCCO, NIGER, SENEGAL, SWITZERLAND, THE U.S. AND ZAIRE. IN ADDITION THERE WERE REPRESENTATIVES FROM 12 NGO'S AND ALL MAJOR DONOR AGENCIES.

THE MAJOR INITIATIVES TO BE TAKEN AS A RESULT OF THE CONFERENCE ARE:

(A) DEVELOPMENT OF A NATIONAL POLICY WHICH WILL TAKE INTO ACCOUNT CHAD'S ETHNIC, SOCIO-CULTURAL AND RELIGIOUS DIVERSITY.

(B) ESTABLISHMENT OF A NATIONAL FAMILY PLANNING PROGRAM AS AN INTEGRAL COMPONENT OF THE NATIONAL MATERNAL AND CHILD HEALTH (MCH) PROGRAM.

(C) ABROGATION AND REPEAL OF CHAD'S 1969

ANTI-CONTRACEPTIVE LAW WHICH NOW MAKES THE SALE, DISTRIBUTION AND ADVERTISEMENT OF CONTRACEPTIVES ILLEGAL (FOLLOWING ON THE FRENCH 1920 LAW).

(D) COLLABORATION BETWEEN THE PUBLIC AND PRIVATE SECTORS TO ENSURE THE DEVELOPMENT OF A FAMILY PLANNING PROGRAM AND THE CREATION OF A FAMILY PLANNING ASSOCIATION.

2. INTRODUCTION: THE CHADIAN TERM FOR "FAMILY PLANNING" IS "BIEN-ETRE FAMILIAL." TO THE CHADIANS THE TERM "FAMILY PLANNING" ENCOMPASSES FOUR ELEMENTS: (A) CHILD-SPACING, (B) SEXUALLY-TRANSMITTED DISEASES, INCLUDING AIDS, (C) INFERTILITY AND (D) HEALTH EDUCATION. THIS REFLECTS THE CHADIANS' FULL RANGE OF CONCERN WITH A COUPLE'S PROBLEMS IN HAVING WELL-SPACED, HEALTHY CHILDREN REARED BY HEALTHY MOTHERS TO A COUPLE'S BEING UNABLE TO CONCEIVE DUE TO PRIMARY OR SECONDARY INFERTILITY. HENCEFORTH WHEN THE TERM "FAMILY PLANNING" IS USED, WE RESPECT THE ABOVE CHADIAN DEFINITION.

THE GOVERNMENT OF CHAD ORGANIZED ITS FIRST FAMILY PLANNING CONFERENCE WHICH WAS HELD IN N'DJAMENA OCTOBER 15-21, 1988 UNDER THE AUSPICES OF THE PRESIDENT OF THE REPUBLIC. THE TITLE OF THE CONFERENCE WAS "(PREMIERE) CONFERENCE SUR LE BIEN-ETRE FAMILIAL AU TCHAD." AT THE OPENING SESSION OF THE CONFERENCE THE PRESIDENT'S SPEECH WAS READ BY THE MINISTER OF STATE, REPRESENTING PRESIDENT HABRE AND THE SECOND-RANKING CHADIAN IN THE GOVERNMENT. HIS SPEECH AND THE OPENING SPEECH OF THE MINISTER OF PUBLIC HEALTH BOTH EMPHASIZED THAT CHAD HAS ONE OF THE HIGHEST RATES OF INFANT (210/1,000) AND MATERNAL (800/100,000) MORTALITY IN THE WORLD. THUS THE PRESIDENT'S SPEECH CALLED FOR SERVICES WHICH WILL CONTRIBUTE IN A SIGNIFICANT WAY TO REDUCING THESE HIGH RATES. AT THE CLOSING SESSION OF THE CONFERENCE, THE MINISTER OF PUBLIC HEALTH'S SPEECH EMPHASIZED THAT ONE OF THE GOVERNMENT'S MAJOR PRIORITIES IS "THE PROMOTION OF FAMILY PLANNING AS AN INTEGRAL COMPONENT OF MATERNAL AND CHILD HEALTH." HE ADDED THAT A NATIONAL POLICY FOR FAMILY PLANNING WILL NOW EMERGE WHICH WILL TAKE INTO ACCOUNT CHAD'S ETHNIC, SOCIO-CULTURAL AND RELIGIOUS DIVERSITY.

BT

AIDAC

ABIDJAN FOR REDSO/WCA RPO
 NAIROBI FOR REDSO/ESA RPO

F.O. 12356: N/A

TAGS: EAID, CD

SUBJECT: POPULATION: CONFERENCE ON FAMILY PLANNING IN

THE CONFERENCE WAS HELD IN THE AMPHITHEATER AND ADJOINING LIBRARY OF N'DJAMENA'S GRAND MOSQUE FAYCAL WHICH LENT IT THE TACIT APPROVAL OF THE MOSLEM COMMUNITY. BOTH THE OPENING AND CLOSING SESSIONS OF THE CONFERENCE WERE ATTENDED BY THE PRESIDENT'S MINISTERIAL CABINET, INCLUDING THE INFLUENTIAL MINISTER OF FOREIGN AFFAIRS AND MINISTER OF PLANNING AND COOPERATION.

THE FINAL MOTIONS OF THE CONFERENCE, ADDRESSED TO THE PRESIDENT, WERE PRESENTED BY THE WIFE (AND A NURSE) OF THE SULTAN OF N'DJAMENA REPRESENTING UNIR. THIS REPRESENTED THE STRONG POLITICAL, AS WELL AS TRADITIONAL, SUPPORT FOR THE RESOLUTIONS AND RECOMMENDATIONS EMANATING FROM THE CONFERENCE. IN SUMMARY, THE MOTIONS REQUEST THAT THE GOVERNMENT PURSUE A HEALTH POLICY, OBTAIN THE NECESSARY RESOURCES FOR IMPROVING THE HEALTH STATUS OF THE POPULATION, PARTICULARLY DIRECTED TOWARDS MATERNAL AND CHILD HEALTH, AND ENCOURAGE THE DEVELOPMENT OF FAMILY PLANNING SERVICES AS A MEANS OF PROMOTING AND IMPROVING MCF.

A TOTAL OF 27 CHADIANS AND 30 OTHER AFRICAN AND INTERNATIONAL EXPERTS PRESENTED PAPERS TO AN AUDIENCE OF ABOUT 200 PERSONS.

3. THE CONFERENCE PROGRAM: THE FORMAT OF THE CONFERENCE CONSISTED IN HAVING CHADIANS, OTHER AFRICANS, AND INTERNATIONAL SPEAKERS PRESENT A NUMBER OF TOPICS (SEE BELOW) IN PLENARY SESSION. THIS WAS THEN FOLLOWED BY A QUESTION-AND-ANSWER PERIOD AND THEN, AT THE END OF EACH CONFERENCE DAY, DISCUSSION GROUPS DEBATED THE VARIOUS TOPICS AND PROPOSED RECOMMENDATIONS TO THE RESOLUTIONS COMMITTEE. BASED ON THE MULTIPLE RECOMMENDATIONS FROM THE DISCUSSION GROUPS, THE RESOLUTIONS COMMITTEE THEN DRAFTED THE FINAL RECOMMENDATIONS OF THE CONFERENCE.

THE TOPICS WHICH WERE DISCUSSED AT THE CONFERENCE INCLUDED THE FOLLOWING:

(A) CHAD'S CONCEPT OF FAMILY PLANNING (PRESENTER FROM CHAD)

(B) LEGAL AND POLITICAL ISSUES AND THEIR INFLUENCE IN DEVELOPING FAMILY PLANNING SERVICES IN AFRICA AND IN NIGER SPECIFICALLY (PRESENTER FROM NIGER)

(C) HOW TO RESOLVE SOCIO-CULTURAL, RELIGIOUS AND DEMOGRAPHIC PROBLEMS WHICH CAN BE OBSTACLES TO A FAMILY

PLANNING PROGRAM (PRESENTERS FROM CHAD)

(D) THE DEMOGRAPHIC SITUATION IN SAHELIAN COUNTRIES AND IN CHAD IN PARTICULAR (PRESENTERS FROM MALI/CERPOD AND CHAD)

(E) THE RELATIONSHIP BETWEEN DEMOGRAPHIC FACTORS AND DEVELOPMENT IN CHAD: RAPID III (PRESENTER FROM U.S.A./OPTIONS)

(F) THE HEALTH SITUATION OF MOTHERS, INFANTS AND CHILDREN IN A CHAD TORN BY WAR (PRESENTER FROM CHAD)

(G) MEDICAL AND LEGAL PROBLEMS ASSOCIATED WITH ABORTION IN CHAD (PRESENTERS FROM CHAD)

(H) THE IMPACT AND ADVANTAGES OF INTEGRATING FAMILY PLANNING INTO MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES (PRESENTERS FROM CHAD, MALI, MOROCCO AND SENEGAL)

(I) THE COLUMBIA UNIVERSITY OPERATIONS RESEARCH PROJECT IN CHAD AND BURKINA-FASO (PRESENTERS FROM CHAD AND BURKINA-FASO)

BT

AIDAC

ABIDJAN FOR REDSO/WCA RPO
 NAIHCBI FOR REDSO/ESA RPO

E.O. 12356: N/A

TAGS: EAID, CD

SUBJECT: POPULATION: CONFERENCE ON FAMILY PLANNING IN

(J) THE ROLE OF A HEALTH INFORMATION SYSTEM IN THE
 MANAGEMENT OF FAMILY PLANNING ACTIVITIES (PRESENTER FROM
 CHAD)

(K) THE ROLE OF FAMILY PLANNING SERVICES IN MATERNAL
 AND CHILD HEALTH (PRESENTER FROM COTE D'IVOIRE)

(L) THE ROLE OF WOMEN IN THE DEVELOPMENT PROCESS
 (PRESENTERS FROM CHAD)

(M) THE ROLE OF MEN IN FAMILY PLANNING (PRESENTER FROM
 CHAD)

(N) TRAINING STRATEGIES FOR FAMILY PLANNING PERSONNEL
 (PRESENTERS FROM COTE D'IVOIRE AND CHAD)

(O) CULTURALLY APPROPRIATE STRATEGIES FOR A
 COMMUNITY-BASED DISTRIBUTION SYSTEM OF CONTRACEPTIVES IN
 CHAD (PRESENTERS FROM CHAD)

(P) THE BENEFITS OF A NATIONAL FAMILY PLANNING PROGRAM
 ON THE PROBLEMS OF: AIDS (PRESENTERS FROM CHAD AND
 SWITZERLAND/WHO-GPA), SEXUALLY-TRANSMITTED DISEASES
 (PRESENTER FROM FRANCE), AND TRADITIONAL PRACTICES WHICH
 ARE HARMFUL TO MATERNAL HEALTH (INCLUDING FEMALE
 CIRCUMCISION) (PRESENTERS FROM CHAD)

(Q) COMMUNICATION IN FAMILY PLANNING: LESSONS FROM THE
 AFRICAN EXPERIENCE WHICH FAVOR A SYSTEMATIC APPROACH TO
 FAMILY PLANNING (PRESENTERS FROM U.S./JHPIEGO AND CHAD)

(R) CONTRACEPTIVE METHODS: TRADITIONAL, MODERN AND
 TEMPORARY:
 TRADITIONAL METHODS IN AFRICA AND CHAD (PRESENTERS FROM
 ZAIRE AND CHAD); TEMPORARY METHODS (PRESENTER FROM
 KENYA/FPIA); LAPAROSCOPY (PRESENTERS FROM
 MOROCCO/JHPIEGO AND CHAD); AND MINILAP (PRESENTER FROM
 KENYA/AVSC)

(S) THE ROLE OF THE PRIVATE SECTOR IN FAMILY PLANNING
 (PRESENTERS FROM CHAD AND CONGO/IPPF)

4. AN IMPORTANT PRESENTATION WAS MADE BY PROFESSOR
 SAMBA DIARRA, DIRECTOR OF THE GYNECO-OBSTETRICS SERVICE,
 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE OF TRICIEVILLE, AND
 PRESIDENT OF THE IVOIRIAN FAMILY PLANNING ASSOCIATION.
 DR. DIARRA, WHO WAS IN MANY RESPECTS THE MOST SENIOR
 PARTICIPANT AT THE CONFERENCE GIVEN HIS AGE, EXPERIENCE
 AND REPUTATION IN AFRICA, MADE A SLIDE PRESENTATION TO

DEMONSTRATE THE EFFECTIVENESS INDEX OF VARIOUS CONTRACEPTIVE METHODS. THIS INDEX CLEARLY INDICATED THE RELATIVE INEFFICACY OF THE SO-CALLED NATURAL METHODS.

5. CONFERENCE RESOLUTIONS/RECOMMENDATIONS: FOLLOWING ARE THE MOST IMPORTANT CONFERENCE RESOLUTIONS WHICH HAVE BEEN RECOMMENDED FOR IMPLEMENTATION TO THE GOVERNMENT OF CHAD:

(A) TO INCORPORATE A NATIONAL FAMILY PLANNING PROGRAM IN CHAD'S HEALTH CARE DELIVERY SYSTEM, IN THE CURRICULUM OF THE NATIONAL SCHOOL OF PUBLIC HEALTH AND SOCIAL SERVICES AND IN DEVELOPMENT PROJECTS IN GENERAL;

(B) TO PROVIDE THE NECESSARY RESOURCES TO DEVELOP A FAMILY PLANNING PROGRAM AND TO TRAIN PERSONNEL;

(C) TO DISSEMINATE, AT ALL LEVELS, THE MESSAGE OF FAMILY PLANNING THROUGH THE IMPLEMENTATION OF AN INFORMATION, EDUCATION AND COMMUNICATION STRATEGY;

(D) TO UNDERTAKE AN INFORMATION CAMPAIGN ON THE HARMFUL EFFECTS OF TRADITIONAL PRACTICES WHICH AFFECT THE HEALTH OF MOTHERS AND CHILDREN;
ET

UNCLASSIFIED

NDJAMENA 6417

AIDAC

ABIDJAN FOR REDSO/WCA RPO
 NAIROBI FOR REDSO/ESA RPO

E.O. 12356: N/A

TAGS: EAID, CE

SUBJECT: POPULATION: CONFERENCE ON FAMILY PLANNING IN

(E) TO STUDY IN DEPTH NATURAL METHODS OF CONTRACEPTION AND, AS APPROPRIATE, TO PROMOTE THEM IN A FAMILY PLANNING PROGRAM;

(F) TO STUDY IN DEPTH MODERN METHODS OF CONTRACEPTION AND TO PROMOTE THEM IN A FAMILY PLANNING PROGRAM;

(G) TO UNDERTAKE RESEARCH ON TRADITIONAL PHARMACOPEA IN FAMILY PLANNING;

(H) TO PROMOTE COLLABORATION BETWEEN THE PRIVATE AND PUBLIC SECTORS FOR INSTITUTING A FAMILY PLANNING PROGRAM AND FOR ESTABLISHING A CHADIAN FAMILY PLANNING ASSOCIATION;

(I) TO ESTABLISH CENTERS FOR ABANDONED CHILDREN AND A SYSTEM FOR ADOPTING CHILDREN;

(J) TO UNDERTAKE A SYSTEMATIC IEC SURVEY IN RURAL AND URBAN AREAS IN ORDER TO ASSURE MAXIMUM COMMUNICATION IN A FAMILY PLANNING PROGRAM;

(K) TO REVISE CHADIAN LEGISLATION TO ALLOW FOR THE DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF AN EFFECTIVE FAMILY PLANNING PROGRAM; AND

(L) TO IMPLEMENT A FAMILY PLANNING PROGRAM TAKING INTO CONSIDERATION CHAD'S SOCIO-CULTURAL DIVERSITIES, PARTICIPANTS' FREEDOM OF CHOICE AND ALL RELIGIOUS SENSITIVITIES.

6. EVALUATION OF THE CONFERENCE: THE CONFERENCE WAS A SUCCESS BECAUSE OF, AND AS DEMONSTRATED BY, THE FOLLOWING FACTORS:

(A) TWENTY-SIX CHADIANS PREPARED PROFESSIONAL PAPERS ON THE MULTI-DIMENSIONAL ASPECTS OF POPULATION/FAMILY PLANNING ISSUES WITHOUT HAVING A FAMILY PLANNING PROGRAM. THE INTERNATIONAL AND OTHER AFRICAN EXPERTS PROVIDED THE MORE GLOBAL PERSPECTIVE ON ALL ISSUES, THUS SUPPORTING CHAD'S ENTRY INTO FAMILY PLANNING IN THE SAHEL AND AFRICA.

(B) THE PRESIDENT OF CHAD AGREED THAT THE CONFERENCE WOULD BE HELD UNDER HIS AUSPICES AND, FOR THE FIRST/FIRST TIME, CONSENTED TO THE CONFERENCE BEING HELD AT THE CITE D'AFRIQUE (A PRESIDENTIAL COMPOUND RESERVED FOR VISITING HEADS OF STATE AND THEIR DELEGATIONS). DUE TO THE VISIT OF THE CONGOLESE PRESIDENT DURING THE SAME

TIME PERIOD AS THE CONFERENCE, HOWEVER, THE VENUE WAS SHIFTED TO THE AMPHITHEATER AT THE MOSQUE (AN EQUALLY IMPRESSIVE SETTING).

(C) THE CONFERENCE WAS PLANNED BY A CHADIAN ORGANIZING COMMITTEE COMPOSED OF 20 MEMBERS DRAWN FROM SEVEN MINISTRIES, THE NATIONAL CONSULTATIVE COMMITTEE (CNC), UNIR, AND THE PRIVATE SECTOR. THE WORK OF THIS COMMITTEE SET THE TONE FOR THE CONFERENCE, I.E., THE 120 OR SO CHADIAN PARTICIPANTS REPRESENTED A TOTALLY MULTI-INSTITUTIONAL APPROACH. THIS, IN TURN, UNDERLINED THE IMPORTANCE OF REGARDING FAMILY PLANNING AS AN ISSUE OF CONCERN TO ALL SEGMENTS OF SOCIETY.

(D) THE OVERWHELMING CONSENSUS OF OTHER AFRICAN AND INTERNATIONAL PRESENTERS AND PARTICIPANTS WAS THAT THE CONFERENCE WAS A SUCCESS. PRESS, RADIO AND T.V. COVERAGE OF HIGHLIGHTS OF THE CONFERENCE WAS/IS ALSO EXTENSIVE. THIS IS EVIDENCED BY FEATURE ARTICLES IN EACH OF THE MAJOR PUBLICATIONS IN FRENCH AND ARABIC (INFO-TCHAD AND AL-WATAN). INFO-TCHAD HAS BEGUN A WEEKLY SERIES OF ARTICLES ON THE THEMES PRESENTED AT THE CONFERENCE. WE ALSO UNDERSTAND THAT THE PRESIDENCY IS
BT

AIDAC

ABILJAN FOR REDSO/WCA RPO
NAIROBI FOR REDSO/ESA RPO

E.O. 12356: N/A

TAGS: FAID, CD

SUBJECT: POPULATION: CONFERENCE ON FAMILY PLANNING IN

INTERNALLY DISCUSSING AN APPROPRIATE STRATEGY FOR
DIFFUSING THE FAMILY PLANNING MESSAGE TO THE CHADIAN
POPULATION AT LARGE.

(E) THE MINISTER OF PUBLIC HEALTH STATES THAT THE
FOLLOW-UP STEPS TO IMPLEMENT THE ABOVE RESOLUTIONS/
RECOMMENDATIONS WILL BEGIN IMMEDIATELY, MOST IMPORTANTLY
WITH THE APPOINTMENT OF A NATIONAL FAMILY PLANNING
PROGRAM DIRECTOR.

(F) THE GOC ANTICIPATES THAT THE 1965 ANTI-CONTRACEPTIVE
LEGISLATION (LAW NO. 28 GOVERNING THE ORGANIZATION AND
PRACTICE OF THE PHARMACY) WILL BE REPEALED AND REPLACED
BY NEW LEGISLATION WITHIN THE COMING MONTHS.

(G) USAID'S ROLE WAS INSTRUMENTAL OVER THE PAST TWO-PLUS
YEARS IN LAYING THE FOUNDATION FOR THIS CONFERENCE THROUGH
CONTINUOUS FINANCIAL AND LONG- AND SHORT-TERM TECHNICAL
ADVISORY SUPPORT. FOR EXAMPLE, ABOUT 240 CHADIANS HAVE
RECEIVED SHORT-TERM AND ON-THE-JOB TRAINING IN VARIOUS
ASPECTS OF FAMILY PLANNING THROUGH SAREL POPULATION INI-
TIATIVES BUY-INS (INTRAB, OPTIONS, COLUMBIA UNIVERSITY,
ETC.) AND OTHER SOURCES OF SUPPORT (JHPIEGO, PCS, FPIA,
ACNM, PATHFINDER, HARVARD INSTITUTE FOR INTERNATIONAL
DEVELOPMENT, ETC.). THIS WOULD NOT HAVE BEEN POSSIBLE
WITHOUT THE CONTINUING SUPPORT OF ST/POP, REDSO/WCA RPO,
MANY USAID MISSIONS AND AFR/TR/EPN.

E. IMPACT OF THE CONFERENCE ON THE USAID/CHAD HEALTH
PROGRAM: IT IS NOW A FACT THAT FAMILY PLANNING WILL BE
PROMOTED WITHIN THE CONTEXT OF THE GOVERNMENT'S HEALTH/
MCH POLICY. THIS MESHES PERFECTLY WITH THE MISSION'S
PROPOSED STRATEGY FOR CHILD SURVIVAL PROJECT, WHICH WILL
NOW INCLUDE A STRONG FAMILY PLANNING COMPONENT. THE PID
DESIGN EFFORT, NOW SCHEDULED FOR NOVEMBER-DECEMBER, WILL
BE OPPORTUNELY TIMED TO INITIATE DISCUSSIONS WITH THE
GOC MINISTRY OF PUBLIC HEALTH AND OTHER MINISTRIES ON
THE PRACTICAL STEPS NECESSARY TO IMPLEMENT THE CONFERENCE
RESOLUTIONS OVER THE COMING YEARS.

PUGH

PT

#6417

NNNN

UNCLASSIFIED

NDJAMENA 6417

CONFERENCE SUR LE
BIEN - ETRE FAMILIAL
AU TCHAD
Du 15 au 21 Octobre 1988

SAMEDI 15 OCTOBRE

08h00-12h30	Cérémonie d'ouverture Mosqué Fayçal
08h00	Mise en place terminée
08h30	Arrivée des Participants
08h45	Arrivée des Invités
09h15	Arrivée des Membres du Gouvernement, du Conseil National Consultatif, du Comité Central de l'UNIR, du Corps Diplomatique et Représentants des Organismes Internationaux et des ONG
09h45	Arrivée du Ministre de la Santé Publique
09h55	Arrivée du Président de la République
10h00	Début de la cérémonie: - Discours de bienvenue par le Ministre de la Santé Publique, - Discours d'ouverture du Président de la République

DIMANCHE 16 OCTOBRE

- 10h00-13h00 Inscription des participants à la
Direction Générale, Ministère de la
Santé Publique
- 11h00-11h30 Réunion des présentateurs à la Direction
Générale, Ministère de la Santé Publique
- 12h00-13h00 Réunion du Comité des Résolutions à la
Direction Générale, Ministère de la Santé
Publique

LUNDI 17 OCTOBRE

- 14h00-14h15 Discours d'introduction aux travaux par
le Directeur Général du Ministère de la
Santé Publique et Président du Comité
d'Organisation
- PLENIERE: Concepts du Bien-Etre Familial
au Tchad**
- Présentateur:**
- Dr. Idriss N'Dele
 Médecin-Chef Adjoint
 Hôpital Central à N'Djaména, Tchad
- 14h15-14h45 Questions/Réponses
- 14h45-15h00 **PLENIERE: Questions Juridiques,
Politiques et leurs Rapports avec le
Développement des Services
de Bien-Etre Familial en Afrique**
- Présentateur:**
- Mr. Hamadou Harouna
 Chef du Bureau Legislatif
 Direction d'Etudes et Planification
 Ministère de la Sante Publique
 Niamey, Niger
- 15h00-15h30 Questions/Réponses
- 15h30-15h45 **PAUSE**

15h45-16h45	PLENIERE: Comment vis-à-vis du Bien-Etre Familial Franchir les Problèmes Socio-culturels, Religieux et Démographiques s'opposant au Programme du Bien-Etre Familial
	<u>Présentateurs:</u>
	1. Le Grand Imam Badawi de la Mosquée Fayçal, N'Djamena, <u>Tchad</u>
	2. Archevêque Charles Vandame Représentant Catholique, N'Djamena, <u>Tchad</u>
	3. Le Pasteur Alexis N'Gardignan Représentant Protestant, N'Djamena, <u>Tchad</u>
16h45-17h15	Questions/Réponses
17h15-19h15	Travail de Groupe
19h15	CLOTURE
19h15-20h15	Réunion du Comité des Résolutions

MARDI 18 OCTOBRE

08h00-08h15

Rapport de la Journée Précédente

08h15-08h45

PLENIERE: Situation démographique dans les pays du Sahel et le cas particulier du Tchad

Présentateurs:

1. Mr. Nassour Ouaïddou
Directeur par Intérim, Centre d'Etudes et de Recherches sur la Population pour le Développement (CERPOD)
Bamako, Mali
2. Mr. Caman Bedaou Oumar
Démographe, Chef de Division des Statistiques Démographiques et Sociales, Ministère du Plan et de la Coopération, N'Djamena, Tchad
"Situation Démographique du Tchad"

08h45-09h15

Questions/Réponses

09h15-09h30

PLENIERE: Rapports entre les Facteurs Démographiques et le Développement pour le Tchad: Rapid III

Présentateur :

Mr. Jean de Malvinsky
Coordonnateur des Programmes de Santé
Projet OPTIONS, Etats-Unis

09h30-10h00

Questions/Réponses

10h00-10h30

PAUSE

10h30-10h45

PLENIERE: Conditions Sanitaires des Mères, Nourrissons et Enfants dans un Tchad Déchiré par la Guerre

Présentateur :

Dr. Amoula Waya Houma
Directeur de la Médecine
Hospitalière et Urbaine
Ministère de la Santé Publique à
N'Djamena, Tchad

10h45-11h15	Questions/Réponses
11h15-11h45	PLENIERE: Problèmes Médicaux et Juridiques relatifs à l'Avortement au Tchad
	<u>Présentateurs :</u>
	1. Dr. Nahor N'Gawara Mamouth Médecin-Chef Hôpital Central à N'Djamena, Tchad "Quelles Alternatives à Envisager? Limites et Possibilités"
	2. Mr. Yantoingar Mairo Salmon Procureur Général près de la Cour d'Appel de N'Djamena, Tchad "Problèmes Juridiques afférents à l'Avortement au Tchad"
11h45-13h15	Questions/Réponses
13h15-14h30	DEJEUNER
14h30-16h30	Travail de Groupe
16h30	CLOTURE
16h30-17h30	Réunion du Comité des Résolutions

MERCREDI 19 OCTOBRE

08h00-0815

Rapport de la journée précédente

08h15-09h00

PLENIERE: Effets et Avantages de l'Intégration du Bien-Etre Familial dans les Services de Santé Maternelle et Infantile

Présentateurs :

1. Dr. Demane Nana Mounda
Responsable National de la SMI
Ministère de la Santé Publique à
N'Djamena, Tchad
2. Dr. Ahmed Moussaoui, Maître Assistant
C.H.U. Rabat, Centre National de
Formation en Reproduction Humaine
(Maternité Universitaire des
Orangers), Services de
Gynécologie/Obstétrique et Consultant,
Johns Hopkins Program for
International Education in Gynecology
and Obstetrics (JHPIEGO), Maroc
3. Mr. Samb Ousmane
Directeur du Projet de Santé Familiale
et Population
Dakar, Sénégal
4. Dr. Suzanne Bocoum
Directrice
Division de Santé Familiale
Ministère de la Santé Publique
Bamako, Mali
"Intégration de la Planification
Familiale dans le Système de Santé
Maternelle et Infantile:
Cas du Mali"

09h00-09h30

Questions/Réponses

09h30-10h30

PLENIERE: Projet de Recherche
Opérationnelle à N'Djamena
(Université de Columbia, New York)

Présentateurs :

1. Dr. Alain Damiba
Médecin et Epidémiologiste
Université de Columbia
Investigateur Associé
Projet de Recherche Opérationnelle à
N'Djamena, Tchad
"La Méthodologie du Projet de
Recherche Opérationnelle
sur le Bien-Etre Familial
à N'Djamena"

2. Mme. Khadidja Ahmed
Assistante Sociale Diététicienne
Chef du Service de l'Action et
Education Nutritionnelle
Direction des Affaires Sociales
Ministère des Affaires Sociales et
de la Promotion Féminine, Tchad
"Résultats de l'Etude Quantitative
du Projet de Recherche Opérationnelle
sur le Bien-Etre Familial à N'Djaména"
3. Mr. Adoum Djibrine
Technicien Supérieur du Génie
Sanitaire, Assistant à la Section des
Etudes et Projets du Bureau des
Statistiques, Planification et Etudes,
Ministère de la Santé Publique, Tchad
"Résultats de l'étude qualitative du
Projet de Recherche Opérationnelle sur
le Bien-Etre Familial à N'Djaména"
4. Dr. Meba Kagone
Médecin-Chef des Services de Santé
Urbaine de Ouagadougou
Ministère de la Santé et de l'Action
Sociale
Ouagadougou, Burkina Faso
"Utilisation des Résultats de
l'Enquête Connaissances, Attitudes et
Pratiques dans la Programmation des
Activités PMI/PF"

10h30-11h00

Questions/Reponses

11h00-11h30

PAUSE

11h30-11h45

**PLENIERE: Le rôle du système d'information
sanitaire dans la gestion des activités
de Bien-Etre Familiale au Tchad**

Présentateur :

Dr. Théo Lippeveld
Chef de Projet de Restauration
de la Planification Sanitaire
Ministère de la Santé Publique
N'Djaména, Tchad
(l'Université de Harvard)

11h45-12h15

Questions/Réponses

12h15-12h45

PLENIERE: Le Rôle du Service de Planning Familial sur la Santé de la Mère et de l'Enfant

Présentateur :

Professeur Samba Diarra
Chef du Département Gynécologie/
Obstétrique, C.H.U. de Treichville et
Président de l'Association Ivoirienne
de Bien-Etre Familial
Abidjan, Cote d'Ivoire

12h45-13h15

Questions/Réponses

13h15-14h15

DEJEUNER

14h15-15h00

PLENIERE: Le Rôle de la Femme dans le processus de développement

Présentateurs :

1. Dr. Kono Noudjalbaye
Directrice des Affaires Sociales
Ministère des Affaires Sociales et de
la Promotion Féminine à
N'Djamena, Tchad
2. Madame Lucie Nodjilelem
Responsable de la Cellule des Affaires
Juridiques et des Droits de la Femme
Ministère des Affaires Sociales et de
la Promotion Féminine à N'Djamena,
Tchad

15h00-15h15

PLENIERE: Le Rôle de l'Homme dans le Bien-Etre Familial

Présentateur :

Dr. Djedouboum Tomou
Médecin-Chef de la Polyclinique No 1
à N'Djamena, Tchad

15h15-15h45 Questions/Réponses
15h45-17h45 Travail de Groupe
17h45 CLOTURE
17h45-18h45 Réunion du Comité des Résolutions

JEUDI 20 OCTOBRE

08h00-08h15 Rapport de la Journée précédente
08h15-09h15 PLENIERE: Stratégies de Formation pour le Personnel Chargé des Services du Bien-Etre Familial

Présentateurs :

1. Mr. Yashita Mutombo
Représentant du Projet
INTRAH pour l'Afrique Francophone à
Abidjan, Côte-d'Ivoire
2. Dr. Khadidiatou MBaye
Chargé de Recherche Division de
Planification Familiale - CERPOD
Bamako, Mali
"Système d'Information Sanitaires:
Programme Spécial de Formation du
CERPOD."
3. Mr. Mahamat Adjid Oumar
Directeur de la Formation
Professionnelle et de l'Education
pour la Santé
Ministère de la Santé Publique
N'Djamena, Tchad
"Une Strategie de Formation des
Prestataires du Service de SMI/BEF
au Tchad"

09h15-0945 Questions/Réponses

09h45-10h15 PLENIERE: Elaborer des Stratégies Culturellement Appropriées pour un Système de Distribution Communautaire de Contraceptifs au Tchad

Présentateurs :

1. Mr. Barou Djouater,
Directeur, Direction des Pharmacies
et Laboratoires d'Analyses Medicales
Ministère de la Santé Publique
N'Djamena, Tchad
2. Mme Achta Gossingar, Sage-Femme,
Responsable du Projet de Thérapie
Rehydratation Orale (TRO), Africare,
N'Djamena, Tchad

10h15-10h45

Questions/Réponses

10h45-11h15
11h15-13h00

PAUSE

PLENIERE: Les Avantages d'un Programme
NATIONAL de Bien-Etre Familial Sur les
Problèmes :

- le SIDA
- les Maladies Sexuellement
Transmissibles (MST)
- les Pratiques Traditionnelles
Nocives pour la Santé de la Mère

Présentateurs :

1. Pour le SIDA:

- Dr. Danyod Merci, Responsable
National du Programme SIDA au Tchad
"Le SIDA et le Bien-Etre Familial"
- Dr. Widy Wirski
Représentant de l'Organisation
Mondiale pour la Sante/Programme
Global sur le SIDA, Geneve, Suisse
"Epidemiologie du SIDA en Afrique"

2. Pour les MST:

Mlle. Mitra Vaseghi, Chargé de
Recherche, Département de Santé
Publique, Faculté Xavier Bichat
Paris, France

3. Pour la stérilité:

Professeur Samba Diarra
Chef du Departement Gynecologie/
Obstetrique, C.H.U. de Treichville et
Président de l'Association Ivoirienne
de Bien-Etre FAMILIAL
Abidjan, Cote d'Ivoire

3. Pour les Pratiques Traditionnelles -
Nocives pour la Santé de la Mère et de
l'Enfant:

- Dr. Nahor N'Gawara Mamouth
Médecin-Chef de l'Hôpital Central
Ministère de la Santé Publique
N'Djamena, Tchad
- Dr. Ivoulsou Douphang Phang
Médecin-Chef des Services
Chirurgicaux, Hôpital Central
Ministère de la Santé Publique
N'Djamena, Tchad
- Dr. Joseph N'Gakoutou
Médecin-Chef de la Maternité
Ministère de la Santé Publique
N'Djamena, Tchad
- Dr. Mohamed Ibrahim Abdellah
Chef Assistant de Chirurgie
Hôpital Central,
Ministère de la Santé Publique
N'Djamena, Tchad

13h00-13h30

Questions/Réponses

13h30-14h30

DEJEUNER

14h30-15h00

PLENIERE: Communication Pour le Bien-Etre
Familial: Leçons à tirer de l'expérience
Africaine favorisant une approche
systématique

Présentateurs :

1. Mr. Moncef Bouhafa
Responsable du Programme de Services
de Communication en Matière de
Population/Programme d'Information
sur la Population, Université Johns
Hopkins, Baltimore, Etats-Unis
2. Mr. Faradj Moulaye, Journaliste,
Radiodiffusion Nationale Tchadienne
Ministère de l'Information et de
l'Orientation Civique,
N'Djamena, Tchad
"Le Rôle des Média dans le
Développement des Services du Bien-
Etre Familial au Tchad"

15h00-15h30	Questions/Réponses
15h30-17h30	Travail de groupe
17h30	CLOTURE
17h30-19h30	Réunion du Comité des Résolutions

VENDREDI 21 OCTOBRE

08h00-08h15	Rapport de la journée précédente
08h15-09h30	PLENIERE: Les Méthodes Contraceptives: Traditionnelles, Modernes et Temporaires

- le Méthodes Traditionnelles
- les Methodes Temporaires
- la Laparoscopie
- le Minilap

Présentateurs :

1. Pour les Méthodes Traditionnelles en Afrique:
Dr. Miatudila Malonga, Membre de l'Association Zaïroise pour le Bien-Etre Familial à Kinshasa, Zaïre
2. Pour les Méthodes Traditionnelles au Tchad:
Dr. Kelo Koussidi
Spécialiste en Médecine Traditionnelle Pala, Tchad
"Méthodes contraceptives Traditionnelles au Tchad"
3. Pour les Méthodes Temporaires:
Mr. Gayi Bédou, Directeur Adjoint Régional, Assistance Internationale en Planification Familiale (FPIA) à Nairobi, Kenya
4. Pour la Laparoscopie: Dr. Mohamed Abdellah Ibrahim, Chef Assistant de la Chirurgie à l'Hôpital Central à N'Djamena, et Dr. Ahmed Moussaoui, Maître-Assistant, Maternité Universitaire des Orangers, Rabat, Maroc
5. Pour le Minilap: Dr. Rose Rao, l'Association pour la Contraception Chirurgicale Volontaire (AVSC), Royaume Unie d'Angleterre
"Les Avantages de Minilaparatomie comme une méthode de Planning Familial"

09h30-10h00	Questions/Réponses
10h30-11h00	PAUSE
11h00-11h45	PLENIERE: Le Rôle du Secteur Privé dans le Bien-Etre Familial
	<u>Présentateurs :</u>
	1. Dr. Mahamat Abdoulaye Djig-Djag Membre du Conseil National Consultatif, Membre du Comité Central de l'Union Nationale Pour l'Indépendance et la Révolution N'Djamena, <u>Tchad</u>
	2. Mr. Ayi Ajavon Représentant de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale/Région Afrique (IPPF) Brazzaville, <u>Congo</u>
	3. Madame Nicole Froud Pharmacienne Pharmacie du Canal N'Djamena, <u>Tchad</u>
11h45-13h15	Questions/Réponses
13h15-14h00	DEJEUNER
14h00-15h00	Travail de Groupe
14h00-15h00	Réunion du Comité des Résolutions

CLOTURE OFFICIELLE

16h00-17h00 Clôture Officielle
Mosquée Fayçal

16h00 Mise en place terminée

16h00 Arrivée des Participants

16h30 Arrivée des Invités

16h45 Arrivée des Membres du Gouvernement, du
Conseil National Consultatif, du Comité
Central de l'UNIR, du Corps Diplomatique
et Représentants des Organismes
Internationaux et des ONG

17h00 Arrivée du Ministre de la Santé Publique

17h15 Début de la Cérémonie:
- Lecture des recommandations
- Lecture des résolutions
- Lecture des motions

17h30 Discours du Ministre de la Santé
Publique

FIN DE LA CONFERENCE

20h00-22h00 Cocktail Officiel
NOVOTEL "La Tchadienne" Hotel

REPUBLIQUE DU TCHAD

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

PROJET DE SANTE FAMILIALE
HIID/USAID

B.P. 413 N'DJAMENA - TCHAD

LISTE FINALE DES PARTICIPANTS
A LA PREMIERE CONFERENCE SUR LE
BIEN-ETRE FAMILIAL AU TCHAD

N'DJAMENA, TCHAD

15 - 21 OCTOBRE 1988

COMITE D'ORGANISATION POUR LA CONFERENCE

Président

1. Dr. Yankalbé Matchock Mahouri
Directeur Général
Ministère de la Santé Publique

Vice-Président

2. Dr. Hassan Mahamat Hassan
Directeur, Soins Santé Primaires
Ministère de la Santé Publique

Premier Secrétaire

3. Dr. Kono Noudjalbaye
Directrice des Affaires Sociales
Ministère des Affaires Sociales et
de la Promotion Féminine

Deuxième Secrétaire

4. Dr. Mahamat Abdoulaye Dig-Djag
Membre du Conseil National Consultatif

Troisième Secrétaire

5. Mr. NGadandé Doumdé
Directeur Général Adjoint
Ministère du Plan et de la Coopération

Membres

6. Mr. Saradimadji Miguabaye
Chef de Division Ressources Humaines
Ministère du Plan et de la Coopération
7. Mme Achta Selguet
Chef de Service de Développement
Communautaire et Action Coopérative
Direction de la Promotion Féminine
Ministère des Affaires Sociales et
de la Promotion Féminine
8. Mr. Khayar Oumar Defallah
Chef de Service de l'Alphabétisation
de l'Education Permanente et de la
Promotion des Langues Nationales
Ministère de l'Education Nationale
9. Mr. Faradj Moulaye
Journaliste à la Radio Tchad
Ministère de l'Information et
de l'Orientation Civique

10. Dr. Mbaïndonodji Beure
Ministère de la Défense Nationale
des Anciens Combattants
et Victimes de Guerre
11. Dr. Nahor N'Gawara Mamouth
Médecin-Chef de l'Hôpital Central
Ministère de la Santé Publique
12. Mr. Barou Djouater
Directeur des Pharmacies et Laboratoires
d'Analyses Médicales
Ministère de la Santé Publique
13. Mme Nicole Froud
Pharmacienne
Secteur Privé
14. Mme Achta Gossingar
Sage-Femme
Responsable du Projet TRO
AFRICARE/ONG
15. Mr. Mahamat Adjid Oumar
Directeur de la Formation Professionnelle
et de l'Éducation pour la Santé
Ministère de la Santé Publique
16. Mr. Benadjel M'Baïssour
Chef des Relations Extérieures
Ministère de la Santé Publique
17. Mr. Ahmed MBaye
Service Protocole
Ministère des Affaires Étrangères
18. Mme Lucie Nodjilelem
Responsable de la Cellule des Affaires
Juridiques et des Droits de la Femme
Ministère des Affaires Sociales et
de la Promotion Féminine
19. Mme Leslie Leila Brandon
Conseillère en Santé Familiale
Ministère de la Santé Publique
Université de Harvard/USAID

SECRETARIAT DE REDACTION POUR LA CONFERENCE

20. Dr. Zakaria Fadoul
Linguiste
Université du Tchad
Ministère de l'Education Nationale
21. Dr. Tangar Alladengar
Sociologue
Université du Tchad
Ministère de l'Education Nationale
22. Dr. Amoula Waya Houma
Directeur de la Médecine
Hospitalière et Urbaine
Ministère de la Santé Publique
23. Dr. Haoua Kriga
Médecin à la Maternité
Ministère de la Santé Publique
24. Dr. Djimasdé M'Baïrebé
Directeur, Ecole Nationale de
Santé Publique et du
Service Social
Ministère de la Santé Publique

EXPERTS INTERNATIONAUXCONGO

25. Mr. Ayi Ajavon
Statisticien-Démographe
Représentant de la Fédération
Internationale pour la Planification
Familiale pour l'Afrique (IPPF) à
Brazzaville

COTE-D'IVOIRE

26. Mr. Yatshita Mutombo
Programme International pour la
Formation en Matière de Santé
INTRAH à Abidjan
27. Dr. Alain Damiba
Médecin Epidémiologiste
Centre pour la Population et
la Santé Familiale
Université de Columbia à Abidjan
Investigateur Associé
Projet de Recherche Opérationnelle à N'Djaména.

28. Dr. Samba Diarra
 Chef de Service Gynéco-Obstétrique
 Centre Hospitalier Universitaire
 de Treichville,
 Président de l'Association Ivoirienne
 de Bien-Etre Familial (AIBEF) à Abidjan
29. Mme Yvette Koué
 Directeur Exécutif
 Association Ivoirienne de
 Bien-Etre Familial à Abidjan

ETATS-UNIS

30. Dr. Albert Henn
 Directeur des Projets Santé
 Harvard Institute for International
 Development (HIID)
 Cambridge, Massachusetts
31. Mlle Kristin Schoultz
 Spécialiste en Santé Publique,
 Planification/Gestion
 Harvard Institute for International
 Development (HIID)
 Cambridge, Massachusetts
32. Mr. Jean de Malvineky
 Coordonnateur de la Conférence sur le
 Bien-Etre Familial au Tchad
 Coordonnateur des Programmes de Santé
 Projet OPTIONS
 Université de Californie
 Santa Cruz, California
33. Mr. Moncef Bouhafa
 Responsable du Programme de Services
 de Communication en matière de Population,
 Programme d'Information sur la Population,
 Université Johns Hopkins à Baltimore
34. Mme Alla Charo
 Avocat
 USAID à Washington

FRANCE

35. Mlle Mitra Vaseghi
 Chargé de Recherche
 Département de Santé Publique
 Faculté Xavier Bichat, Paris France

KENYA

36. Mme Beth M. Mbaka
Chargée des Programmes Financement
Projets Planning Familial
The PATHFINDER Fund à Nairobi
37. Mr. Gaye Bedou
Directeur Régional Adjoint
Family Planning International Assistance (FPIA)

MALI

38. Mr. Nassour Ousaidou
Directeur Centre d'Etudes et de
Recherche sur la Population Pour le
Developpement (CERPOD) à Bamako
Institut du Sahel à Bamako
39. Dr. Khadidiatou Mbaye
Medecin, Gynécologie/Obstétrique
Centre d'Etudes et de Recherche sur la
Population pour le Developpement (CERPOD)
Institut du Sahel à Bamako
40. Dr. Mohammed Baraket
Démographe Technique au Service de
Gestion et Evaluation dans la Planification
Centres d'Etudes et de Recherche sur la
Population pour le Developpement (CERPOD) à Bamako
Institut du Sahel à Bamako
41. Dr. Suzanne Bocoum
Medecin/Généraliste
Medecin-Chef de la Division Santé Familiale
Ministère de la Santé Publique à Bamako

MAROC

42. Dr. Ahmed Moussaoui
Medecin - Enseignant
Gynécologie - Obstétrique et Planning Familial
Centre National de Formation en
Reproduction Humaine (Maternité les Orangers)
Consultant, Johns Hopkins Program for International
Education in Gynecology and Obstetrics (JHPIEGO) à Rabat

NIGER

43. Mr. Hamadou Harouna
Chef du Bureau Législatif
Direction d'Etudes et Planification
Ministère de la Santé Publique Affaires Sociales et
Condition Féminine à Niamey

ROYAUME UNIE D'ANGLETERRE

44. Dr. Rose Rao
Médecin
Ministère de la Santé à Nairobi
Spécialiste, Association pour la
Contraception Chirurgicale
Volontaire (AVSC) au Kenya
Médecin Spécialiste en Chirurgie à Londres

SENEGAL

45. Mr. Samb Ousmane
Directeur du Projet de Santé
Familiale et Population à Dakar

SUISSE

46. Dr. Widi Wirski
Epidémiologiste
Organisation Mondiale de la Santé
Programme Mondial de la Lutte contre le SIDA à Genève

ZAIRE

47. Dr. Miatudila Malonga
Consultant pour la Banque Mondiale
Membre de l'Association Zaïroise
pour le Bien-Etre Familial à Kinshasa

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

48. Dr. Kélo Koussidi
Médecin Thérapeute/Pala
49. Madame Fatimé Zara Djiddo
Infirmière Diplômée d'Etat
50. Dr. Idriss N'Delé Moussa
Médecin-Chef Adjoint de
l'Hôpital Central
51. Mme N'Gardoum Diondé
Infirmière Diplômée d'Etat
Polyclinique N° 1
52. Dr. Djeboudoum Tomou
Médecin-Chef de la Polyclinique N° 1
53. Dr. Matchoke Gon-Zoua
Médecin-Traitant Pavillon d'Urgences
Hôpital Central
54. Dr. Théo Lippeveld
Chef de Projet de Restauration
de la Planification Sanitaire
Université de Harvard
55. Dr. Granga Daouya
Médecin-Chef de la Médecine Préventive
et Santé Rurale
56. Mr. Ouadjon Ouarmaye
Chef du Bureau des Statistiques
Planification et Etudes
57. Dr. Patalé Tézéré
Médecin-Chef de la Pédiatrie
Hôpital Central
58. Dr. Mariam Alhabo
Médecin Pédiatre
Hôpital Central
59. Dr. Demane Nana Mounda
Médecin Responsable du SMI/BEF
Centre Assiam Vamtou
60. Dr. Madjimta Nadjibaye
Médecin Responsable Adjoint SMI/BEF
Centre Assiam Vamtou
61. Mme Mahamat Kadidja Rachel
Préparatrice en Pharmacie
Centre Assiam Vamtou

62. Mme Fatimé Zara Hassaballah
Sage-Femme
Assistante en Santé Familiale
Centre Assiam Vamtou
63. Mme Fatimé Goukouny
Infirmière d'Etat
Centre Assiam Vamtou
64. Mme Fatimé Barounga
Sage-Femme Nutritionniste
Centre Assiam Vamtou
65. Mr. Abakar Sou
Chef de Division des Bourses et Stages
Direction de la Formation et
l'Education Professionnelle
66. Mr. Mahamat Ali Hassaballah
Directeur, Affaires Administratives
Financières et du Matériel
67. Dr. Mohamed Ibrahim Abdallah
Médecin,
Chef Assistant de Chirurgie
Hôpital Central
68. Dr. Lydie N'Gaba
Médecin Généraliste
Maternité
69. Dr. Ivoulsou Douphang Phang
Chirurgien-Chef
Hôpital Central
70. Mr. Kindé NGassadi
Directeur, Génie Sanitaire
et de l'Assainissement
71. Mr. Adoum Djibrine
Assistant, Section Etudes et Projets
72. Dr. Farida Souleymane
Médecin-Chef Adjoint des
Services Médicaux
73. Dr. Danyod Merci
Responsable du Programme
National du SIDA
74. Dr. Mariam Alladoumngué
Responsable du Centre National
de Nutrition

75. Mme Mahamat Tabane Jeanne
Sage-Femme d'Etat
Maternité, Hôpital Central
76. Dr. Mahamat Oumar Madani
Ophtalmologue
Hôpital Central
77. Dr. Ahmat Adoum
Chirurgien-Chef Service Chirurgie
Hôpital Central
78. Mme Zadjou Ladang
Infirmière
Centre de Santé de Farcha
79. Dr. Joseph N'Gakoutou
Médecin-Chef Maternité
Hôpital Central
N'Djaména
80. Dr. Brahim Tchouma
Médecine Générale
81. Dr. Mahamat Zenabdine
Médecin, Responsable
Dispensaire du Nord
82. Dr. Adjidé Tombor
Médecin-Chef de la Médecine Scolaire
et Universitaire
83. Dr. Djimet Abderramane
Responsable National du Programme PEV
84. Dr. Mamahat Pierre
Médecin-Chef de la Préfecture
Sanitaire du Ouaddaï
Abéché,
85. Dr. Sorio Mibol
Médecin-Chef de Préfecture
Doba,
86. Dr. Maoussédé Djetoyom
Médecin-Chef de la Préfecture
Sanitaire du Mayo-Kebbi
Bongor,
87. Dr. Nenodji Koumdé
Médecin-Chef de Préfecture
d'Am-Timan,
88. Dr. Kaoang Bandé
Médecin-Chef de la Préfecture
Batha, Ati,

89. Dr. Maoualé N. M'Baïdouwolo
Médecin-Chef du Centre Médical
de Léré
Mayo-Kebbi,
90. Dr. Djimadoum Nodjimongar
Médecin Généraliste
Centre Médical de Mongo
Guera,
91. Dr. Tobyo Souleymane Ali
Médecin-Chef de Préfecture
Moundou, Logone Occidental
92. Dr. Rohingalaou N'Doundo
Médecin-Chef de la Préfecture Sanitaire
du Lac, Bol,
93. Dr. Mahamat Nour Abderrahim
Médecin-Chef de Préfecture
de Biltine
94. Dr. Adoum Mahamat
Médecin-Chef de Préfecture du
Moyen-Chari, Sarh,
95. Dr. Djikoloum N'Garbeul
Médecin-Chef de la Préfecture Sanitaire
de la Tandjilé - Laï
96. Dr. Douna Syam NGonar
Médecin-Chef du Centre Médical de Kélo
Tandjilé
97. Dr. Afé Garba Naïssou
Médecin-Chef de Préfecture du Kanem
Mao
98. Dr. Martin Horth
Médecin-Chef Adjoint
Faya-Largeau
99. Dr. Tom Kiedrzynski
Médecin
Préfecture Sanitaire du Chari-Baguirmi
100. Dr. Jacques Jules Tassy
Mission Française
Hôpital Central
101. Dr. Ann Muyack
Infirmière
Ecole National de Santé Publique
et du Service Social

102. Dr. Maurice Michel
Médecin Pédiatre
Polyclinique N° 1
103. Dr. Edward Samuel Guirguis
Gynécologue Obstétricien
Maternité,

MINISTERE DU PLAN

104. Mr. Caman Bedaou Oumar
Démographe
Direction de la Statistique,
des Etudes Economiques et
Démographiques
105. Mr. Betom Taba
Economiste
Planification Ressources Humaines
106. Mr. Idriss Banguita
Démographe
Bureau Inter-Ministériel
d'Etudes et de Progammmation

MINISTERE DE LA DEFENSE NATIONALE
DES ANCIENS COMBATTANTS ET VICTIMES DE GUERRE

107. Dr. Brahim Tchouma
Chef de Service des Forces Armées
Nationales Tchadiennes
Santé de la Sécurité Présidentielle
108. Dr. Adrinkaï Allao de Jirsante
Directeur Adjoint Santé Militaire

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA PROMOTION FEMININE

109. Mme Noubadoum Lelmbassa
Assistante Sociale
Centre Social de Bongor (Mayo-Kebbi)
110. Dr. Kono Noudjalbaye
Medécin
Directrice des Affaires Sociales
111. Mme Ousmane Benoudjita Rache!
Adjointe Sociale
Centre Social N° 1

- 112. Mme Anne Kouraga
Adjointe Sociale
Centre Social N° 7
- 113. Mme NGaram Koutou
Responsable Centre Social
Am-Timan, Salamat
- 114. Mme Pauline N'Gartoubam Kouka
Adjointe Sociale
Centre Social N° 5
- 115. Mme Monique Depor
Assistante Sociale
- 116. Mme Kadidja Rahama Saleh
Assistante Sociale Diétiticienne
- 117. Mme Negue Fatimé Kalmagne
Responsable du Centre Social de Sarh
Moyen-Chari, Tchad
- 118. Mme Laba Nodjoudou Koulou
Assistante Sociale
Puériculture
- 119. Mme Augustine Dembé Kadjangaba
Assistante Sociale
- 120. Mme Saklah M'Baïtoubam
Assistante Sociale
- 121. Mme Asngar Miayo Latoï Lydie
Adjointe Sociale
Responsable, Centre Social de Bol

MINISTERE DE LA CULTURE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

- 122. Mr. Guerbaye Mane-nan Ribar
Conseiller Culturel
- 123. Mr. Mahamat Bello
Professeur Licenciée

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

- 124. Mme Adoum Moursal Fatimé
Inspection de l'Enseignement Elémentaire
de N'Djaména Ouest

MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES

125. Mr. NGarmbatina Ngueram
 Chef Attaché Administration
 Protocole

126. Mr. Tidjani Hissein
 Agent Protocole

127. Mr. Moulna Blaossou
 Protocole

MINISTERE DE L'AGRICULTURE

128. Mme Toubaro Alice Koïnar
 Adjointe Sociale/Formation Féminine
 Direction de l'Enseignement et de la Formation
 Professionnelle Agricole

129. Mme Mahadi Akia Abouna
 Assistante Sociale
 Direction de l'Enseignement et de la
 Formation Professionnelle Agricole

MINISTERE DE L'INFORMATION ET DE L'ORIENTATION CIVIQUE

130. Mr. Moustapha Ali Alifeï
 Journaliste

131. Mr. Mahamat NGartomia
 Journaliste
 Al-Watan

MINISTERE DE LA JUSTICE

132. Mr. Yantoingar Maïro Salomon
 Procureur Général près la Cour
 N'Djaména

133. Mr. Dézoumbé Mabaré
 Direction de la Législation Générale

SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT

134. Mr. M'Bayam Djasngar
 Direction de la Législation

135. Mme Betel Nemekon Christine
Chef de Service

136. Mlle Kanika Kassadoïh
Juriste

CONSEIL NATIONAL CONSULTATIF

137. Mahamat Bakhit Hassan
Conseiller National

138. Mr. Chir Nourmi
Agent Technique Principal de la Santé

139. Dr. Djekoundadé Le Djeragossou
Médecin Généraliste

COMITE CENTRAL DE L'UNION NATIONALE POUR L'INDEPENDANCE ET LA
REVOLUTION

140. Mr. Mocktar Mahamat Ibrahim
Bachelier contractuel

141. Mme Fatimé Sissoko
Présidente de la Commission des
Affaires Sociales et de la Santé

UNION NATIONALE POUR L'INDEPENDANCE ET LA REVOLUTION (UNIR)

142. Mme Fatimé Awad
Infirmière d'Etat
Hôpital Central

MINISTERE DE L'INTERIEUR ET DE L'ADMINISTRATION DU TERRITOIRE

143. Mr. Mahamat Alouakou
Administrateur Civil

144. Mr. Oguey Yonka
Fonctionnaire
Administration Générale

145. Mr. Moulia Taher
Administrateur
Directeur Adjoint des Affaires Religieuses

146. Mr. Nassingar Ouaye
Administrateur Civil
Administration Générale

ASSEMBLEE CHRETIENNE

147. Pasteur Alexis N'Gardig-na

MISSION CATHOLIQUE

148. Archevêque Vandame Charles

149. Père Pierre Faure

COMITE ISLAMIQUE

150. Imam Mohamed Badawi
Grand Imam de la Mosquée Fayçal
Président du Comité Islamique

151. El Hadj Mohamed Idjemi Cherif
Membre du Comité Islamique

CEFOD

152. Mr. Philippe Dubin
Directeur Général du CEFOD
N'Djaména

SECADEV

153. Dr. Yvonne Jegaden
Médecin spécialisé en Santé Publique

PNUD

154. Mme Mariam Pangah
Sociologue
Chargée des Programmes

155. Mahamat Saleh Adoum

UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DIOCESAINES DE SECOURS ET DE
DEVELOPPEMENT (UNAD)

156. Dr. Isabel Rodriguez
Médecin spécialisé en Santé Publique

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF)

157. Mme Jocelyne O. Pierre

AEDES

158. Dr. Dominique Lambert
Médecin

159. Mr. Daniel Van Den Bergh
Pharmacien

WORLD VISION

160. Dr. Gregoire Batakao
Médecin/Santé Publique

UNITED PRESS INTERNATIONAL

161. Mr. François Djiengard
Journaliste
Représentant UPI

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID)

162. Mme Dianne Blane
General Development Officer

163. Mr. Samir Zoughby
General Development Officer

INSTITUT TROPICAL SUISSE

164. Dr. Vincent Litt
Médecin/Santé Publique

165. Mme Marie José Goepfert
Sage-Femme
Responsable, Section Sages-Femmes
À l'École de Santé Publique et du
Service Social

166. Dr. Albert Burki
Médecin
Hôpital Central

CROIX ROUGE SUISSE

167. Mme Isabelle Godemme
Sage-Femme