

PN-ABE-670

ISN 65481

CDTE(8)

OFFICIAL FILE COPY
DO NOT REMOVE

ENQUETE SUR LE BIEN ETRE FAMILIAL
A N'DJAMENA

03 NOV. 1988

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

ENQUETE SUR LE BIEN ETRE FAMILIAL
A N'DJAMENA
(Aout 1988)

Investigateur principal : Dr. Yankaibe Matchock-Mahouri

Réalisé par : Dr. Jean Tafforeau
Dr. Alain Damiba
Mlle. Joan Haffey

Projet financé par : L'Agence Internationale pour le
Développement des Etats-Unis
d'Amérique
USAID-N'Djaména (TCHAD)
No de Référence: PIOT 6250969360041

-5-

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier le Dr. Yankalbé 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 Gossingar Tonel
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 Depor Monique
Mme Koumbo Singa Gali
Mme Yori Modelngar
Mr. Mbandi Nadjitam
Mr. Abel Albas
Mr. Faradj Moulaye
Mr. Youssouf Adoum

EQUIPE D'ENQUETRICES

Mme Rémadji Tadjina
Mme Ildjima Béhindi
Mme Nalguem Jeanine
Mme Ndebna Sidonie
Mme Thérèse Taryam
Mme Monokagna Koungo
Mme Fatimatou Dagal
Mme Mariam Soumane
Mme Allahta Félicité
Mme Kouraga Anne
Mme Kissangar Alhéré
Mme Boulotigam Marie
Mme Gangdé Claire
Mme Békoutou Falmata
Mme Bédoum Eliane
Mme Madjimbaye Claire

EQUIPE DE TRADUCTEURS

Mr. Hortissa du Tchad
Mr. Adam Boukar Saleh

EQUIPE DE CODIFICATEURS

Mr. Asndaye Namoudjingar
Mr. Djingarti Mouana
Mr. Tedang Robert
Mr. Moundabe Marcelin
Mr. Masbe MBaltouloum
Mr. Tamlengar N'Dingabaou
Mr. Allarasse NGaldoum
Mr. Tamaye Aguenade Zondre

EQUIPE DES ANIMATEURS ET RAPPORTEURS
DE GROUPE DE DISCUSSION DIRIGEE

Mme Fatimé Zara
Mme N'Gardoum Engénie
Mme Dassougui Claudine
Mme Lakoundou Victorine
Mme Fatimé Barounga
Mr. Adoum Djibrine
Mr. Tamlengar N'Dingabaou
Mr. M'Bandor NGawala

EQUIPE DE FINALISATION DU RAPPORT DE L'ENQUETE

Dr. Haoua Kriga
Dr. Amoula Waya Houma
Dr. Tangar Alladengar
Dr. Zakaria Fadoul
Dr. Kono Noudjalbaye
Mme Khadidja Ahmed
Mr. Ouadjon Ouarmaye
Mr. Adoum Djibrine
Mme. Ahmed Khadidjia

Nous remercions également nos deux secrétaires, Rachel et Rose, ainsi que 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

	<u>Pages</u>
I. INTRODUCTION	9
II. OBJECTIFS DE L'ENQUETE	10
III. METHODOLOGIE	11
A. Le volet quantitatif ou sociologique	11
B. Volet quantitatif	12
1. Base de sondage	13
2. Plan d'analyse	16
3. Organisation pratique de l'enquête	17
IV. RESULTATS :	
A - Enquête quantitative	23
1. Caractéristiques socio-démographiques	24
2. Histoire Génésique	29
3. Pratiques du post-partum	35
4. Planification des naissances	39
5. Source d'Information et de Services	49
6. Santé Maternelle	51
7. Santé Infantile	55
B - Enquête Sociologique	59
V. CONCLUSIONS - IMPLICATIONS PROGRAMMATIQUES	73

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'espacement 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 accepté et soutenu 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 de ces critères, huit (8) groupes de femmes ont été réalisés à Assiam 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).

Une équipe du Ministère de la Santé Publique du Tchad (MSP) et du Centre pour la Population et la Santé Familiale de l'Université de Columbia a élaboré les guides d'entretien organisé les groupes sur le terrain et analysé le résultat. L'équipe du MSP a animé un total de 21 groupes de discussion au mois de juin 1988 et a rédigé un rapport détaillé à partir des enregistrements de chaque discussion. Ces rapports constituent la base de l'analyse qui suit.

B. Le volet quantitatif :

L'enquête quantitative a pour but de recueillir, au moyen d'une interview avec un questionnaire standardisé, 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), nombres 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 de N'Djaména). Nous allons maintenant expliquer comment cette technique a été appliquée dans le cadre de la présente étude.

1. Base de sondage

a) Sélection des lieux d'enquête

Les lieux d'enquête retenus sont les Centres de Santé Maternelle et Infantile (SMI) et les Centres Sociaux (CS) de N'Djaména. Tous les centres sociaux, centres médicaux et centres de santé de la ville ont été répertoriés à cet effet. Ensuite, sur base de leur répartition géographique, de leur fréquentation et de la diversité des services qu'ils offrent, un certain nombre d'entre eux ont été sélectionnés (9 sur 19). 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 d'une part être 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 fussent pour mener les activités sur le terrain dans de bonnes conditions. Finalement, neuf centres ont été retenus pour l'enquête, représentant aussi bien le centre que la périphérie de la ville. Ces centres offraient aussi bien des soins curatifs et/ou préventifs que d'autres activités non médicales (distribution de vivres, enseignement ménager et démonstration nutritionnelle). En outre, leur taux de fréquentation hebdomadaire était suffisante pour pouvoir réaliser l'enquête dans les temps. Il s'agit du :

- centre social et de la SMI de Chagoua, à la périphérie est de la ville;
- centre social et de la SMI de Farcha à la périphérie ouest;
- centre social No 5 et de son antenne de Diguel, au Nord de N'Djaména;
- centre social No 3 au Centre-est;
- de la Polyclinique et du centre social No 1, située au centre de la ville, à proximité du marché central;

- de la Polyclinique Assiam Vamtou, qui est le centre national de référence pour les activités SMI et de planification familiale, située au nord-est 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 SMI sur 12 faisaient partie de l'enquête) et les CS (5 CS 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 nous dirons plus loin par exemple que "15% de la population a un niveau socio-économique élevé", cela voudra dire que le niveau socio-économique est élevé par rapport au niveau moyen de la population qui fréquente les centres sociaux et les SMI de N'Djaména.

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 de la ville de N'Djaména. Par conséquent, les conclusions qui pourraient être tirées du présent rapport, peuvent donc servir à l'élaboration d'un programme de BEF au niveau des centres en question.

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 donc de ces exigences, 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 indispensable pour assurer la fiabilité des résultats, était bien entendu que les personnes interrogées soient choisies absolument au hasard. D'où l'importance de fixer avec précision les critères et la méthode d'échantillonnage.

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 chacun 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 influencés par un éventuel programme de BEF.
- des variables liés (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 locale 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 a été recrutée parmi les professionnels des ministères de la Santé et des Affaires Sociales. Elle a été complétée par des journalistes et des étudiants. Cette équipe a été formée pendant une semaine aux méthodes de recherche opérationnelle et aux techniques d'enquête et d'interview. A la fin de cette période, le rôle du superviseur au cours de l'enquête a été défini et leur horaire de travail établi. Cette même équipe a participé également à la 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'interviews 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 Nbl) et du 26 Juillet au 9 Août dans les trois autres centres (Centre Social No3, Centre Social No5 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 No3 et 5 durant la deuxième période. Une équipe de 5 superviseurs et de 8 enquêtrices a travaillé à la polyclinique et au Centre Social No1 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 (12 %)	152 (12 %)
CHAGOUA	210 (17 %)	218 (18 %)
POLYCLINIQUE et CENTRE SOCIAL No 1	400 (33 %)	377 (31 %)
CENTRE SOCIAL No 3	140 (11 %)	115 (9 %)
CENTRE SOCIAL No 5	150 (12 %)	177 (14 %)
ASSIAM VAMTOU	180 (15 %)	183 (15 %)
	-----	-----
TOTAL	1.230	1.222

Chaque jour, à l'arrivée des équipes 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 coordonateur 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 Docteur Alain 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 coordonateur 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 Benoît, 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 coordonateur 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 contrôlés grâce à un programme écrit sur DBase III et ensuite, après vérification au niveau des questionnaires, les erreurs ont été corrigées.

L'analyse des données et la rédaction du rapport ont été effectuées au BSPE/MSP sur un IBM/AT avec l'aide et sous la supervision du Dr. Jean Tafforeau de l'Université de Columbia. Le logiciel SPSSPC a été utilisé pour cette analyse en raison notamment de sa facilité d'emploi, de sa rapidité et du grand nombre de tests statistiques disponibles. Pour les tables de mortalité, nous avons utilisé le logiciel SUPERCALC IV.

IV. PRESENTATION DES RESULTATS

A. ENQUETE QUANTITATIVE :

Au cours de cette enquête, 1222 femmes âgées de 12 à 49 ans ont été interrogées. Les interviews ont duré 29 minutes (mn) en moyenne (26 mn en Français, 28 mn en Arabe, 31 mn en Sara). 5 % des entretiens se sont déroulés en Français, 32 % en Sara et 52 % en Arabe. La répartition par centre des langues d'interview figure au Tableau 1.

Les enquêtrices étaient seules avec la répondante dans la majorité des cas (99 %). 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 déclaré 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.

En ce qui concerne les motifs de consultation,

- 33 % des femmes interrogées étaient venues au centre SMI pour faire soigner leurs 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 (Assiam 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 :

	<u>Echantillon</u> (N = 1.222)	<u>Chari-Baguirmi</u> (N = 437.717)
10 - 14 ans	-	18,9 %
12 - 14 ans	1,0 %	-
15 - 19 ans	26,7 %	16,1 %
20 - 24 ans	27,3 %	14,7 %
25 - 29 ans	23,6 %	13,5 %
30 - 34 ans	12,3 %	11,6 %
35 - 49 ans	9,1 %	25,0 %

Nous avons comparé cette répartition des femmes au sein de notre échantillon avec celle de la projection pour 1988 de la population du Chari-Baguirmi, préfecture où se trouve N'Djaména (les chiffres proviennent de la Direction de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (DSEED), Ministère du Plan, N'Djaména). On remarque que les tranches d'âge 12 - 14 et 35 - 49 ans (et dans une moindre mesure celle de 15 - 19 ans) sont sous-représentées au niveau de l'échantillon et que celles de 20 à 29 ans sont sur-représentées. 79 % des femmes interrogées ont donc moins de 30 ans. Cette proportion est supérieure à celle qu'on obtient dans la population générale (63 %) parce que cette enquête d'interception s'adresse uniquement aux femmes qui viennent dans les SMI et les CS.

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'entame pas les implications programmatiques des recommandations qui utiliseront cette variable.

* Nationalité : 94 % des 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 :

Nous avons étudié également le niveau d'éducation des femmes:

- 48 % des femmes interrogées n'ont jamais été à l'école ou à la madrassa (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 % sont musulmanes, 21 % sont catholiques et 23 % sont 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 profession de son partenaire. En ce qui concerne l'habitat, 47 % des femmes vivent dans des concessions qui leur appartiennent (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 %), grands commerçants (44 %), petits 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 au sein de l'échantillon 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 pièce 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 %).

* Caractéristiques des lieux d'enquête

L'analyse des données nous a permis de préciser les caractéristiques des femmes rencontrées dans chaque centre d'enquête. On remarque par exemple une corrélation entre le lieu d'enquête, la langue d'interview, la religion et le niveau d'instruction. C'est ainsi que certains centres reçoivent une majorité de femmes musulmanes, parlant Arabe et peu instruites (Farcha, Centre social No 5 et Polyclinique).

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.

TABLEAU I

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES PAR LIEU
D'ENQUETE, EN POURCENT.

(Enquête BEF, N'Djamena- 1988)

	! CHAGOUA !	! FARCHA !	! POLY- CLINIQUE !	! ASSIAM VAMTOU !	! C.S. No 5 !	! C.S. No 3 !
<u>Langue</u>	%	%	%	%	%	%
Français	9	9	7	19	4	8
Arabe	29	45	73	39	91	64
Sara	62	45	20	42	5	28
<u>Religion</u>	%	%	%	%	%	%
Catholique	39	31	14	31	4	17
Protestante	46	29	14	37	5	16
Musulmane	15	40	72	32	91	67
<u>Scolarisation</u>	%	%	%	%	%	%
Non scolarisee	39	48	47	39	71	48
Primaire	44	38	38	33	23	34
Secondaire	17	14	15	28	6	18
<u>Duree a N'Djaména</u>	%	%	%	%	%	%
Moins d'un an	42	11	20	17	7	2
N =	218	152	377	183	177	115

II. HISTOIRE GENESIQUE

* Nombre Total de grossesses : 3,7 (IC (*) = \pm 0,16)

Le nombre moyen de grossesses est de 3,7 par femme. Il s'élève à 8,3 pour le groupe 35-49 ans (voir Tableau II). Les femmes ayant un niveau socio-économique élevé ont en moyenne plus de grossesses 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 % (IC = \pm 1,0 %)

7,2 % des grossesses se sont terminées par un avortement spontané. Les femmes non mariées ont eu plus d'avortements spontanés que les autres (19 %), mais cette différence ne se vérifie plus quand on contrôle l'âge 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 l'existence d'un certain nombre d'avortements provoqués non déclarés comme tels.

* Morts-nés : 2,5 % (IC = \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 (IC = + 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. 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).

(*) IC = Intervalle de Confiance à 5 pourcent.

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
35-49 ans	8,3	7,5	5,9	7,5
TOTAL	3,7	3,3	2,7	3,7
STDEV (*)	2,8	2,6	2,1	2,9
I C (**)	0,16	0,14	0,12	0,17

(*) Ecart type

(**) Intervalle de confiance

* Nombre moyen d'enfants vivants : 2.7 (IC = \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 vivants 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).

* Taux de fertilité :

Les taux de fertilité ont été calculés par la technique de Brass. Ils varient par tranche d'âge entre 250/1000 chez les femmes de plus de 45 ans, et 339/1000 chez les femmes de 25 à 29 ans. La fertilité cumulée est de 11,3; quand on compare ce chiffre avec la parité moyenne des femmes qui ont entre 45 et 49 ans actuellement (8,7 enfants), on peut craindre de voir augmenter à moyen terme le nombre moyen d'enfants par famille.

* 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 II.

* Age à la première grossesse : 16,2 ans (I.C. \pm 0,14).

L'âge à la première grossesse est précoce : il se situe aux environs de 16 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). Enfin, 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 - 1986)

En fonction de :	Nombre - Moyen de :			
	Grossesses	Enfants nés vivants	Enfants vivants	Enfants à charge
	N = 1220 M = 3,7	N = 1222 M = 3,3	M = 1222 M = 2,7	N = 1151 M = 3,7

Scolarisation :				
Sans	3,3 (*)	3,9 (*)	3,0 (*)	
Primaire	3,3	3,0	2,5	
Secondaire	2,3	2,1	1,8	

Situation matrimoniale :				
Monogame	3,7	3,7	2,7	
Polygame	4,7	4,1	3,2	
Autre	2,0	1,8	1,5	

Niveau socio-économique :				
Faible	2,9	2,6	2,1	2,9
Moyen	3,7	3,4	3,2	3,7
Élevé	4,7	4,3	1,5	5,3

Durée de résidence :				
0-1 an	3,4 (*)	3,0 (*)	2,4 (*)	
1-5 ans	3,2	2,9	2,3	
5 ans +	4,0	3,7	3,0	

(*) Lié aussi à l'âge des femmes

* Avortement provoqué :

Ce problème de l'avortement provoqué est difficile à aborder. Toutefois, les conséquences de cette pratique tant au point de vue sanitaire que social (décès maternels - infécondité secondaire) sont relativement importantes pour justifier un effort particulier dans ce domaine, d'autant plus que la mise en place d'un programme de planification familiale devrait permettre d'éviter un certain nombre de 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 % seulement des femmes y ont répondu positivement.

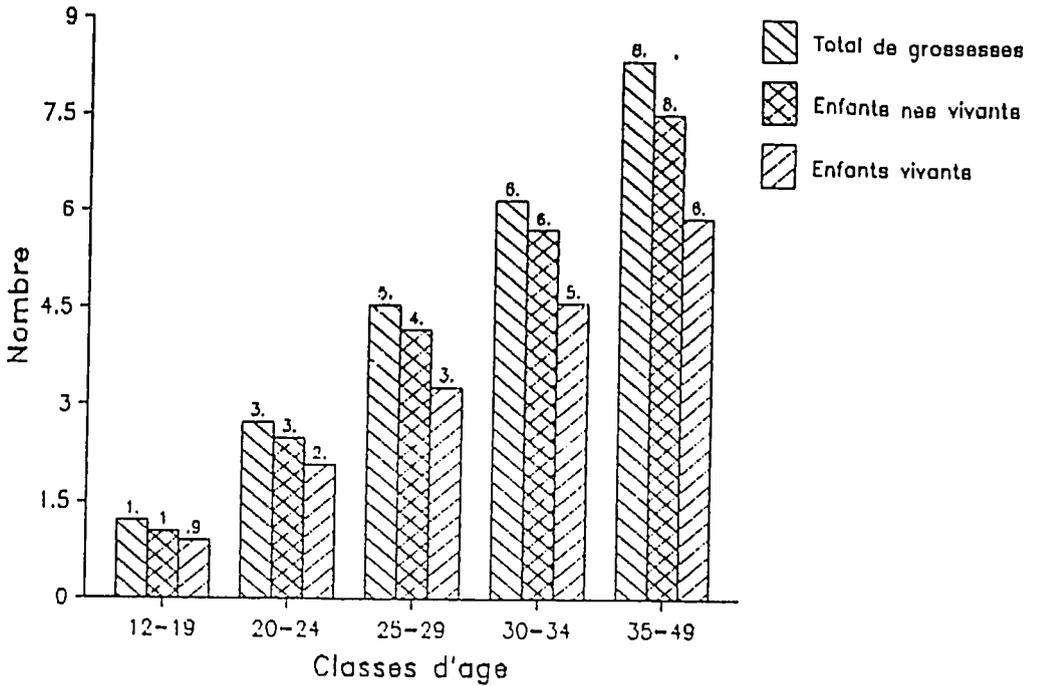
- Plus loin dans le questionnaire on leur a demandé si elles connaissaient des moyens pour espacer les naissances : 23 % des femmes ont cité l'avortement provoqué.

- Enfin quand l'enquêtrice a cité tous les moyens que l'on peut utiliser pour planifier les naissances, 58 % 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 leur vie. 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 la nivaquine (3,7 %) ou des remèdes traditionnels (22 %).

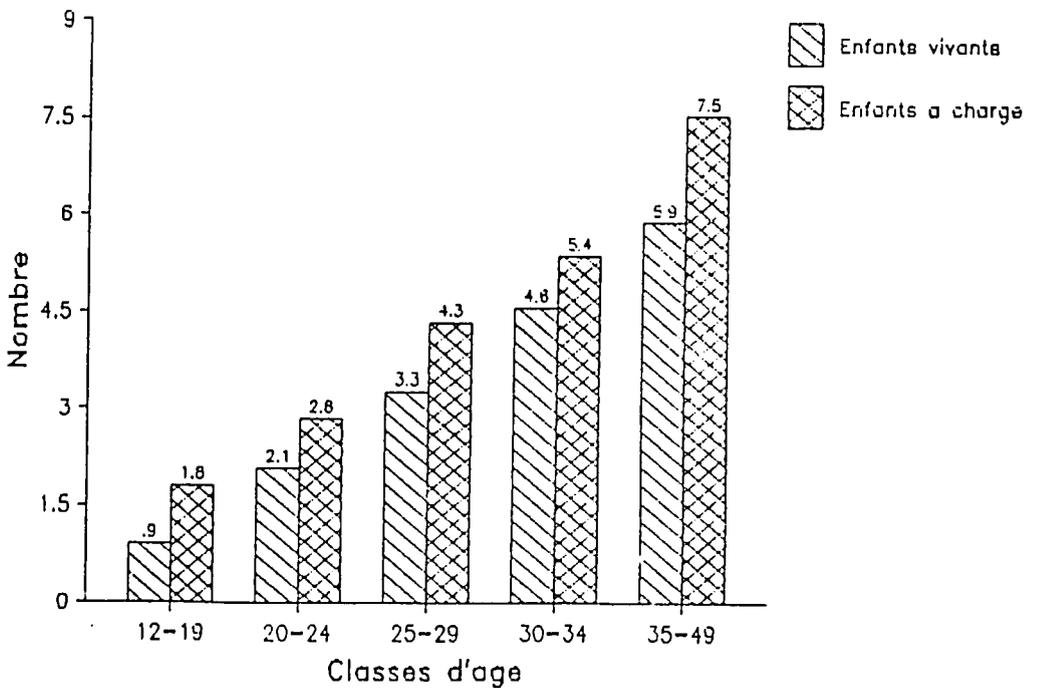
Nbre moyen grossesses et enfants, par age

Grphe 1 - Enquete BEF - N'Djamena 1988



Nbre moyen d'enfants, par classes d'age

Grphe 2 - Enquete BEF - N'Djamena 1988



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 femmes jeunes (12-19 ans) par rapport aux 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 au niveau de deux SMI de Côte-d'Ivoire (Abidjan et Divo - N = 586, Janvier 1988), une durée moyenne d'abstinence du 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).

- * 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 sèvrant 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. Enfin, 3 % des femmes allaitantes étaient enceintes au moment de l'enquête.

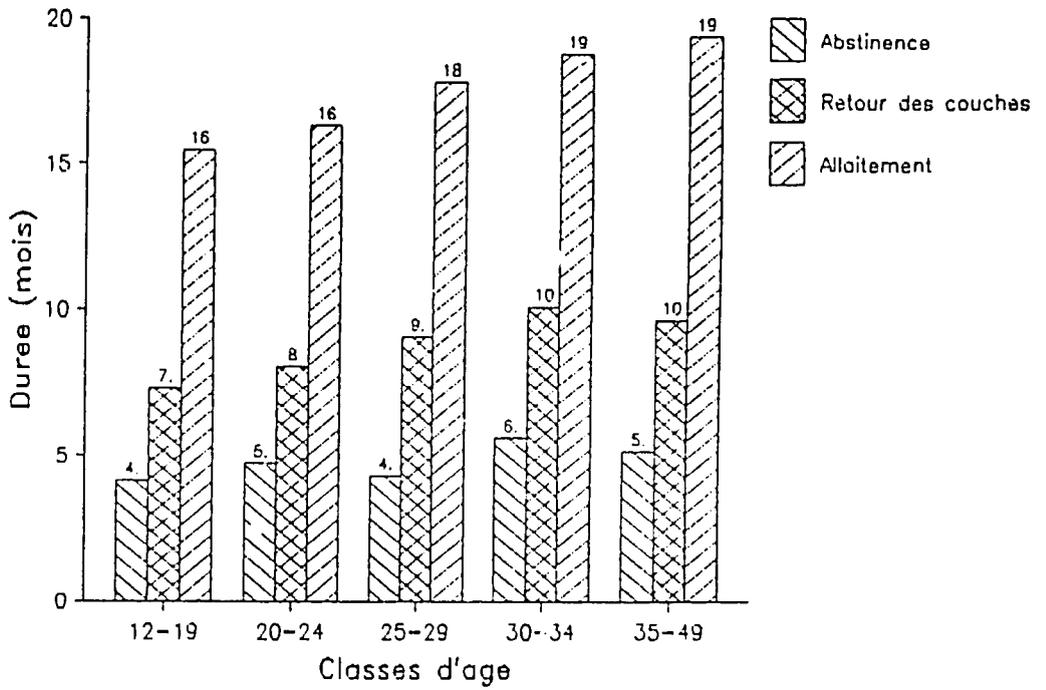
L'impression globale qui se dégage ici, est que les pratiques traditionnelles d'espacement des naissances ont tendance à disparaître. La durée d'abstinence du post-partum est courte, surtout chez les femmes musulmanes, et la durée de l'allaitement a tendance à diminuer (surtout chez les femmes jeunes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

* 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.

Pratiques du post partum, par classes d'age

Graph 3 - Enquete BEF - N'Djamena 1988



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 désiraient 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 désirent au total et ensuite, par calcul, en additionnant pour chaque femme son nombre actuel d'enfants vivants au nombre d'enfants qu'elle désirerait en plus. On a observé une corrélation satisfaisante entre ces deux estimations ($r = 0,82$).

Finalement, le nombre total d'enfants souhaités est de 7,2 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).

Le nombre idéal d'enfants varie en fonction de l'âge des femmes interrogées:

- il est plus élevé chez les femmes âgées (8,6 enfants en moyenne chez les plus de 29 ans)
- que chez les femmes jeunes (6,8 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).

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.

TABLEAU IV

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

(Enquête BEF. N'Djaména - 1988)

CLASSES D'AGE	DELAI DE :			
	RETOUR DES COUCHES (MOIS) N = 646	ABSTINENCE POST-PARTUM (MOIS) N = 779	ALLAITEMENT (MOIS) N = 893	INTERVALLE ENTRE LES NAISS (MOIS) N = 821
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	4,3	17,8	30,3
30-34 ans	10,1	5,6	18,8	34,3
35-49 ans	9,6	5,1	19,4	35,0
P	3/1000	13/1000	1/1000	1/1000

* Intervalle idéal entre les naissances : 26 mois (IC = $\pm 0,5$)

On a demandé aux femmes leur avis sur la durée idéale de l'espacement entre les naissances de deux enfants. Elles ont répondu 26 mois en moyenne et 55 % des femmes la situait entre 25 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 de ce calcul, toutes les naissances de remplacement (cas où la femme est tombée enceinte peu après le décès de l'enfant précédent).

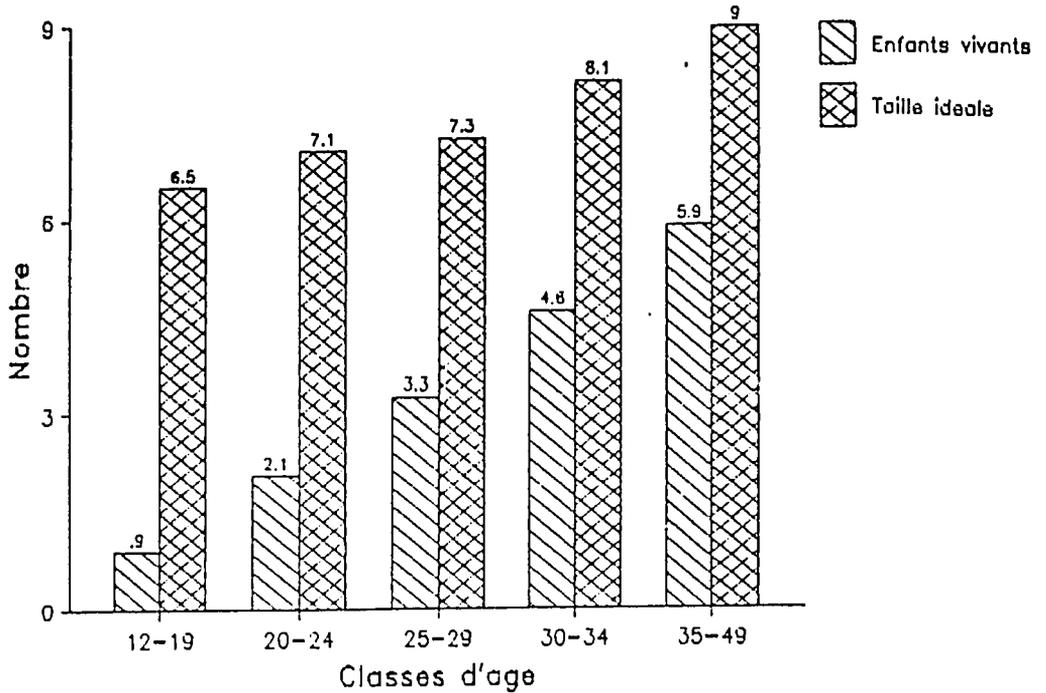
La durée moyenne de l'espacement entre deux naissances ainsi calculée, est de 30,4 mois. Elle est donc paradoxalement plus élevée que la durée idéale mentionnée ci-dessus (26 mois). L'espacement réel entre les naissances se distribue de la façon suivante :

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

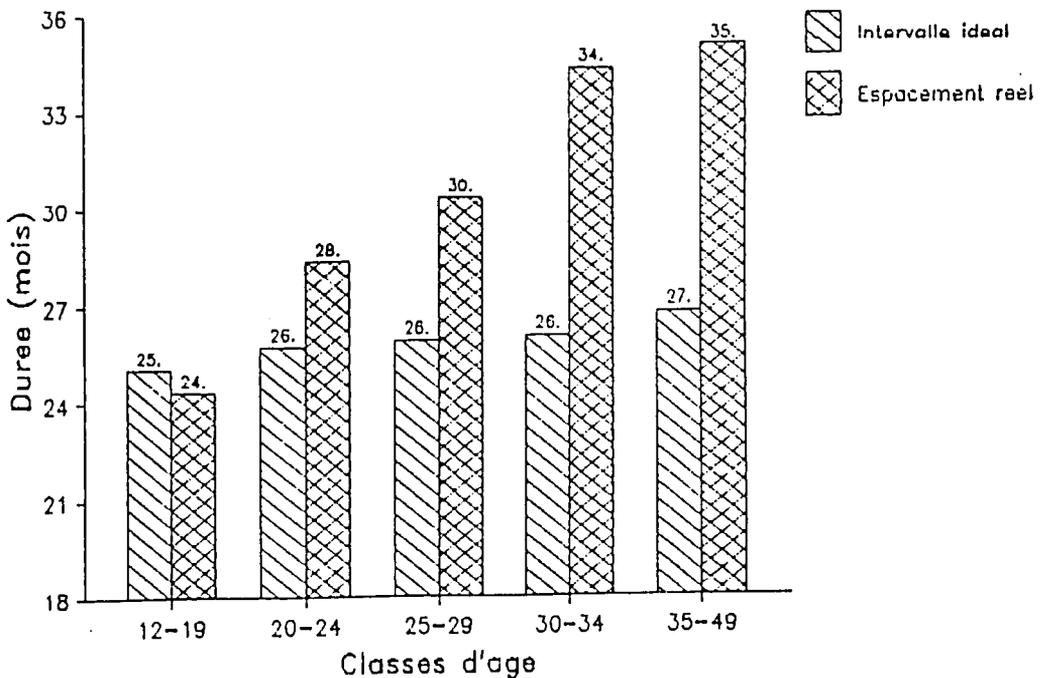
L'intervalle moyen entre les naissances est donc relativement élevé mais il faut noter toutefois une nette variation en fonction de l'âge des femmes interrogées (voir tableau IV) : il n'est que de 24 mois en moyenne chez les 12 -19 ans! On a observé un phénomène similaire en Côte-d'Ivoire où la durée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

Cette différence entre les femmes jeunes et les femmes âgées, en parallèle avec la diminution progressive de la durée d'abstinence et d'allaitement, est peut-être le signe d'une diminution à moyen terme de l'intervalle intergénéral. Cette tendance, avec les conséquences néfastes que cela risque d'entraîner sur la santé des mères et des enfants, doit entrer en ligne de compte au moment de décider la mise en route d'un programme de bien-être familial.

Nbre enfants – Taille ideale famille, par age
 Graphe 4 – Enquete BEF – N'Djamena 1988



Intervalle entre naissances, par classes d'age
 Graphe 5 – Enquete BEF – N'Djamena 1988



* 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, 31 % des femmes en ont cités au moins une spontanément (la pilule est la méthode la plus citée dans le cas présent : 28 % 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. On observe le même phénomène parmi les clientes des deux polycliniques (Assiam Vamtou et No 1).

* Connaissance et utilisation des méthodes traditionnelles :

Il s'agit ici de ce qu'on appelle la connaissance dirigée: après avoir expliqué chacune des méthodes à la répondante, l'enquêtrice lui demandait si elle en avait déjà entendu parler, si elle l'avait 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 à 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 (SM1 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 tous ces pourcentages:

TABLEAU V

Connaissance et utilisation des
méthodes d'espacement des nais-
sances.

(Enquête BEF, N'Djaména 1988).

METHODES	CONNAISSANCE		UTILISATION	
	SPONTANEE N = 1222	DIRIGEE N = 1222	PASSEE N = 1222	ACTUELLE N = 828
TRADITION- NELLES	35 %	89 %	42 %	28 %
I. C. =	± 2,7 %	± 1,8 %	± 2,8 %	± 3,1 %
MODERNES	31 %	58 %	3,2 %	1,2 %
I. C. =	± 2,6 %	± 2,8 %	± 1,0 %	± 0,7 %

* Méthodes modernes de contraception :

Un peu plus de la moitié des femmes interrogées (58 %) 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 méthodes traditionnelles de planification familiale sont très populaires mais que les femmes les utilisent plus par habitude que dans le but d'espacer leurs naissances. Ce genre de méthodes sont par ailleurs 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 des naissances, citées par les femmes que nous avons interrogées, sont les suivantes :

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

Total	:	100 %

* Désir d'utilisation d'une méthode de planification familiale

Au sein de l'échantillon de l'enquête, 56 % des femmes souhaitent utiliser une méthode 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 Vamtou
- 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 Chagoua.

Il faut noter en outre que parmi les femmes qui souhaitent espacer leurs grossesses :

- 93 % connaissent une méthode traditionnelle de contraception et
- 67 % connaissent une méthode moderne. Par contre,
- 27 % seulement utilisaient une méthode traditionnelle de contraception au moment de l'enquête et
- 2 % une méthode moderne.

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% 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, dispensaires (22 %) et les SMI (8 %). Il est probable que la SMI ne soit pas identifiée comme une structure spécifique mais plutôt confondue avec les 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 % (voir la remarque ci-dessus à propos des centres de SMI).

Prevention contre l'Alcool

VI. SANTE MATERNELLE

* Consultations prénatales :

A l'occasion de leur dernière grossesse, 17 % des femmes ont suivi des consultations prénatales. Ce pourcentage est peut-être artificiellement haut puisqu'il s'agit dans cette enquête d'une population qui fréquente les centres SMI et les Centres Sociaux. On remarque toutefois 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 %). Par ailleurs, 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 % à la maison avec l'aide d'un professionnel de la santé (Sage-femme, infirmière). Les protestantes accouchent plus souvent à la maternité (52 %) que les catholiques (43 %) et les musulmanes (33 %). Le niveau de scolarité joue un rôle également puisque 65 % des femmes les plus instruites (niveau secondaire ou supérieur) ont accouché à la maternité.

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

* 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 des deux dernières grossesses.

TABLEAU VI

Pourcentage d'enfants nés-vivants, 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
Enfants nés-vivants	91,3 %	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 %

* 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.

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 ont dû être hospitalisées, contre 2,3 % quand elles 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.

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

* 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 :
 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 souffrent 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 un 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 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 laboratoires.

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. = \pm 1,3 %) des enfants nés vivants étaient morts au moment de l'enquête. Il s'agit ici bien entendu, 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 des femmes qui avaient de 35 à 49 ans au moment de l'enquête (21 %) par rapport aux 12 - 19 ans (8 %). Cette différence peut s'expliquer de plusieurs manières : soit par le nombre plus élevé d'enfants dans la famille et l'âge de ceux-ci (plus âgés et donc exposés plus longtemps) chez les femmes de 35 à 49 ans, soit éventuellement, par une baisse de la mortalité des enfants dans le temps.

* Taux de Mortalité :

Nous nous sommes basés pour le calcul de ces taux de mortalité, sur les dates de naissance 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 naissance 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 au moment de l'enquête (soit 4,5 %) et 779 avant derniers-nés dont 134 étaient morts (soit 17,2 %).

Ce pourcentage de décès (de l'avant dernier-né) 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).

Finalement, nous avons 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 11 mois): voir tableau VII.

Avant de discuter de ces taux, il faut apporter quelques précisions:

- 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.

L'interprétation de ces taux appelle 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 (16/1000), de la mortalité infantile (69/1000) et de la mortalité juvénile (163/1000) pour la période comprise entre 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): les taux de mortalité sont plus faibles chez les derniers-nés. On peut donc dire que la santé des enfants durant leurs cinq premières années de vie, s'est améliorée sensiblement entre 1984-85 et 1987-88.

Les taux de mortalité calculés, par la méthode directe comme ci-dessus, sont en général sous-estimés. A titre de comparaison, nous avons calculé ces mêmes taux par la technique de Brass: la mortalité infantile se situerait aux environs de 135 pour mille et la mortalité juvénile aux alentours de 198 pour mille. Les pourcentages réels doivent donc se situer à mi-chemin entre ces deux estimations soit: 102/1000 de mortalité infantile et 180/1000 de mortalité juvénile.

TABLEAU VII

Taux de mortalité Néonatale, Infantile et
Juvénile. (Enquête BEF, N'Djamena - 1988)

	TAUX DE MORTALITE :					
	N E O N A T A L E (0 - 30 jours)		I N F A N T I L E (0 - 11 mois)		J U V E N I L E (0 - 4 ans)	
	Nombre	Taux (/1000)	Nombre	Taux (/1000)	Nombre	Taux (/1000)
Derniers-nés	1041	9	596	38	27	104
I.C =		± 3		± 6		± 24
Avant derniers-nés	758	25	690	102	83	199
I.C =		± 5		± 11		± 21
Deux derniers-nés	1799	16	1286	69	110	163
I.C =		± 3		± 6		± 17

* 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 a une influence sur 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. ENQUETE SOCIOLOGIQUE

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 sages-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 bornes".

"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 détestent 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 : Aspects 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(ne)s, 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 pendant au moins 40 jours et 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'allaité, je ne tombe jamais enceinte et comme j'allaité jusqu'à 2 ans, je trouve que mes enfants sont espacés naturellement".

"Pendant que j'allaité, 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 soeur 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 empêchent une grossesse".

"L'avantage est que le PF nous permet d'éviter une grossesse. Mais quand on ne sait pas se 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 disconvenrions 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 vis-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".

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-alphabétisées, qui par ailleurs ne les ont pas utilisées.

"Les unes font du maraboutage, comme des cordelettes 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 légumes".

"Les chasseurs utilisent une espèce de 2 guis associés 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 sur ce 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".

Les hommes plus âgés, les lycéennes 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".

"Ca 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 batards".

* 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 sauver 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 BEF :

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 pharmacies ou au centre d'Assiam Vamtou, (le seul qui dispose d'un 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. Il faudra sensibiliser également les femmes qui 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".

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".

Les sources d'information sur le P.F. les plus souvent citées sont les centres sociaux, la radio camerounaise, les journaux et magazines comme Pirogue et AMINA, les personnes âgées et les amis. Le désir pour plus d'information est vif. La plupart des groupes 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 telles discussions".

"On ne savait pas qu'il y avait ces belles rencontres de femmes".

V. CONCLUSIONS - IMPLICATIONS PROGRAMMATIQUES

L'analyse des résultats de ces deux enquêtes a permis de répondre aux questions spécifiques qui avaient été posées dans le cadre des objectifs de cette étude:

* Objectif No 1 :

a) Evaluer la 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. Les groupes de discussion ont permis toutefois de se rendre compte que cette connaissance est relativement superficielle. Par ailleurs les méthodes de PF sont en général mieux connues parmi les femmes chrétiennes, les scolarisées et celles qui vivent en union libre.

b) Evaluer l'utilisation des méthodes de contraception :

Les méthodes traditionnelles de planification familiale sont très populaires : un tiers des femmes en union et non enceintes que nous avons interrogées, utilisaient un moyen traditionnel de contraception au moment de l'enquête. Il faut ajouter toutefois que ces méthodes (allaitement et abstinence pour la plupart) sont plus utilisées par habitude que dans le but d'espacer les naissances. Ce genre de méthodes est par ailleurs plus répandu parmi les femmes musulmanes.

Malgré que les méthodes modernes de contraception soient relativement bien connues, 1,3 % seulement des femmes en union et non enceintes que nous avons interrogées, utilisaient une méthode moderne d'espacement des naissances au moment de l'enquête.

c) Evaluer le problème des MST et de l'infécondité :

10 % des femmes ont déclaré souffrir d'infécondité. 7 % des femmes ont reconnu avoir eu une Maladie Sexuellement Transmise dans le passé. 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 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 laboratoires.

* Objectif No 2 : Demande en matière de contraception :

a) Espacement des naissances :

Un peu plus de la moitié des femmes interrogées (54 %) souhaitent utiliser une méthode de contraception pour espacer leurs grossesses. Cette demande est plus forte chez les femmes scolarisées (74 % si elles ont suivi l'enseignement second Elle varie également d'un centre à l'autre :

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

Il faut noter en outre que parmi les femmes qui souhaitent espacer leurs grossesses :

- 93 % connaissent une méthode traditionnelle de contraception et
- 67 % connaissent une méthode moderne. Par contre,
- 27 % seulement utilisaient une méthode traditionnelle de contraception au moment de l'enquête et
- 2 % une méthode moderne.

Qu'ils aient déjà décidé d'espacer les naissances ou non, les participants des groupes de discussion dirigée ont demandé plus d'information spécifique sur le PF afin de prendre une décision en connaissance de cause.

Il est nécessaire donc, au vu de ces chiffres et des commentaires des participants, d'améliorer le niveau de 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).

b) Taille idéale de la famille :

Le nombre total d'enfants souhaités est de 7,2 en moyenne. Ce nombre idéal d'enfants varie en fonction de l'âge des femmes interrogées:

- il est plus élevé chez les femmes plus âgées (8,6 enfants en moyenne chez les plus de 29 ans),
- que chez les femmes plus jeunes (6,8 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).

Pendant les groupes de discussion dirigée, les participants avaient des difficultés à préciser un nombre idéal d'enfants et certains estiment que la limitation des naissances est contre les croyances religieuses et traditionnelles.

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.

* Objectif No 3 :

a) Recenser les bénéfices ressentis de la planification familiale :

Les femmes que nous avons interrogées estimaient que la durée idéale de l'espacement entre les naissances de deux enfants devrait être de 26 mois en moyenne et 55 % des femmes la situait entre 25 et 30 mois. Il est clair donc qu'un des rôles principaux du PF doit être de maintenir cet intervalle, notamment par l'utilisation de méthodes modernes en remplacement des méthodes traditionnelles.

Au cours des groupes de discussion dirigée, il est apparu que les raisons économiques et la santé maternelle et infantile constituent la motivation principale pour maintenir un intervalle suffisant entre les naissances.

b) Recenser les obstacles à la mise en place d'un programme de planification familiale :

L'attitude des hommes n'est pas favorable vis à vis de la planification familiale: un tiers seulement des femmes estiment que leur mari accepterait qu'elles utilisent une méthode d'espacement des naissances. Par ailleurs, le manque de formation du personnel, d'infrastructures adéquates et de matériel éducatif représentent, outre le coût des moyens modernes de contraception les obstacles majeurs à l'implantation d'un service de BEF à N'Djaména.

Objectif No 4 : Implications programmatiques :

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

Les sources actuelles d'information sur la planification familiale sont les ami(e)s ou parents, la radio et les journaux. Les femmes interrogées dans le cadre de cette enquête sont très intéressées par le concept de BEF. Elles souhaiteraient même participer à des rencontres périodiques sur des sujets concernant la santé de la mère et de l'enfant. Les SMI, la maternité et les centres sociaux seraient des endroits appropriés pour ce genre de rencontres. Quant aux méthodes de planification familiale, elles souhaiteraient de préférence en discuter avec des sages-femmes ou des assistantes sociales sous la forme d'entretiens individuels.

Il est certain toutefois qu'un programme éventuel de planification familiale devra passer par une première phase de sensibilisation au niveau des hommes, surtout chez les musulmans. Il semble en effet que les femmes ne puissent pas utiliser une méthode de contraception sans l'autorisation de leur partenaire et qu'un tiers seulement d'entre eux seulement serait d'accord. Dans un deuxième temps, la sensibilisation devra toucher les femmes et viser essentiellement à augmenter leur niveau de connaissance des méthodes de PF.

b) Programme de prestation de services en BEF :

Un des objectifs de cette étude était de fournir des données de base qui serviront à l'élaboration d'un programme de BEF. Les résultats de l'enquête quantitative permettent d'une part de définir le profil socio-démographique des femmes qui consultent dans les SMI et les centres sociaux de la ville de N'Djaména 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.

Nous ne reprendrons ici que quelques points saillants de ces observations qui devrait permettre de prendre éventuellement une décision quant à la mise en place d'un programme de BEF dans la ville de N'Djaména:

- l'âge à la première grossesse est précoce (il se situe aux environs de 16 ans en moyenne) surtout parmi les femmes musulmanes (53 % de l'échantillon) et celles qui n'ont pas été à l'école (48 % des femmes interrogées). Or, il est reconnu que la grossesse chez une femme de moins de 20 ans est un facteur de risque tant pour la santé de la mère que pour celle de l'enfant à naître.

- On remarque également que les pratiques traditionnelles d'espacement des naissances ont tendance à disparaître: la durée d'abstinence du post-partum est courte (5 mois en moyenne) surtout chez les femmes musulmanes, et les enfants sont sevrés plus tôt, surtout chez les femmes jeunes et scolarisées.

- L'intervalle moyen entre les naissances est relativement élevé (30 mois en moyenne) mais il n'est que de 24 mois en moyenne chez les 12 -19 ans!

On peut craindre donc qu'avec l'abandon progressif des pratiques naturelles d'espacement des naissances, l'intervalle intergénérisique ne diminue. Cela risque d'avoir des conséquences néfastes pour la santé de la mère et la survie des enfants. Ce genre de constatation est inquiétante dans un pays où les taux de mortalité infantile et juvénile sont encore relativement élevés (respectivement 69 et 163 pour mille dans le cadre de cette enquête). Ce problème doit donc entrer en ligne de compte au moment de prendre la décision de mettre sur pied ou non un programme de planification familiale. Il est clair toutefois qu'un tel programme devrait viser essentiellement à promouvoir ou à maintenir un espacement des naissances suffisant et non pas à limiter celles-ci.

En ce qui concerne leur opinion sur ce que doit être un programme de BEF, les femmes souhaiteraient qu'il soit décentralisé, subventionné et intégré aux services de santé maternelle et infantile. Il devra "aider les familles à programmer la réussite des enfants, qui sont un cadeau de Dieu".

* * * * *
 * * * * *
 * * *
 *