

PW. ABS - 061

89462



*The Johns Hopkins University
Center for Communication Programs*

NEEDS ASSESSMENT TO CHAD

Prepared by:

Moncef M. Bouhafa
JHU/PCS Senior Program Officer

Dates of In-Country Work:
October 4 - 22, 1988

Population Communication Services
Center for Communication Programs
The Johns Hopkins University
527 St. Paul Place
Baltimore, MD 21202 USA

TABLE OF CONTENTS

	<u>Page</u>
Executive Summary	iv
List of Abbreviations	v
I. Introduction	1
II. The Country	1
III. Family Planning Overview	3
IV. Government Policies and Programs	4
V. Attitudes Toward Family Planning	7
VI. Private and Multilateral Organizations	7
VII. Media Resources	9
VIII. Conclusions and Recommendations	13
 <u>APPENDICES</u> .	
Appendix A: List of Contacts	
Appendix B: Media List	
Appendix C: Conference Presentation: "La Communication pour le Bien-Etre Familial"	
Appendix D: Debriefing Memo to B. Wilder, USAID/N'Djamena	
Appendix E: Conference Agenda	
Appendix F: Schedule of Meetings	
Appendix G: Conference Slogans and Press Release	
Appendix H: Country Data Sheet	
Appendix I: National Program of Information/Education for Health (Programme National IES)	
Appendix J: Summary of Conference Proceedings	
Appendix K: Radio Proposal	

EXECUTIVE SUMMARY

At the request of the United States Agency for International Development Mission in N'Djamena (USAID/N'Djamena), Republic of Chad, Johns Hopkins University/Population Communication Services (JHU/PCS) Senior Program Officer, Moncef M. Bouhafa, visited N'Djamena to conduct an information, education and communication (IEC) needs assessment as well as represent JHU/PCS at the country's first national conference on family planning that was held from October 16 to 22, 1988. (An involuntary airline re-routing cut short the trip by two days.)

During his visit, Mr. Bouhafa met with a broad range of high ranking government officials from health and non-health ministries, had wide-ranging discussions with other bilateral and international donors, and was accompanied by Mr. Faraj Moulaye, a counterpart from the Ministry of Information and a member of the organizing committee for the conference. A debriefing was held with the USAID Mission Director, Mr. B. Wilder, and the USAID population advisor, Leslie Brandon, as well the General Development Officer, Diane Blane.

Chad is a country without a formal family planning program, with a vast territory that is often inaccessible, with limited media resources, and even more limited health resources to meet its needs. The country's first conference on family planning, held in October 1988 under the direct sponsorship of the country's president, El Hadj Hissen Habre, marked the beginning of a new dimension in family health and family welfare. The explicit endorsement of family planning and the implicit endorsement of modern methods now have provided the political necessary for Chad to start what could prove to be successful family planning communication program.

But to be successful, a communication program in the short term will require extensive technical assistance, including in-country back-stopping and support. From the outset, training will have more chance of success if the local USAID Mission uses the full extent of its advocacy with the Ministry to help them adopt a systematic approach where many national partners (not just the health ministry) are involved. In addition, research will need to be carried out among local leaders to "inventory" their attitudes towards family planning.

The country's first family planning conference endorsed the idea that there be a systematic use of communication at all levels in the country, and that research was needed in order to develop the IEC program further. These two recommendations, along with the overall support and endorsement given to family planning in Chad, are important first steps to developing a country project that stresses creating awareness among local influentials.

Debates during the conference confirmed a strong role for the Department of Social Affairs and to a lesser extent the Department on the Status of Women (Condition Feminine), both of which are in the same Ministry of Social Affairs and Condition Feminine in delivering family planning messages to rural and semi-rural women in Chad.

At present, family planning program efforts (limited to N'Djamena) have a very fragile base. Advocacy efforts over the past two years have led up to the family planning conference. Now, efforts need to be specifically directed at the village chiefs and other local influentials. An intermediary step may be to sensitize the nation's district officials, who in turn can inform local officials.

The key "message" adopted by the FP conference was the "four toos": not too early, not too late, not too many (or conversely given Chad's pro-natalistic tendencies not too few), and not too closely between births. This message should be integrated with other health messages, because a purely demographic message will be perceived negatively.

Even if in a somewhat crude state of development, there are a variety of media that can be used in Chad. Radio, while dominant, can be supported by other non-electronic media which play a limited, but nonetheless politically significant role in helping to inform Chadians. The local news agency can be useful in getting the message to the provinces and helping strengthen program awareness and understanding.

Face to face communication will be the key, using national movements such as UNIR (Union Nationale pour l'Indépendance et la Révolution--National Union for Independence and the Revolution), the main political party, as well as its offspring, "Rajeunir," the youth movement.

Recommendations

1. JHU/PCS should develop a project in Chad, should buy-in funds be available from USAID, that focuses on sensitizing community leaders and other influentials to family planning and its health benefits such as reducing infant and maternal mortality. The project should include the following components:
 - a. Nationwide sensitization of local influentials to the goals of the family planning program, its relevance to Chad, and general information about the health benefits that can accrue from a successful family planning program (using some of the Sahelian data that was presented at the conference).
 - b. Concurrently, a more targeted, urban concentrated IEC effort of more classic dimensions to support the distribution of modern contraceptive methods (pills and condoms), using some printed materials developed mostly for illiterate audiences.
 - c. Training for journalists and program producers in how to develop and manage IEC programs as opposed to public relations campaigns.
2. JHU/PCS should work closely with USAID/N'Djamena, which is presently developing an integrated child survival program of US \$6,500,000 covering five years, one component of which is birth spacing and possibly support to oral rehydration therapy (ORT).

3. JHU/PCS should provide in-country training for radio producers in the materials development process, possibly with co-sponsorship from the World Health Organization (WHO), the United Nations Population Fund (UNFPA) or the United Nations Children's Fund (UNICEF), and any other funding agencies that are interested in improving maternal and child health communication programs.

4. Four people from Chad (one from the Ministry of Health, two from the Ministry of Information, and one from the Ministry of Social Affairs) should participate in training program in communication planning if the program is organized and conducted in French, either through existing arrangements with CAFSI or others.

LIST OF ABBREVIATIONS

ATP	-- Agence Tchadienne de Presse (Chadian Press Agency)
ENSP	-- Ecole Nationale de Santé Publique (National School of Public Health)
EPI	-- Expanded Program of Immunization
FAO	-- (United Nations) Food and Agriculture Organization
FED	-- Fédération Européenne du Développement (European Development Agency)
FP	-- Family Planning
HIID	-- Harvard Institute for Internal Development
IEC	-- Information, Education and Communication
INA	-- Institut National de l'Audio Visuel
IUD	-- Intra-Uterine Device
JHU/PCS	-- Johns Hopkins University/Population Communication Services
NGO	-- Non-Governmental Organization
ORT	-- Oral Rehydration Therapy
PRITECH	-- Primary Health Care Technologies
RR	-- Radio Rurale
UNDP	-- United Nations Development Program
UNFPA	-- United Nations Population Fund
UNICEF	-- United Nations Children's Fund
UNIR	-- Union Nationale pour l'Indépendance et la Révolution (National Union for Independence and the Revolution)
URTNA	-- Union des Radiodiffusions et Télévisions Nationales d'Afrique (Union of National Radio and Television Organizations of Africa)
USAID	-- United States Agency for International Development
WHO	-- World Health Organization

I. INTRODUCTION

The Johns Hopkins University/Population Communication Services (JHU/PCS) was asked by the United State Agency for International Development mission in N'Djamena (USAID/N'Djamena) to assess information, education and communication (IEC) in Chad in preparation for a national family planning program that is being planned in the wake of holding the country's first family planning conference in October 1988, and at which representatives from agencies around the world participated. For two weeks, Mr. Moncef M. Bouhafa, Senior Program Officer for JHU/PCS, met with senior officials in the country, and held wide-ranging discussions with many international agencies to assess where the country is in terms of communication for family planning and health and the potential for going forward in both areas, since family planning (FP) is linked with health in Chad.

During his time in-country, Mr. Bouhafa was able to meet with almost all the principal media officials, the key personnel in the Ministry of Health, some key officials in other ministries (such as education), and other key officials of international donors working in health, such as the World Health Organization (WHO), the United Nations Children's Fund (UNICEF) and AFRICARE. These meetings were made possible through the well-organized visit arranged by Leslie Brandon and other staff in the Mission, and were made more productive as Mr. Bouhafa was accompanied throughout by Mr. Faraj Moulaye, a senior program producer for Radio Tchad and in a broad sense his counterpart for this needs assessment.

II. THE COUNTRY

Chad is a very poor country (gross national product per capita = \$80). It has an estimated population of 5.2 million (1986 estimate), a contraceptive prevalence rate of one per cent, and one of the highest infant mortality rates in Africa between 180-200 per 1000). It is a Sahelian country, twice the size of France in area (1,284,000 sq km), with sharp contrasts from the arid and mountainous north to the more plush and vegetated south neighboring on Cameroon.

Chad is a relatively young country, with significant development problems in the best of circumstances. The long war that the country has endured has destroyed much of what few services were available, sapping the economies of

both the government and individual families. The civil strife has only recently been concluded, and so the country has only just begun to rebuild. Much of Chad's infrastructure and economy have suffered through either outright destruction or simply lack of growth and expansion. The war has at the same time drained the nation's economy.

One statistic is illustrative of this fact. Government civil servants have received only 60 per cent of their 1972 salary since 1972, and there is little hope that they may be able to receive their full salaries even with the prospect of a peace time economy ahead. And while Chad wants to help itself, as witnessed by its own political pronouncements on self-development, for the moment foreign donors spend ten times for the health of Chadians what the government itself can afford to spend. This is probably true for other social sectors, and must be kept in mind when assessing the situation in terms of communication. Programs here will have to absorb costs that would not be the case in other developing countries. In addition, the focus on producing deliverables should be matched with upgrading skills to produce those deliverables through the provision of training in IEC.

As far as the media are concerned, Chad fits the classic pattern of sub-Saharan Africa. Radio is the dominant medium that Chadians can afford, though there are problems associated with batteries and transmitters and the like. Television was created in December 1987; and it is not even one year old, but is diverting increasing sums from other budgets. For the moment, everything is taped and then transmitted, and the production crews use mostly 8 mm home video equipment for shooting. The local news agency, Agence Tchadienne de Presse (ATP), produces a stenciled mimeographed news flash that takes the place of a daily newspaper but is really only for embassies and other agencies in the capital of N'Djamena. There is one weekly newspaper, Al Watan, that concentrates on national news and is bi-lingual (Arabic and French).

All media claim a good outreach, but most have limited impact because Chadians speak more than 110 different languages. Four, however, appear to dominate: Sara in the south, Turku (a form of pigeon Arabic) in the north and center, Arabic, and French. Arabic is spoken by roughly 14 per cent and French is mainly used by the N'Djamena-based government and private sector officials. Claims were made that classical Arabic can be read by most senior officials in the government.

In terms of religion, the country is overwhelmingly Muslim in the north and Christian in the south, though apparently without the clear north-south distinctions (and tensions) of neighboring Sudan. Religion will play an important part in any family planning effort, in order to build credibility. The fact that the first family planning conference was held in the auditorium of the nation's largest mosque (the Faycal Mosque) is an indication that Islamic leaders are willing to be open regarding a program which they feel has benefits for their followers and which is not perceived as an outside international effort.

III. FAMILY PLANNING OVERVIEW

Chad is a country whose demographic landscape is perhaps unique. It has a very low population density, but very high mortality; high fertility and rapid population growth; a young population with a strong growth in urban areas due mostly to a rural exodus. In addition, certain socio-economic factors add to the country's problems. Among them are high illiteracy, unemployment and under-employment; malnutrition and under-nourishment.

Chad's estimated population of 5.2 million is relatively young (41 per cent below the age of 15) and more than half are women (52 per cent). Total fertility is 5.8 per cent, and infant mortality is between 180 per 1000 and 200 per 1000. Maternal mortality is also very high at an estimated 800 per 100,000 births. The population in Chad, in spite of all these obstacles, is growing at the rate of 2.38 per cent per year. The population density ranges from a high of 42 per square kilometer in Logone Occidental, to .20 per km along the northern border with Libya. In a word, Chad is not overpopulated as a whole but is seeing rapid growth rates in selected areas of the country. High fertility is contributing to the problems of poor maternal and child health.

At present Family Planning Services are provided on a very limited basis in the town of N'Djamena at one polyclinique. Private pharmacies provide some contraceptive methods at a relatively high cost. N'Djamena plans to expand the services available in the future. Services are not presently available outside N'Djamena.

IV. GOVERNMENT POLICIES AND PROGRAMS

A. Ministry of Health

The Government of Chad spent 4.5 per cent of its budget on health in 1985 and less in 1986 (3.6 per cent). This translates into roughly one dollar per person per year. International and bi-lateral donors in the same period spent ten times as much on health, indicating the inability of the government to contribute to its own health care system. Despite this investment, Chad's entire medical system has less than 3,000 trained personnel, and is 190 times less than what World Health Organization (WHO) advises as necessary for a country like Chad to provide health services to its people. There are 83 doctors in the country and even fewer nurses (77). This means that Chad has a very weak infrastructure that cannot adequately cope with existing workloads, and that it must grow in the future if it is to serve the population's need for preventive health care and family planning systems.

A Maternal and Child Health unit was created in the Ministry of Health (MOH) as recently as 1984. The Expanded Program of Immunization (EPI) dates only from 1985, when it was launched by the president. In addition, the Ministry was reorganized in 1986 and a Directorate of Public Health Education was created. Some constants are: 1) weak referral points for public health care workers, 2) lack of trained manpower, 3) lack of integration, and 4) lack of logistical means.

At present there is a unit in the Ministry of Health that deals with training and health education, but it is hopelessly understaffed and not equipped at all. There are several proposals, some of which were presented to Mr. Bouhafa during his trip, for ways to strengthen this unit, including a May 1987 document entitled, "Programme National IES" (National Program of Information/Education for Health). While this document should serve as a useful first step, a fuller project document with more specifics is needed (see Appendix I). If USAID were to undertake a national program for IEC and family planning, it would require that this unit be properly staffed by the government and that training in the materials development process be provided. In the absence of any private sector, the health education unit at the Ministry of Health must take a more active role in any of the programs that are planned.

The media, while active, have little training in the development of educational materials. They should, however, be involved as advisors.

The Government of Chad does not have an explicit population policy, but its recent holding of a family planning conference, and the statements made by the representative of the head of state at the conference give indications that the government favors a policy of family well-being that will help improve child survival rates in the country as well as reduce the high incidence of maternal mortality. The recent conference has paved the way for the implementation of a multi-sectoral program of family well-being. (See Appendix J for summary of conference proceedings.)

B. Ministry of Social Affairs

Given the Ministry of Health's weak infrastructure, it probably makes more sense to develop a more broad-based program for family planning IEC that is under the joint sponsorship of the MOH and the Ministry of Social Affairs (MOSA). While MOHS has more ability than the MOH to deal with populations at the periphery, it will need the support of the Ministry of Health, and particularly the Health Education Department. The Ministry of Social Affairs and Women's Promotion has regionally based village "animatrices," who have a mandate for health and would be useful in promoting of family planning services (when these are available in sufficient quantity) and reaching women. The MOSA will not, however, be able to address the male audiences.

C. Ministry of Education

The Ministry of Education sees the role of teachers as being that of vectors of the message for family well-being, and as an ideal partner in the process. There are some 4,600 school teachers throughout the country, some of whom are volunteers without any training. It may be useful to provide them with information regarding the health benefits of family planning. In addition, parents must be sensitized to the goals of a family planning program in order to provide it with a solid base of support within the community for the eventual delivery of services.

D. University of Chad

The University of Chad was founded in 1971 and forced to close its doors eight years later due to the war. It has been reopened since 1983 and has three faculties: Management and Law, Applied Sciences, and Human Sciences and Letters. The latter faculty offers one course in communication called "Initiation aux techniques de la communication." The course includes theory as well as some practical sessions (using the resources of the local radio station). The rector sees a role for the University in the field of communication research, and would simply need means of transport and some indemnities for his students. Their role might be to help develop the objectives of the country's first communication study to show media impact, draft the questionnaire, and implement the study. These efforts should be linked with research work that was done by Columbia University, which has provided both a useful framework for research and a good cadre of trained staff.

E. Other Ministries

The Ministry of the Interior oversees the village chiefs and neighborhood chiefs (in urban areas). There are roughly 18,000 villages in Chad, so this network could be quite formidable in terms of providing support to family planning programs if correctly informed and properly mobilized. There are frequent programs on radio that are specifically targeted at these leaders, and the Ministry itself issues administrative notices to them through the many levels of bureaucracy in Chad. Nevertheless, they are a key and useful vehicle for information about family planning. At present there are efforts underway to amend the constitution of Chad to give a formal role to these neighborhood and village chiefs.

The Ministry of Information will be covered in this report under Section VII, Media Resources. It should be noted here that the Ministry has yet to develop a systematic policy regarding its efforts and priority area for future attention, given Chad's present rehabilitation efforts. As with every other sector in Chad, the Ministry of Information's needs are in basic equipment, means to travel in the country, and staff training. One of the strongest avenues for cooperation is the "Radio Rurale" section, which will be evaluated by UNICEF and the United Nations Food and Agriculture Organization (FAO) in early 1989.

V. ATTITUDES TOWARD FAMILY PLANNING

Present attitudes towards family planning or birth spacing are revealed in research carried out shortly before the conference, and which revealed that spacing is more relevant for urban than rural audiences. There is very strong opposition to birth limiting under any circumstances, and the desired family size is on the average 7 to 8. There was also a disparity in the religious attitude where the Muslim are polygamous the Catholics monogamous.

A quantitative study of 1222 women who visited health centers in the urban areas of N'Djamena revealed some interesting aspects that cannot, however, be attributed to the country as a whole. Most women have their first pregnancy very young (16 years old on the average). Muslim women appear to desire larger families than either Christians or animists. Fifty-nine percent of women know at least one method of contraception (modern) but only 3.2 percent said they had used one in the past.

As for the source of information regarding modern methods, more than 60 percent got it from their friends, 21 percent from their parents. Other sources were very rarely mentioned, including health services and the media. Fifty-six percent of the women would like to use a method, indicating a very large unmet demand in the urban areas. The availability of contraceptive methods at the local pharmacies at a very high cost is a hindrance to a program of family planning (US \$50 for an IUD and \$5 for a packet of pills).

VI. PRIVATE AND MULTILATERAL ORGANIZATIONS

A. General

One of the major goals of the family planning conference held in Chad was the creation of a national family planning association. For the moment, there are no private agencies working exclusively in the area of family planning. The role of the private sector has been limited to the provision of some services through local pharmacies in N'Djamena. The conference endorsed the role of the private sector as important, and the creation of a Family Planning Association in Chad is presently underway, having been given approval in the conclusions of the conference. There are many donors working in the health field in Chad, the

major ones being WHO, UNICEF, the Federation Europeenne du Developpement (FED--European Development Agency), Swiss Cooperation, and several non-governmental organizations (NGOs), among them AFRICARE, which has done some work in the field of oral rehydration therapy (ORT) and materials development with the technical assistance of Primary Health Care Technologies (PRITECH).

B. UNFPA

The United Nations Population Fund (UNFPA) conducted a needs assessment mission in March 1986, and has financed some activities through the United Nations Development Program (UNDP). There is no resident representative of UNFPA in Chad, which co-sponsored, with USAID, the first Family Planning Conference held in October 1988. Along with USAID, the UNFPA is the principal donor to population programs in Chad. There are present efforts to reinforce Maternal and Child Health Services (with UNDP and WHO), and there are proposals to carry out the country's first census. Chad is one of the rare countries that has not had a formal census because of the civil strife it has known over the past twenty years.

C. UNICEF

UNICEF has concentrated its efforts on an integrated rural development program that concentrates on providing a package of basic services (including health) on an area basis. This program, which is centered around the provision of clean water, has been successful in improving access to primary health care and immunization coverage in recent years. UNICEF, along with USAID, has also been active in immunization, which has involved the development of some targeted communication material. Results of recent immunization efforts have been impressive, considering the weak infrastructure of Chad. A survey conducted in February 1988 found that 59.3 percent of the children in N'Djamena were completely vaccinated (with a card), compared with only 16 percent in June 1987. UNICEF is presently strengthening its staff with an additional communication officer (at the National Officer level).

D. Other Multilateral

Several United Nations agencies are working in Chad, mostly on relief efforts aimed at improving food security (FAO) and rehabilitating the country's health infrastructure in both the long and short term (WHO and UNDP). UNDP has just set up a project to reinforce the primary health care network in the country, and WHO is active in supporting training at the Ecole Nationale de Sante Publique (ENSP--National School of Public Health), among other activities. WHO is presently interested in strengthening the Health Education unit in the Ministry, which is in an embryonic stage (see above).

E. Other Private

The Harvard Project (Harvard Institute for International Development--HIID) to rehabilitate health planning in the country has helped the Ministry to complete the country's first inventory of health services and personnel. This preliminary data was being finalized during Mr. Bouhafa's visit to Chad.

In terms of bi-lateral support to health care in Chad, the most important donors are France, Italy (FAI), USAID, and then UNDP/UNICEF/WHO.

VII. MEDIA RESOURCES

A. Radio Tchad

Much as other media, Radio Tchad, after simply surviving the conflicts that have torn this nation apart, is presently turning more of its attention to social issues. Radio coverage is estimated to be good, with the national transmitter capable of covering 90 per cent of the territory. While it has a separate department for so-called national languages, Radio Tchad broadcasts in essentially three languages: Arabic, Sara, and French. There is some limited advertising accepted, and the radio is used for social campaigns (recent immunization efforts showed that 63 percent of those that sought communication did so after hearing about it on the radio). There is no organized listening department, nor does the radio undertake any systematic research in this area. They presently have enough difficulty just getting on the air.

B. Radio Rurale

Radio Rurale (RR), an independent department within Radio Tchad, began its operations in 1986 with the help of the FAO. At first it broadcast only four hours a week, but it was so popular that it increased its broadcasts to double that after the first three months that it was on the air.

The RR has six departments, and its schedule and priorities are set by an inter-ministerial committee which has representatives from most social ministries. Each ministry (e.g. Health) is responsible for establishing and producing its own programs. RR broadcasts in three parts every Thursday morning. Its program is based on interviews that it does during field trips that are financially offset by agencies such as FAO, and now UNICEF.

The first part of the program, called "An idea in your head is money in your hands," concentrates on providing new information about life improvement measures that can be taken (a new seed, fertilizer, health measures, and so on). The second part, "With us in the village," concentrates more on themes of national unity, using Chad's oral traditions. The third part is a listeners' mail program, where questions from viewers are answered. Radio Rurale seems a worthwhile mechanism for reaching male influentials. UNICEF has plans to do a systematic evaluation of RR's impact in early 1989. This should help further assess RR's role in an FP communication program.

C. Other Radio

The radio station is in general very low on means. It has only four trained program producers that are required to prepare an estimated 108 hours of radio time each week. In addition to the most listened to news program (fifteen minutes daily at 2:30 p.m.), the radio produces a weekly program devoted to social subjects every Sunday morning at 6 a.m. called "Micro Baladeur" which literally means "wandering microphone". Another program, entitled "La Santé avant Tout," provides information about health for 30 minutes once a week. Other programs that deal with the social area are "La Voix de la Femme Tchadienne" and "Les Carnets de l'Enfance". The radio has few producers and its means of transportation are very limited. The director of Radio Tchad sees his needs as mostly in the area of expendable equipment (blank tapes, batteries,

etc.), as well as in the in-country training of program producers. The radio also has 14 regional representatives that are presently "on paper" (most of them are presently teachers or volunteers who have other full time employment). An interesting radio activity might be to develop an in-country Radio Production Workshop designed to help further develop their production skills. The radio presently has on paper a project proposal that is designed to help strengthen the radio's production capacity for health (see Appendix K).

D. Al Watan

The weekly newspaper of Chad, an offshoot of the party, has a very limited circulation (2,000-2,500 copies per issue, going up sometimes to a total of 4,000 for a special occasion). While it claims national distribution, distribution beyond N'Djamena is difficult in the best of circumstances. Its per copy price of CFA 250 makes it beyond the financial reach of most Chadians, but given that people probably read it from desk to desk to find out not so much what is news, but what is being reported on, it probably is an influential medium. Its journalists have been trained in African institutions (four in Yaoundé and one in Dakar Cesti). The articles that appear in the bi-lingual newspaper are drafted in French and then translated into Arabic. The newspaper has no independent means of its own to travel within the country. While each copy of the newspaper costs 3,600 CFA to produce, it is sold for only 250 CFA. The balance must be made up in revenue from advertising and from what are called "publi-reportages," which contribute towards making the newspaper self-sufficient.

E. ATP

The Agence Tchadienne de Presse (ATP) produces what amounts to Chad's only daily newspaper, called Info-Tchad, and which is circulated in only 800 to 1,000 copies mostly in N'Djamena, and mostly by subscription (27,000 CFA annually). The journal is produced from wire service dispatches, and reports from 10 journalists in the capital and another 13 located throughout the country. More than 50 per cent of the newspaper is put together from government sources. On occasion (such as the visit of an important head of state or an important anniversary, Info-Tchad publishes a special issue. In addition, official texts

are required to be published in the newspaper, thus assuring some degree of influential readership.

F. Tele Tchad

Tele Tchad, the most recent of African televisions is headed by the same individual who is responsible for presidential press matters. It broadcasts only four days a week, from 7:30 p.m. to 11 p.m. Created very recently, 45 per cent of its production is locally produced in either Arabic or French. Its production staff of 20 people (5 producer/journalists, 9 editors and technicians, and 6 other personnel) were partially trained in France at Institut National de l'Audio Visuel, (INA) and in Belgium as well as in-country. They have very limited means of production, including nine cameras (Sony 8mm, Hitachi VHS, and Sony UMATIC). More resources are being devoted to the television station which has not received any outside assistance.

G. Private Resources

There are extremely limited private media resources, mainly in the graphic arts and printing fields. The Imprimerie du Tchad is the country's predominant printing press, and is privately owned and operated. It prints most of the booklets and pamphlets produced in the country, though it does compete with four other printing houses (two belonging to the government) and two so-called "presses de quartier." An example of costs are 4,500 CFA to produce a flipchart (on ORT done for the AFRICARE project), and 250 CFA each for a 2,000 press run of a four-color poster.

A private artist (used for several campaigns including sign boards for the family planning conference and permanent street signs for the immunization campaign) is one of the few artists in the private sector. He charges roughly 15,000 CFA for the design of a poster, and somewhat more for a street sign (due to cost of materials).

The weakness of the private sector is all the more reason to contribute towards the strengthening of the health education service to produce more targeted materials.

VIII. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

A. Main Conclusions

At present, family planning program efforts have a very fragile base that has been strengthened by the USAID Mission's successful advocacy efforts over the past two years leading up to the first family planning conference. But the understanding of the health benefits of family planning presently held by a small minority of Chadians must be further expanded to encompass local village and neighborhood leaders. In other words, efforts need to be specifically directed at the village chiefs, who collect taxes and are, to varying degrees, influential in their local jurisdictions.

Even if somewhat crude, there is a variety of media that can be used in Chad. Radio is the dominant medium, though there is very little empirical data to suggest radio listening patterns, frequency, how people listen and so forth. That other donors are already lining up to support Radio Rurale with infrastructure means that it may be successfully reaching its audience, with interviews and other kinds of shows. Clearly, though, Radio Tchad will require more help, particularly in the areas of program production and provision of training and supplies. One proposed activity is to hold a series of materials development workshops specifically for radio producers around the themes of family planning and health. Other donors may have similar agendas for their technical areas of program priority (whether oral rehydration therapy, immunization, agricultural production, livestock, and so on). It thus makes sense to coordinate efforts among agencies, and there is at present a willingness on the part of USAID and UNICEF to do so.

Other non-electronic media can play a limited, but nonetheless significant role in helping spread the message. For example, the newspaper Al Watan, published weekly by the sole political party, UNIR (Union Nationale pour l'Indépendance et la Révolution--National Union for Independence and the Revolution) is bi-lingual and is the only newspaper read in the country. While it has a miniscule circulation, Al Watan's readership is very influential. It is important that the print media be included for another reason. Early on, the program will require continuous expressions of political will and national identity with the goals of the program. Publication of stories and reports by

Al Watan will lend credence to the conference's stated goal of a national program that belongs to Chad. In addition, a published page in Al Watan costs less to print than a poster at Imprimerie du Tchad (the only press in the country) which is run by clerics.

There is in addition a news agency which has on paper a network of field correspondents in Chad's thirteen provinces. This network will prove useful in getting the message out to the provinces and strengthening program goals.

In Chad, given the paucity of mass media, face to face communication is that much more significant. In fact, this is borne out by some of the studies that have been carried out in the country with the assistance of other donors. One of the important aspects is the role of such movements as UNIR, the main political party, as well as its offspring, "Rajeunir," a youth movement. A UNIR ticket (leaflet of sorts) was cited seven out of ten times in a poll of vaccination users as the reason for their showing up at a clinic, indicating how successful they can be in mobilizing support.

Debates during the family planning conference have shown that the staff from the the Ministry of Social Affairs (and to a lesser extent those from the Ministry on the Status of Women--"Condition Feminine") are potentially vital partners in delivering the message of birth spacing and family planning to the rural and peri-urban areas of Chad. Their efforts (targeted specifically at women) need support and reinforcement efforts by the mass media with the support of other key ministries to sensitize male influentials who will provide crucial support for the success of family planning communication efforts in the country.

If males, and specifically influential males (both in the formal and informal sense), are a key target audience for initial campaign awareness about family planning, the "message" should concentrate on the theme initially adopted by the conference, namely the "four toos"; not too early, not too late, not too many (or conversely for Chad, not too few), and not too closely spaced (an interval of at least two years). The family planning message would probably do better to be integrated with other health messages (ORT, immunization) in the country--if for no other reason than that there are very limited health resources in Chad and a separate program for family planning will not be cost effective, nor will it have the desired impact of increasing awareness, due to resistance by local leaders.

B. Main Recommendations

1. JHU/PCS should develop a project in Chad, if funds are be available from USAID, that focuses on sensitizing community leaders and other influentials to key results of the family planning conference, as well as the health benefits of family planning involving reductions in infant and maternal mortality. The project should include the following components:
 - a. Nationwide sensitization of local influentials to the goals of the family planning program, its relevance to Chad, and general information about the health benefits that can accrue from a successful family planning program (using some of the Sahelian data that was presented at the conference).
 - b. Concurrently, a more targeted, urban concentrated IEC effort of more classic dimensions to support the distribution of modern contraceptive methods (pills and condoms), using some printed materials developed mostly for illiterate audiences.
 - c. Training for journalists and program producers in how to develop and manage IEC programs as opposed to public relations campaigns.
2. JHU/PCS should work closely with USAID/N'Djamena, which is presently developing an integrated child survival program of US \$6,500,000 covering five years and concentrating on birth spacing and possibly support to ORT.
3. JHU/PCS should provide in-country training for radio producers in the materials development process, possibly with co-sponsorship from WHO, UNFPA or UNICEF, and any other funding agencies that are interested in improving maternal and child health communication programs.
4. Four people from Chad (one from the Ministry of Health, two from the Ministry of Information, and one from the Ministry of Social Affairs) should participate in training program in communication planning if the program is organized and conducted in French.

LIST OF CONTRACTS

- I. Agence Tchadienne de Presse (ATP)
(Chadian Presse Agency)
B.P. 670
N'Djamena, TCHAD
Telephone: 2020-3636
Cable: TCHADPRESS N'DJAMENA
Telex: 5240 KD
- Mr. Gatta-Nder
Director
- II. Al Watan
(Weekly paper)
N'Djamena, TCHAD
Telephone: 3623-2277
- Mr. Madjirangar Fackir Kanassawa
Director
- III. Direction Nationale de Projets d'Education
(National Office for Education Projects)
Building Mussal, Salle 210
N'Djamena, TCHAD
Telephone: 515832
- Mr. Guy Serge Pompilus
- IV. Imprimerie du Tchad
B.P. 456
N'Djamena, TCHAD
Telephone: 27-10
Telex: 5360 KD
- Mr. G. de Maurin
Director
- V. Institute for Health Policy Studies
University of California San Francisco
210 High Street
Santa Cruz CA 95060 (U.S.A.)
Telephone: (408) 429-2678
Telex: 3725912 IHPSANTACRUZ
- Mr. Jean de Malvinsky
Program Coordinator
Health, Population and Development Policies

VI. Ministry of Information

B.P. 748

N'Djamena, TCHAD

Telephone: 2121 (poste 212)-3958

Telex 5240 KD

Mr. Emmanuel Touade

Director General

VII. Ministry of National Education

N'Djamena, TCHAD

Mr. Kachala

Directeur du Cabinet

Mr. Oman Khayyan

Chef, Literacy Program

VIII. Ministry of Public Health

N'Djamena, TCHAD

Dr. Adoum, Djibril, PHC

Dr. Kounde, Meederh Chef, Salamaat Region

Dr. Yankalbe Matchock Mahouri

Director General

Dr. Mahmoud Adaj'd Dumar, Director, Nahrhg

Ministry of Social Affairs & Womens Promotion

Ms. Achta Selquet, Assistante Isellae

IX. Miscellaneous

Nicole Froud

Doctor of Pharmacy

Pharmacie du Canal

Avenue Charles de Gaulle

B.P. 604

N'Djamena, TCHAD

Telephone: 51-42-52

Saleh Abaellah Zilk

Private Artist

c/o Faradj Moulaye

Mary Dean Puruis

Media Consultant

AFRICAREE/PRITECH

Alai N Damiber,

Center for Population & Family Health

Columbia University
Abidjan, Cote d'Ivoire

X. Radiodiffusion Nationale Tchadienne (RNT)

B.P. 892
N'Djamena, TCHAD
Telephone: 3723, 3379, 2505
Cable: RADIOTCHAD
Telex: 5240 KD, 5201

Mr. Djidde Kourtou
Director

Mr. Sostene N'garngonne
Chef de Service Programms

Mr. Faradj Moulaye
Editor-in-Chief

Mr. Amador Batoure,
Rep. Adjoint, Radio Ruvale

Tete Tchad
Mr. Mahmet Aissene
Director

XI. United Nations Population Fund (UNFPA)
United Nations Development Program (UNDP)

B.P. 906
N'Djamena, TCHAD
Telephone: 51-55-27
Telex: 5244 KD

Mr. Mahadev Jalem
Deputy Representative

XII. United Nations Children's Fund (UNICEF)

N'Djamena, TCHAD
Tel: 514510 515990

Mr. Alan Court
Representative

Ms. Pamela Clifton
Information Officer

Ms. Carol Watson
Project Office

Dr. Eric LaRoche
Health Officer

Mrs. Nancy Castro
Program Coordinator

Mr. Bruno Galonelli
Project Officer

Ms. Rose Amad
Administrative Officer

Ind. téléph. : 19 + 33 + 235

Fuseau horaire : T. U. + 1

Mise à jour : juillet 1987

I. GENERALITES

Superficie : 1.284.000 km²
Population : 4.982.000 h. dont 1.900.000 semi-nomades arabo-phones dans le Nord et 1.700.000 Saras (Logone et bassins de la rivière Chari).
Langues : français, arabe (officielles) ; locales : sara, dazaga, tedaga, etc..
PNB par an et par habitant : 86 dollars US (estimation 1985)
Monnaie : Franc CFA : 1 CFA = 0,02 FRF (août 1987)
Capitale : N'Djamena (200.000 h. en 1985)

II. PRESIDENCE

Adresse : N'Djamena
Téléphone : 3623 - 2277
Directeur Presse Présidencielle : Khamis TOGOI
Attaché de Presse du Min. Aff. Etr. : Mahamat HISENE - Tél. 3477

III. MINISTERE

Adresse : BP 748, N'Djamena
Téléphone : 2121 (poste 212) - 3958
Télex : 5240 KD
Ministre de l'Information et l'Instruction civique : Adoum Moussa SEIF
Directeur général Information : Bealoum TOUADE ✓
Directeur Presse filmée : Edoard SAILLY
Inspecteur général Services Techniques de l'Info. : Idriss Mahamat AMANE
Directeur Radiodiffusion : Djeddi KOURTOU SAMAR

IV. AGENCE DE PRESSE

AGENCE TCHADIENNE DE PRESSE (ATP)

Adresse : B.P. 670, N'Djamena
Téléphone : 2020 - 3636 (Direction)
Télégramme : TCHADPRESS N'DJAMENA
Télex : 5240 KD

Création : 1967
Statut : gouvernemental
Directeur : N'Gata N'DER ✓
Rédacteur en chef: MADJIOUDOU Laomaye LAOUDAM
Publication : Bulletin quotidien

V. AUDIOVISUEL

A. RADIODIFFUSION

- "RADIODIFFUSION NATIONALE TCHADIENNE" (RNT)

Adresse : B.P. 392, N'Djamena
Téléphone : 3723(St.) - 3379 - 2505(Régie générale)
Télégramme : RADIOTCHAD
Télex : 5240 KD, 5201
Statut : gouvernemental - Direction du Ministère de l'Information
Publicité
Création : 20 décembre 1955 (Radio Tchad) - 13 août 1963 (RNT)

Organigramme

Directeur : Djeddé KOURTOU GAMAR - Tél. 3701
Chef Service Administ. et Financier : PALAYE DEFIAH
Chef de Service chargé des Relations Extérieures : Kah Makaïla YAMARKE
Rédacteur en chef journal parlé : Moussa Mahamat DAGO
Premier adjoint au Rédacteur en chef : Sosthène NGARGOUNE
Chef Programmes : N'Dildoum Silas MACLAOU
Chef Adjoint Programmes : Abakar GUIAGOUSSOU
Chef Service en langues nationales : Moussa ATIM
Directeur Services Techniques : Danrhet OUALBADET (Ministère)

Personnel (nbre d'agents) : 170 environ (dont 40 pour les stations régionales)

Programmes

Nombre de chaînes : 2 -1 en français
-2 en langues nationales
Horaire programmes/semaine : 104 h.
Langues utilisées en pourcentage : français (49 %), arabe et 9 langues nationales : sara, dagaza, kanembou, foulfouldé, massa, moundang, coupouri, tedaga, beri

Moyens de production techniques (studios, cabines, car, magnétophone) :

4 studios.

Stations régionales

- MOUNDOU,

B.P. 122, Moundou

Chef de station :
Responsable programmes : Dimanangar DJAINTA
Programmes : 45 h. par semaine

- SAHR

B.P. 210, Sahr

Chef de station et responsable technique : Timide NDOKOIMBAYE

Programmes : 21 h./semaine

- ABECHE

B. TELEVISION

Pas de télévision.

C. PARTICIPATION AUX ORGANISMES PROFESSIONNELS INTERNATIONAUX

CIRTEF (Conseil Intern. des Radiodiffusions et TV d'Expression Française)
 INTELSAT (Organisation Intern. pour les Télécommunications par Satellite)
 ORDNA (Organisation des Radiodiffusions des Pays Non Alignés)
 OREI (Organisation des Radiodiffusions des Etats Islamiques)
 PANA (Panafrikan News Agency)
 UAPT (Union Africaine des Postes et Télécommunications)
 UIT (Union Intern. des Télécommunications)
 URTNA (Union des Radiodiffusions et TV Nationales Africaines)

D. INFRASTRUCTURE TECHNIQUE1. Radiodiffusion

Récepteurs : 76.000 (TDF 1978) - 500.000 (estimation 1987)

Emetteurs :

	Site	Puissance (kW)	Observations
Ondes hectométriques O.hm. (O.M.)	N'Djamena	20	Ne fonctionne pas secours
	N'Djamena	1	
	Sahr	1	
Ondes décimétriques O.dam. (O.C.)	Moundou	5	en 1984
	N'Djamena	100	
Modulation de Fréquence	N'Djamena	50 W	

2. Télécommunications spatialesOrganisme gestionnaire

Nom : TIT (Société des Télécommunications Intern. du Tchad)
 Adresse : BP 1132 N'Djamena
 Téléphone : 3993
 Téléx : 5200 KD
 Directeur : Khalil d'ABZAC

BEST AVAILABLE COPY

BEST AVAILABLE COPY

Station terrienne

Site	Terminal	Norme	Equipement		Satellite utilisé	Observa- tions
			Emission	Réception		
Goudjé	N'Djamena	B		X	INTELSAT Atlant.	Hors service

VI. PRESSE ECRITE D'INFORMATION GENERALE EN FRANCAIS

Voir § II.

Journal du Parti "Al Watan"

Hebdomadaire

Directeur : Fackir MADJIRANGAR

Rédacteurs : Moussa NDORKOI et LAOUKOURA Sandoun-Dinanz

BEST AVAILABLE COPY

LA COMMUNICATION POUR LE BIEN-ETRE FAMILIAL
Leçons à tirer de l'expérience africaine
favorisant une approche systématique

Exposé de
 Moncef M. Bouhafa
 Senior Program Officer
 Center for Communication Programs
 The Johns Hopkins University
 School of Hygiene and Public Health
 à la
 Conférence sur le Bien-Etre Familial
 N'Djamena, Tchad
 le 20 octobre 1988

Dans un village du Mali des acteurs jouent une pièce de théâtre Koteba. Leur message? En ayant moins d'enfants on contribue à une meilleure santé de la mère et de ses enfants. Au Cameroun, des réalisateurs de stations de télévisions africaines se réunissent lors d'un atelier pour parfaire leurs compétences en production. Le thème? Améliorer le contenu et les techniques de productions de programmes destinés à promouvoir l'espacement des naissances. Au Sénégal et au Maroc, on réussit à vacciner contre six maladies plus des trois quarts des enfants de moins d'un an. Le moyen? Une mobilisation presque totale des ressources du pays grâce à l'appui des medias modernes et traditionnels. Loin du continent africain, en Amérique Latine, deux jeunes vedettes de la musique populaire, Tatiana et Johnny, obtiennent un grand succès. Le thème de leur chanson? Les jeunes doivent maîtriser leur relations sexuelles pour réduire le nombre de grossesses précoces. Bientôt un des grands chanteurs de la musique populaire africaine, King Sunny Adé du Nigeria enregistrera lui-aussi une chanson pour promouvoir la responsabilité sexuelle chez les hommes. En Turquie une grande vedette du cinéma turc joue le rôle d'une femme pauvre d'Istanbul avec de nombreux enfants dans un feuilleton populaire diffusé à la télévision nationale. Son message? L'utilisation des méthodes modernes d'espacement des naissances est efficace pour la santé de la mère.

Ces exemples ne représentent qu'un échantillon des actions de communication au service de la planification familiale et de la santé maternelle et infantile en générale. Ce sont des exemples d'approches novatrices pour essayer de résoudre des problèmes de santé du pays. Mais si les exemples d'activités en matière de

communication sont nombreux, même en Afrique, plus rares sont les exemples d'un programme de communication planifié, utilisant plusieurs médias à la fois; basé sur une recherche qualitative pour définir les messages; et comprenant un volet d'évaluation pour en mesurer l'impact. En un mot, un programme systématique. Chaque projet que j'ai cité fait partie intégrale d'un programme de communication fondé sur une recherche appropriée au niveau de la communauté affectée, et qui met l'accent sur un moyen de communiquer qui est acceptable sur le plan culturel dans le contexte du pays. La communication est avant tout un processus, comprenant un éventail de canaux pour aider à renforcer un ou plusieurs messages, et donc à contribuer à créer un lien de compréhension entre l'agent sanitaire et le client éventuel.

En Afrique, à l'heure actuelle, le paysage de la communication est différent de celui de l'Europe ou même du Moyen Orient. Vu la faiblesse de la pénétration de certains mass medias, l'apparition récente de la télévision, et les multiples langues que l'on rencontre dans presque chaque pays, il faut, à mon avis, favoriser une approche qui cherche à mettre sur pied une mobilisation de la communauté à la base, avec un renforcement par les mass medias. Car, même si son rayonnement demeure faible, la télévision peut souvent s'avérer un moyen intéressant parce que le coût unitaire pour rejoindre chaque spectateur est relativement bas. En plus, la télévision connaît une augmentation en flèche en Afrique (avec un projet en cours ici même au Tchad). Depuis quelques années, le nombre de postes-récepteurs de télévision en Afrique a augmenté tellement rapidement qu'il est impossible d'en avoir une idée exacte du nombre. Et si on a tendance à dire que la télévision ne sert que les "riches," permettez-moi de vous citer une étude réalisée à Lusaka en Zambie qui montre que très souvent la façon de regarder la télévision ici est de mettre le poste dehors pour que la famille élargie et les voisins puissent regarder également.

Dans le cadre de cette conférence, qui représente un point décisif dans l'évolution de l'espace des naissances au Tchad, je voudrais traiter de quelques points qui me paraissent importants, suite à l'expérience en matière de programmes de communication que j'ai vécu depuis quinze ans au Tiers Monde, et surtout en Afrique Sud-Saharienne.

Je vais, aujourd'hui, aborder trois thèmes que me semblent appropriés pour nos débats. Premièrement, l'importance des investissements du secteur public

dans des programmes de communication pour la planification familiale, et cela même en période de crise budgétaire. Ensuite, combien il est important de diriger ces investissements vers de meilleurs programmes de communication qui suivent une approche systématique. Troisièmement, qu'il est important que ces efforts favorisent la mobilisation de la communauté à la base, et revalorisent le rôle de l'agent sanitaire vis-à-vis de la population.

Un investissement en argent, en temps et en personnel

La communication demande un investissement important de la part du gouvernement ou des organisations non-gouvernementales. Alors que l'offre des services demande des dépenses considérables par exemple pour les produits pharmaceutiques et médicaments, rares sont les gouvernements prêts à investir les sommes nécessaires pour la communication (y compris la formation des cadres). Pourtant, la communication peut donner un bon rapport coût/efficacité. La communication servira également à valoriser les autres investissements, mais on ne peut espérer avoir un bon programme de communication au rabais. Dans un pays africain, une étude entreprise par l'université de la capitale avait révélé que les centres de santé n'étaient fréquentés que par la moitié des mères habitant le district limitrophe des centres. En d'autres mots, la moitié des mères restaient chez elles. Voilà donc des services qui existent mais qui sont sous-utilisés. Est-ce un problème de communication? Sans doute.

Donc mon premier thème c'est celui du coût d'un bon programme de communication. Traçons un peu l'historique de l'investissement en matière de communication.

Au début des années 1970 la communication prenait de l'importance dans l'esprit de certains comme solution miracle ou panacée pour tous les maux de tel ou tel programme de planification familiale ou de santé. Dans cette optique de "pompiers," une pilule qui ne se distribuait pas, un taux faible de fréquentation d'une clinique de santé demandait le soutien d'un film, d'une brochure, voire un programme radio. Nous avons tous, dans cette salle, des exemples de ces premiers produits mal faits, inappropriés, et, disons-le honnêtement, mal conçus. Cela dit, ces activités ont, dans un sens, sensibilisé les décideurs au fait que la communication était un volet important, mais qu'il fallait pour y réussir plus que la simple production de supports pédagogiques.

En général donc, les débuts de la communication pour la santé dans le tiers monde ne visaient qu'à contrecarrer les crises. Les services existaient mais les gens ne les utilisaient pas, ou pire les utilisaient incorrectement. Laisse de côté trop souvent, malheureusement, était le processus de la communication.

Ce n'est qu'à la fin des années '70 que l'on a commencé à apprécier le coût réel de la communication, et cela, je suppose, grâce à la conférence Mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur les soins de Santé primaire. Cette conférence fut un tournant, car c'est à Alma Ata qu'on admet au niveau des 166 gouvernements représentés que la participation communautaire est un élément clef de tout programme de santé et de planification familiale.

Suite à cette conférence, certains gouvernements du tiers monde (et les bailleurs de fonds) cherchèrent à renforcer le secteur de la communication commençant surtout par le secteur public (et principalement les services d'éducation pour la santé) pour répondre à ce besoin.

C'est grâce aux approches et stratégies des années '80 que nous avons acquis certaines leçons. D'abord, combien l'influence de la radio était importante. Dans certains pays, la radio s'est avérée une source plus fiable et plus répandue que le médecin. Ensuite, combien les hommes et les pères de famille jouaient un rôle décisif dans toute campagne de santé et de PF. Ensuite, combien la recherche (groupes-cibles, etc.) était nécessaire pour concevoir des messages efficaces destinés à mobiliser les populations. Dans d'autres cas on a confirmé le rôle du chef de village. Mais surtout, on a appris qu'il fallait mobiliser la communauté, et pour cela il fallait une approche systematique.

Aujourd'hui, alors que nous nous dirigeons allègrement vers la fin des années '80, les bailleurs de fonds reconnaissent l'importance de la communication et investissent légèrement plus de fonds pour la communication en Afrique car ils en ont vu les effets positifs dans la vulgarisation de certaines technologies de la santé de base et de la PF. Prenons l'exemple du Nigeria. Dans la ville d'Inugu on a pu observer que la fréquentation moyenne est passée de 55 à 155 clients par jour aux centres de santé après la diffusion d'un programme de télévision intitulé "In a Lighter Mood" (dont la traduction française serait "Sur une note plus légère"). Presque la moitié de ces nouveaux clients citaient la télévision comme source d'information. Cela est un exemple d'une approche visant un

public urbain ayant accès à la télévision. Bien sûr, ce n'est pas dans tous les pays que l'on peut miser sur la télévision à ce point. L'important ici c'est de se rendre compte qu'une bonne stratégie de communication peut avoir un effet décisif sur le succès de programmes de santé familiale.

Cette communication pour la santé (ou pour la planification familiale) doit viser, à mon avis, la création d'un dialogue dans les deux sens afin d'enrichir l'expérience des familles et les responsabiliser et d'assurer la mise en oeuvre de programmes qui les aident à améliorer eux-mêmes leur situation.

Une approche systématique

Mais nous devons pour y arriver promouvoir des approches systématiques car il est important d'encourager les gouvernements à mettre sur pied de meilleurs programmes de communication, et non pas simplement à augmenter le nombre de programmes de communication. Dans un sens, la qualité de la communication s'avère plus importante que sa quantité car en matière de planification familiale une mauvaise information peut entraîner d'énormes réactions négatives au niveau de l'individu, surtout ici en Afrique où la communication de bouche à oreille s'avère un moyen si important de communication. Mais quels seront les éléments d'un programme de communication efficace et systématique?

Il faut dire d'abord que le but de tout programme est d'entraîner un changement de comportement, ou une augmentation de l'utilisation des services par la communauté. Le programme se devra d'être bien conçu, basé sur une analyse solide de la situation, avec des messages pertinents et un choix de médias et de canaux de communication adaptés aux besoins de notre public cible. En outre, le programme sera doté d'une composante évaluation qui permettra de vérifier l'impact de ces activités de communication.

Pour qu'il en soit ainsi, il faut que le programme suive des étapes bien définies qui contribuent à améliorer l'impact. Aux Services de Communication en matière de population de la Johns Hopkins University, nous décrivons ces étapes en utilisant un schéma en forme de la lettre "P." Nous aurons au cours de cette conférence l'occasion d'en discuter de façon plus approfondie, et donc je me limite à vous les présenter très brièvement maintenant.

Une première phase consiste en une analyse de la situation, de l'environnement dans lequel se situera notre programme. Parmi les questions auxquelles nous devons essayer de répondre sont:

- Quels sont les publics-cibles?
- Quels sont les programmes existants et leurs faiblesses?
- Quelle est l'infrastructure institutionnelle?
- Quelles sont les ressources?

Nous nous intéresserons également à la qualité des médias, leur coût (par personne atteinte ou à l'unité). Egalement, des données sur les sujets suivants seront importantes:

- Population (ethnies, langues);
- Structures politiques et administratives;
- Mass media (journaux, radio, télévision);
- Capacité institutionnelle de production (secteur privé);
- Existence de théâtre populaire et d'autres formes de communication artisanales;
- Personalités influentes au niveau national;
- Alphabétisation au niveau communautaire.

Il faudrait également savoir le suivant:

- Les cotes d'écoute des médias;
- Le taux d'alphabétisation;
- Les canaux de communication préférés.

L'étape de l'analyse est suivi par celle de la conception du programme. On définit des objectifs précis en fonction des publics-cibles et de la disponibilité des médias. Pour chaque public, un message ou une série de messages seront mis au point. Ces messages découlent des résultats de la recherche entreprise auprès du public.

Le programme peut alors être mis à exécution; sans négliger, au sein de l'exécution, un volet important mais malheureusement souvent oublié, le pré-test du matériel avant sa diffusion. Très souvent, le pré-test est mis de côté car on manque de temps ou parce qu'on pense que c'est trop coûteux.

Et pourtant les exemples de mauvais supports pédagogiques, y compris de mauvaises affiches sont fréquents. Par exemple, dans un pays africain, une affiche montre une section de bras en train d'être piquée par une aiguille—c'est à dire, une vaccination en cours. Cette illustration est mal comprise par le public analphabète auquel elle est destinée qui se demande où est le corps de l'homme, et pense que le dessin est une représentation du diable!

Dans un pays d'Asie, un livret sur la pilule montre en dernière page l'image d'une femme ayant arrêté de prendre la pilule (pour pouvoir avoir un enfant), et dont les cheveux sont défaits. Le pré-test a montré que les gens la prenaient pour morte, car c'est seulement après la mort que les cheveux sont défaits chez la femme dans cette région du pays! Qui de nous ne connaît pas la fameuse histoire de la mouche tsé-tsé, où après une démonstration avec l'aide d'un dessin très grand format de la mouche tsé-tsé pour qu'on puisse la voir de loin, les fermiers qui assistaient à la causerie ont dit que le problème ne se posait pas chez eux, (alors que c'était une région infectée) car "leurs" mouches étaient bien plus petites que celles qu'on montrait agrandies sur le tableau!

Notre expérience nous montre donc que le pré-test est une étape indispensable, faute de quoi la communication risque d'être déformée par l'individu (et donc pourrait être négative).

Ensuite un bon programme de communication sera suivi et évalué. Il est important de mesurer l'impact des actions, pour pouvoir les replanifier de nouveau. Cela est important qu'il s'agisse d'un cursus de formation qu'on utilise avec des agents sanitaires, ou d'une campagne de sensibilisation utilisant les mass médias.

Evidemment, tant que des services seront offerts à la population, la communication devrait aussi continuer dans le temps, s'améliorant au fur et à mesure en augmentant son efficacité. Cette amélioration ne se fera que si le processus que je viens de décrire est institutionnalisé de façon continue et permanente. Cela veut essentiellement dire que tout bon programme de communication doit travailler sur deux axes à la fois: atteindre des résultats concrets et positifs, et aider à améliorer la capacité des agents locaux du secteur public à concevoir et exécuter eux-mêmes de tels programmes. C'est ici que nous devons nous assurer de la continuité du programme.

Ce processus d'élaboration de programmes s'est démontré valable ailleurs, et nous croyons que vous pouvez l'adapter à la situation tchadienne.

La mobilisation au niveau de la base

A présent je voudrais passer à deux thèmes de la communication qui n'ont pas à mon avis reçu l'attention qu'ils méritent ces derniers temps. D'abord, la mobilisation au niveau de la base, et ensuite le rôle que l'agent sanitaire doit jouer, et les façons de renforcer ce rôle.

Pour s'assurer que les acquis des programmes de planification familiale soient maintenus, il faut une participation active de la population. Cette participation pourrait se situer à trois niveaux. D'abord une participation "de base," c'est à dire, visant à l'utilisation des services. Ensuite une participation plus poussée en coopérant avec les initiatives venant de l'extérieur. Finalement une participation active représentée par un engagement dans les activités de planification et de gestion. Pour mes remarques aujourd'hui je me limite au premier degré, c'est à dire l'utilisation des services.

La mobilisation de la communauté doit se faire par l'intermédiaire des chefs d'opinion et par les leaders religieux. Cette approche favorise la communication face à face, et dans des sociétés où il peut exister des différences de langue, de religion et de culture--comme c'est le cas dans beaucoup de pays d'Afrique--il serait important à mon avis de favoriser une telle attitude.

Cette mobilisation de la communauté exigera de nous une action novatrice. Nous devons d'abord faire l'inventaire des leaders d'opinion (soit officiels soit officieux). Pour chaque leader nous devons identifier le rôle, les contraintes au plein exercice de ce rôle et finalement ce que le gouvernement ou l'agence privée propose de faire pour que ces intervenants soient impliqués. Il est évident que leur influence dans le programme doit être positive. Un leader religieux aura un rôle positif en aidant l'infirmier à expliquer les bienfaits des naissances espacées pour la mère et pour ses enfants. C'est le cas en Turquie et dans certaines régions de l'Egypte où les imams locaux reçoivent une formation en matière de planification familiale. Ne pas impliquer les leaders religieux, à mon avis, c'est risquer de créer la confusion sur les buts du programme. Des études ont été entreprises par l'Université Al Azhar publiant les surats du Coran sur la planification familiale et la santé.

Le rôle de l'agent de terrain

L'agent sanitaire qui cherche à sensibiliser l'individu doit, à mon avis, être soutenu avec des encouragements non-matérielles. Améliorer et renforcer ce rapport avec les agents de terrain donnera l'occasion à ces individus de répondre d'une façon positive et claire pour aider le client à choisir des méthodes appropriées pour éviter les naissances non-désirées. Dans le domaine de la planification familiale, le rapport entre l'agent de la santé et le client est, à mon avis, le clef de voûte. Trop souvent ces derniers temps, ce rapport n'est pas de très bonne qualité car l'agent de la santé est trop pressé, ne maîtrise pas suffisamment bien les techniques du "counseling," ou n'est pas suffisamment motivé à faire son travail (salaire trop bas, mauvaises conditions de travail, etc., et souvent par manque d'encouragements non-financiers).

Souvent ces problèmes sont liés à des problèmes d'approvisionnement en produits médicaux ou contraceptifs et des problèmes de prestation de services. L'agent vit continuellement avec des manques d'équipement, une formation inadéquate, l'inaccessibilité de la population à son dispensaire, et trop souvent une insuffisance de produits à donner aux clients. Egalement, on a déjà des problèmes au niveau des services centraux (par exemple un service d'éducation pour la santé inactif, le manque de matériel didactique, et l'utilisation médiocre des médias). En somme, même si nous savons que la demande est faible, l'offre elle-même connaît toujours ses problèmes.

Il est donc de première importance de revoir comment nous pouvons mettre sur pied une campagne de communication en utilisant différents canaux de communication, non pas uniquement pour toucher la population directement avec un message, mais dans un sens rehausser le moral de l'agent sanitaire dans le but de le rendre plus crédible aux yeux des communautés et essayer d'améliorer ce rapport agent/client qui joue pour beaucoup dans la réussite d'un programme de planification familiale ou de SMI. Au Maroc, où une campagne de vaccination a réussi à promouvoir l'importance de l'agent de santé, c'est l'idée même de la santé en générale qui a été revalorisée aux yeux du public marocain et des instances gouvernementales. Ce fut le cas également en Turquie, grâce à l'implication des agents de la santé.

Nous aurons au cours de cette conférence l'occasion de pousser plus loin cette exploration de la communication pour la santé et voir comment elle peut

être renforcée ici au Tchad. Je voudrais simplement terminer en rappelant que la communication demande de nous un investissement aussi important que les services et les produits médicaux car nous avons appris avec le temps que les communautés peuvent d'elles-mêmes faire beaucoup pour améliorer leur santé. Merci.



THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY
SCHOOL OF HYGIENE AND PUBLIC HEALTH

CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS

October 14, 1983

INTEROFFICE MEMORANDUM

TO: B. WILDER, USAID N'DJAMENA

FROM: MONCEF H. BOUHABA, JHU/FCS

SUBJECT: DEBRIEFING NOTE.

During the two weeks that I have been in-country, I have been able to meet with almost all the Media officials; the key personnel in the Ministry of Health; some key officials in other ministries (such as education); other key officials of international donors working in health, such as WHO, UNICEF and AFRICARE. These meetings were made possible through the well organized visit arranged by Leslie Brandon and other staff in the Mission, and were made more productive as I was accompanied throughout by Faraj Moulaye, in a sense my counterpart for this needs assessment. Before moving on, I would like to take this opportunity to thank you and your staff for having made my stay up to now so productive and pleasant.

1. In the two weeks preceding the first national conference on fp, it is difficult to distinguish comments made by government officials regarding the conference, and regarding possible needs in the more focussed area of IEC for family planning. The conference, seems as first mentioned, to be the starting off point for broader family planning advocacy in Tchad, and not a culmination of extensive media or face to face work done to date. Thus it appears that a major IEC objective should become the translation of the conference conclusions into a set of actions designed to win over the local elite influentials in the country.

2. There presently is no functioning health education unit within the MOFH, and donors have reinforced each vertical health program to carry out specific activities with the media. Given the non-existence of the private sector (except one artist and the Imprimerie du Tchad) it makes sense at some point to begin thinking of building up this institution through training, provision of equipment, and appropriate production budgets. As there are other donors interested in supporting this sector (UNICEF is presently recruiting a national post) USAID may find it useful to coordinate with them, and perhaps use its own funds for message and materials development, while other donors build up manpower and equipment.

3. Single media initiatives should be discouraged. Radio Tchad is the only mass media with any significant audience. This is probably limited to certain hours of the day (by prices of batteries) and bears some research. A KAP study in N'djamena (1987) done for the immunization campaign, found 63 percent got their information from radio (about the epi campaign). While Print materials are limited to a national newspaper and info tchad, the Al Watan newspaper probably reaches a number of key officials, in a credible way. Religious and civic leaders are, in my mind a first key target audience for Tchad. Getting them on board the program is a priority. Village chiefs, a chef de quartiers (under the Ministry of the Interior) should be sensitized to the need for BEF. Radio Rural, Al Watan, and the Ministry of Public Health all have a role to play in a multi-media campaign of sorts, based very much on the JHU/PCS "P" process

4. JHU/PCS would be interested in developing a one or two year program should funds be available. A project proposal could be worked out along the lines suggested in 3 above, with colleagues in Baltimore.

Once again, I wish to thank you and the entire for mission for your excellent level of support during my stay here. In addition Faraj Moulaye was most helpful in providing me with deeper insight into the situation in Tchad. I trust that the mission will consider him for a key role in any IEC effort, as part of a broader team of players.

PROGRAM RATIONALE: CHILD SURVIVAL

D. CHILD SURVIVAL

1. Background

Since the return of civil order in Chad in 1982, the Ministry of Public Health's primary task has been to reestablish a minimum level of central administrative capacity and the delivery of basic health services to the Chadian population. The GOC has called upon donor support in this effort. The emphasis was rightly placed, first, on "getting something done" and, second, in formulating well-designed strategies. Donor-supported efforts in health planning (AID), family planning (AID, UNFPA), the restoration of rural health facilities (MSF), the expanded program of immunization (AID, UNDP/WHO, UNICEF), oral rehydration therapy (AID, UNICEF, WHO, PVOs), AIDS (WHO/AID, FAC), tropical diseases management (FAC), and pre-service training (WHO, Swiss Cooperation) have been provided.

Although most of these efforts focused on child health problems, their impact on the health status of children and mothers was minimal because of their fragmented approach, i.e., their lack of integration at the service delivery level. Statistics underline the seriousness of the present situation: Chad's infant mortality rate is 180/1,000 live births and the maternal mortality rate is 800/100,000 live births. Although there is a maternal and child health (MCH) program in the Ministry, it has not been implemented either effectively or efficiently. This is a result of the lack of a comprehensive MCH/FP strategy which should be the cornerstone of the Ministry's health policy.

Other constraints to effectively implementing an MCH program are multiple:

- a poorly-conceived organization of ministerial directorates,
- a lack of Chadian manpower in both numbers and skills, resulting in a lack of accessibility to quality health care services,
- a lack of financial resources to cover even basic operating and recurring costs,
- poorly functioning distribution/communication channels between the central and peripheral levels, and
- a minimum level of professional motivation which is tied primarily to a substandard salary scale.

It would be unrealistic to expect that each of these constraints can be satisfactorily resolved in undertaking an AID Child Survival project. Corrective measures will instead evolve over the long term as the collective efforts of the Government and all donors in the health sector have an effect.

2. AID's Assistance to the Health Sector to Date

AID's investments in the health sector since 1984-5 have been significant and warrant protecting.

- Through the Health Planning Restoration Activity (677-0041.8), advisory support has established a capacity in the

Ministry, based in the Bureau of Statistics, Planning and Studies (BSPE), for the collection of health information through a routine reporting system. BSPE staff can now collect health data from most of the country's health facilities, enter data in a computerized information system and begin to analyze the data as a tool for rational health planning and management. The institutionalization process is well underway but fragile nevertheless. More support is needed to maintain the system and to assure its use for health planning.

- Through funding provided from central and regional sources, AID has assisted the Ministry in developing the elements of a family planning program: a revision of legislation is pending; a constituency in favor of introducing family planning, drawn from the public and private sectors, has been carefully developed; training to service providers of all levels has been provided; and contraceptive commodities will be provided through the public sector. Operations research to determine the demand for family planning services has confirmed the appropriateness of this new initiative for the Government. Activities will culminate with the first Conference on Family Planning in Chad which is scheduled in October 1988.

- Through a cooperative agreement with Africare, an educational campaign and training have been undertaken to introduce oral rehydration therapy as the most appropriate treatment for diarrheal disease, identified as one of the primary causes of infant mortality.

- With funding provided to UNDP/WHO through the African Child Survival Fund, support has been provided to the expanded program of immunization (EPI). This effort has been directed to vaccinating 40 percent of the population against seven diseases by providing vaccines, training and logistic support to countrywide vaccination centers.

- Lastly, AID is assisting the initial implementation of a National AIDS Program through the provision of condoms through WHO/Chad.

Each of these AID interventions is now coming to a programmatic phase-out. The logical question is, then, how can AID most appropriately assist the GOC (including the Ministry of Public Health, the Ministry of Social Affairs and Women's Development and other development ministries) as well as the private sector in maintaining a level of service delivery and developing an institutional capability to sustain these efforts over the long term? Equally in our mutual interest is building on our investments to date.

3. An AID Strategy for the Health Sector

Our response, and-sector goal, should be to assist the Ministry of Public Health to design, implement and institutionalize a comprehensive national MCH strategy. This strategy must include:

- consolidation and streamlining of the Ministry's overall management structure;
- intensive pre- and in-service training in MCH in all its elements; and

supervision, monitoring and evaluation of MCH elements to improve structural efficiency and management.

Addressing maternal and child health needs will directly affect and benefit Chad's two major at-risk groups: children under 5 years and mothers.

(a) An AID Child Survival Project for Chad

We recommend a two-pronged approach: (1) MCH strategy development and (2) MCH strategy implementation. Although the purpose of this rationale is only to draw the broadest outlines of an AID Child Survival project, we can also suggest project inputs.

(1) MCH Strategy Development

Long-term advisory assistance should be provided to the Ministry of Public Health to design a comprehensive MCH strategy. Developed in concert with Chadian counterparts, the strategy should ensure the integration of all the elements of AID's child survival activities on the service delivery level. These activities will initially include child-spacing, control of diarrheal diseases (including ORT), immunizations, AIDS, growth monitoring and nutritional rehabilitation. The separate child survival activities will be pulled together in the delivery of services. A comprehensive care package of curative and preventive services will be offered to children and mothers.

The strategy will address critical issues in management such as skills improvement and national- and peripheral-level supervision. An important aspect will also be monitoring and evaluation. With continuing support to the BSPE, MCH indicators should be incorporated into the routine health information reporting system. With development of a strategy, the Ministry will also address organizational management.

By involving Ministry counterparts in the strategy development stage, its management capacity will be reinforced and institutionalized. This will be a major accomplishment since, for basically the first time, Chadians rather than "outside experts" will have developed a health strategy for implementation.

(2) MCH Strategy Implementation

Once the MCH strategy has been developed and adopted, it must then be implemented in an integrated and coordinated fashion.

Within the framework of the AID project, we see four critical elements:

- Training. The service provider must be trained to treat the child and mother in their respective "wholeness." The Assiam Vamtou MCH/FP Center in N'Djanena can be used as a training center to test

and refine this integrated approach in terms of both training service providers and delivering MCH services. In collaboration with Swiss Cooperation and WHO, support would also be provided in curriculum development for pre-service training at the National School of Public Health and Social Services and for in-service training.

- Assistance to child survival activities. Building on AID's investment and experience to date, further support should be provided for family planning service delivery, ORT and AIDS. As implementation evolves, and in coordination with other donors, support should also be given to immunizations and nutritional rehabilitation.

- Monitoring and evaluation. MCH data collected through the routine health information reporting system will be analyzed to monitor and evaluate the effect of child survival activities over time and to provide a data base for health planning and on-going program management and modification.

- Research on, and testing of, cost-recovery approaches. It is unlikely that the Ministry will ever have an adequate operating budget to deliver adequate health services. Instead, alternative health care financing schemes, based on community participation at the peripheral level, will be explored.

(3) Project Inputs

Long-term advisory services in MCH planning and administration, MCH/FP and health statistics should be provided. Advisory services in health training/education, curriculum development and health economics should also be considered. As discussed above, long-term and short-term training will be a major element of the project. Our experience in providing short-term third country and in-country training has been especially positive. Commodity support will also be essential and would include, given the Ministry's financial constraints, administrative supplies and equipment for the MCH program, as well as commodities related to the specific child survival activities which are supported (e.g., contraceptives, vaccines, educational materials, vehicles). Other costs will include local travel expenses, staff support, miscellaneous operating expenses, etc.

The most appropriate assistance mode is open to discussion. Options include collaborative assistance with a U.S. university, a contract with a firm, cooperative agreements/grants with U.S. PVOs and a mix among these.

(b) Proposed Timing and Project Timeframe

As discussed above, the AID portfolio of health sector activities will essentially be completed by December 1988. If the programmatic decision to design a new child survival project is made, the design

effort should be undertaken immediately. "Bridge" funding to avoid a break in momentum is possible for the MCH/FP activities through the new Family Health Initiatives project (698-0462). Continuing support for the BSPE and institutionalizing the health information system is more problematic. We intend to request "bridge" financing through central Child Survival funds and hope that a modest level of support can be provided. Continued support for the ORT project will be possible through a mission buy-in to the PRITECH II project. Pending a favorable evaluation of the UNDP-AID EPI project (November 1988), continued support may be available again through the African Child Survival Fund (698-0513). AID/W guidance on each of these possible sources of "bridge" funding would be appreciated.

The timeframe for a new AID MCH project must be a minimum of five years. Experience with the Health Planning Restoration and family planning activities has shown that strategy development and implementation in the Ministry will be a long-term proposition. If we proceed to assist in developing an MCH strategy, we should be prepared to commit our support for its successful implementation over a long term period, perhaps exceeding five years.

(c) Donor Coordination and Collaboration

Coordination with other donors will be essential if AID undertakes a child survival project in Chad. Donors are now concurrently proposing, designing and implementing new health projects. The projects currently coming on line will complement a new AID initiative. For example, FED is implementing a large-scale (\$14.0 million) project to reinforce the Ministry's management capacity at the prefectural level and to examine feasible cost-recovery schemes. These are both essential aspects of MCH service delivery. The African Development Bank plans to strengthen the Ministry's planning, administrative and financial management capacity at the central level. UNDP/WHO, UNICEF, UNFPA, Swiss Cooperation, FAC and the Italian Government are also implementing on-going projects and developing new projects. Swiss Cooperation and WHO have (especially assisted) in the area of pre-service training at the National School of Public Health and Social Affairs. It should be noted that the Ministry of Public Health does have a committee structure to encourage donor coordination.

This situation can work to AID's benefit. In assisting the Ministry to design and implement the MCH strategy, AID can collaborate with each donor to assure programmatic (and financial) coverage without duplication of effort. It is therefore recommended that the design of an AID Child Survival project be sufficiently flexible to accommodate complementary donor interventions which may come on line within the next year or so.

blane.21.mch

CONFERENCE SUR LE
BIEN - ETRE FAMILIAL
AU TCHAD

Du 15 au 21 Octobre 1988

SAMEDI 15 OCTOBRE

08h00-12h30	Cérémonie d'ouverture Mosqué Fayçal
08h00	Mise en place terminée
08h30	Arrivée des Participants
08h45	Arrivée des Invités
09h15	Arrivée des Membres du Gouvernement, du Conseil National Consultatif, du Comité Central de l'UNIR, du Corps Diplomatique et Représentants des Organismes Internationaux et des ONG
09h45	Arrivée du Ministre de la Santé Publique
09h55	Arrivée du Président de la République
10h00	Début de la cérémonie: - Discours de bienvenue par le Ministre de la Santé Publique, - Discours d'ouverture du Président de la République

DIMANCHE 16 OCTOBRE

10h00-13h00

Inscription des participants à la Direction Générale, Ministère de la Santé Publique

11h00-11h30

Réunion des présentateurs à la Direction Générale, Ministère de la Santé Publique

12h00-13h00

Réunion du Comité des Résolutions à la Direction Générale, Ministère de la Santé Publique

LUNDI 17 OCTOBRE

14h00-14h15

Discours d'introduction aux travaux par le Directeur Général du Ministère de la Santé Publique et Président du Comité d'Organisation

PLENIERE: Concepts du Bien-Etre Familial au Tchad

Présentateur:

Dr. Idriss N'Dele
Médecin-Chef Adjoint
Hôpital Central à N'Djaména, Tchad

14h15-14h45

Questions/Réponses

14h45-15h00

PLENIERE: Questions Juridiques, Politiques et leurs Rapports avec le Développement des Services de Bien-Etre Familial en Afrique

Présentateur:

Mr. Hamadou Harouna
Chef du Bureau Legislatif
Direction d'Etudes et Planification
Ministère de la Sante Publique
Niamey, Niger

15h00-15h30

Questions/Réponses

15h30-15h45

PAUSE

15h45-16h45

PLENIERE: Comment vis-à-vis du Bien-Etre Familial Franchir les Problèmes Socio-culturels, Religieux et Démographiques s'opposant au Programme du Bien-Etre Familial

Présentateurs:

1. Le Grand Imam Badawi de la Mosquée Fayçal, N'Djamena, Tchad
2. Archevêque Charles Vandame
Représentant Catholique,
N'Djamena, Tchad
3. Le Pasteur Alexis N'Gardignan
Représentant Protestant,
N'Djamena, Tchad

16h45-17h15

Questions/Réponses

17h15-19h15

Travail de Groupe

19h15

CLOTURE

19h15-20h15

Réunion du Comité des Résolutions

MARDI 18 OCTOBRE

08h00-08h15

Rapport de la Journée Précédente

08h15-08h45

PLENIERE: Situation démographique dans les pays du Sahel et le cas particulier du Tchad

Présentateurs:

1. Mr. Nassour Ouaidou
Directeur par Intérim, Centre d'Etudes et de Recherches sur la Population pour le Développement (CERPOD)
Bamako, Mali
2. Mr. Caman Bedaou Oumar
Démographe, Chef de Division des Statistiques Démographiques et Sociales, Ministère du Plan et de la Coopération, N'Djamena, Tchad

08h45-09h15

Questions/Réponses

09h15-09h30

PLENIERE: Rapports entre les Facteurs Démographiques et le Développement pour le Tchad: Rapid III

Présentateur :

Mr. Jean de Malvinsky
Coordonnateur des Programmes de Santé
Projet OPTIONS, Etats-Unis

09h30-10h00

Questions/Réponses

10h00-10h30

PAUSE

10h30-10h45

PLENIERE: Conditions Sanitaires des Mères, Nourrissons et Enfants dans un Tchad Déchiré par la Guerre

Présentateur :

Dr. Amoula Waya Houma
Directeur de la Médecine Hospitalière et Urbaine
Ministère de la Santé Publique à
N'Djamena, Tchad

10h45-11h15

Questions/Réponses

11h15-11h45

PLENIERE: Problèmes Médicaux et
Juridiques relatifs à l'Avortement au Tchad

Présentateurs :

1. Dr. Nahor N'Gawara Mamouth
Médecin-Chef
Hôpital Central à N'Djamena, Tchad
"Quelles Alternatives à Envisager?
Limites et Possibilités"
2. Mr. Yantoingar Mairo Salmon
Procureur Général près de la Cour
d'Appel de N'Djamena, Tchad
"Problèmes Juridiques afférents
à l'Avortement au Tchad"

11h45-13h15

Questions/Réponses

13h15-14h30

DEJEUNER

14h30-16h30

Travail de Groupe

16h30

CLOTURE

16h30-17h30

Réunion du Comité des Résolutions

MERCREDI 19 OCTOBRE

08h00-0815

Rapport de la journée précédente

08h15-09h00

PLENIERE: Effets et Avantages de l'Intégration du Bien-Etre Familial dans les Services de Santé Maternelle et Infantile

Présentateurs :

1. Dr. Demane Nana Mounda
Responsable National de la SMI
Ministère de la Santé Publique à
N'Djamena, Tchad
2. Dr. Ahmed Moussaoui, Maître Assistant
C.H.U. Rabat, Centre National de
Formation en Reproduction Humaine
(Maternité Universitaire des
Orangers), Services de
Gynécologie/Obstétrique et Consultant,
Johns Hopkins Program for
International Education in Gynecology
and Obstetrics (JHPIEGO), Maroc
3. Mr. Samb Ousmane
Directeur du Projet de Santé Familiale
et Population
Dakar, Sénégal

09h00-09h30

Questions/Réponses

09h30-10h30

PLENIERE: Projet de Recherche
Opérationnelle à N'Djamena
(Université de Columbia, New York)

Présentateurs :

1. Dr. Alain Damiba
Médecin et Epidémiologiste
Université de Columbia
Investigateur Associé
Projet de Recherche Opérationnelle à
N'Djamena, Tchad
"La Méthodologie du Projet de
Recherche Opérationnelle
sur le Bien-Etre Familial
à N'Djamena"

2. Mme. Khadidja Ahmed
Assistante Sociale Diététicienne
Chef du Service de l'Action et
Education Nutritionnelle
Direction des Affaires Sociales
Ministère des Affaires Sociales et
de la Promotion Féminine, Tchad
"Résultats de l'Etude Quantitative
du Projet de Recherche Opérationnelle
sur le Bien-Etre Familial à N'Djaména"
3. Mr. Adoum Djibrine
Technicien Supérieur du Génie
Sanitaire, Assistant à la Section des
Etudes et Projets du Bureau des
Statistiques, Planification et Etudes,
Ministère de la Santé Publique, Tchad
"Résultats de l'étude qualitative du
Projet de Recherche Opérationnelle sur
le Bien-Etre Familial à N'Djaména"
4. Dr. Meba Kagone
Médecin-Chef des Services de Santé
Urbaine de Ouagadougou
Ministère de la Santé et de l'Action
Sociale
Ouagadougou, Burkina Faso
"Utilisation des Résultats de
l'Enquête Connaissances, Attitudes et
Pratiques dans la Programmation des
Activités PMI/PF"

10h30-11h00

Questions/Reponses

11h00-11h30

PAUSE

11h30-11h45

PLENIERE: Le rôle du système d'information
sanitaire dans la gestion des activités
de Bien-Etre Familiale au Tchad

Présentateur :

Dr. Théo Lippeveld
Chef de Projet de Restauration
de la Planification Sanitaire
Ministère de la Santé Publique
N'Djaména, Tchad
(l'Université de Harvard)

11h45-12h15

Questions/Réponses

12h15-12h45

PLENIERE: Le Rôle du Service de Planning Familial sur la Santé de la Mère et de l'Enfant

Présentateur :

Professeur Samba Diarra
Chef du Département Gynécologie/
Obstétrique, C.H.U. de Treichville et
Président de l'Association Ivoirienne
de Bien-Etre Familial
Abidjan, Cote d'Ivoire

12h45-13h15

Questions/Réponses

13h15-14h15

DEJEUNER

14h15-15h00

PLENIERE: Le Rôle de la Femme dans le processus de développement

Présentateurs :

1. Dr. Kono Noudjalbaye
Directrice des Affaires Sociales
Ministère des Affaires Sociales et de
la Promotion Féminine à
N'Djamena, Tchad
2. Madame Lucie Nodjilelem
Responsable de la Cellule des Affaires
Juridiques et des Droits de la Femme
Ministère des Affaires Sociales et de
la Promotion Féminine à N'Djamena,
Tchad
3. Madame Brigitte Thiombiano
Coordinatrice de la Clinique pour la
Promotion de la Santé Familiale et
Président de l'Association des Sages-
Femmes Burkinabé
Ouagadougou, Burkina Faso

15h00-15h15

PLENIERE: Le Rôle de l'Homme dans le Bien-Etre Familial

Présentateur :

Dr. Djedouboum Tomou
Médecin-Chef de la Polyclinique No 1
à N'Djamena, Tchad

15h15-15h45	Questions/Réponses
15h45-17h45	Travail de Groupe
17h45	CLOTURE
17h45-18h45	Réunion du Comité des Résolutions

JEUDI 20 OCTOBRE

08h00-08h15	Rapport de la Journée précédente
08h15-09h15	PLENIERE: Stratégies de Formation pour le Personnel Chargé des Services du Bien-Etre Familial

Présentateurs :

1. Mr. Pape Gaye, Directeur du Projet INTRAH pour l'Afrique Francophone à Abidjan, Côte-d'Ivoire
2. Mr. Niangoram Essan, Représentant du FNUAP pour le Tchad, résidant à Ouagadougou, Burkina-Faso
3. Mr. Mahamat Adjid Oumar
Directeur de la Formation Professionnelle et de l'Education pour la Santé
Ministère de la Santé Publique
N'Djamena, Tchad
"Une Stratégie de Formation des Prestataires du Service de SMI/BEF au Tchad"
4. Dr. Suzanne Bocoum
Directrice
Division de Santé Familiale
Ministère de la Santé Publique
Bamako, Mali

09h15-0945	Questions/Réponses
09h45-10h15	PLENIERE: Elaborer des Stratégies Culturellement Appropriées pour un Système de Distribution Communautaire de Contraceptifs au Tchad

15h15-15h45	Questions/Réponses
15h45-17h45	Travail de Groupe
17h45	CLOTURE
17h45-18h45	Réunion du Comité des Résolutions

JEUDI 20 OCTOBRE

08h00-08h15	Rapport de la Journée précédente
08h15-09h15	PLENIERE: Stratégies de Formation pour le Personnel Chargé des Services du Bien-Etre Familial

Présentateurs :

1. Mr. Pape Gaye, Directeur du Projet INTRAH pour l'Afrique Francophone à Abidjan, Côte-d'Ivoire
2. Mr. Niangoram Essan, Représentant du FNUAP pour le Tchad, résidant à Ouagadougou, Burkina-Faso
3. Mr. Mahamat Adjid Oumar
Directeur de la Formation Professionnelle et de l'Education pour la Santé
Ministère de la Santé Publique
N'Djamena, Tchad
"Une Stratégie de Formation des Prestataires du Service de SMI/BEP au Tchad"
4. Dr. Suzanne Bocoum
Directrice
Division de Santé Familiale
Ministère de la Santé Publique
Bamako, Mali

09h15-0945	Questions/Réponses
09h45-10h15	PLENIERE: Elaborer des Stratégies Culturellement Appropriées pour un Système de Distribution Communautaire de Contraceptifs au Tchad

Présentateurs :

1. Mr. Barou Djouater,
Directeur, Direction des Pharmacies
et Laboratoires d'Analyses Médicales
Ministère de la Santé Publique
N'Djamena, Tchad
2. Mme Achta Gossingar, Sage-Femme,
Responsable du Projet de Thérapie
Rehydratation Orale (TRO), Africare,
N'Djamena, Tchad

10h15-10h45

Questions/Réponses

10h45-11h15

PAUSE

11h15-13h00

PLENIERE: Les Avantages d'un Programme
National de Bien-Etre Familial Sur les
Problèmes :

- le SIDA
- les Maladies Sexuellement
Transmissibles (MST)
- les Pratiques Traditionnelles
Nocives pour la Santé de la Mère

Présentateurs :

1. Pour le SIDA:
 - Dr. Danyod Merci, Responsable
National du Programme SIDA au Tchad
"Le SIDA et le Bien-Etre Familial"
 - Dr. Widy Wirski
Représentant de l'Organisation
Mondiale pour la Santé/Programme
Global sur le SIDA, Geneve, Suisse
2. Pour les MST:

Mlle. Mitra Vaseghi, Chargé de
Recherche, Département de Santé
Publique, Faculté Xavier Bichat
Paris, France

3. Pour les Pratiques Traditionnelles -
Nocives pour la Santé de la Mère et
l'Enfant:

- Dr. Nahor N'Gawara Mamouth
Médecin-Chef de l'Hôpital Central
Ministère de la Santé Publique
N'Djamena, Tchad
- Dr. Ivoulsou Douphang Phang
Médecin-Chef des Services
Chirurgicaux, Hôpital Central
Ministère de la Santé Publique
N'Djamena, Tchad
- Dr. Joseph N'Gakoutou
Médecin-Chef de la Maternité
Ministère de la Santé Publique
N'Djamena, Tchad
- Dr. Mohamed Ibrahim Abdellah
Chef Assistant de Chirurgie
Hôpital Central,
Ministère de la Santé Publique
N'Djamena, Tchad

13h00-13h30

Questions/Réponses

13h30-14h30

DEJEUNER

14h30-15h00

PLENIERE: Communication Pour le Bien-Etre
Familial: Leçons à tirer de l'expérience
Africaine favorisant une approche
systématique

Présentateurs :

1. Mr. Moncef Bouhafa
Responsable du Programme de Services
de Communication en Matière de
Population/Programme d'Information
sur la Population, Université Johns
Hopkins, Baltimore, Etats-Unis
2. Mr. Faradj Moulaye, Journaliste,
Radiodiffusion Nationale Tchadienne
Ministère de l'Information et de
l'Orientation Civique,
N'Djamena, Tchad
"Le Rôle des Média dans le
Développement des Services du Bien-
Etre Familial au Tchad"

15h00-15h30	questions/Réponses
15h30-17h30	Travail de groupe
17h30	CLOTURE
17h30-19h30	Réunion du Comité des Résolutions

VENDREDI 21 OCTOBRE

08h00-08h15	Rapport de la journée précédente
08h15-09h30	PLENIERE: Les Méthodes Contraceptives: Traditionnelles, Modernes et Temporaires

- le Méthodes Traditionnelles
- les Methodes Temporaires
- la Laparoscopie
- le Minilap

Présentateurs :

1. Pour les Méthodes Traditionnelles en Afrique:
Dr. Miatudila Malonga, Membre de l'Association Zaïroise pour le Bien-Etre Familial à Kinshasa, Zaïre
2. Pour les Méthodes Traditionnelles au Tchad:
Dr. Kelo Koussidi
Spécialiste en Médecine Traditionnelle Pala, Tchad
3. Pour les Méthodes Temporaires:
Mr. Gayi Bédou, Directeur Adjoint Régional, Assistance Internationale en Planification Familiale (FPIA) à Nairobi, Kenya
4. Pour la Laparoscopie: Dr. Mohamed Abdellah Ibrahim, Chef Assistant de la Chirurgie à l'Hôpital Central à N'Djamena, et Dr. Ahmed Moussaoui, Maître-Assistant, Maternité Universitaire des Orangers, Rabat, Maroc
5. Pour le Minilap: Dr. Rose Rao, l'Association pour la Contraception Chirurgicale Volontaire (AVSC), Royaume Unie d'Angleterre

09h30-10h00	Questions/Réponses
10h30-11h00	PAUSE
11h00-11h45	PLENIERE: Le Rôle du Secteur Privé dans le Bien-Etre Familial
	<u>Présentateurs :</u>
	1. Dr. Mahamat Abdoulaye Djig-Djag Membre du Conseil National Consultatif, Membre du Comité Central de l'Union Nationale Pour l'Indépendance et la Révolution N'Djamena, <u>Tchad</u>
	2. Mr. Michael Sozi Directeur Régional de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale/Région Afrique Londres, <u>Royaume Unie d'Angleterre</u>
	3. Madame Nicole Froud Pharmacienne Pharmacie du Canal N'Djamena, <u>Tchad</u>
11h45-13h15	Questions/Réponses
13h15-14h00	DEJEUNER
14h00-15h00	Travail de Groupe
14h00-15h00	Réunion du Comité des Résolutions
15h30-17h00	Clôture Officielle Ministère des Affaires Etrangères
15h30	Mise en place terminée
15h45	Arrivée des Participants
15h50	Arrivée des Invités
16h15	Arrivée des Membres du Gouvernement, du Conseil National Consultatif, du Comité Central de l'UNIR, du Corps Diplomatique et Représentants des Organismes Internationaux et des ONG
16h45	Arrivée du Ministre de la Santé Publique
16h55	Arrivée du Président de la République

17h00

Début de la Cérémonie:

- Lecture des recommandations
- Lecture des résolutions
- Lecture des motions

Discours de clôture du Président de la République

FIN DE LA CONFERENCE

20h00-22h00

Cocktail Officiel
NOVOTEL "La Tchadienne" Hotel

SAMEDI 22 OCTOBRE

09h00-12h00

Visites Facultatives

1. Maternité de l'Hôpital Central
2. Centre Assiam Vamtou

CH

Ahmed Aïche

TENTATIVE SCHEDULE FOR:
 MR. MONCEF BOUHABA
 (POPULATION COMMUNICATION SERVICES)
 OCTOBER 1 - 25, 1988
 HOTEL "LA TCHADIENNE"

Control Offices

Saturday, October 1

14h25 ETA N'Djamena Via RK 51 from Paris Guild

Monday, October 3

08h00 Meet with the General Development Officer, Mrs. Dianne Blane and Population Advisor, Ms. Leslie Brandon Brandon.

08h30 Meet with the Administrative officer, Mr. Kevin Guild to discuss administrative matters Brandon
THURS - at 3 PM.

09h00 Meet with the AID Controller, Kathleen Le Blanc to discuss financial matters Brandon
met Bi Jan'

09h30 Meet with the AID Representative, Mr. Bernard Wilder Brandon
FRIDAY 1430 PM

10h00 Meet with the Regional Security Officer, Mr. Michael Williams to discuss security Briefing Brandon

11h30 Meet with Director General, Ministry of Public Health, Dr. Yankalbe Matchock Mahouri Blane

12h30 Meet with Program Coordinator UNICEF, Mrs. Nancy Castro Faradj Moulaye

Tuesday, October 4

10h00 Meet with the Director General, Ministry of Information Mr. Emmanuel Touade Faradj Moulaye

Wednesday, October 5

09h00 Meet with the Director of Agence Tchadienne de Presse, Mr. Gatta-Nder Faradj Moulaye

11h00 Courtesy call on DCM, Mr. Robert Ayling Brandon *65*

10h00 Meet with the Assistant Representative UNFPA, ~~Madame Mariam Pengah~~ Mr. Mahadou Jakem

Faradj Moulaye

Thursday, October 6

0800 Faradj

09h00 Meet with the Director of Inprimerie du Tchad, Mr. G. de Maurin

Faradj Moulaye

OMS
Asryam d'Am tou
Centre Suisse
Mary Jean

1100 Friday, October 7
Francoise OMS. Francoise Rog

Meet with the Directeur du Cabinet, Ministry of National Education, Mr. Kachala

Faradj Moulaye

? sheet
shes

Saturday night - Faradj ?

Thursday October 11

09h00 Meet with the Dean, Department of Social Sciences, University of Chad, Mr. Dangde Laobele Damaye

Faradj Moulaye

Wednesday, October 12

10h30 Meet with the Director of the Radiodiffusion Nationale Tchadienne, Mr. Djidde Kourtou

Faradj Moulaye

Thursday, October 13

Meet with the Director of Al-Watan, Mr. Mr. Madjirangar Fackir Kanassawa

Faradj Moulaye

Friday, October 14

10h00 Meet with the Minister of Information, Mr. Adoum Moussa Seif

Faradj Moulaye

15h00 For the Official debriefing with the AID Representative, Mr. Bernard Wilder, the General Development Officer, Mrs. Dianne Blane, the Population Advisor, Ms. Leslie Brandon and Mr. Faradj Moulaye

Brandon/
Blane

Training

Distribution

- DCM:RAYling
- AIDRep:BWilder
- GDO:DBlane
- CONT:KLeBlanc
- AO:KGuild
- PA:LBrandon
- RSO:MWilliams



RECEIVED AID/CHAD
DATE 30 SEP 1988

REPRESENTATION AU TCHAD
Boite Postale 906, N'DJAMENA
Téléphone : 51-55-27/51-56-41

Référence : 88/1-1042/MP/adm
CHD/85/PO1

N'Djamena, le 27 septembre 1988

INFO COPY

ACTION: GDO: Blane
DATE: 9/30 DUE: 10/12
INFO: Brandon
ACTION TAKEN:

Monsieur le Représentant,

Objet: CHD/85/PO1 "Santé Maternelle et Infantile"
Conférence sur le bien être familial

J'ai l'honneur d'accuser bonne réception de votre lettre du 15 septembre 1988 relative à la préparation de la Conférence sur le bien être familial et, à la venue de Monsieur Moncef Bouhafa, spécialiste en communication de l'Université John Hopkins (Baltimore, Maryland, USA) à N'Djamena en vue de cette préparation.

Ainsi que vous l'avez sollicité, je vous prie de bien vouloir noter que je recevrais Monsieur Bouhafa le mercredi 5 octobre 1988 à 10 heures 30.

Veuillez agréer, Monsieur le Représentant, l'assurance de ma considération distinguée.

Monsieur Bernard Wilder
Représentant
de l'USAID
NDJAMENA (Tchad)

M. Jalem
Mahadev Jalem
Représentant résident a.i.

S L O G A N S R E T E N U S

1. AIMER SA FAMILLE, C'EST OEUVRER POUR SON BIEN-ETRE FAMILIAL
2. CONFERENCE SUR LE BIEN-ETRE FAMILIAL AU TCHAD : N'DJAMENA DU 16 AU 21 OCTOBRE 1988 SOUS LE HAUT PATRONNAGE DU PRESIDENT X DE LA REPUBLIQUE, SON EXCELLENCE EL HADJ HISSEINE HABRE.
3. ESPACEMENT DES NAISSANCES = SANTE MATERNELLE ET INFANTILE
4. BIEN-ETRE FAMILIAL = MATERNITE SANS RISQUES
5. NAISSANCES ESPACEES = HARMONIE FAMILIALE
6. BIEN-ETRE FAMILIAL = RESPONSABILITE DU COUPLE
7. UNE FAMILLE ORGANISEE EST UNE BARRIERE A LA DELINQUENCE
8. BIEN-ETRE FAMILIAL ET JEUNESSE, UN ATOUT POUR L'AVENIR
9. DES SERVICES DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE POUR LE BIEN-ETRE FAMILIAL
10. BIEN-ETRE FAMILIAL = LUTTE CONTRE LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LA STERILITE.
11. GROSSESSES ESPACEES = ENFANTS BEAUX ET SOINS
12. SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000 PAR LE BIEN-ETRE FAMILIAL
13. "... LES FEMMES, NOS MERES ET LES ENFANTS, NOS PETITS FRERES SOEURS ... GARANT DE L'EQUILIBRE SOCIAL ET GAGE DE NOTRE AVENIR". HISSEINE HABRE, EXTRAIT MESSAGE A LA NATION, 7 JUIN 1988.
14. LE PEUPLE TCHADIEN AVEC L'UNIR GAGNERA LA LUTTE POUR LE BIEN-ETRE FAMILIAL.
15. "LE TCHAD, UN PAYS OU IL FAIT BON VIVRE ET PROSPERER, MAIS AUSSI ET SURTOUT OU IL FAIT BON NAITRE ET DONNER LA VIE."

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT D'ETAT

DIRECTION GENERALE

URGENT

N'Djamena, le

14 OCT. 1963

N° HSP/SE/2708/63

Le Directeur Général du Ministère de la Santé Publique et Président du Comité d'Organisation de la Conférence sur le Bien-Etre Familial

AS

Directeur Général du Ministère de l'Information et de l'Orientation Civique

à N'Djamena

URGENT

Le Ministère de la Santé Publique organise à N'Djamena la Première Conférence sur le Bien-Etre Familial placée sous le très haut patronage du Camarade Président de la République Président Fondateur de l'Union Nationale pour l'Indépendance et la Révolution (l'UNIR).

Comme vous le savez votre pays se prépare à accueillir la semaine prochaine un Hôte de marque. Nous avons jugé nécessaire d'avancer la cérémonie d'ouverture solennelle au samedi 13 Octobre 1963 à l'Amphithéâtre de la Mosquée Fayçal. Je vous demanderais par conséquent de prendre toutes les dispositions pour faire en assurer la couverture.

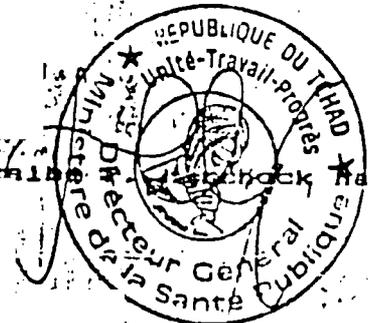
Presse écrite (INFO TCHAD)

Presse parlée (R.M.T.)

Presse filmée (Télé Tchad)

Vous trouvez ci-joint en 10 exemplaires le programme.

Je vous remercie d'avoir mis à notre disposition le Camarade Faradj Houlaye qui nous rend énormément service.



Dr. Yankalé

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
 PROJET DE SANTE FAMILIALE
 COMITE D'ORGANISATION DU BEF

B. P. 413 N'DJAMENA - TCHAD

N'Djaména, le 14 OCT. 1986

COMMUNIQUE DE PRESSE

Une Conférence internationale sur le Bien-Etre Familiale se déroulera à N'Djaména du 15 au 21 Octobre 1986.

Placée sous le très Haut Patronnage de son excellence El Hadj Hissène Habré, Président de la République la Conférence aura pour objectifs:

Sensibiliser et obtenir l'appui des autorités politiques, juridiques, administratives, médicales, religieuses et coutumières pour l'établissement d'un programme national de Bien-Etre Familial comme composante du programme SMI dans le cadre des Soins de Santé Primaires.

Améliorer les connaissances des autorités tchadiennes sur les composantes d'un programme de Bien-Etre Familial par des

Activités de:

sensibilisation
 marketing social
 mass media
 education pour la sante

b) Activités cliniques

— méthodes traditionnelles et modernes

c) Activités de formation du personnel en privilégiant le volet
gestion des services du BEF (management)

La Conférence accueillera plus de 150 participants venus de toutes les régions du Tchad ainsi que des experts venus de plus de 13 pays pendant cinq jours du 15 au 21 Octobre 1986.

Le Président du Comité d'Organisation



DR. YANHALI... MAHOURI

COUNTRY PROFILEA. Tchad (At a Glance)

Total population, 5.1 million (1986) 3
 Population projected in year 2000, 7.4 million 2
 Crude birth rate, 44 3
 Crude death rate, 20 3
 Rate of natural increase, 2.36 2
 Total fertility rate, 1986 5.9 2
 Under 5 mortality rate, 228 3
 Average age of first pregnancy, 16 1 - 7.7% of Population 2
 Desired family size, 7.2 1
 Average age of marriage for females, 15 1
 Population under age 16 (percent), 2.3 million 3
 Urban population (percent), 28% 3
 Life expectancy, Male - 45.1 2, Female - 49.9
 Causes of maternal deaths, hemorrhages, infection, illegal abortions 4
 Causes of mortality, malnutrition, measles, dehydration, neonatal tetanus and tuberculosis 4.

B. Social Information

Literacy-- percent male/female adults literate 40/11 1985
 Language(s), Sara, Arabic, French, (several other local languages)
 Main or ethnic groups, Sara, Arab, Goranes, Hadjarai, Quaddaiens
 Religion, Muslim (Northern) Christian (Southern) some Arimist
 Per capita GNP (1986), \$80,000
 Educational attendance, Primary - B-55, G-21, Secondary B-11, G-2
 % living below poverty level - 1977-1985 30/56%
 Number of radios per 1,000 - 21g - 2] Situation Demographique du Tchad 1988,
 Canan Bedaou Dumar 3] UNICEF, JOWCR, 1988 4] "Conditions Sarutaires des Meres,
 Nourissons et Entants dans ur Tchad Declne par la queene". Dr. Amdula
 Waya Hooma, MOPH, N'djamena Tchad.

* Study conducted only in urban areas of N'djamena

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT D'ETAT
DIRECTION GENERALE
DIRECTION DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
ET DE L'EDUCATION POUR LA SANTE

PROGRAMME NATIONAL

IES

= = = =

la médecine allopathique, y compris ses buts normatifs, ses techniques diagnostiques et thérapeutiques et ses critères d'appréciation du succès des interventions.

1.2- Concepts actuels de l'IES:

Aujourd'hui, en raison de l'évolution des caractéristiques de la morbidité, de la croissance des attentes sociales et de l'instauration d'une nouvelle relation entre les membres de la communauté et les prestataires de soins de santé, l'éducation pour la santé se trouve en face d'une tâche sans précédent. Comme on reconnaît désormais qu'il existe un fonds de sagesse traditionnelle dans toutes les communautés et que les individus sont capables d'initiative personnelle lorsqu'il s'agit de l'identification et de la résolution de leurs propres problèmes, l'éducation pour la santé n'est plus axée sur l'"intervention", mais sur la participation de la communauté.

En conséquence, l'éducateur sanitaire devient "enseigné" en même temps qu'enseignant et "facilitateur", de même que les membres de la communauté deviennent des enseignants en même temps que des enseignés. Les membres de la communauté ont besoin de faire comprendre leur " culture sanitaire" aux éducateurs sanitaires, en leur expliquant les raisons justifiant leurs croyances et leurs pratiques sanitaires, leur comportement face aux possibilités d'aide thérapeutique qui leur sont offertes ainsi que la perception qu'ils ont de leurs propres problèmes de santé. Les éducateurs sanitaires, de leur côté, doivent engager un dialogue constructif avec les membres de la communauté pour trouver des réponses culturellement appropriées aux problèmes de santé - identifiées conjointement par les membres de la communauté et les agents de santé - dans l'optique des soins de santé primaires. Cette réorientation de l'éducation pour la santé fait apparaître de nouveaux rôles pour les prestataires de soins. Pour leur permettre de s'en acquitter efficacement, il faut concevoir à leur intention de nouveaux types de formation correspondant aux nouvelles stratégies de collaboration avec les communautés et aux nouveaux concepts existant en matière d'éducation. Cette nouvelle approche devrait permettre aux prestataires de soins de mieux apprécier la manière dont la recherche et l'évaluation peuvent contribuer à améliorer l'efficacité des activités de santé.

La Déclaration révolutionnaire adoptée en 1978 à Alma-Ata restera l'un des grands jalons de l'histoire de la santé et aussi de l'histoire de l'éducation pour la santé, à laquelle elle confère un rôle primordial dans la promotion de sentiments de responsabilité

individuelle et collective, et dans le développement de la capacité des hommes à devenir partenaires à part entière de l'action de promotion et de protection de la santé.

Les objectifs des soins de santé primaires ne pourront être atteints qu'avec l'aide de l'éducation pour la santé. En fait, pour rendre les soins de santé primaires accessibles à tous, il faudra que tous les membres de la communauté s'efforcent de ne compter, dans la mesure du possible, que sur leurs propres ressources et à cette fin, il sera indispensable de les associer à la planification, à la mise en place, et à l'évaluation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires.

Il s'agit là d'une démarche qui s'écarte considérablement de l'approche traditionnelle dans laquelle la composante "éducation pour la santé" était définie en fonction de programmes hautement focalisés de lutte contre la maladie ou de planification familiale, et qui étaient exécutés conformément à des valeurs et attentes professionnelles. Les programmes de lutte contre des maladies déterminées restent nécessaires, mais ils doivent de plus en plus s'inscrire dans le cadre établi par la communauté elle-même pour un programme global de santé et de développement.

A ce propos, le Directeur Général de l'OMS a clairement énoncé les points qui appellent une nouvelle façon de penser:

- Il faut que l'éducation pour la santé élabore des politiques nouvelles conformes aux principes des soins de santé primaires et de la stratégie de la santé pour tous d'ici à l'an 2000;

- Il faut que l'éducation pour la santé facilite le développement de ressources humaines possédant les capacités nécessaires pour traduire en objectifs les buts sociaux de la santé pour tous d'ici à l'an 2000;

- Il faut s'efforcer de déterminer quelles méthodes d'éducation sont les mieux appropriées pour promouvoir l'engagement individuel et communautaire ainsi que l'autoresponsabilité;

- Il faut que l'éducation pour la santé renforce son approche plurisectorielle et accroisse la coordination des actions d'éducation par le recours à une technologie appropriée;

- l'éducation pour la santé doit accorder davantage d'attention à la surveillance; et à l'évaluation.

2- DEFINITIONS ET BUTS DE L'INFORMATION ET EDUCATION POUR LA SANTE

2.1- L'éducation pour la santé prise dans son sens le plus large représente l'ensemble des expériences et des situations " qui, dans la vie d'un individu, d'un groupe ou d'une collectivité, peuvent modifier ses croyances, son attitude et son comportement à l'égard des problèmes de santé".

Au niveau de la collectivité, l'éducation pour la santé est le processus par lequel des groupes d'individus s'informent et s'orientent en vue d'une action éclairée en matière de santé; il s'agit de les aider à prendre conscience des problèmes de santé qui se posent sur le plan personnel, familial, professionnel et collectif, en leur apportant les connaissances indispensables, et en les incitant à prendre les mesures nécessaires, avec l'appui des services compétents et des ressources collectives dont elle leur apprend à tirer judicieusement parti.

2.2- Son but est " d'aider les gens à acquérir la santé par leur propre comportement et leurs propres efforts. Elle s'appuie donc, au départ, sur l'intérêt que les particuliers manifestent pour l'amélioration de leurs conditions d'existence et vise à leur faire sentir, en tant qu'individus et membres d'une famille, d'une collectivité ou d'un Etat, que les progrès de la santé relèvent de leur propre responsabilité". L'objectif de cette éducation est d'amener l'individu à traduire en actes ce qu'il a appris au sujet des moyens de protéger et d'améliorer sa santé.

Composante des SSP et partie intégrante des autres programmes sanitaires, l'Education pour la santé se propose d'aider les individus et les collectivités à mieux identifier et à mieux résoudre leurs problèmes de santé selon leurs priorités, compte tenu de leurs valeurs socio-culturelles, avec leur propre participation par des moyens qui leur sont acceptables.

3- PROBLEMATIQUE DE L'INFORMATION ET DE L'EDUCATION POUR LA SANTE

3.1- Introduction

On se rend compte aujourd'hui que la science et la technologie ne peuvent contribuer à l'amélioration du niveau de santé que si les intéressés eux-mêmes s'associent pleinement aux prestataires de soins dans l'action de prévention et de promotion de la santé. De plus, dans un certain nombre de domaines, il est plus urgent de

bien utiliser les connaissances existantes que de chercher à en acquérir de nouvelles et de créer de nouveaux outils, surtout si l'on tient compte de la considérable augmentation des dépenses médicales de ces dernières années (en particulier dans les pays industrialisés) et des contraintes logistiques entravant la fourniture de soins de santé adéquats à la majorité de la population du globe.

En fait, le Septième programme général de travail de l'OMS stipule que les activités dans le domaine de l'information et de l'éducation pour la santé devraient viser à accroître " le potentiel individuel et collectif de participation et d'autoresponsabilité en matière de santé et à promouvoir un comportement sain, particulièrement en ce qui concerne la santé de la famille et la nutrition, l'hygiène de l'environnement, les modes de vie sains, la prévention de la maladie et la lutte contre celle-ci".

Ces décisions constituent un défi majeur pour tous ceux qui sont engagés dans le vaste domaine de la communication pour la santé. Mais l'éducation pour la santé est-elle en mesure de relever ce défi ?

La situation actuelle est paradoxale. D'une part, progrès techniques de plus en plus élaborés, productivité et croissance matérielle souhaitées toujours plus compétitives et importantes, de l'autre, maintien du plus grand nombre en état d'impuissance face à la maladie, la malnutrition, la misère et l'ignorance.

Le monde d'aujourd'hui évolue à un rythme sans précédent et bon nombre de pays en développement ont, dans certains domaines fait en l'espace d'une ou de deux générations des progrès techniques, qui ont demandé plusieurs générations aux pays industrialisés.

Dans ces pays en développement, les professionnels de la santé se sont trop souvent attachés à " vendre" des pratiques sanitaires modernes, sans se soucier suffisamment de savoir si elles étaient transposables dans le contexte socio-culturel des collectivités intéressées. Un problème fondamental est donc de savoir s'il faut imposer aux communautés un système de santé faisant appel à la technologie moderne ou s'il faut permettre à chacune d'entre elles de choisir le type de technologie appropriée.

Un autre problème est que les soins de santé sont devenus le monopole des professionnels de la santé et, qui plus est, le champ

d'influence de la science médicale tend à s'étendre à tous les aspects de la vie. Les soins de santé sont souvent considérés comme synonymes de soins professionnels, une distinction nette étant établie entre les "fournisseurs" et les "consommateurs" de prestations sanitaires.

Dans le passé, les "fournisseurs" de soins de santé se préoccupaient surtout de modifier le comportement individuel, ce qui sous-entendait que l'individu seul était à blâmer. Cette approche rend les malades, les pauvres et les misérables responsables de leur maladie, de leur pauvreté et de leur misère. Elle ignore le fait que dans bien des cas, ce n'est pas l'individu qu'il faut changer, mais l'environnement social dans lequel il vit. En d'autres termes, les facteurs politiques, économiques et environnementaux qui ont un effet négatif ou neutralisant sur un comportement sain doivent être modifiés.

A l'heure actuelle, il devient nécessaire de trouver de nouveaux moyens pour satisfaire les aspirations des populations en ce qui concerne le coût des soins de santé, l'accès à des services professionnels et la qualité de ces services.

Il est donc devenu urgent de procéder à une évaluation critique des approches de l'éducation sanitaire pour retenir celles qui semblent offrir une base solide pour atteindre les objectifs des soins de santé primaires.

3.2- IES dans les composantes SSP

3.2.1- Santé de la famille et planification familiale

Le rôle essentiel de l'éducation sanitaire pour assurer la santé de la mère, de l'enfant et de la famille a été constamment réaffirmé dans les recommandations de comités techniques de l'OMS. C'est ainsi qu'en 1952 un groupe d'experts de l'OMS déclarait:
" La protection de la maternité a pour objet de sauvegarder la santé des femmes au cours de la grossesse et pendant l'allaitement, de leur apprendre les soins à donner aux enfants, de leur permettre d'accoucher normalement et de donner le jour à des enfants sains. Dans son acception restreinte, l'expression "protection de la maternité" désigne les soins à donner à la femme enceinte, les soins au nouveau-né et les mesures permettant le maintien de la lactation. Au sens large de l'expression, la protection de la maternité commence beaucoup plus tôt et comprend toutes les mesures prises en faveur

des jeunes gens susceptibles de devenir parents à leur tour, en vue d'améliorer leur bien-être et leur état de santé et de les aider à se faire une idée juste de la vie familiale et de la place de la famille dans la collectivité. La protection de la maternité doit comprendre également des conseils sur le rôle et la responsabilité qui incombent aux parents et sur les problèmes que posent la stérilité et la procréation volontaire".

Selon une résolution adoptée par la Vingt et Unième Assemblée Mondiale de la Santé en 1968, la planification familiale est considérée par de nombreux Etats Membres comme un élément important des services sanitaires de base, notamment de protection maternelle et infantile, ainsi que de la promotion de la santé des familles, et elle joue un rôle dans le développement social et économique; toute famille doit avoir la possibilité d'obtenir des éclaircissements et des avis sur les questions relatives à la planification familiale et notamment à la fécondité et à la stérilité.

En 1970, un groupe d'étude de l'OMS sur l'éducation sanitaire en matière de planification familiale a estimé que celle-ci "suppose une certaine manière de penser et de vivre adoptée volontairement par des individus et des couples sur la base de connaissances, d'attitudes et de décisions prises en connaissance de cause, afin de promouvoir la santé et le bien-être du groupe familial...". De l'avis du groupe:

Tous ceux qui participent à des programmes de santé comprenant des services de planification familiale doivent être initiés à l'éducation sanitaire afin de pouvoir amener les individus à prendre leurs propres décisions et à agir de manière à améliorer la santé et le bien-être de leur famille, et contribuer par là à promouvoir la qualité de la vie dans leur collectivité comme dans le pays tout entier.

Dans cette optique, la formation du personnel pourra se faire de deux manières:

a) orientation ou formation en cours d'emploi destinée à préparer le personnel en poste dans les services de santé et les enseignants de divers établissements,

b) inclusion de l'éducation sanitaire et des aspects sanitaires de la reproduction humaine, de la dynamique des populations et de la planification familiale dans les programmes d'études des établissements assurant la formation du personnel pleinement qualifié et au-

xiliaire dans le domaine de la santé et des secteurs apparentés. Cette formation à long terme revêt une importance toute particulière

Plus récemment, l'OMS s'est préoccupée de renforcer la cellule familiale pour qu'elle puisse résister aux vicissitudes dont s'accompagnent des transformations sociales rapides et complexes.

3.2.2- Nutrition

Une famille mal nourrie ne peut être en bonne santé et c'est un domaine où l'éducation sanitaire a indiscutablement un rôle à jouer, car la malnutrition est souvent la conséquence de l'ignorance, des croyances, coutumes et pratiques alimentaires traditionnelles qui lui sont associées et des conditions socio-économiques. Le Comité d'experts OMS/FAO a souligné:

a) la nécessité de soumettre à une évaluation critique l'efficacité de l'éducation nutritionnelle: nature, méthodes, contenu, délais et ressources nécessaires;

b) la nécessité d'analyser la nature et l'efficacité de l'éducation nutritionnelle donnée aux enfants d'âge scolaire et aux adolescents; et

c) la nécessité d'analyser les efforts d'éducation nutritionnelle en fonction des contraintes d'ordre économique ou autres, qui influent sur l'aptitude des individus à adopter et à appliquer les pratiques nutritionnelles préconisées.

Depuis une vingtaine d'années, les activités éducatives en matière de nutrition font partie intégrante d'innombrables programmes sanitaires soutenus par l'OMS et le FISE dans les Etats Membres. Toutefois, bien que l'on reconnaisse désormais l'importance prioritaire de l'éducation nutritionnelle, celle-ci n'est pas encore planifiée, appliquée et évaluée de manière efficace. En outre, il est absolument indispensable de multiplier les recherches sur les comportements des populations dans divers contextes culturels et socio-économiques.

3.2.3- Hygiène du Milieu et Assainissement de base

En bien des endroits, le manque d'hygiène dans la population s'explique par des coutumes, une façon de vivre et des habitudes ancestrales qu'il n'est pas facile de modifier. Aucun changement n'est possible sans effort soutenu et délibéré pour encourager la population à adopter des pratiques nouvelles. Les membres de la collectivité, quel que soit leur stade de développement, doivent comprendre qu'ils doivent modifier leurs habitudes et être prêts à

travailler en commun pour que l'environnement soit moins pollué.

La nécessité de l'éducation sanitaire dans les programmes nationaux d'hygiène du milieu a été soulignée depuis 1950 par l'OMS sur les sujets suivants: planification, organisation et administration des programmes nationaux d'hygiène du milieu; médecine du travail; assainissement de base!

- élimination des déchets solides;
- lutte contre la pollution de l'eau;
- urbanisme et aménagements urbains dans leurs rapports avec l'hygiène du milieu;
- méthodes de traitement des eaux usées et protection sanitaire;
- élimination des déchets liquides;
- hygiène des denrées alimentaires.

Les besoins actuels en matière d'hygiène du milieu, dans les pays en développement ou développés, sont trop vastes pour que les fonds publics y suffisent. Si l'on veut progresser rapidement et assurer les services d'assainissement de base nécessaires, il faut que la collectivité soit prête non seulement à réclamer ces services mais encore à les financer et à assumer en partie la responsabilité de leur entretien. L'éducation pour la Santé est l'un des meilleurs moyens d'obtenir cette coopération.

3.2.4- Maladies transmissibles

L'éducation pour la santé occupe une place de choix dans l'action menée contre le paludisme, les maladies vénériennes et les tréponématoses, la variole, le trachome, la lèpre, les infections intestinales et nombre d'autres maladies transmissibles.

L'IES dans ce domaine portera surtout sur les mesures de protection personnelle et celles qui visent à empêcher la constitution de populations importantes d'arthropodes et de rongeurs vecteurs. Celles-ci coïncident en partie avec les mesures utilisées pour lutter contre les vecteurs lors d'épidémies. Néanmoins, certaines mesures généralement associées à une action individuelle ou communautaire, par opposition à celles que prennent les unités de spécialistes de la lutte antivectorielle, sont essentiellement préventives.

- Il y a deux catégories de mesures de lutte antivectorielle
- les mesures d'urgence
 - les mesures de lutte à long terme.

- Dans une situation d'urgence, lors d'une épidémie de maladie arbovirale, une énergique éducation pour la santé en rapport avec

l'épidémie, une mobilisation rapide des ressources et la mise en oeuvre des mesures de lutte sont nécessaires.

Il faut encourager la participation communautaire dans la zone affectée, au moyen d'avis au public et par l'intermédiaire des médias et de fonctionnaires gouvernementaux, en vue d'aider le personnel effectuant une reconnaissance géographique préliminaire et les opérations de pulvérisation. La population locale sera aussi incitée à accomplir des tâches communautaires ou individuelles visant à limiter la reproduction du vecteur et la transmission de la maladie, par exemple élimination ou destruction de certains gîtes larvaires et utilisation de moustiquaires.

3.3. - Éducation pour la santé des enfants d'âge scolaire et des jeunes

Depuis 1949, en collaboration avec l'UNESCO, le FISE et d'autres organisations, l'OMS aide les Etats Membres à entreprendre diverses activités visant à améliorer la santé et le bien-être des jeunes.

De nombreux problèmes restent à résoudre. Par exemple, on pourrait faire beaucoup pour améliorer l'éducation pour la santé des jeunes si les objectifs étaient clairement définis, les principes directeurs suivis, et les obstacles aux progrès analysés. Parmi les facteurs qui entravent le développement de l'éducation pour la santé à l'école, on peut citer:

- le rang de priorité très bas attribué à la santé et aux services de santé dans beaucoup de budgets nationaux, régionaux, provinciaux et locaux;

- le fait que la nécessité d'une concertation pour le développement des programmes de promotion de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire et des jeunes n'est pas reconnue comme elle devrait l'être par les responsables de l'éducation nationale et ceux de la santé;

- l'existence de problèmes sanitaires accablants qu'aggrave encore l'insuffisance ou l'absence de services de santé de base et de services connexes;

- la fragmentation des services existants souvent intensifiée par des conflits interprofessionnels, si bien que la santé et le bien-être des enfants, de la famille et de la collectivité peuvent être négligés, voire totalement oubliés;

- le fait que les dirigeants politiques n'ont pas reconnu la nécessité et la valeur d'un programme de santé complet, qui comprenne l'éducation sanitaire et soit intégré à l'ensemble des plans et programmes de développement;

- le fait que les personnes les plus directement intéressées- élèves, parents, enseignants, dirigeants locaux, travailleurs sanitaires et autres membres du personnel administratif local- ne participent pas activement à la planification et à la réalisation des projets;

- le fait que, souvent, l'éducation sanitaire n'est pas bien adaptée aux besoins et aux intérêts des enfants d'âge scolaire et des jeunes, de leur famille et de la collectivité dont ils font partie;

- le manque de préparation adéquate chez les enseignants chargés d'assurer l'éducation sanitaire à tous les niveaux.

3.4.- IES dans la Formation des Personnels de Santé et Secteurs connexes

L'Education pour la santé devrait normalement faire partie des activités de tous les travailleurs du Secteur de la Santé et des Secteurs connexes- médecins, infirmiers, sages-femmes, spécialistes de l'hygiène du Milieu, nutritionnistes, travailleurs sociaux, enseignants, agents de vulgarisation agricole et personnel du développement communautaire.

- L'Organisation Mondiale de la Santé a aidé à renforcer la formation post-universitaire en éducation sanitaire et sciences sociales apparentées donnée à diverses catégories d'étudiants dans les écoles de Santé publique ou d'autres établissements.

Elle a notamment attribué des bourses d'études pour préparer des enseignants de niveau professionnel à dispenser une formation en éducation sanitaire, envoyé des spécialistes de l'éducation sanitaire occuper des postes d'enseignants dans certaines écoles de Santé publique, et participer à des études sur l'établissement des programmes de cours, ainsi qu'à la création de centres de formation pratique.

- Malgré tous les efforts déployés pour intégrer l'IES da la formation des personnels de santé, les activités IES restent tr limitées, et de ce fait l'évaluation de leur impact sur le comportement des populations reste aléatoire. Les principales contrainte sont liées à:

- L'insuffisance quantitative et qualitative du personne formé en IES

-L'utilisation souvent inadéquate de ce personnel 87

4. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE POUR LA COMPOSANTE I.E.S. AU TCHAD

4.1. Organisation et structures existantes

Le Bureau de l'éducation pour la Santé au Ministère de la Santé Publique, tel qu'il se présente actuellement ne peut faire face aux tâches classiques dévolues à un service d'éducation pour la santé. Ceci explique la rupture presque totale qui existe entre ce bureau sensé coordonner toutes les activités en la matière, et les institutions chargées de les exécuter. L'absence d'un programme national d'Education pour la Santé, véritable "trait d'union" entre les formations sanitaires à tous les échelons, contribue à rendre les activités d'I.E.S. très difficiles à suivre et à évaluer.

4.2. Ressources disponibles

- Ressources humaines

- . Personnel National : 1 Ingénieur Sanitaire
1 Technicien d'Assainissement formé en I.E.S.
- . Personnel International : 1 Fonctionnaire O.M.S. Conseiller
à la Direction de la Formation
Professionnelle et de l'Education
pour la Santé.

- Infrastructures - Ressources matérielles

- . Locaux : Le programme ne dispose que d'une seule
pièce exigüe.
- . Moyens logistiques : Néant.
- . Matériel - Equipement : 2 Bureaux.

- Ressources Financières

- . Le Programme ne dispose pas de budget propre.

.../...

4.3. Activités

Les activités d'Education pour la santé ont toujours été menées dans les différentes formations sanitaires, par un personnel souvent peu entraîné dans ce domaine. Les constatations faites démontrent qu'il n'y a pas de coordination entre les services de la santé d'une part, et entre les services de santé et ceux du Ministère de l'Information d'autres parts. Les séances d'IES sont organisées selon une certaine routine et ne suscitent point la participation du public.

Pour la coordination et le suivi des séances éducatives, il a été créé au sein du Ministère de la Santé une Commission Information et Education pour la Santé, dont la Direction du Génie Sanitaire avait assuré la Présidence et qui était chargée de :

- * Programmer les séances éducatives Radio-diffusées avec les membres de la commission.
- * Préparer la réunion des membres de la commission.
- * Préparer le calendrier et développer les thèmes avec les cadres techniques en collaboration avec la Radiodiffusion Nationale Tchadienne.

4.3.1. Equipe mobile IES

Elle était dirigée par la Section d'Education pour la Santé dépendant de la Direction du Génie Sanitaire et de l'Assainissement afin de :

sensibiliser la population sur la notion d'eau potable, le péril fécal, et l'importance de la vaccination etc...

Au niveau de la Direction du Génie Sanitaire et de l'Assainissement les films ci-après ont été projetés à travers la ville et sa banlieue

- L'eau de consommation : qualités acceptables
- L'assainissement du milieu
- Qu'est-ce que la maladie ?
- Comment se transmet la maladie ?
- Le Paludisme
- L'Ankylostomiase
- La Schistosomiase.

84

Ces films sont d'abord commentés en langues nationales, puis projetés et rediscutés par la suite. Les films sont projetés selon le calendrier conçu dans les arrondissements respectifs de la ville, à partir de 18 H 30.

Au niveau des SSP des films relatifs à certaines actions sanitaires ont été projetés à l'intention des ASV. Il s'agit notamment de :

- L'eau de consommation
- L'assainissement du milieu
- Les maladies parasitaires
- La nutrition
- Le Paludisme.

4.3.2. Collaboration entre le Ministère de la Santé Publique et le Secrétariat à l'Information et à l'Orientation

4.3.2.1. Radio-Diffusion Nationale

En accord avec les responsables de la Radio-Diffusion Nationale, une émission radio-diffusée hebdomadaire axée sur l'Education pour la Santé ayant pour titre "LA SANTE AVANT TOUT" se déroule tous les :

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - Mardi en Arabe | 18 H à 18 H 15 |
| - Mercredi en Sara de
et en Français de | 17 H à 17 H 15
22 H à 22 H 30. |

Les thèmes radio-diffusés sont ceux présentés par la Commission Information et Education pour la Santé sur proposition des différents services du Ministère de la Santé.

Depuis le 15 Janvier 1987, la division de la Radio-Rurale créée au sein de la Radiodiffusion Nationale Tchadienne a réservé une tranche horaire au Ministère de la Santé Publique pour une émission intitulée : "SANTE POUR TOUS".

La division Radio-Rurale conçoit et réalise les émissions radio-phoniques destinées aux Populations rurales, conformément aux directives d'un Comité Interministériel créé à cet effet auprès du Ministère Chargé de l'Information (Arrêté n° 763/PR/SEPRIO/DG/86 du 5 Mai 1986). Les programmes se déroulent ainsi :

- Mardi en Français de 20 H 30 à 20 H 45
- Mercredi en Arabe ou Sara de 15 H à 15 H 15.

85

4.3.2.2. Presse Ecrite

La collaboration avec ce service n'est pas encore bien établie dans le cadre spécifique de l'IES. Cependant tous les événements survenant au sein du Ministère et des services de Santé sont couverts par la presse.

4.3.2.3. Presse Filmée

Assure la couverture de tous les événements concernant le Ministère de la Santé. Sur demande de certains services techniques, la presse filmée fournit des photos, affiches marquantes susceptibles d'être imprimées pour une large diffusion.

4.3.3. Milieu Scolaire

La Direction du Génie Sanitaire et de l'Assainissement a affecté une équipe de techniciens d'assainissement auprès de l'Hygiène Scolaire aux fins de :

- Sensibiliser les élèves et leur inculquer des notions élémentaires d'hygiène par des causeries, cours théoriques, projection de films.
- Participer et surtout organiser l'Assainissement en milieu scolaire, point focal de sensibilisation.

4.3.4. Coordination des activités IES par le Ministère de la Santé Publique

- En FEVRIER 1984 au sein de C.C.S.S. (Comité de Coordination des Actions Sanitaires et Sociales) a été créée une Commission Information et Education pour la Santé. Son rôle est de définir la Stratégie et le Programme National de l'IES.

- Le 14 AOUT 1986 par note de service N° 1597/MSP/SE/DG a été créée une Commission d'Information et d'Education pour la Santé chargée de l'élaboration et de l'adoption du Programme National de l'I.E.S.

- Par arrêté n° 0026/MSP/CAB/86 du 17 OCTOBRE 1986 portant réorganisation du Ministère de la Santé Publique, est créé un programme National de l'I.E.S. rattaché à la Direction de la Formation Professionnelle et de l'Education pour la Santé, chargé de :

* Produire et diffuser du matériel éducatif à travers tout le pays en collaboration avec les autres composantes.

* Planifier et organiser des campagnes et des émissions d'Education pour la Santé.

4.4. Analyse de Situation Actuelle de la Composante I.E.S.

Une petite étude a été réalisée d'OCTOBRE à DECEMBRE 1986 au niveau des différents départements ministériels menant des activités I.E.S., afin d'assurer une meilleure coordination et rendre la collaboration plus fructueuse. Les données recueillies ont permis de :

- 1° . Préciser les services chargés de l'IES au sein de chacun des Ministères.
- 2° . Connaître les champs d'application de l'IES.
- 3° . Identifier les personnes ou équipes chargées de l'IES dans ces services.
- 4° . Mettre en évidence les différentes approches ou méthodes utilisées pour organiser les séances d'IES et susciter une grande participation du public.
- 5° . Noter l'importance accordée à cette composante par le rythme, la fréquence des séances d'IES.
- 6° . Identifier les besoins prioritaires de ces services sur le plan des ressources nécessaires au bon déroulement des activités I.E.S.

Les départements ministériels et organismes ayant fait l'objet de l'Etude sont les suivants :

- Ministère de la Santé Publique : Toutes les sections I.E.S. rattachées aux différentes directions.

- Ministère des Affaires Sociales et de la Promotion Féminine.

- Médecins Sans Frontières.

Le Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural et le Ministère de l'Elevage et de l'Hydraulique Pastorale bien que associés à l'étude n'ont pas fait part des activités qu'ils mènent dans le domaine de l'I.E.S. Il serait souhaitable de les recontacter compte tenu des grandes possibilités qu'ils offrent dans ce domaine.

La plupart des services ont constitué une équipe d'au moins trois personnes. Certains services disposent même d'une équipe mobile chargée d'organiser des séances dans les quartiers.

Différentes catégories de personnel assurent des activités I.E.S. selon les services, mais la grande majorité n'a pas reçu de formation spécifique en I.E.S. Chacun d'eux utilise les connaissances acquises au cours de la formation de base.

Différentes approches, méthodes sont utilisées pour l'I.E.S., mais le manque de temps n'a pas permis de voir dans quelle mesure le matériel éducatif était bien utilisé. Le rythme et la périodicité, le volume des activités I.E.S. varient suivant les services.

Il ressort de cette analyse de la situation les principales contraintes suivantes :

- Les ressources humaines sont insuffisantes quantitativement et qualitativement ;
- Les équipes constituées ont besoin d'être renforcées et le personnel qui les constitue formé ou recyclé ;
- Le personnel n'a pas toujours les moyens de confectionner ni de produire le matériel éducatif;
- Les activités de recherche sur les comportements et l'adéquation du matériel éducatif utilisé ne sont pas développées.

C H A P I T R E II

=====

2.1. ENGAGEMENT NATIONAL

- La Déclaration d'ALMA ATA a reconnu l'IES comme étant une composante fondamentale et indispensable des Soins de Santé Primaires.

- Les Résolutions AFR/RC29/R10 et AFR/RC31/R4 témoignent de l'importance accordée par les Etats Membres à l'IES.

La trente-deuxième Session du Comité Régional en SEPTEMBRE 1982, la Trente-Sixième Assemblée Mondiale de la Santé en 1983, la Trente-quatrième Session du Comité Régional de 1984 ont porté leur attention sur l'IES dans leurs discussions techniques. Ainsi vingt-deux des quarante-trois Etats Membres de l'O.M.S. ont prévu la coopération technique et financière de l'organisation pour mettre en oeuvre leur programme d'Information du public et éducation pour la Santé. L'usage judicieux des mass média sera facilité par la formation des journalistes sanitaires et autres communicateurs sociaux pour renforcer les activités des SSP au niveau des collectivités.

L'O.M.S. se propose d'accroître ses efforts pour renforcer les résultats atteints dans ce domaine important de changements comportementaux vis-à-vis des problèmes de santé.

Aussi, le TCHAD se conformant à la Charte Africaine de Développement Sanitaire, ainsi qu'à la politique définie par la constitution de l'O.M.S. et celle de l'O.U.A. a réaffirmé à plusieurs reprises sa détermination à faire accéder sa population entière d'ici à l'AN 2000 à un niveau de Santé permettant de mener une vie socialement et économiquement productive.

- L'engagement du GOUVERNEMENT a, à maintes reprises été exprimé dans la déclaration des autorités politiques et sanitaires.

- Dans l'Acte Fondamental de la République (29 Septembre 1982) il est stipulé : "qu'en politique intérieure sous l'autorité du Président de la République, Chef de l'Etat, le Gouvernement est notamment chargé de la promotion et du Développement de la Santé et du Bien-être de la Population".

En 1983, dans une déclaration de politique générale, le Gouvernement affirmait :

"Une attention particulière sera surtout accordée à la Santé Publique. Des mesures adéquates seront prises pour répondre aux besoins des soins de Santé exprimés par nos populations".

"Priorité de la médecine préventive sur la médecine curative". Telle est l'idée force du discours programme du Ministre de la Santé Publique, du Travail et des Affaires Sociales à la 2ème Conférence Nationale de la Santé tenue à N'DJAMENA du 05 au 12 DECEMBRE 1977.

Le TCHAD a reconnu les grands principes des Soins de Santé Primaires en souscrivant à la Déclaration d'ALMA-ATA de 1978 qui a fait de l'IES une composante fondamentale et indispensable des Soins de Santé Primaires.

2.2. POLITIQUE ET NOUVELLES ORIENTATIONS POUR LA COMPOSANTE I.E.S.

- Soucieux de donner à tous les Tchadiens d'ici à l'AN 2.000 un niveau qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive;

- Considérant que l'Information et l'Education pour la Santé (I.E.S) est une des composantes essentielles des Soins de Santé Primaires ;

- Considérant que les objectifs des SSP ne peuvent être atteints qu'avec l'aide de l'I.E.S., le Gouvernement Tchadien déclare que le meilleur moyen pour y parvenir serait de mettre sur pied une action éducative appropriée, visant à permettre aux individus de faire face aux problèmes de Santé urgents. Il s'engage à mettre en oeuvre un programme national d'I.E.S. qui s'intégrera dans le système des Soins de Santé Primaires, dont le but est de réduire la morbidité et la mortalité dues à l'ignorance.

C H A P I T R E III

=====

O B J E C T I F S

3.1. Objectifs Généraux :

- Promouvoir dans le pays les activités de l'I.E.S. et des programmes d'utilisation des moyens de communication sociale et des structures éducatives.
- Stimuler la participation des collectivités aux efforts d'amélioration de leur propre Santé, dans le cadre d'une approche multisectorielle au développement socio-économique fondée sur les Soins de Santé Primaires.
- Promouvoir dans le pays des recherches appliquées à l'I.E.S et aux services de Santé , notamment celles relatives aux stratégies susceptibles d'améliorer les comportements sanitaires des individus et des collectivités.
- Identifier et collaborer avec les institutions nationales et sous régionales pouvant contribuer aux recherches appliquées en I.E.S.

3.2. Objectifs Spécifiques :

- Former pour le pays un noyau d'éducateurs pour la Santé et des communicateurs sociaux qualifiés, capables de planifier et de coordonner les programmes nationaux d'I.E.S. et d'utiliser les média pour l'I.E.S.
- Intégrer les cours d'I.E.S dans les programmes :
 - . Des établissements de formation professionnelle.
 - . Des écoles primaires et secondaires.
- Créer un Centre de Documentation Sanitaire.
- Recycler le personnel socio-sanitaire et les agents de développement rural en service.

- Identifier les principaux moyens traditionnels de communication utilisés en I.E.S..
- Rendre disponible au niveau du pays les moyens de production du matériel IES.

C H A P I T R E I V

=====

S T R A T E G I E S

L'I.E.S. est une des caractéristiques essentielles de la stratégie régionale adoptée pour la Trente-cinquième Session du Comité Régional pour l'Afrique (1985) en vue d'accélérer la réalisation de la SPT/2.000. Ainsi différentes stratégies sont proposées en conséquence :

4.1. Renforcement des Structures Nationales chargées de I.E.S.

Il s'agira de renforcer la capacité pour rendre ces structures plus opérationnelles, en les dotant de tous les moyens nécessaires.

4.2. Planification et Coordination des activités

Mettre en place les mécanismes devant permettre de coordonner les activités planifiées par les différentes composantes des SSP, incluant l'I.E.S. aux différents niveaux des structures nationales.

4.3. Formation du personnel

Encourager la formation des Journalistes en I.E.S.

Introduire ou développer les cours I.E.S. dans la formation de base et la formation continue, le recyclage des personnels de Santé et secteurs connexes.

4.4. Mobilisation Sociale

Informar et utiliser toutes les structures sociales existantes en s'appuyant sur les différents types de média disponibles, pour soutenir les structures de participation des Communautés aux activités de Santé.

4.5. Recherche

Une stratégie globale de recherche en I.E.S. doit être définie et orientée vers la recherche appliquée dans l'utilisation des média et communicateurs traditionnels, et sur les changements comportementaux relatifs à tous les problèmes de Santé.

C H A P I T R E V

=====

A C T I V I T E S

Les activités de l'I.E.S. sont intégrées dans toutes les composantes des Soins de Santé Primaires. A ce titre, l'I.E.S. utilisera les mêmes structures à différents niveaux. Il s'agira surtout de développer les mécanismes de coordination/collaboration avec toutes les composantes aux différents niveaux des structures chargées de l'I.E.S.

5.1. RENFORCEMENT DES STRUCTURES NATIONALES CHARGÉES DE I.E.S.

- . Organiser le service chargé de faire appliquer le programme national I.E.S. en mettant en place, les cadres politique, juridique, institutionnel de l'IES, ou réviser ceux existants.
- . Définir les attributions de ce service et les différents bureaux qui le composent (cf organigramme en annexe 4).
- . Définir le profil du personnel devant constituer l'Equipe chargée de l'I.E.S. au niveau central.
- . Procéder à l'affectation des différents membres de cette Equipe.
- . Doter le service en ressources matérielles et financières nécessaires au bon déroulement des activités de coordination sur le plan de I.E.S.
- . Mettre en place les moyens logistiques devant permettre aux responsables I.E.S. d'assurer la liaison avec les autres services.
- . Aménager et équiper un local pour la production du matériel éducatif.
- . Créer des cellules chargées de coordonner les activités I.E.S. aux différents niveaux des structures nationales et renforcer celles existantes.

5.2. PLANIFICATION ET COORDINATION DES ACTIVITES

5.2.1. Activités Générales I.E.S.

- . Développer des programmes d'animation en I.E.S. à la Radio et dans les autres média.
- . Concevoir et développer un programme d'animation et d'information des organisations de masse et de jeunesse.
- . Organiser des causeries-débats sur des thèmes divers, relatifs à la Santé au sein des Communautés.
- . Créer un centre de Documentation/Information sanitaire dans le pays et des antennes ou cellules aux différents niveaux et leur donner les moyens nécessaires.
- . Produire du matériel éducatif approprié destiné aux différentes composantes des SSP.
- . Renforcer la collaboration intersectorielle en créant des structures et mécanismes appropriés.

5.2.2. Activités Spécifiques I.E.S.

Ce sont celles qui seront développées, à l'intention des populations par les organes de presse.

Elles s'inscriront dans le cadre des composantes des Soins de Santé Primaires et dans les différents programmes de développement sanitaire et développement socio-économique.

Il s'agira des activités I.E.S. en rapport avec :

- La Santé Maternelle et Infantile y compris la Planification familiale.
- L'approvisionnement en eau saine et les mesures d'assainissement de base.
- La promotion d'une alimentation correcte.
- La vaccination contre les principales maladies infectieuses.
- La prévention et la lutte contre les endémies locales
- Le traitement approprié des maladies et traumatismes courants.
- L'utilisation judicieuse des médicaments essentiels.

Des guides doivent être élaborés et mis à la disposition :

- des Formateurs : Ecoles Primaires, Secondaires et Professionnelles.
- Des Services : Tous les services menant des activités en rapport avec les différentes composantes des SSP.
- Des Agences Internationales et Organisations non Gouvernementales pour une meilleure harmonisation des stratégies au niveau du pays.
- Des organisations de masse.

5.3. FORMATION DU PERSONNEL

Planifier la formation sur place ou à l'étranger, de Journalistes Sanitaires et autres communicateurs sociaux, par des ateliers nationaux, en collaboration avec le Secrétariat d'Etat à l'Information et à l'Orientalion.

. Réviser les contenus des cours d'IES, et les renforcer au besoin à l'Ecole Nationale de Santé Publique et du Service Social.

. Etudier en collaboration avec les différents départements ministériels, les voies et moyens pour introduire les Guides I.E.S. dans la formation des formateurs, et dans les Ecoles Primaires, Secondaires et Professionnelles.

. Planifier des Séminaires et sessions de recyclage afin d'initier le personnel de Santé et de Secteurs apparentés, aux techniques de communication sociale à travers le pays.

. Organiser des conférences-débats nationaux pour sensibiliser les cadres des ministères, et Associations Socio-Professionnelles sur l'I.E.S., et les problèmes de Santé.

5.4. MOBILISATION SOCIALE

. Développer, soutenir les approches novatrices visant à faire participer les Communautés, les groupes cibles auxquels s'adressent les différents programmes I.E.S. : enseignants des écoles primaires et secondaires, agents de développement rural, de l'alphabétisation et de la formation des adultes, les Associations socio-professionnelles, praticiens traditionnels.

. Diffuser le matériel éducatif en l'adaptant aux différents groupes cibles dans les langues nationales.

5.5. RECHERCHE

. Promouvoir la recherche appliquée, en indiquant la méthodologie de recherches en Sciences Humaines dans les programmes de formation des personnels de Santé et des Services Sociaux :

Des sujets de mémoire ou thèse, peuvent être choisis et confiés à des étudiants en Sciences Humaines ou en Santé Publique. Ces projets de recherche appliquée peuvent concerner :

- . les problèmes prioritaires de Santé
- . l'engagement communautaire
- . l'utilisation des services de Santé
- . le processus de communication, éducation pour la Santé
- . l'utilisation des moyens traditionnels de communication
- . production de matériel éducatif à adapter aux réalités socio-culturelles locales.

C H A P I T R E VI
=====

RESSOURCES NECESSAIRES AU PROGRAMME NATIONAL D'I.E.S.

6.1. Renforcement des Structures Nationales

6.1.1. Infrastructures

- . Deux Bureaux équipés
- . Une Salle équipée pour le Dessinateur
- . Une Salle équipée pour le matériel audio-visuel et appareils divers.
- . Un local pour chaque cellule I.E.S. à créer aux niveaux régional et périphérique.

6.1.2. Ressources Humaines

- . Un Cadre Supérieur Spécialisé en I.E.S.
- . Deux cadres moyens formés en I.E.S.
- . Un Dessinateur
- . Un Technicien de l'Audio-Visuel
- . Un Secrétaire
- . Un Chauffeur.

6.1.3. Ressources Matérielles

- . Matériel de Bureau
- . Matériel didactique
- . Matériel audiovisuel
(cf liste détaillée à l'annexe n° 7)

6.1.4. Matériel d'Appui logistique

- . Un Véhicule tout terrain - Carburant.

6.1.5. Ressources Financières

- . Fonds nécessaires pour couvrir les frais de fonctionnement du service chargé du Programme National I.E.S.

6.2. Planification et Coordination des Activités

6.2.1. Ressources Humaines

Dans le cadre de la collaboration intersectorielle, l'Equipe chargée du Programme National I.E.S. devrait associer les cadres des différents ministères techniques pour la planification et une meilleure coordination des activités.

Toutes les personnes ressources susceptibles d'apporter leur contribution peuvent être sollicitées auprès des services et Institutions nationales ou régionales.

6.2.2. Ressources Matérielles

Les cellules créées aux niveaux régional et périphérique doivent être dotées du matériel nécessaire (de bureau, matériel éducatif) pour la bonne exécution des activités.

6.2.3. Ressources Financières

Des fonds doivent être alloués pour l'entretien et la réparation du matériel, et la production du matériel éducatif.

6.3. Formation du Personnel

. Fonds nécessaires pour couvrir tous les frais de formation y compris la confection du matériel didactique.

Un ou plusieurs consultants, facilitateurs sont à prévoir dans les frais de formation.

6.4. Mobilisation Sociale

.Fonds pour couvrir les frais divers relatifs aux missions, Etudes, Enquêtes etc... nécessaires pour mener les activités liées à cette stratégie.

CHAPITRE VII

RESULTATS ATTENDUS D'ICI L'AN 2000

7.1. PLANIFICATION DES ACTIVITES

. Entreprendre un inventaire de toutes les ressources disponibles dans le domaine de la communication interpersonnelle en analysant l'organisation du système de vulgarisation, animation, développement rural.

. Mettre en place une stratégie globale qui serait élaborée à partir des principaux éléments suivants :

- Identification des populations cibles :
 - . décideurs du secteur sanitaire et des secteurs connexes,
 - . personnel de santé et d'autres secteurs,
 - . grand public (exemples groupes vulnérables, groupes influents dans les communautés etc...).
- Spécification des objectifs prioritaires pour chaque population cible et moyens d'évaluation.
- Détermination des contenus des messages, choix (et mélange) des médias et approches pour chaque population cible, basée sur une connaissance des attitudes et croyances dans les populations cibles.
- Identification des moyens de renforcer et reproduire les messages prioritaires par les ressources disponibles.
- Identification de stratégies alternatives pour atteindre les objectifs (exemple doit-on développer une campagne pour un objectif particulier ou plusieurs messages doivent-ils être transmis simultanément ?).
- Elaborer les guides IES destinés aux services et aux Ecoles de formation (Ecoles Normales - Ecoles de Santé) et aux Ecoles Primaires et Secondaires.
- Inclure l'IES dans les Guides qui seront élaborés pour la formation des ASV.

7.2. FORMATION DU PERSONNEL

. Réviser les cours IES contenus dans tous les programmes de Formation à l'ENSPSS, d'ici 1990.

. Introduire les cours d'IES dans au moins 50 % des Ecoles primaires et secondaires de 1990 à 1995.

.. Evaluer les besoins en formation-recyclage IES du personnel existant.

. Planifier au moins 2 séminaires/an de 1988 à 1995 pour des équipes multisectorielles (santé et secteurs connexes).

7.3. MOBILISATION SOCIALE

. Soutenir les structures de participation en utilisant les moyens traditionnels de communication sociale.

7.4. RECHERCHE

. Mettre en place des projets de recherche appliquée en définissant les différents thèmes à développer en collaborant avec les institutions nationales.

C H A P I T R E V I I I

=====O=====

P L A N D' A C T I O N

L'information et l'Education pour la Santé, reconnue comme une composante fondamentale et indispensable des Soins de Santé Primaires, impose l'Etablissement d'un plan d'action afin d'accélérer l'instauration de la Santé pour Tous d'ici à l'AN 2000.

Le plan d'action ici proposé devra être progressivement mis à jour selon les besoins.

Il est important de souligner que le développement d'un programme d'I.E.S. nécessitera plusieurs activités et études spécifiques pour en assurer la faisabilité et la pertinence.

Les activités à envisager pour le démarrage de la phase préparatoire peuvent être :

1° VOYAGE D'ETUDES : Planifier le voyage d'étude dans les pays où il existe un programme bien développé d'I.E.S. pour les responsables Nationaux.

2° ETUDES :

- . Développer des études-pilotes dans l'éducation des masses par la radio
- . Etudier les besoins en formation du personnel en activités.

3° SEMINAIRES :

. Organiser des séminaires multisectoriels ayant pour objectif l'identification des besoins, mécanismes et politique pour une collaboration en I.E.S.

Les activités découlant des stratégies définies doivent couvrir la période 1987 à 1997 soit une décennie. Les trois dernières années pourraient être consacrées à l'évaluation du programme, ce qui n'exclut pas que de petites évaluations aient lieu pendant le déroulement du programme.

PLAN D'ACTION POUR LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME NATIONAL I.E.S.

0

STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE														
		1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2.	
I. <u>RENFORCEMENT DES STRUCTURES NATIONALES</u>	1.1. Organiser le service chargé de faire appliquer le programme national I.E.S. :	+														
	- Mettre en place les cadres politique, juridique, institutionnel.															
	- Reviser les textes existants et les modifier au besoin.															
	1.2. Définir les attributions de ce service et les différents bureaux qui le composent.	+														
	1.3. Définir le profil du personnel devant constituer l'Equipe chargée de I.E.S. au niveau central.	+														
1.4. Procéder à l'affectation des différents membres de cette Equipe.	+															
- Organiser un voyage d'étude, ou des stages à l'étranger selon les besoins.																
- Organiser un séminaire ou des séances d'informations pour les membres de l'Equipe et les collaborateurs des autres composantes.																
1.5. Doter le service en ressources matérielles et financières nécessaires au déroulement des activités I.E.S.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		

106

PLAN D'ACTION POUR LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME NATIONAL I.E.S.

0

STRATEGIES	ACTIVITES	P E R I O D E													
		1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2.000
	1.6. Mettre en place les moyens logistiques pour liaison entre Equipe et collaborateurs autres composantes. 1.7. Aménagement local et Installation matériel Educatif. 1.8. Mettre en place des cellules IES aux différents niveaux des structures (régionales et périphériques) * Renforcer les cellules existantes * Créer des cellules au niveau des structures régionales et périphériques.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
<u>II. PLANIFICATION ET COORDINATION DES ACTIVITES</u>	2.1. Renforcer la collaboration intersectorielle en créant des structures et mécanismes appropriés. * Redynamiser un calendrier de travail pour cette sous-commission. 2.2. Développer des programmes d'animation en I.E.S. à la radio et dans les autres média. 2.3. Organiser des causeries-débats sur des thèmes divers relatifs à la santé au sein des communautés.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		

167

PLAN D'ACTION POUR LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME NATIONAL I.E.S.

0

STRATEGIES	ACTIVITES	P E R I O D E													
		1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2.000
<u>II. PLANIFICATION ET COORDINATION DES ACTIVITES</u>	2.4. Créer un centre de Documentation Information Sanitaire dans le pays		+												
	* Créer un centre au niveau central et le doter des moyens nécessaires.		+												
	* Créer des cellules de Documentation/Information au niveau régional.			+	+	+	+	+	+	+					
	2.5. Produire le matériel éducatif approprié, destiné aux différentes composantes et Institutions nationales		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
	* Elaborer des Guides I.E.S. à l'intention des services, des Ecoles (Ecoles Primaires, Secondaires et Professionnelles), et des Organisations de Masse.		+	+	+										
	* Produire les affiches, manuels films (sur bobine ou cassette vidéo) diapositives, photos, livrets etc... à l'intention du grand public.			+	+	+	+	+	+	+	+	+			
<u>III. FORMATION DU PERSONNEL</u>	3.1. Planifier la formation sur place ou à l'étranger de l'Equipe chargée de I.E.S. (Santé - Média).	+	+	+											
	3.2. Planifier et organiser la Formation des Formateurs pour l'utilisation des Guides I.E.S.				+	+	+	+	+	+					

108

PLAN D'ACTION POUR LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME NATIONAL I.E.S.

0

S T R A T E G I E S	A C T I V I T E S	P E R I O D E													
		1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2.000
III. <u>FORMATION DU PERSONNEL</u>	3.3. Procéder à la révision des programmes I.E.S. à E.N.S.P.S.S.	+	+	+											
	3.4. Planifier et organiser les sessions de formation ou de recyclage des personnels de santé sur les techniques de communication sociale.		+	+	+	+	+								
	3.5. Organiser des conférences débats nationaux pour la sensibilisation des cadres nationaux (différents ministères techniques) et Associations socio-Professionnelles.		+				+		+				+		
IV. <u>MOBILISATION SOCIALE</u>	4.1. Développer les activités novatrices favorisant une grande participation du public aux activités I.E.S.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
	* Exploiter les moyens traditionnels de communication : théâtre, contes, saynettes, etc...														
	* Développer les activités existantes ayant suscité l'intérêt du public.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
4.2. Diffuser le matériel éducatif adapté aux différents groupes cibles :			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
	* Produire le matériel en tenant compte des particularités et caractéristiques liées à chaque groupe cible.			+	+	+	+	+	+	+	+	+			

109

PLAN D'ACTION POUR LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME NATIONAL I.E.S.

0

STRATEGIES	ACTIVITES	P E R I O D E													
		1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2.000
IV. <u>MOBILISATION</u> <u>SOCIALE</u>	* Tester ce matériel sur des petits groupes.				+	+	+	+	+	+	+				
	* Assurer la diffusion.				+	+	+	+	+	+	+				
V. <u>RECHERCHE</u>	5.1. Promouvoir la recherche appliquée sur les problèmes prioritaires de Santé.		+	+	+	+	+	+	+	+	+				
	* Identifier les Institutions Nationales ou Régionales susceptibles de collaborer.			+	+	+	+	+	+	+	+				
	* Mettre en place les mécanismes de cette collaboration.			+	+	+	+	+	+	+	+	+			
	* Identifier les personnes ressources qui se chargeraient des différents projets.			+	+	+	+	+	+	+	+	+			

110

CHAPITRE IX

INDICATEURS

Les indicateurs proposés constituent les instruments devant permettre d'évaluer le programme national d'IES en considérant les différents éléments du processus d'évaluation à savoir:

- . la pertinence
- . l'adéquation
- . l'état d'avancement
- . l'efficience
- . l'efficacité
- . l'impact

L'évaluation concerne la couverture sanitaire et les actions menées par les populations dans le but de maintenir et d'améliorer leur propre état de santé. Les principaux indicateurs utilisés sont ceux des prestations de soins et ceux de la couverture par les soins de santé primaires.

9.1- INDICATEURS DE PRESTATION DE SOINS

9.1.1.- Disponibilité:

- . Unités de Santé/population
- . Ratio personnel formé en IES/population
- . Pourcentage de villages dotés d'un centre d'alphabétisation

9.1.2.- Accessibilité

Peut se juger en examinant la disponibilité et en appréciant l'utilisation des services.

- . Pourcentage de villages se trouvant à moins de 5 km d'une Unité de Santé.

- . Nombre de villages visités par les Equipes mobiles d'une des composantes des SSP/mois.

- . Pourcentage de personnes disposant d'un poste radio.

9.1.3.- Utilisation

Il s'agit d'établir le rapport entre personnes ayant besoin d'un service et qui le reçoivent effectivement dans l'année.

- . Pourcentage de population fréquentant les unités de santé
- . Pourcentage de la population assistant à une séance IES
- . Pourcentage de la population écoutant collectivement les émissions sanitaires en langues nationales.

9.2- INDICATEURS DE COUVERTURE PAR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

9.2.1.- Education communautaire appropriée:

- . Nombre de séances éducatives par mois dans une unité de

///

9.2.2- Promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles:

- . Pourcentage de la population ayant suivi des séances éducatives sur le maraîchage.
- . Pourcentage de la population ayant suivi des séances éducatives sur le petit élevage.
- . Pourcentage de la population ayant suivi des séances éducatives sur l'utilisation des produits du petit élevage.

9.2.3- Approvisionnement suffisant en eau potable et assainissement de base:

- . Pourcentage de population ayant suivi des séances éducatives sur la protection des points d'eau.
- . Pourcentage de population ayant suivi des séances éducatives sur l'utilisation de latrines.
- . Pourcentage de population ayant suivi des séances éducatives sur l'isolement des animaux domestiques.
- . Pourcentage de population ayant suivi des séances éducatives sur l'élimination des ordures ménagères.

9.2.4 - Santé Maternelle et Infantile

- . Pourcentage des femmes enceintes ayant suivi des séances IES sur l'importance des consultations prénatales.
- . Pourcentage de mères ayant suivi des séances IES sur l'importance des consultations de nourrissons.
- . Pourcentage de femmes ayant suivi des séances éducatives sur la planification familiale.

9.2.5 - Vaccinations contre les maladies infectieuses:

- . Nombre de mères ayant suivi des séances d'Information sur les vaccinations.

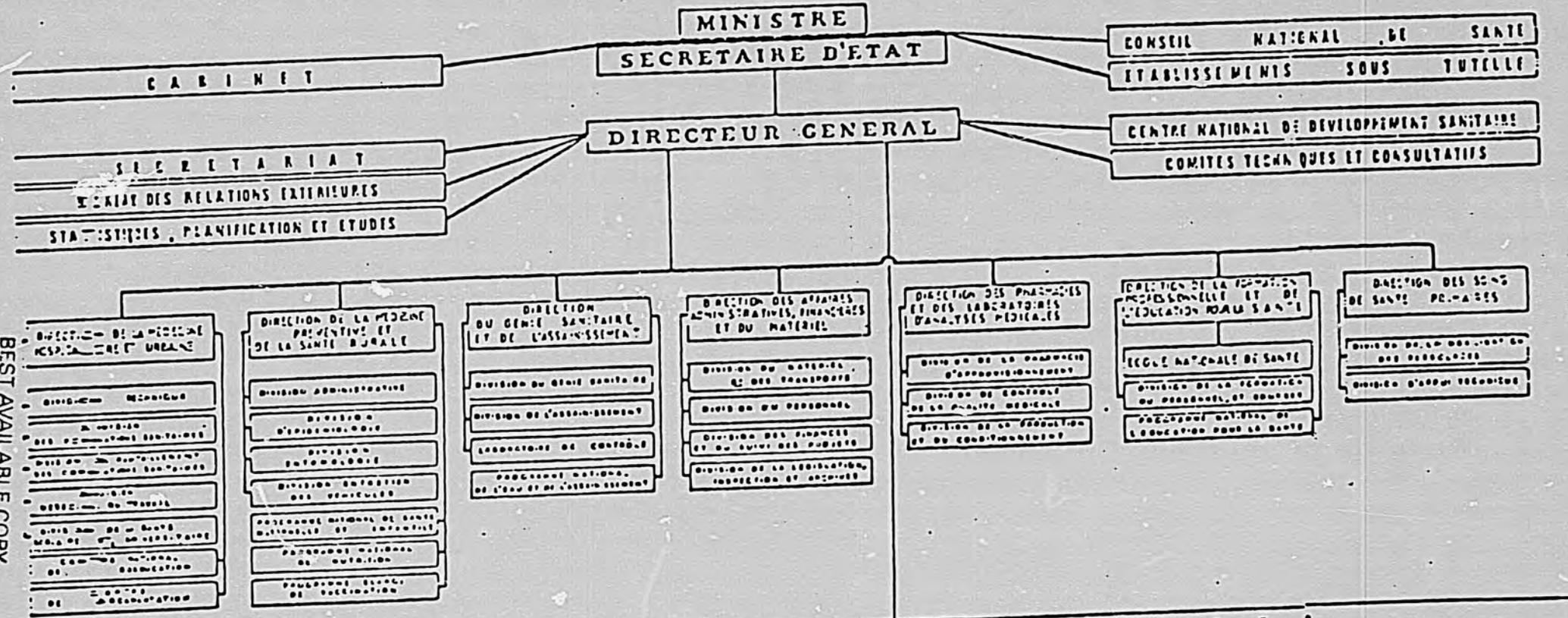
9.2.6 - Prévention et lutte contre les endémies locales:

- . Pourcentage de population ayant suivi des séances d'Information sur les endémies locales.

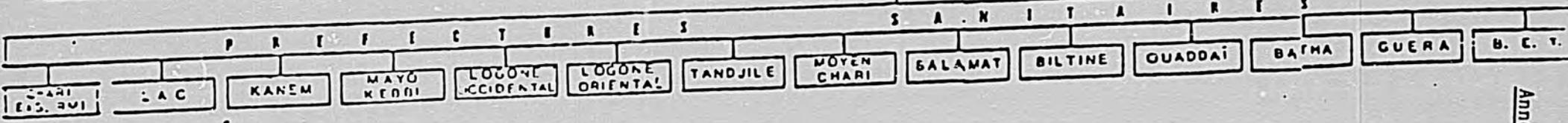
9.2.7 - Traitement des lésions et maladies courantes

- . Pourcentage de la population ayant suivi des séances éducatives sur l'utilisation des Sels de Réhydratation Orale (S.R.O.) ou de la préparation ménagère de la solution salée-sucrée.

REPUBLICQUE DE LA TCHAD MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE



BEST AVAILABLE COPY



119

ETAT DES BESOINS EN INFRASTRUCTURES ET EN PERSONNEL
DU PROGRAMME NATIONAL DES SSP

BESOINS EN L'AN 2000	Nbre total requis	Nbre existant 1986	Déficit à combler
A - INFRASTRUCTURE			
- Unité de Santé	4477	-	4477
- Dispensaires et Infirmeries	460	288	172
- Centres médicaux	82	20	62
- Hôpitaux régionaux	14	5	9
B - PERSONNEL			
- Unités de Santé: 2 Agents de Santé	8954	-	8954
2 Accoucheuses traditionnelles	8954	-	8954
- Dispensaires :			
1 Infirmier d'Etat	460	17	444
2 Infirmiers brevetés	920	130	790
2 Matrones	920	14	906
1 Technicien de Labo.	460	4	456
1 Agent d'Assainiss.	460	-	460
1 Manœuvre	460	-	460
- Centres médicaux:			
2 Médecins	164	17	147
4 infirmiers d'Etat	328	21	307
4 Infirmiers brevetés	328	71	257
2 Techniciens d'Assainis.	164	104	60
2 Sages-femmes	164	1	163
2 Laborantins	164	1	163
2 Chauffeurs	164	-	164
1 Cuisier	82	-	82
3 Manœuvre	246	-	246
- Hôpitaux régionaux :			
1 Médecins Responsables des SSP	14	14	0
2 Ingénieurs Sanitaires	14	-	14
1 Educateur pour la Santé	14	-	14
2 Infirmiers diplômés d'Etat	28	-	28

Distribution des soins de santé et autres fonctions assurées
aux différents échelons

Services/Fonctions	Echelon Unités de Base	1° Echelon de recours	2° Echelon de recours	3° Echelon de recours
1. Education Sanitaire	x	x	x	x
2. Promotion de l'approvisionnement alimentaire et d'une nutrition adéquate	x	x	x	x
3. Fourniture d'eau potable et assainissement de base	x	x	x	x
4. Santé Maternelle et Infantile y compris la Planification des naissances	x	x	x	x
5. Vaccinations		x	x	
6. Prévention de lutte contre les maladies locales endémiques	x	x	x	x
7. Traitement approprié des maladies et traumatismes courants	x	x	x	x
8. Fourniture de médicaments essentiels	x	x	x	x
9. Formation	x	x	x	x
10. Supervision /appui		x	x	x
11. Soutien logistique	x	x	x	x
12. Evaluation	x	x	x	x

ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
ET EDUCATION POUR LA SANTE

DIRECTION de la FORMATION PROFES-
SIONNELLE et EDUCATION pour la
SANTE

CONSEILLER O.M.S.
FORMATION

ECOLE NATIONALE SANTE
PUBLIQUE SERVICES SOCIAUX

DIVISION PLANIFICATION
RECYCLAGE-PERFECTIONNE-
MENT (Personnel)

RESPONSABLE NATIONAL
P.N.I.E.S.

DIVISION - BOURSES
et FORMATION

SECTION CONCEPTION PROGRAMMES I.E.S.
et FORMATION

SECTION PRODUCTION MATERIEL
EDUCATIF

BUREAU de DESSIN et de
PHOTOCOPIE

BUREAU de GESTION

116

DESCRIPTION DES TACHES DU PERSONNEL

. Programme National d'Information Education pour la Santé

Responsable : Cadre Supérieur de la Santé Spécialisé en IES ou en Santé Publique.

- Exécute le programme national d'IES.
- Applique les stratégies adoptées en fonction des populations cibles.
- Assure la diffusion des programmes d'IES.
- Participe à la production, reproduction du matériel éducatif nécessaire au bon déroulement des activités IES.
- Assure la gestion du matériel technique mis à sa disposition.
- Participe en collaboration avec les spécialistes des médias à l'organisation de séminaires sur l'IES.

Section conception des programmes d'IES

Responsable : Technicien de la Santé (Diplômés d'Etat - Infirmiers, Sages-Femmes, Techniciens d'Assainissement) spécialisé en IES ou en santé communautaire.

- Elabore en collaboration avec les différentes directions et les responsables des médias, les programmes à diffuser.
- Participe aux campagnes de sensibilisation organisées par les responsables des autres composantes des SSP;
- Participe aux diverses enquêtes entreprises pour évaluer l'impact des activités IES.

Section Production de matériel éducatif

Responsable : Technicien de la santé (Technicien d'assainissement, Infirmier, sage-femmes) formé en IES ou en santé communautaire.

- Participe à la production du matériel éducatif en collaboration avec les responsables IES au niveau des autres composantes.
- Assure la diffusion de ce matériel selon les besoin exprimés par les différents services.
- Assure la gestion de tout le matériel mis à sa disposition.
- Organise une médiathèque et met en place un système de prêt pour les services et Institutions de formation.

DESCRIPTION DES TACHES DU PERSONNEL

Bureau de Gestion :

Responsable : Un Agent d'Administration (Titulaire du diplôme 1er cycle de l'E.N.A.M.):

- Assure la gestion des ressources appartenant au Programme National I.E.S.
- Veille à l'entretien du matériel Audio-visuel du Programme.
- Assure les différents contacts avec les Etablissements et services fournissant le matériel éducatif au Ministère de la Santé (pour les factures proforma, devis etc...).

Bureau de Dessin et Photographie :

Responsable : Un Agent titulaire d'un diplôme de Lycée Technique ou équivalent :

- Effectue les dessins, maquettes nécessaires au programme national I.E.S
- Collabore avec les Services et Etablissements chargés de la reproduction de matériel éducatif.
- Assure des prises de vue (photographie, vidéo-films etc...) au cours de campagnes de sensibilisation organisées par les composantes SSP, et les diverses séances IES utiles à reproduire.

DESCRIPTION DES TACHES DES RESPONSABLES I.E.S. DANS UNE COMPOSANTE SSP

Chaque agent chargé de coordonner les activités IES au niveau de chaque composante des Soins de Santé Primaires aura à accomplir les tâches suivantes :

- Planifier, organiser, exécuter et superviser les activités IES de la composante SSP à laquelle il est affecté en collaboration avec le responsable IES de la Direction de la Formation Professionnelle et de l'Education pour la Santé (D.F.P.E.S.).

- Participer à la planification et à l'organisation des séminaires et sessions de formation continue/recyclage qui seront programmés par la DFPES.

- Participer à la production, diffusion du matériel éducatif en collaborant avec la DFPES.

- Superviser les activités IES spécifiques à sa composante en collaboration avec la DFPES et la DSSP aux niveaux régional et périphérique.

- Sélectionner et développer les thèmes IES à diffuser en collaborant avec les responsables des autres composantes SSP et les spécialistes des médias (radio, presse écrite, filmée etc...).

- Participer aux activités de recherche en IES menées dans le cadre du programme national IES.

- Participer à l'évaluation des activités d'IES.

LISTE MATERIEL NECESSAIRE AU PNIES

Le coût du matériel et le budget nécessaire au fonctionnement du service IES devront être estimés par un Consultant si possible.

1°) Imprimés

Toutes les éditions et autres reproductions peuvent se réaliser sous forme de contrat avec l'Imprimerie nationale ou d'autres services nationaux dans le cadre de la collaboration intersectorielle. Les messages seront produits en langues nationales.

Types de matériel éducatif à produire:

- . Affiches ou séries d'affiches
- . Guides IES illustrés
- . Livrets
- . Dépliants.

2°) Flanellographe

- . Toile et tableaux avec des gammes de figurines colorées (série/thèmes).

3°) Aides Audio-visuelles

- . Diapositives en couleur par séries et par thème avec projecteurs
- . Films 16 mm et projecteur. Une série de Films sur les principaux thèmes IES. Les films seront sonorisés en langues nationales pour le grand public.
- . Vidéo-cassettes avec Caméra-Magnétoscope/Téléviseur à utiliser dans les écoles ou avec des petits groupes dans les services ou les quartiers.

MOBILIER

- 1 Machine à écrire
- 1 Photocopieuse
- 1 Ronéotypeuse
- 2 Appareils photographiques et pellicules
- 1 Magnétoscope
- 1 Caméra
- 1 Enregistreur

LAMPES

- 1 Téléviseur Récepteur

ACCESSOIRES

- 2 Rétro-projecteur - transparents -feutres et autres accessoires
- 2 Groupes électrogènes pour les Equipes mobiles IES
- 3 Ecrans
- 2 Projecteurs pour films 16 mm
- 2 Projecteurs pour diapositives
- 2 Appareils pour coller les films
- 4 Tables pliantes
- 4 Chaises pliantes
- 2 Amplificateurs
- 6 Mégaphones
- 3 Micro/débats/Conférences
- 4 Magnétophones à cassettes et micro (avec cassettes-piles)
- 3 Lampes à gaz ou à pétrole
- 2 Nagra + 2 micro
- 2 Magnétophones de copie
- 2 Véhicules tout terrain dont 1 pour les séances mobiles et 1 pour les missions de supervision à travers le pays.

P R E F A C E

. Devant la problématique de la survie, le monde a compris la nécessité d'adopter une nouvelle philosophie.

. Elle se traduit :

- dans le domaine économique par le Nouvel Ordre Economique
- dans le domaine culturel par le Nouvel Ordre Culturel
- dans le domaine sanitaire par la SPT/2000 et les Soins de Santé Primaires.

. Dans la Région Africaine, elle est concrétisée par la Charte Régionale de Développement Sanitaire.

Or, l'approche des Soins de Santé Primaires implique d'une part le droit des populations à connaître leurs principaux problèmes de Santé et à participer à leur solution, d'autre part le devoir des gouvernements de favoriser et d'assurer une pleine participation des communautés de bien utiliser les connaissances existantes que de chercher à en acquérir de nouvelles et de créer des nouveaux outils, surtout si l'on tient compte de la considérable augmentation des dépenses médicales de ces dernières années (en particulier dans les pays industrialisés) et des contraintes logistiques entravant la fourniture de soins de santé adéquats à la majorité de la population du globe (pays en développement).

Ce n'est donc pas par hasard que l'Éducation pour la Santé figure en bonne place dans la Déclaration d'Alma-Ata. Ce n'est pas non plus par hasard que la Stratégie mondiale de la Santé pour Tous d'ici l'An 2000 fait constamment référence aux activités éducatives comme moyen par excellence d'obtenir la participation d'individus de tous les milieux et conditions à l'action de santé et d'en faire des véritables artisans de la santé et du développement.

Le Tchad conscient de l'importance de la composante IES des Soins de Santé Primaires l'a érigée en division au sein de la Direction de la Formation Professionnelle. Se conformant à la stratégie adoptée à la Trente-Cinquième Session du Comité Régional pour l'Afrique, en vue d'accélérer la réalisation de la Santé pour Tous en l'An 2000, le Tchad s'efforce de :

- Renforcer les structures nationales chargées de l'Information-Education pour la Santé,

- Planifier et coordonner toutes les activités dans ce domaine,

.../...

- Mobiliser la population,
- Développer la recherche.

Nul n'ignore l'importance d'un développement rationnel et coordonné des activités IES. C'est pour répondre à cette nécessité que le Département a élaboré ce Programme National de l'Information et Education pour la Santé. Il constitue désormais un cadre général de travail et une référence pour toutes ressources organisées qui veulent mener des activités IES en République du Tchad.



PROGRAMME NATIONAL D'INFORMATION
ET D'EDUCATION POUR LA SANTE

CHAPITRE I

1. Généralités sur les Concepts de l'Information et Education pour la Santé

1.1. Introduction

1.2. Concepts Actuels de l'IES.

2. Définitions et Buts de l'Information et Education pour la Santé

2.1. Définitions

2.2. Buts.

3. Problématique de l'Information et de l'Education pour la Santé

3.1. Introduction

3.2. IES dans les composantes des SSP

3.2.1. Santé de la famille et planification familiale

3.2.2. Nutrition

3.2.3. Hygiène du Milieu et Assainissement de base

3.2.4. Maladies transmissibles.

3.3. Education pour la Santé des enfants d'âge scolaire et des jeunes

3.4. I.E.S. dans la Formation des Personnels de Santé et Secteurs connexes.

4. Analyse de la Situation Actuelle pour la Composante I.E.S. au Tchad

4.1. Organisation et Structures existantes

4.2. Ressources Disponibles

4.3. Activités

4.3.1. Equipe Mobile I.E.S.

4.3.2. Collaboration Ministère Santé Publique - Secrétariat d'Etat à l'Information
et à l'Orientation.

4.3.3. I.E.S. en Milieu Scolaire.

4.3.4. Coordination Activités I.E.S. par Ministère Santé Publique.

4.4. Analyse Situation Actuelle Composante I.E.S.

.../...

124

CHAPITRE II

- 2.1. Engagement National
- 2.2. Politique et Nouvelles Orientations Pour la Composante IES.

CHAPITRE III

- 3. Objectifs
- 3.1. Objectifs Généraux
- 3.2. Objectifs Spécifiques.

CHAPITRE IV

- 4. Stratégies
- 4.1. Renforcement des Structures Nationales Chargées de I.E.S.
- 4.2. Planification et Coordination des Activités
- 4.3. Formation du Personnel
- 4.4. Mobilisation Sociale.
- 4.5. Recherche.

CHAPITRE V

- 5. Activités
- 5.1. Renforcement des Structures Nationales Chargées de I.E.S
- 5.2. Planification et Coordination des Activités
- 5.2.1. Activités Générales I.E.S.
- 5.2.2. Activités Spécifiques I.E.S.
- 5.3. Formation du Personnel
- 5.4. Mobilisation Sociale
- 5.5. Recherche.

CHAPITRE VI

- 6. Ressources Nécessaires au Programme National I.E.S.
- 6.1. Renforcement des Structures Nationales
- 6.2. Planification et Coordination des Activités
- 6.3. Formation du Personnel
- 6.4. Mobilisation Sociale
- 6.5. Recherche.

125

.../...

CHAPITRE VII

7. Résultats Attendus d'ici à l'An 2000

7.1. Planification et Coordination des Activités

7.2. Formation du Personnel

7.3. Mobilisation Sociale

7.4. Recherche.

CHAPITRE VIII

8. Plan d'Action

CHAPITRE IX

9. Indicateurs

9.1. Indicateurs de Prestation de Soins

9.2. Indicateurs de couverture par les SSP

ANNEXES

Annexe 1: Organigramme du Ministère de la Santé Publique

Annexe 2: Etat des besoins en Infrastructures et en Personnel du Programme National des SSP.

Annexe 3: Distribution des Soins de Santé et Autres fonctions assurées aux différents échelons.

Annexe 4: Organigramme D.F.P.E.S.

Annexe 5: Description des Tâches du Personnel du PNIES

Annexe 6: Description des Tâches pour chaque Responsable I.E.S. dans une composante SSP.

Annexe 7: Liste Matériel nécessaire au P N I E S.

CHAPITRE I

1. GENERALITES SUR LES CONCEPTS DE L'INFORMATION ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

1.1- Introduction

En 1977, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité une résolution (WHA30.40) stipulant que "le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de faire accéder d'ici à l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive". Il est d'ailleurs souligné dans le sixième rapport sur la situation sanitaire dans le monde que la Santé est quelque chose que l'on doit acquérir, et qui ne peut pas être imposé; la première condition de l'instauration de la Santé est donc l'engagement tant de la population que des autorités publiques; or, cet engagement ne saurait en général être obtenu sans éducation adéquate.

A l'origine, l'éducation pour la Santé a été marquée par l'optique biomédicale dans laquelle étaient alors considérées seules la santé et la maladie tandis que les facteurs socio-culturels et psychologiques ne jouaient qu'un rôle sans importance ou de peu d'importance. Les activités d'éducation pour la santé étaient conçues en partant du principe que les individus jouiraient d'une meilleure santé s'ils agissaient de la manière recommandée par les agents de santé. L'accent était donc mis sur la transmission d'informations sanitaires pertinentes au grand public.

L'expression "éducation pour la santé" en elle-même suggérait l'idée de la communication, organisée de l'extérieur et selon un mouvement descendant, de "connaissances sanitaires" à des individus sensés n'avoir que des idées limitées sur la manière d'éviter la maladie ou de faire face à la maladie. Auparavant, les responsables de l'éducation pour la santé n'ont guère cherché à comprendre les croyances et pratiques traditionnelles des collectivités en matière de santé et à en tenir compte lors de l'élaboration de stratégies d'éducation pour la santé. Certes, des tentatives pour savoir ce que ces collectivités elles-mêmes considéraient comme leurs besoins et priorités en matière de santé ont parfois été faites, mais elles n'ont pas été systématiques. On supposait que seuls les professionnels de la santé étaient en mesure d'évaluer ces besoins et priorités. De plus, l'éducation pour la santé ne reconnaissait que des valeurs dérivées de

Summary of Conference Proceedings**Overview**

Chad's first family planning conference was held in the country's capital, N'djamena from October 16 to 22, 1988. It was opened by the Minister for State on behalf of the President El Hadj Hissen Habre, who could not personally attend because of the first state visit of the President of the Republic of the Congo. The conference which brought together more than 50 Chadians, and international participants, represented the culmination of two years of advocacy by the USAID mission and the Health Advisor to the Ministry of Health, Leslie Laila Brandon.

The conference was held in the Faycal Mosque conference hall, since previously arranged facilities were coopted by the visiting Congolese president. The fact that the first family planning conference was held under the auspices of a key religious authority is a significant event in and of itself.

The conference was organized with the participation of the International Health Options Group in Santa Cruz, who were represented by Jean de Malvinsky, Program Coordinator. The conference was jointly funded by USAID, UNFPA, and IPPF.

The conference format was to introduce topics with a panel composed of international experts from either the region, sub-region or elsewhere, and a national Chadian representative. After some debate, working groups convened to further debate the mornings presentations and make recommendations. A steering committee, made up of Chadians with one or two foreign experts met daily to ensure smooth conference operations. A resolutions committee met daily to draft the final recommendations of the conference.

Overall the conference was a great success in that it achieved its goal of sensitizing participants to different family planning issues, and providing a solid political base for further action. The ringing endorsement of a national family planning association, and a national program can help to blur the fact that the agenda was too full in certain respects, that the debate on the part of the Chadians was not as rich as it might have been. Nevertheless, a good beginning has been made.

A separate document is being prepared on the conference, but a few highlights are worth pointing out:

1. A debate on whether the IUD is or is not an abortifacient was the focus of attention by the religious authorities during the beginning of the conference.
2. There was explicit endorsement of family planning as relevant for Chads health problems, clear endorsement of traditional methods, and implicit endorsement of some modern methods (excluding tubal ligation for example).
3. There was an appreciation for a systematic communications approach at all levels, as well as more research to determine specific messages.
4. There was an endorsement made for a national family planning association, which is on the classic IPPF model.
5. There was a remarkable statement by the Minister of State for a Family Well Being Program, and thus the endorsement of the President is assured.
6. The conference received excellent media coverage in Chad.

REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTRE DE L'INFORMATION ET
DE L'ORIENTATION CIVILE
DIRECTION GENERALE
DIRECTION DE LA RADIODIFFUSION
SERVICE DES EMISSIONS
EN FRANCAIS
SERVICE DES EMISSIONS
EN LANGUES REGIONALES

APPENDIX K
FRANCAIS - FRANCAIS - FRANCAIS

N°Djoréba, le 27 Septembre 1967

CREATION D'UNE CELLULE D'ACTIVITES SANITAIRES ENRICHIES (C.A.S.)

PREAMBULE

En vue d'aider efficacement la MEB sur le plan
sédentaire, et dans le souci de vulgariser au maximum les
actions sanitaires, une cellule de coordination des actions
sanitaires (par l'information) a vu le jour sous l'initiative
du ministre de l'Information et de l'Orientation Civile.

Cette cellule qui sera composée, d'un représentant
de la Radiodiffusion Nationale Sénégalaise (R.N.S.)
de l'Agence Sénégalaise de Presse (A.S.P.)
de l'Institut National de Santé (I.N.S.)
et du Journal "Le Sénégal" aura pour rôle, de mettre
en forme et de diffuser les messages émis sur la
sensibilisation, l'éducation et l'information des populations
par rapport aux problèmes ORS (O.R.S.) de la Vaccination,
le Bien-être Familial, le Sidé, l'empoisonnement et l'Hygiène
des villes, la promotion de l'eau potable... en collaboration
avec le Département de la Santé du point de vue Sources d'Infor-
mation.

Une première réunion a été tenue, à la Radiodiffusion
Nationale Sénégalaise les dits représentants ont eu une idée de

contact d'abord, de l'élaboration du profil des actions à entreprendre dans le cadre du travail futur et une évaluation (devis) par rapport au médium, du travail à réaliser pour une éventuelle prise en charge par le ministère de la Santé Publique principal utilisateur et commanditaire de l'action médiatique.

Après échange d'idées, propositions et discussions fructueuses, il a été arrêté ce qui suit :

- Chaque médium constituera un devis qui tienne compte de sa spécificité.
- Les devis regrouperont les actions sur 5 campagnes; à savoir :
 - * Campagne d'accélération de la Vaccination dans les provinces.
 - * Campagne de sensibilisation et d'information dans la lutte contre le SIDA.
 - * Campagne de la promotion du Bien-être Familial.
 - * Campagne de l'Assainissement et de l'hygiène des villes.
 - * Campagne de la promotion de l'eau potable.
- Les devis présentés, peuvent être recalculés sur une seule campagne et réévalués par rapport aux coûts du matériel et de sa production.
- Au cas où une quelconque révision des coûts intervenait, il sera souhaitable d'associer le coordinateur de la cellule à cette révision.

LE COORDINATEUR DES ACTIONS
SANTÉ PUBLIQUES MÉDIATIQUES (A.S.P.)

Population Communication
Services

De: the Johns Hopkins UNi
Center for Communication Pro
grams

DATE	ISSUED BY

USAID LIBRARY
N'DJAMENA