PN-ABT 406
ISN 91863

SURVIE DE L'ENFANT AU TCHAD

ENQUETE DE REFERENCE

(Projet No 677-0064)

Soumis à:

Anita Mackie
GDO/Health
Agence Américaine pour le
Développement International
N'Djaména, Tchad

Soumis par:

DEVRES, INC.
7201 Wisconsin Ave.
Suite 500
Bethesda, MD 20814
USA
Tel.: (301) 951-5546
Télécopie: (301) 652-5934
Télex: 440184

Contrat N°: PDC-5929-I-03-1116-00

1er septembre 1992

REMERCIEMENTS

Nous voudrions remercier Virginia Paine ainsi que le Dr Anita Mackie pour le soutien ferme qu'elles nous ont apporté et pour avoir à notre disposition les ressources sans lesquelles la présente enquête n'aurait pas pu être réalisée.

Nous aimerons aussi remercier le Dr Dougla, Médecin-Chef du Moyen-Chari, le Dr Albert Burki de l'ITS, le Dr Bernard François du BSPE et le personnel du MSPAS du Moyen-Chari, qui nous ont apporté leur concours aussi bien en temps qu'en énergie.

La présente enquête n'aurait pas été possible sans la diligence et là dévotion des vingt-neuf enquêteuses qui ont travaillé pendant des longues heures dans des conditions difficiles. Elles ont parfaitement compris qu'il était indispensable de terminer cette enquête avant le début de la saison des pluies et ont donc accepté de bon coeur ces heures longues et difficiles.

Nous ne voulons pas non plus oublier le personnel du BCR qui, malgré leur propre programme chargé, n'a pas hesité à accumuler les heures supplémentaires afin de nous fournir toutes les cartes ainsi que le matériel spécial dont nous avions besoins et sans lequel la méthodologie d'échantillonnage n'aurait pas pu être appliquée.

Nous sommes reconnaissants de l'aide apportée à ce projet par le volontaire du Corps de la Paix Rick Kieferndorf, ainsi que par Kevin Surr, qui, après avoir installé les ordinateurs, ont assumé la formation et la supervision nécessaires à la saisie des données. Grâce à leur expertise, la base de données produite a été un plaisir à utiliser.

Nous voudrions aussi remercier la volontaire du Corps de la Paix Sarah Halverson, qui a collecté toutes les informations sur les activités liées à la survie de l'enfant dans le Moyen-Chari, ainsi que Kaspar Wyss, de l'ITS, qui nous a fourni une documentation sans fin et des commentaires constructifs.

Nous aimerons remercier M. Felix Lee, du Projet FEWS, qui a partagé avec nous ses connaissances sur le Tchad et nous a aidé à produire le premières rédactions du présent rapport.

Nous devons enfin saluer l'assistance inébranlable apportée par M. Paul Talkingbing dans tous les aspects de l'enquête. Sa compétance et ses connaissances en relations interpersonnelles on grandement facilité toutes les activités menées sur le terrain. Il a personnellement rendu à chaque chef de village et adroitement préparé la voie aux équipes d'enquête. Il a été présent lors de l'analyse at n'a pas hésité à nous faire part de ses pensées sur l'interprétation des données.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AIDS	Aquired Immuno-Deficiency Sydrome
ARI	Acute Respiratory Infection
BCG	Bacille de Calmette et Guerin
BCR	Bureau Centrale de Rescensement
BEF	Bien Etre Familial (Family Planning Services)
BELACD	Bureau d'Etudes et la Liason D'Action Caritative et de Developpement
BSPE	Bureau de Statistiques Plannification et Etudes
CCSP	Chad Child Survival Project
DMD	Dietary Management of Diarrhea
DTC	Vaccin Anti-Diphtere, Tetanos, Coqueluche
ED	Enumeration District
EPI	Expanded Program for Immunization (PEV)
IEC	Information Education and Communication
ITS	Institut Tropical Suisse
KAP	Knowledge Attitude and Practice
MSPAS	Ministere de la Sante Publique et Affaires Sociales
NGO	Non-Governmental Organization
ORT	Oral Rehydration Therapy
PEV	Programme Elargi de Vaccination (EPI)
PNLS	Programme National de Lutte Contre le SIDA
PPS	Probability Proportional to Size
SIDA	Syndrome d'Immunodeficience Acquise
SMI	Sante Maternelle et Infantile (MCH)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TT	Tetanus Toxoid Vaccine
USAID	U. S. Agency for International Development
VAT	Vaccin Anti-Tetanique
WHO	World Health Organization

EQUIVALENTS MONETAIRES

US $1.00 = 260 FCFA

TABLE DES MATIERES

Page

REMERCIEMENTS i

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS iii

EQUIVALENTS MONETAIRES v

TABLE DES MATIERES vii

LISTE DES TABLEAUX xiii

LISTE DES FIGURES xv

LISTE DES ANNEXES xix

RESUME ANALYTIQUE 1

I. INTRODUCTION 3

II. GENERALITES 5

A. Climat 5

B. Démographie 5

C. Religion 6

D. Langues 6

E. Histoire 6

F. Généralités sur le Moyen Chari 7

G. Autres organisations participant aux activités liées à la survie de l'enfant dans le Moyen Chari 9

1. UNICEF 9

2. Institut Tropical Suisse (ITS) 9

3. Coopération française 9

Page

4. APPEL de Cherbourg 9

5. CARE Tchad 10

6. BELACD/Moyen Chari (Bureau d'Etudes et de Liaison d'Action Caritative et de Développement) 10

7. Mission baptiste 11

8. La Foi Bahai 11

9. Le Dr Maggie Nigri 11

10. Coopération italienne 12

III. METHODOLOGIE 13

A. Collecte des données 13

B. Vérification, saisie et analyse des données 14

C. L'échantillonnage 14

D. Problèmes de méthodologies 14

1. Questions ouvertes 14

2. Mesure de la mortalité et de la morbidité 15

3. Rappel 15

E. Contraintes 15

1. Langues 15

2. Réponses faussées 15

3. Fiabilité 16

Page

IV. RESULTATS ET DISCUSSION 17

A. Aspects démographiques et socio-économiques 17

1. Age 17

2. Parité 19

3. Age au premier mariage 19

4. Education et alphabétisation 19

5. Religion 19

6. Lieu de naissance 23

7. Polygamie 23

8. Logement 23

9. Occupation du mari 26

10. Ecoute radio 26

11. Fortune des foyers 26

12. Sources de revenu des femmes 27

13. Animaux 31

14. Groupements d'épargne 31

15. Epargne 33

B. Maladie des enfants de moins de six ans 33

1. Pratiques 33

a. Types de maladies 33

b. Types de traitement 35

c. Ablation de la luette 35

Page

d. Décision concernant le traitement 38

e. Cause de maladie 38

f. Coût 38

2. Connaissances 42

a. Diarrhée 42

b. Affections respiratoires aiguës 42

c. Paludisme 42

C. Couverture vaccinale des enfants 47

1. Méthodologie 47

2. Analyse de la couverture à l'aide des carnets de vaccination seulement 47

3. Distance jusqu'au dispensaire et couverture PEV 50

D. Thérapie de réhydratation par voie orale 50

E. Allaitement au sein 54

1. Fréquence 54

2. Début de l'allaitement au sein 54

3. Age au sevrage 57

4. Raisons du sevrage 57

5. Age auquel l'enfant a commencé à recevoir des aliments solides 57

F. Dernière grossesse 57

1. Visite prénatale 57

2. Antipaludéens pris pendant la grossesse 57

Page

3. Couverture antitétanique 59

4. Dernier accouchement 62

5. Visites après l'accouchement 62

G. Mortalité infantile 65

1. Méthodologie 65

2. Estimation du taux de mortalité infantile 66

3. Hypothèses 66

4. Contraintes 67

5. Cause de décès 67

H. Maladie de la mère 68

I. Connaissance du SIDA 68

J. Planning familial 72

1. Connaissances et pratiques 72

a. Milieu rural 72

b. Milieu urbain 74

2. Age à la première grossesse 74

3. Eviter la grossesse 77

4. Taille idéale de la famille 77

5. Espacement idéal des naissances 77

6. Avantages d'une famille nombreuse 77

K. L'excision 77

L. Alphabétisme et indicateurs restreints 79

Page

V. CONCLUSIONS 83

A. TRO 83

B. Paludisme 83

C. Soins prénatals 84

D. Soins post-natals 84

E. Espacement des naissances 84

LISTE DES TABLEAUX

		Page
Tableau 1 :	Principaux indicateurs de développement	7
Tableau 2 :	Répartition des âges	17
Tableau 3 :	Parité moyenne par groupes d'âge de 5 ans	19
Tableau 4 :	Logement	23
Tableau 5 :	Nombre moyen d'animaux appartenant aux femmes	31
Tableau 6 :	Prévalence de l'allaitement au sein	54
Tableau 7 :	Raisons du sevrage de l'enfant	57
Tableau 8 :	Calendrier recommandé par l'OMS pour les vaccinations antitétaniques	59
Tableau 9 :	Raisons des visites post-natales	65
Tableau 10 :	Probabilités de mortalité infantile par groupes d'âge spécifiques	66
Tableau 11 :	Cause du décès perçu par la mère	67
Tableau 12 :	Erreur d'échantillonnage associé à l'effet de conception	B-4

LISTE DES FIGURES

Page

Figure 1 : Répartition des âges 18

Figure 2 : Age au premier mariage 18

Figure 3 : Alphabétisme chez les femmes ayant participé à l'enquête 20

Figure 4 : Scolarisation des femmes 20

Figure 5 : Religion des femmes ayant participé à l'enquête 21

Figure 6 : "Où êtes-vous née ?" 22

Figure 7 : Nombre de co-épouses 22

Figure 8 : Occupation du mari 24

Figure 9 : Fréquence de l'écoute radio 24

Figure 10 : Pourcentage d'écoute par station de radio 25

Figure 11 : Indicateurs de la fortune des foyers 25

Figure 12 : Source des revenus des femmes consacrés aux dépenses du foyer 28

Figure 13 : Revenu du mois précédent (mars ou avril) provenant des activités des femmes 28

Figure 14 : Dépenses hebdomadaires faites au marché pour l'alimentation 29

Figure 15 : Dépenses hebdomadaires faites au marché pour le carburant 29

Figure 16 : Dépenses hebdomadaires faites au marché pour le savon 30

Figure 17 : Pourcentage de femmes faisant partie d'un groupe d'épargne 32

Page

Figure 18 : Epargne totale pour l'an dernier, pour les femmes ayant des épargnes 32

Figure 19 : Maladies affectant les enfants de moins de six ans déclarées par les mères en milieu urbain 34

Figure 20 : Maladies affectant les enfants de moins de six ans déclarées par les mères en milieu rural 34

Figure 21 : Traitement de la diarrhée chez les enfants de moins de six ans 36

Figure 22 : Traitement du paludisme ou de la fièvre chez les enfants de moins de six ans 36

Figure 23 : Type de traitement et distance jusqu'au dispensaire 37

Figure 24 : Mères ayant eu au moins un enfant dont l'uvule a été excisée par un praticien 37

Figure 25 : Qui a pris la décision de traiter l'enfant en milieu rural, par mode 39

Figure 26 : Qui a pris la décision de traiter l'enfant en milieu urbain, par mode 39

Figure 27 : "Qu'est-ce qui a provoqué la diarrhée de votre enfant ?" 40

Figure 28 : Somme dépensée lors de la dernière maladie de l'enfant 41

Figure 29 : Coût du traitement destiné à l'enfant : les femmes qui ont dépensé moins de 500 CFA 41

Figure 30 : Types de selles diarrhéiques mentionnés par la mère 43

Figure 31 : Traitements mentionnés par la mère pour une diarrhée avec selles "blanchâtres" 43

Page

Figure 32 : Traitements mentionnés par la mère pour une diarrhée avec selles "à sang" 44

Figure 33 : Types de toux mentionnés par les mères 44

Figure 34 : Traitements pour la toux mentionnés par les mères de zone rurale 45

Figure 35 : Traitements pour la toux mentionnés par les mères de zone urbaine 45

Figure 36 : "Qu'est-ce qui cause le paludisme ?" 46

Figure 37 : Femmes ayant des enfants de moins de six ans dont au moins 1 a été vacciné 48

Figure 38 : Pourcentage d'enfants entièrement vaccinés parmi les enfants ayant un carnet de vaccination 48

Figure 39 : Couverture vaccinale des enfants des zones rurales possédant un carnet de vaccination 49

Figure 40 : Couverture vaccinale des enfants des zones urbaines possédant un carnet de vaccination 49

Figure 41 : Mères des zones rurales dont aucun enfant n'est vacciné, par distance au dispensaire le plus proche 51

Figure 42 : Connaissances de la TRO par zone rurale et urbaine 51

Figure 43 : Connaissances de la TRO par niveau d'alphabétisme 52

Figure 44 : Connaissances de la préparation de la TRO 52

Figure 45 : Source des connaissances de la TRO 53

Figure 46 : Connaissances de la TRO dans les zones rurales, par intervention de CARE (pompe) 53

Figure 47 : Connaissances de la préparation de la TRO, par intervention de CARE 55

Page

Figure 48 : "Quand avez-vous commencé à allaiter votre bébé au sein ?" 56

Figure 49 : Age au sevrage 56

Figure 50 : Age auquel l'enfant a reçu ses premiers aliments solides 58

Figure 51 : Visites prénatales pendant la dernière grossesse 58

Figure 52 : Raisons pour lesquelles il n'y a pas eu de visite prénatale pendant la dernière grossesse 60

Figure 53 : Pourcentage de femmes ayant pris des antipaludéens pendant la dernière grossesse 60

Figure 54 : Pourcentage des femmes vaccinées contre le tétanos pendant la dernière grossesse 61

Figure 55 : Couverture antitétanique chez les femmes possédant un carnet de vaccination 61

Figure 56 : Où le dernier accouchement a-t-il eu lieu ? 63

Figure 57 : Qui a aidé au dernier accouchement : réponses en zone rurale et en zone urbaine 63

Figure 58 : Résultats de la dernière grossesse 64

Figure 59 : Maladies rapportées par la mère au cours des deux dernières semaines 69

Figure 60 : Pourquoi les mères ne se sont pas rendues dans un dispensaire lors de la dernière maladie 69

Figure 61 : Femmes ayant entendu parler du SIDA 70

Figure 62 : Alphabétisme et connaissances du SIDA 70

Figure 63 : Sources des connaissances du SIDA chez les femmes qui en ont entendu parler 71

Figure 64 : Connaissances de la transmission du SIDA chez les femmes qui en ont entendu parler 71

Page

Figure 65 : Connaissance du fait que le SIDA est mortel 73

Figure 66 : Connaissances et pratiques de la contraception chez les femmes en milieu rural 75

Figure 67 : Connaissances et pratiques de la contraception chez les femmes en milieu urbain 75

Figure 68 : Age à la première grossesse 76

Figure 69 : Pourcentage de femmes essayant d'éviter la grossesse 76

Figure 70 : Nombre idéal d'enfants 78

Figure 71 : Avantages d'une famille nombreuse 78

Figure 72 : Circoncision chez les femmes, par religion 80

Figure 73 : Age à la circoncision 80

Figure 74 : Alphabétisme et indicateurs restreints en milieu rural 81

Figure 75 : Alphabétisme et indicateurs restreints en milieu urbain 81

LISTE DES ANNEXES

		Page
ANNEXE A :	Questionnaire	A-1
ANNEXE B :	Méthodologie de l'échantillonnage	B-1
ANNEXE C :	Codage de l'échantillonnage	C-1
ANNEXE D :	Liste des villages	D-1
ANNEXE E :	Bibliographie	E-1
ANNEXE F :	Recommandations pour enquête de suivi	F-1

RESUME ANALYTIQUE

L'objectif du Projet de Survie de l'Enfant, financé par l'Agence américaine pour le Développement international (USAID) consiste à améliorer la qualité de la vie et l'état de santé des nouveaux-nés, des enfants et des femmes en âge de procréer au Tchad. La présente enquête avait pour but de fournir des mesures de référence permettant une évaluation des progrès enregistrés par le projet et de fournir des données devant servir à la planification du projet.

L'enquête a été réalisée dans la zone du projet du Moyen Chari en avril et mai 1992. Il s'agit d'une enquête sur la population, avec un groupe cible composé de mères de 45 ans et moins, résidant à plein temps dans la zone du projet. L'échantillonnage a été divisé en deux couches, rurale et urbaine, sélectionnées à l'aide d'un échantillonnage stratifié en plusieurs étapes, préparé à l'aide des estimations démographiques provenant du service du recensement.

Les données ont été collectées par cinq équipes de femmes locales, qui se sont servies d'un questionnaire structuré élaboré et testé avant l'enquête. Le questionnaire a été conçu de manière à ce que les enquêteurs puissent coder les réponses faites librement par les mères pendant l'entretien.

Le questionnaire a été soumis à 1 270 femmes, dont 932 de zone rurale et 338 de zone urbaine. Ce qui suit est un résumé des constatations qui ont été faites.

Dans la zone urbaine, 50% des femmes ont déclaré savoir lire et écrire ; quinze pour cent ont déclaré la même chose dans la zone rurale. Le niveau d'éducation est faible, un tiers des femmes de la zone urbaine et 15% seulement de celles de la zone rurale ayant suivi des cours au niveau primaire.

Les catholiques sont les plus nombreux, avec 60% de la population rurale et 45% de la population urbaine. Les protestants représentent 18% de la population rurale et 30% de la population urbaine. Les musulmans habitent généralement la zone urbaine, constituant 20% de la population de cette zone et 8% de la zone rurale.

Interrogées sur leur lieu de naissance, soixante-dix pour cent des femmes de la zone rurale ont déclaré habiter dans le même canton et 14% dans le village de leur naissance. Les femmes de la zone urbaine tendent à avoir déménagé de la campagne vers la ville, ce qui rend évident une tendance à l'urbanisation.

Vingt-cinq pour cent des femmes de la zone urbaine et plus de cinquante pour cent de celles de la zone rurale avaient au moins une co-épouse. La religion ne semblait pas faire de différence en ce qui concerne la polygamie, sauf en zone rurale où la population musulmane relativement peu nombreuse semble moins la pratiquer.

Cinquante-huit pour cent des femmes vivant en milieu urbain écoutent la radio tous les jours, contre 11% seulement en milieu rural. Comme Radio Sarh n'est pas assez puissante

pour couvrir une bonne partie de la région ayant fait l'objet de l'enquête, la plupart des femmes écoutent Radio N'Djaména.

L'allaitement au sein est universel dans la zone du projet (98%) et il est généralement de longue durée. Quatre-vingt-douze pour cent des mères allaitaient leurs bébés au sein pendant plus d'un an et 79% pendant plus de dix-huit mois.

Environ 50% des mères d'enfants de moins de six ans ont déclaré qu'il y avait eu au moins un enfant malade au cours des deux semaines précédentes. L'affection la plus courante, et de loin, est la diarrhée, qui représente environ 50% de toutes les maladies déclarées.

La paludisme représentait 13% des maladies affectant les enfants en zone rurale et 16% en zone urbaine. Vingt-neuf pour cent des mères de zone urbaine et 13% de celles de zone rurale savaient que le paludisme est causé par des piqûres de moustique.

Le taux de mortalité estimé pour les enfants de cinq ans et moins est d'environ 19% en zone urbaine et 24% en zone rurale.

Soixante-quatre pour cent des mères de zone rurale et quatre-vingt-onze pour cent de celles de zone urbaine avaient entendu parler de la thérapie par réhydration orale (TRO), mais, dans les deux groupes, un tiers seulement des mères pouvaient expliquer correctement comment préparer la solution.

L'enquête a montré que 87% des femmes de zone urbaine et 44% de celles de zone rurale avaient entendu parler du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA). Parmi celles-ci, trente-neuf pour cent des femmes de zone rurale et 23% de celles de zone urbaine n'avaient aucune idée de la façon dont il se transmet. La majorité a déclaré avoir entendu parler du SIDA à la radio.

Lors de leur dernière grossesse, 51% des femmes de zone rurale s'étaient rendues dans un dispensaire pour une visite prénatale. Cinquante-deux pour cent avaient reçu un vaccin antitétanique et 65 avaient pris des antipaludéens. Parmi les femmes de zone urbaine, 88% avaient reçu des soins prénatals, 88% avaient reçu un vaccin antitétanique et 75% avaient pris des antipaludéens.

Les méthodes modernes de contraception sont pratiquement inconnues en zone rurale et le sont très peu en zone urbaine.

L'âge moyen à la première grossesse est de 17 ans.

Quatre-vingt neuf pour cent des femmes de zone rurale et 71% de celles de zone urbaine avaient été circoncises.

Soixante-quinze pour cent des femmes avaient au moins un enfant dont la luette avait été retirée par un tradi-praticien.

I. INTRODUCTION

Pour le Projet de survie de l'enfant au Tchad, les activités à long terme sur le terrain doivent débuter dans le Moyen Chari en octobre 1992. "Le but est d'améliorer la qualité de la vie et l'état de santé des nouveaux-né, des enfants et des femmes en âge de procréer du Tchad. Le projet se propose de renforcer la gestion et la prestation de services SMI/BEF (Soins maternels et infantiles et bien-être de la famille) intégrés et améliorés dans un certain nombre de préfectures, et de renforcer les capacités du MSPAS à exploiter et à tenir à jour un système d'informations sanitaires au niveau national" (Document du projet). Ceci est conforme aux nouvelles orientations de la politique sanitaire nationale, qui déclare que la première priorité consiste à renforcer la structure sanitaire au niveau des districts afin d'apporter un soutien aux dispensaires locaux qui, à leur tour, assureront un ensemble minimum de services sanitaires. La politique SMI/BEF est conforme à celle qui est définie au niveau national en ce sens que sa plus grande priorité consiste à intégrer toutes ses activités à la structure sanitaire existante. Le train de mesures destinées à réduire la morbidité et la mortalité infantiles ne mèneront à rien sans un développement parallèle d'autres domaines tels que le planning familial et l'éducation des femmes. Le projet de survie de l'enfant sera axé sur des interventions dans plusieurs domaines dont la thérapie par réhydratation orale (TRO) et la gestion alimentaire des maladies diarrhéiques, la gestion des affections respiratoires aiguës et du paludisme, la santé maternelle et le planning familial.

Cette enquête avait pour objectif de fournir des mesures de référence d'indicateurs qui serviront à évaluer les progrès futurs du projet, et de donner un point de départ aux activités de planning familial. Cette enquête étant à base démographique avec un échantillonnage pris au hasard, elle constitue une occasion unique d'obtenir des informations non acquises au niveau des cliniques et peut donc inclure des femmes qui ne n'ont normalement pas de contact avec le système sanitaire.

II. GENERALITES

Faisant partie des pays les plus vastes d'Afrique, le Tchad est constamment inscrit sur la liste des nations les plus pauvres du monde. Quel que soit l'indicateur de développement utilisé — PIB, taux d'alphabétisme chez les adultes, longévité ou mortalité infantile —, le Tchad fait habituellement partie des dix pays du bas de liste.

La plupart des Tchadiens gagnent leur vie par l'agriculture de subsistance, la pêche et l'élevage. Le coton et l'élevage sont les principales exportations traditionnelles du Tchad, constituant parfois jusqu'à 80% des revenus à l'exportation et la part du lion des recettes du gouvernement. Selon le ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (MSPAS), le revenu par habitant du Tchad était de 269 dollars pour 1991.

Le pays est limité au nord par la Libye, à l'est par le Soudan, au sud par la République Centrafricaine et à l'ouest par le Nigéria et le Cameroun. Le Tchad est le plus grand pays enclavé du monde et n'a pas accès à un port de mer par voie ferrée. Le port le plus proche est Douala, au Cameroun, qui se trouve à environ 1 500 kilomètres au sud-ouest.

A. Climat

Les 1 284 000 kilomètres carrés du pays ont trois zones climatiques distinctes. La partie nord du pays se trouve au coeur même du désert du Sahara, avec une pluviométrie annuelle de moins de 200 millimètres. La zone centrale est sahélienne et enregistre entre 200 et 900 millimètres de pluie par an, alors que la zone sud est soudanienne, avec une pluviométrie de plus de 900 millimètres par an. La saison des pluies de la zone sud va de la fin mai au début octobre.

B. Démographie

Au Tchad, la population est estimée à 5 507 000 personnes, avec une densité générale de 4,1 habitants au kilomètre carré. Cette population n'est cependant pas également répartie — 0,2 habitants au km^2 au nord, 4,6 dans les zones centrale et est, et 18,5 dans le sud. La population urbaine, définie comme étant les personnes vivant dans des villes de plus de 5 000 habitants, est de 23%. La capitale, N'Djaména, compte 7,8% de la population totale du pays. Cinquante-et-un pour cent de la population a moins de 20 ans, trente pour cent a moins de 10 ans. Les données démographiques relatives au Tchad doivent être utilisées avec circonspection puisqu'il n'y a jamais eu de recensement dans le pays. Les chiffres indiqués ici sont ceux qui ont été fournis par le Bureau des statistiques et de planification du MSPAS, qui se sert des résultats de l'inscription sur les registres électoraux de 1989, les répartitions par tranches d'âge ayant été établies par une enquête effectuée en 1964. Le premier recensement national est prévu pour le début de 1993 et les activités préliminaires qui y sont liées ont constitué des données très utiles pour la présente enquête.

Previous Page Blank

C. Religion

Musulmans	50%
Chrétiens	23% (Majorité catholique)
Animistes	24%

Source : UNICEF, 1989

D. Langues

Les langues officielles sont le français et l'arabe, mais le Tchad compte plus de 200 autres langues.

E. Histoire

Un crâne humain vieux d'un million d'années, découvert à Borkou, atteste que le Tchad est habité par les humains depuis les temps immémoriaux. La datation au carbone indique que des tombes se trouvant dans le Tibesti remontent à 4900 avant J.C. La région de Kanem apparaît sous le même nom sur des cartes datant de l'an 872 et des manuscrits arabes du Xe siècle décrivent la région de l'actuel Tchad comme produisant du millet, des haricots et du blé, ainsi que des moutons, du bétail, des chevaux et des dromadaires. Le Tchad constitue une croisée des chemins traditionnelle entre le nord musulman et les tribus animistes bantoues de la forêt tropicale.

Les Français sont arrivés au Tchad en 1891 et il y ont établi leur autorité par la force des armes. Le Tchad a obtenu son indépendance en 1960 et subit depuis lors des rébellions internes, des guerres civiles incessantes et des invasions étrangères périodiques.

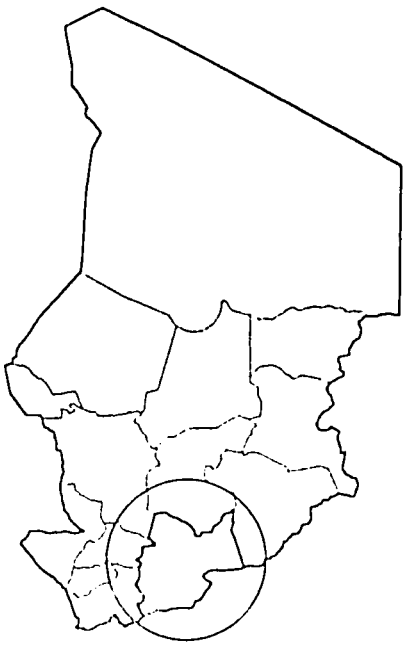
Tableau 1. Principaux indicateurs de développement

	TCHAD	MOYEN CHARI
Superficie :	1 284 000 km^2	45 180 ^{2}
Population :	5 507 975	648 795
Densité de population :	4,1 au km^2	14,36 au km^2
Hommes :	47,4%	46%
Femmes :	52,6%	54%
Taux de natalité :	42,3/1 000	?
Taux de mortalité :	19,04/1 000	?
Taux de croissance :	2,33%	?
Revenu par habitant :	266 dollars US	?
Nombre d'hôpitaux :	9	3
Nombre de centres médicaux :	22	5
Lits d'hôpital (pour 100 000 personnes)	72,8	109
Dispensaires :	302	45
Postes de santé :	38	14

Source : Annuaire de Statistiques Sanitaires du Tchad 1991 (BSPE)

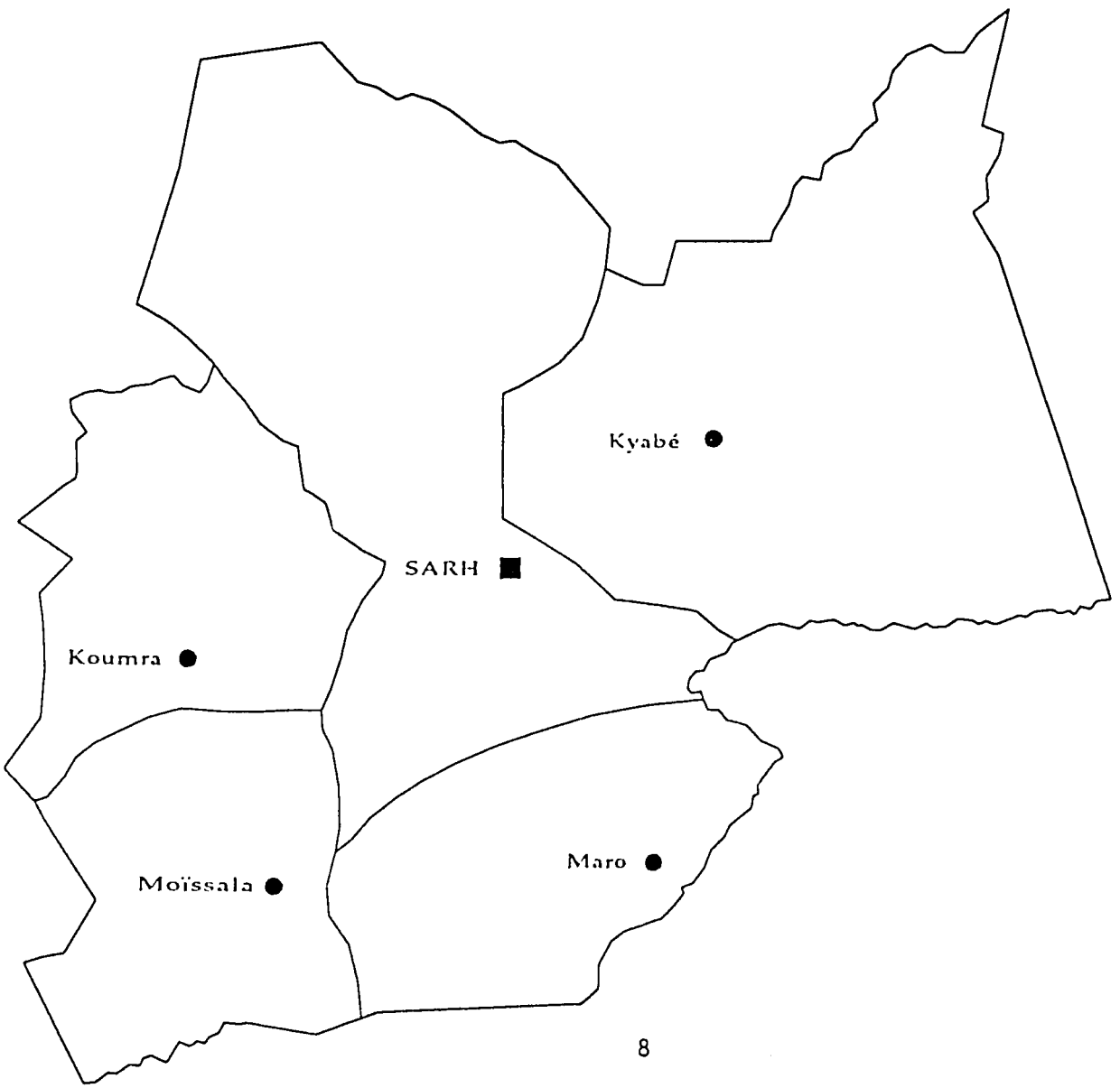
F. Généralités sur le Moyen Chari

La région cible du projet se trouve dans la préfecture du Moyen Chari, qui est situé dans la région sud du Tchad (Cf. Carte 1). Etant dans la zone soudanienne, elle reçoit nettement plus de pluies que la zone désertique du nord et elle a plusieurs cultures de rente telles que la canne à sucre et le coton. Cette région est aussi réputée pour ses mangues et elle se trouve sur la route principale qui mène à la République Centrafricaine.



Carte 1

République du Tchad
Préfecture du Moyen Chari



G. Autres organisations participant aux activités liées à la survie de l'enfant dans le Moyen Chari

De nombreuses autres organisations participent aux interventions relatives à la survie de l'enfant dans le Moyen Chari. Une brève description de leurs activités est donnée ci-après.

1. UNICEF

L'UNICEF est un donateur important de médicaments, de vaccins, de sels de TRO et de produits pharmaceutiques dans les quatorze préfectures du Tchad, sous les auspices du MSPAS. La préfecture socio-sanitaire du Moyen Chari se voit attribuer une certaine quantité, qui est fonction de l'importance de la préfecture, et a donc pour responsabilité de s'assurer que ces fournitures arrivent aux programmes qui adhèrent aux directives et programmes nationaux tels que le PEV (Programme élargi de vaccination).

2. Institut Tropical Suisse (ITS)

Le Projet d'appui en collaboration avec la préfecture socio-sanitaire entre dans le cadre de la septième phase du programme sanitaire de l'ITS au Tchad. Au niveau de Sarh, les activités de l'ITS comprennent un soutien administratif et technique direct apporté au délégué socio-sanitaire par un conseiller, ainsi que le renforcement des capacités de gestion, de planification et de développement des ressources humaines. La gestion du soutien pharmaceutique à l'hôpital central de Sarh, ainsi qu'un approvisionnement minime en médicaments d'urgence, tombent aussi dans le cadre des activités de l'ITS. L'engagement à long terme de l'ITS se situe au niveau du district de Kyabé où, outre les activités mentionnées ci-dessus, il participe à la construction et à la gestion de deux dispensaires.

3. Coopération Française

Projet d'appui dans le Moyen Chari (dans le cadre du programme national) pour le contrôle de la tuberculose et de la lèpre.

Soutien financier de 5 millions de francs CFA par an pour la poursuite des activités de secteur IV et pour la surveillance épidémiologique à l'hôpital de Sarh.

4. APPEL de Cherbourg

L'APPEL de Cherbourg est une association de pédiatres français qui s'est engagée à oeuvrer à long terme avec les médecins et le personnel infirmier de l'hôpital central, des dispensaires de Sarh et ses assistantes sociales du Centre social. Deux fois par ans, une équipe vient de Cherbourg pour fournir une assistance pratique et technique dans les domaines de la pédiatrie, de la maternité, de la gynécologie, de la malnutrition, des accouchements et de la pathologie maternelle. Bien que l'APPEL distribue quelques médicaments, ses interventions sont essentiellement axées sur l'éducation.

5. CARE Tchad

Jusqu'en mai 1992, CARE Tchad était la seule organisation effectuant des creusements de puits et l'installation de pompes à main dans le Moyen Chari. En raison d'une pénurie de fonds, elle a mis fin à l'installation de pompes à main et a orienté ses activités sur les composantes information, éducation et communication (IEC) du projet. Par une redéfinition des buts et objectifs, l'IEC a évolué pour devenir un projet de développement communautaire plus vaste comportant des activités relatives à l'éducation sanitaire, à l'eau et à l'assainissement, aux industries familiales, à l'agriculture, au reboisement et aux technologies appropriées. CARE Tchad considère que les animateurs ayant bénéficié d'une nouvelle formation sont des "agents de développement" possédant les connaissances nécessaires pour analyser les besoins des communautés et localiser les contacts, informations et ressources dont les communautés ont besoin pour répondre à leurs besoins. En termes d'activités sanitaires, CARE n'utilise pas la méthode "du fusil" qui consiste à imposer aux communautés des programmes prédéfinis à un échelon supérieur. Au contraire, toutes les interventions sont dirigées par les communautés elles-mêmes et sont spécifiques à chacune d'elles. Les interventions en matière se santé portent sur la TRO et l'éducation pour la nutrition, la prévention des maladies diarrhéiques, l'éducation en matière d'eau et d'hygiène, et la construction d'installations d'assainissement.

6. BELACD/Moyen Chari (Bureau d'Etudes et de Liaison d'Action Caritative et de Développement)

Le BELACD est une institution de développement dont le siège se trouve à Sarh, financée par divers organismes chrétiens et qui se trouve principalement placée sous la direction de la Mission catholique du Moyen Chari. Les activités de développement entreprises par le BELACD peuvent être réparties entre quatre grands domaines : agriculture, santé, éducation et femmes dans le développement. En ce qui concerne les interventions en matière de santé, le BELACD dirige un système fortement structuré de postes de santé et de dispensaires, avec, pour la période 1991-1993, un budget de 161 000 000 de francs CFA. Outre deux hôpitaux situés à Goundi et à Bébora (devant être transféré à Moïssala), le BELACD assure un soutien clinique et technique aux dispensaires dotés de personnel infirmier et équipés afin de fournir des soins curatifs. En outre, le BELACD a mis en place neuf postes de santé qui ne possèdent pas de personnel de santé professionnel, mais qui ont des médicaments et du personnel formé aux soins de santé primaire. Quatre de ces postes se trouvent en zone rurale de Sarh et les cinq autres sont dans la région de Moïssala. Dans les régions les plus isolées de la préfecture, le BELACD a aidé à la création de 196 pharmacies rudimentaires de village et 275 groupes sanitaires de villages qui assurent des soins de santé à un niveau très primaire. Les médicaments sont fournis ou vendus à ces postes de santé et à d'autres dispensaires publics par l'intermédiaire de huit dépôts de vente du BELACD : Danamadji, Maro, Koumabou, Kyabé, Bédaya, Dédjiondo, Moïssala et Djoli. L'éducation sanitaire se fait au niveau des dispensaires et comprend la nutrition, la TRO, la santé maternelle, l'hygiène et la prévention des maladies. Le BELACD se prépare aussi à lancer, en collaboration avec le MSPAS, un programme de bien-être familial.

7. Mission Baptiste

La Mission baptiste possède un centre médical à Koumra et travaille principalement dans ce district. Ses programmes de santé dans la région sont organisés sous une perspective évangélique. Les domaines dont les programmes de la mission s'occupent sont surtout cliniques et curatifs, mais comprennent aussi la fourniture de médicaments, de vaccins, de matériel éducatif et de soutien en matière de gestion. Le centre médical abrite un service chirurgical avec ou sans hospitalisation, des cliniques dentaires et ophtalmologiques et une unité de soins de santé primaire. Les patients règlent le coûts de ces services. L'ensemble du personnel sanitaire et infirmier de la Mission baptiste est formé à Koumra et doit se conformer à ses objectifs religieux. La mission administre aussi, dans le Moyen Chari, environ 5 ou 6 dispensaires qui ne sont pas financés par le MSPAS, mais sont compris dans la structure officielle des installations publiques. La mission a formé en hygiène, TRO, nutrition et espacement des naissances, des auxiliaires de santé qui sont basés dans les villages. L'hôpital de la mission et les programmes de santé qui s'y rattachent ont été créés il y a plus de vingt-cinq ans par un Américain, le Dr Seymour, et sont maintenant sous le contrôle de son fils, Mark Seymour.

8. La Foi Bahai

La Foi Bahai intervient au niveau communautaire dans le domaine de la prévention sanitaire dans les districts de Sarh, Maro et Moïssala. Depuis 1984, la Foi Bahai forme des secouristes et des animateurs de développement communautaire et de villages, avec l'assistance financière de la Croix-rouge et de World Neighbors, une autre organisation non-gouvernementale (ONG). La Foi Bahai compte actuellement plus de 50 secouristes et animateurs formés en gestion des caisses de pharmacies villageoises, vaccination, éducation sanitaire, nutrition, TRO, planning familial et prévention des maladies. Les activités en matière d'éducation comprennent l'usage de représentations théâtrales et de saynètes pour faire passer le message sanitaire. La Foi Bahai apporte en outre son soutien à un dispensaire à Moïssala en y distribuant des médicaments achetés à Pharmat à N'Djaména. Ce dispensaire est placé sous la supervision d'un personnel infirmier de quatre Tchadiens formés par le MSPAS et un Iranien.

9. Le Dr Maggie Nigri

Le Dr Maggie Nigri, une pédiatre française, est installée à Békamba (district de Koumra) depuis plus de dix ans. Abordant les interventions sanitaires sous l'angle villageois, le Dr Nigri travaille avec la préfecture socio-sanitaire pour mettre en oeuvre les politiques du MSPAS. Avec l'assistance financière d'une association d'amis et de membres de sa famille en France, elle a pu construire trois dispensaires à Békamba, Peni et Bégou et les approvisionner. Les médicaments sont achetés au BELACD. L'ensemble du personnel infirmier travaillant dans les dispensaires a été formé par le Dr Nigri. Son personnel et elle sont très actifs dans les domaines de l'éducation sanitaire, des soins de santé primaire et de la prévention des maladies dans les villages de sa zone. Le Dr Nigri occupe actuellement le poste de chef du district sanitaire de Koumra.

10. Coopération Italienne

La coopération italienne fournit des sachets de sels pour TRO au Moyen Chari. Ses membres prévoient aussi la mise en oeuvre d'un projet d'assistance dans le domaine des soins de santé primaire.

III. METHODOLOGIE

A. Collecte des Données

L'enquête a été effectuée entre le 13 avril et le 12 mai 1992 dans la préfecture du Moyen Chari. La strate urbaine se composait de 338 mères des bourgs de Koumra et Sarh, la strate rurale de 032 mères de 61 villages des zones rurales des sous-préfectures de Sarh, Koumra et Maro.

Pour collecter des informations sur les questions liées à la santé maternelle et infantile, l'enquête a été ciblée sur les mères âgées de 45 ans et moins. Il a été estimé que les mères plus âgées ne pourraient pas fournir de renseignements sur les pratiques en cours et qu'il ne serait pas fiable de faire appel à leur mémoire. Il n'y a pas eu d'âge minimum.

Les enquêteuses étaient toutes des femmes locales, la plupart étant mères elles-mêmes, ayant terminé des études secondaires. Ces femmes ont été choisies parce qu'elles faisaient elles-mêmes partie du groupe-cible et qu'elles pourraient donc communiquer plus facilement avec les femmes interrogées. Il aurait été inapproprié, étant donné le sujet traité par le questionnaire, de faire appel à des enquêteurs.

En préparation à l'enquête, des lettres officielles ont été envoyées par le préfet afin d'informer les chefs des cantons qu'une enquête sanitaire allait être entreprise dans un certain nombre de villages et que leur coopération serait la bienvenue. Un représentant du médecin-chef a personnellement contacté chaque chef de canton et de village avant la visite de l'équipe, pour les mettre au courant de la date à laquelle l'enquête aurait lieu et de ses objectifs, et pour demander que les femmes du village restent chez elles le jour de l'enquête. Pendant le quadrillage et l'établissement des listes, soit le chef, soit un guide local a accompagné la responsable dans tout le village. Une fois que les personnes à interroger ont été sélectionnées, les entretiens se sont déroulés chez elles en toute discrétion. Les données ont été collectées en faisant appel à un questionnaire structuré qui a été testé avant l'enquête. Le questionnaire se composait de 148 questions écrites en français, mais posées dans la langue parlée par la mère (Cf. Questionnaire, en Annexe A). Ce questionnaire a été élaboré de manière à permettre le codage des réponses spontanées de la mère pendant le déroulement de l'entretien. Afin de valider les informations collectées concernant leur âge et la couverture vaccinale les personnes interrogées ont dû produire leur carte d'identité et leur carnet de vaccination. La durée des entretiens a été d'environ une heure.

Sur un total de 1 302 femmes sélectionnées, 1 270 ont terminé l'entretien, 19 étaient en voyage, 5 étaient allées offrir leurs condoléances, 2 étaient sourdes, 1 était en deuil et 3 ont refusé. En outre, cinq femmes ont été éliminées parce qu'il a été constaté au moment de l'entretien qu'elles n'avaient jamais eu d'enfant.

B. Vérification, Saisie et Analyse des Données

A plusieurs points, pendant la collecte des données sur le terrain et au moment de leur saisie, des efforts ont été faits pour assurer leur validité. Chaque questionnaire été examiné par la responsable sur le terrain et des efforts ont été faits en vue de corriger toute ambiguïté avant le départ du village. Les administrateurs de l'enquête ont ensuite examiné et vérifié tous les codages avant la saisie des données sur ordinateur. Les données ont été saisies sur des micro-ordinateurs 386 avec un logiciel EpiInfo version 5, programmé de manière à inclure la correction et la tabulation. Toutes les données ont été saisies deux fois et traitées par le programme de validation EpiInfo.

C. L'échantillonnage

L'élaboration d'un cadre d'échantillonnage a été facilitée du fait que le Bureau central de Recensement (BCR) a pu fournir des cartes des cantons, qui avaient été dressées en prévision du recensement de 1993. Le BCR a fourni, outre les cartes des cantons, des esquisses et des estimations démographiques pour les villages et autres subdivisions administratives. Ces cartes ont servi à élaborer le cadre d'échantillonnage et sont maintenant entre les mains de la préfecture socio-sanitaire du Moyen Chari. Elles constitueront une ressource de valeur inestimable pour le Projet Survie de l'Enfant au Tchad.

Un plan d'échantillonnage stratifié en plusieurs étapes a été choisi pour la sélection des personnes à interroger. L'échantillonnage a été différent selon les strates urbaine ou rurale et l'échantillonnage final a porté sur 932 femmes de zone rurale et 338 de zone urbaine. Ces femmes représentaient un échantillonnage pris au hasard dans la région cible du projet. Une description détaillée de la méthodologie d'échantillonnage figure en Annexe B.

D. Problèmes de Méthodologie

1. Questions ouvertes

La technique qui consiste à utiliser des réponses spontanées, c'est-à-dire en laissant la réponse ouverte puis en la classant en fonction du résultat comporte à la fois des points forts et des points faibles. Elle a l'avantage de ne pas amener la personne interrogée à donner la réponse attendue ou désirée, mais elle dépend aussi énormément de l'aptitude de la personne interrogée à s'exprimer, ainsi que des préjugés de la personne qui interprète ces réponses (Kroeger). Il ne fait pas de doute que dans la présente enquête il y a eu une grande variation dans la définition des termes, particulièrement en raison du grand nombre de langues parlées dans la région cible. Une tentative a été faite en vue de minimiser ce problème en normalisant le plus possible la terminologie pendant la formation des enquêteuses et aussi en utilisant des enquêteuses appartenant au même groupe ethnique que les personnes interrogées dans le groupe cible.

2. Mesure de la morbidité et de la mortalité

Ce type d'enquête portant sur plusieurs sections peut donner une mesure indirecte de l'état de santé. Elle ne remplace pas la prévalence ou l'incidence de maladies spécifiques, pas plus qu'elle ne peut produire des données de référence pour l'évaluation d'effets de la réduction de la mortalité ou de la morbidité, par exemple, en raison de causes spécifiques. Mais elle fournit cependant des données de référence utiles sur les indicateurs du processus, comme par exemple les changements constatés dans le niveau de connaissance de sujets comme la TRO et la transmission du SIDA, les pratiques telles que les soins pré et post natals, et les connaissances relatives au planning familial ainsi que les attitudes envers ce dernier. De tels paramètres intermédiaires indiquent la direction de résultats finaux et, en même temps, sont moins onéreux et plus faciles à mesurer (Van Norren).

3. Rappel

Il est toujours problématique de décider sur quelle période doivent porter les questions relatives à une maladie rapportée, et il existe en fait toute une littérature sur les avantages et les inconvénients des diverses façons d'aborder la question. Une période de deux semaines est actuellement couramment utilisée, au lieu de la période de 12 mois. On pense qu'il est plus fiable de se rappeler d'une maladie récente, et les informations relatives au traitement et aux pratiques y afférents sont plus utiles, encore qu'on puisse courir le risque de surestimer les maladies courantes (Kroeger). Avec une période de 12 mois, on a tendance à oublier les maladies les plus anciennes : la période de deux semaines constitue donc un compromis. La présente période utilise une période de deux semaines pour les maladies de la mère et de l'enfant.

E. Contraintes

1. Langues

Vingt-six langues ont été identifiées pendant l'enquête, dont la plupart pouvaient être classées en 3 ou 4 groupes linguistiques principaux. Il n'a pas été possible de traduire le questionnaire dans de nombreuses langues, mais la chance a voulu que les langues sara et arabe soient comprises par une large part de la population. On a essayé, lors de la sélection des enquêteuses, de recruter des femmes parlant plusieurs langues diverses. Il a parfois été nécessaire de faire appel aux services d'un interprète local.

2. Réponses faussées

Bien que les enquêteuses aient fait partie du même groupe d'âge que les personnes interrogées, il existait toujours un gouffre culturel entre les femmes urbaines et éduquées et les femmes rurales largement illettrées. Il y a souvent eu une certaine suspicion de la part des villageoises quand aux buts de l'enquête, ce qui peut avoir entraîné des réponses faussées, surtout en ce qui concerne les données économiques. En raison de cette suspicion, du manque de variabilité et de distinctions vagues en ce qui concerne qui est propriétaire de quoi dans les familles élargies, il est normalement difficile de collecter des

informations relatives aux revenus et aux dépenses dans les pays en développement. Il y a donc de fortes présomptions d'erreurs dans les données collectées sur les sommes dépensées, par exemple, pour les soins de santé. Il est notoire que le point faible des enquêtes démographiques dans les zones rurales est la collecte de données portant sur l'usage de tradi-praticiens et de remèdes traditionnels. On peut probablement partir de l'hypothèse selon laquelle il y a eu une sous-estimation des services des tradi-praticiens, encore que les enquêteuses ne faisant pas partie du "personnel de santé", ce problème peut avoir été quelque peu évité. En tout état de cause, la collecte des données relatives aux services des tradi-praticiens se fait mieux par le biais de recherches anthropologiques.

3. Fiabilité

Etant donné les contraintes de temps et budgétaires auxquelles l'enquête l'enquête a été soumise, il n'a pas été possible de tester la fiabilité de l'instrument d'enquête en répétant les entretiens à une date ultérieure, ou avec des enquêteuses différentes pour une même personne interrogée.

F. Analyse

Une analyse descriptive a été effectuée à l'aide des logiciels EpiInfo et SPSS. Les statistiques les plus intéressantes sont les ratios et les moyennes.

IV. RESULTATS ET DISCUSSION

A. Aspects démographiques et socio-économiques

1. Age

Il a été extrêmement difficile d'obtenir les âges réels des femmes interrogées. On a tenté, lors de l'enquête pilote, de relier l'âge à certains événements passés spécifiques. Cette méthode n'a pas été très utile parce que les événements qui se produisent dans le monde extérieur n'ont pas grand-chose à voir avec la vie dans le village. En fin de compte, la plupart des âges cités ont été des estimations convenues par les femmes et les enquêteuses. Dans certains cas, des événements spécifiques qui se sont produits dans le village ont pu servir de point de repère de dates passées. Dans d'autres cas, les maris ont été consultés, ces derniers pouvant avoir une meilleure compréhension du calendrier. Il a été demandé aux femmes de produire des certificats de naissance, des cartes d'identité ou tout autre document portant l'année de naissance et, chaque fois que cela a été possible, ces documents ont servi à déterminer l'âge de la personne interrogée. Pour l'analyse, la répartition des tranches d'âges des femmes titulaires de cartes d'identités (10% du total) a été comparée à celles des femmes n'en ayant pas. Pour les deux groupes, la répartition par intervalles de cinq ans a été très similaire. Il a donc été possible d'obtenir, malgré l'impossibilité d'avoir des âges précis, des catégories plus ou moins correctes en groupant les femmes par groupes de cinq ans couvrant l'arrondissement des âges aux deux extrémités. Cet arrondissement s'est produit à 30 ans.

Tableau 2 : Répartition des Ages

Age	Rural (N=929)	Urbain (N=338)
15-19	10%	6%
20-24	21%	21%
25-29	27%	26%
30-34	19%	22%
35-39	16%	15%
40-44	7%	7%
>45	-	3%
	Moyenne = 28	Moyenne = 28

Comme on peut le constater à la Figure 1, environ un quart des femmes ont fait partie d'une des catégories suivantes : moins de 23 ans, de 23 à 27 ans, de 28 à 33 ans et plus de 33 ans. Toutes les analyses suivantes portant sur l'âge sont basées sur ces quatre catégories, sauf mention du contraire.

Figure 1

REPARTITION DES AGES

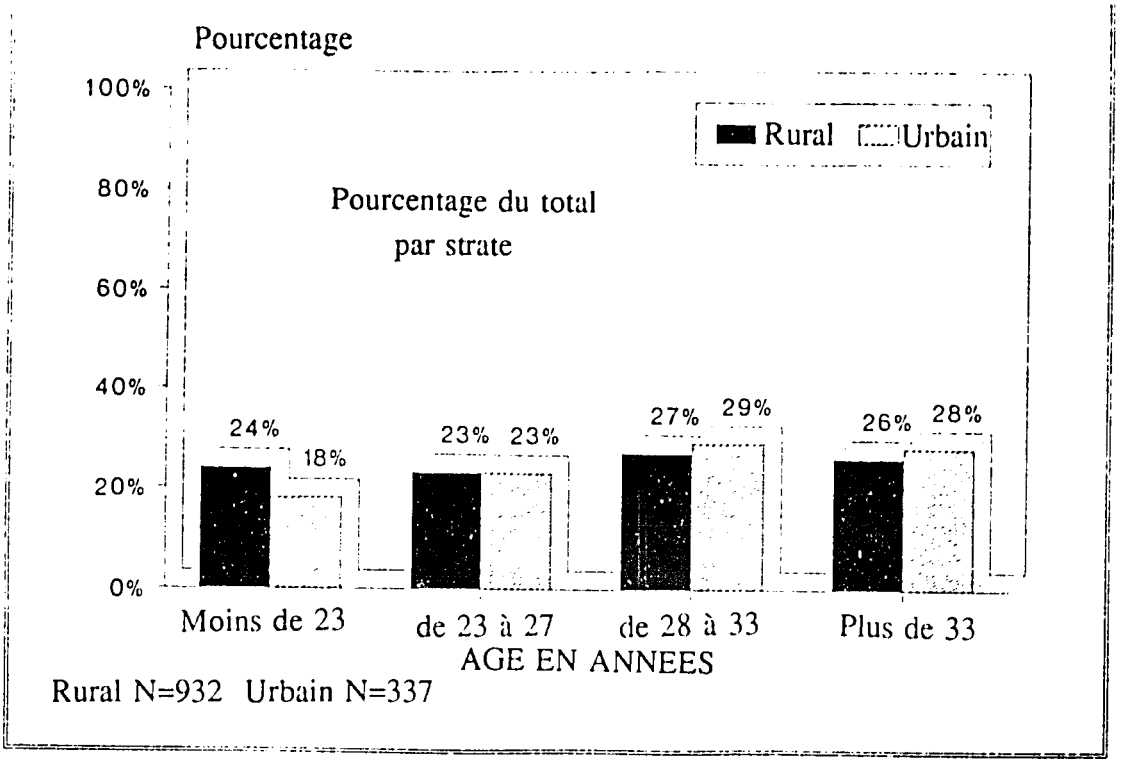
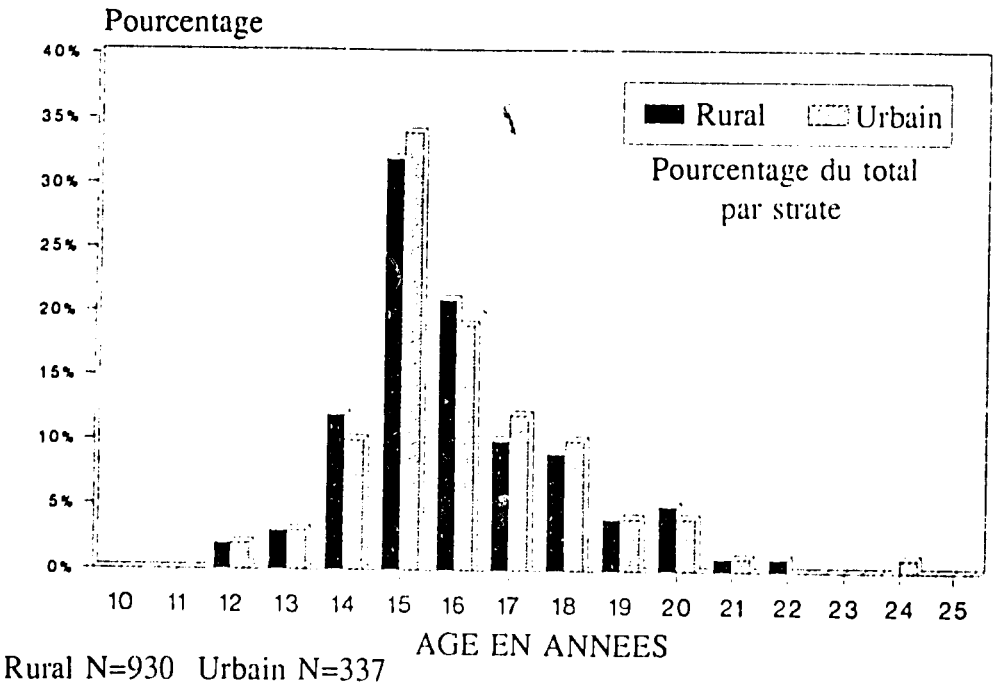


Figure 2

AGE DE LA MERE AU PREMIER MARIAGE



2. Parité

Tableau 3 : Parité Moyenne par Groupes de 5 Ans d'Age

Age	Rural (N=922)	Urbain (N=327)
15-19	1,36	1,16
20-24	2,18	1,94
25-29	3,33	3,44
30-34	5,53	5,17
35-39	6,70	6,94
40-44	7,86	8,52

3. Age au premier mariage

Comme on peut le voir à la Figure 2, l'éventail des âges au premier mariage va de 10 à 25, avec une pointe à 15 ans.

4. Education et alphabétisme

En zone urbaine, 50% des femmes déclarent savoir lire et écrire, contre 15% seulement en zone rurale.

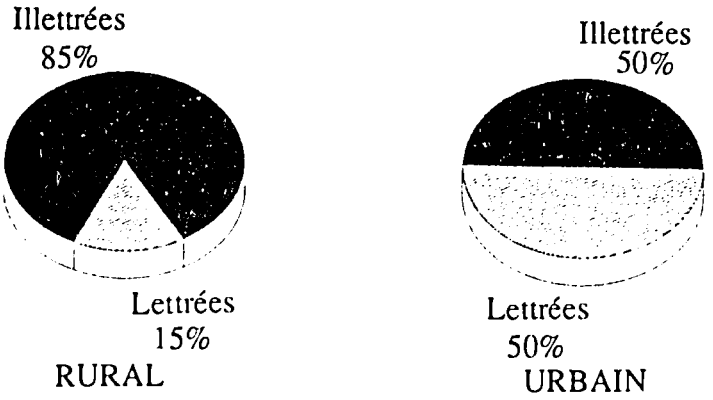
Le niveau de scolarisation est très bas, comme indiqué à la Figure 4. Dix-neuf pour cent des femmes de zone urbaine et 4% de celles de zone rurale avaient terminé leurs études primaires seulement. Seize pour cent des femmes de zone urbaine ont poursuivi des études au-delà du primaire, contre 1% seulement pour celles de zone rurale. Sur les 932 personnes interrogées en milieu rural, 7 seulement avaient fini leurs études secondaires et 1 seule en milieu urbain avait été à l'université.

5. Religion

Les catholiques constituent le groupe religieux le plus important avec 60% de la population en milieu rural et 45% de celle du milieu urbain. Ils sont suivis par les protestants, 18 et 30% dans les zones rurale et urbaine, respectivement. On trouve généralement les musulmans en zone urbaine, où ils constituent 20% de l'échantillonnage. Huit pour cent de la population rurale est musulmane. Le reste se compose d'animistes, bahais et de personnes ne pratiquant aucune religion. Bien que la majorité de la population se dise soit chrétienne, soit musulmane, il faut néanmoins souligner que les pratiques animistes sont toujours bien ancrées dans la culture locale.

Figure 3

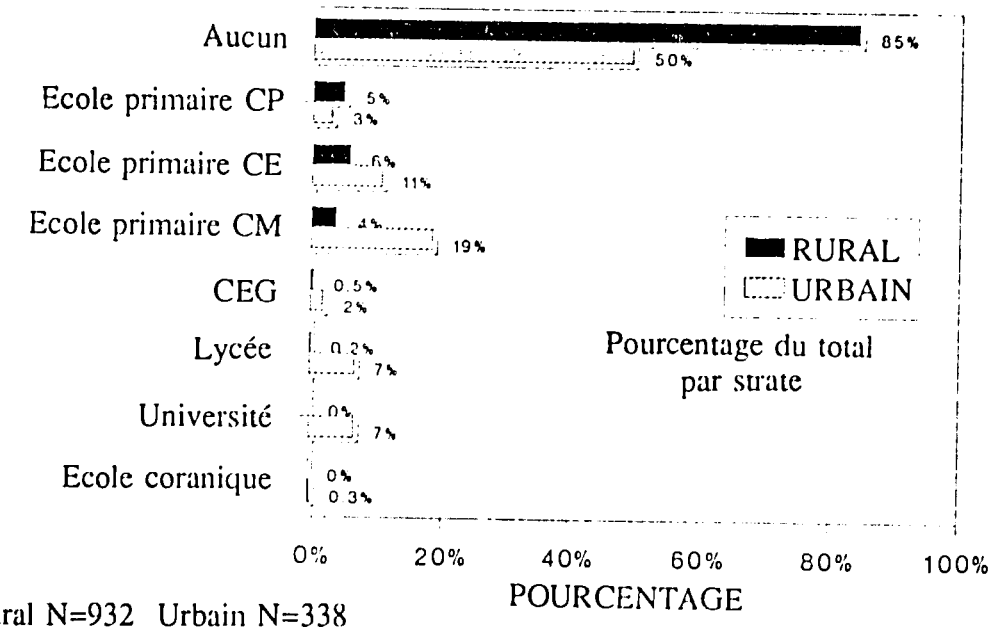
ALPHABETISATION CHEZ LES FEMMES AYANT PARTICIPE A L'ENQUETE



Rural N=932 Urbain N=338

Figure 4

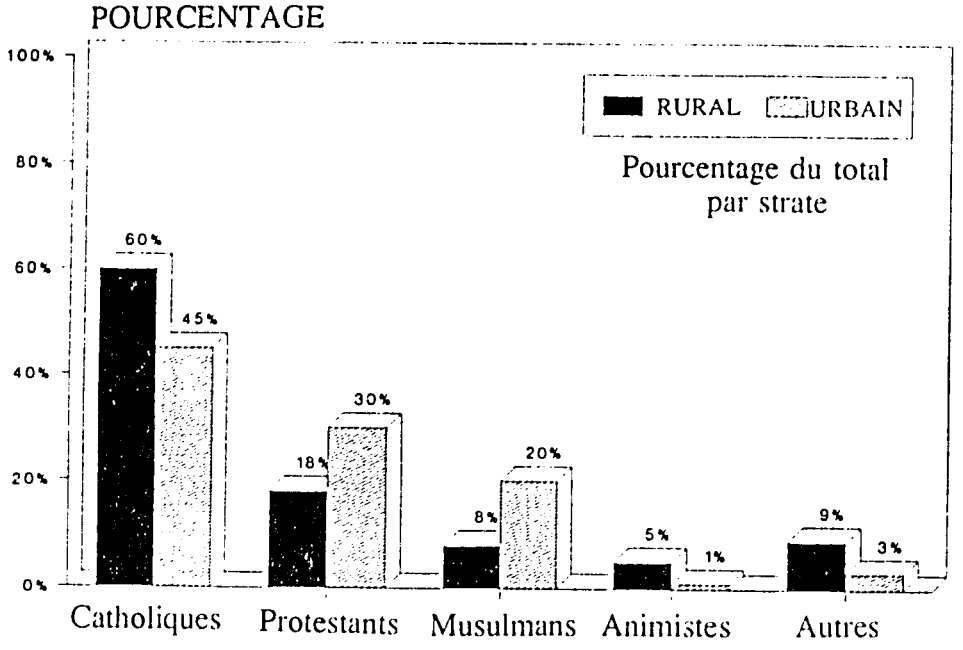
SCOLARISATION DES FEMMES



Rural N=932 Urbain N=338

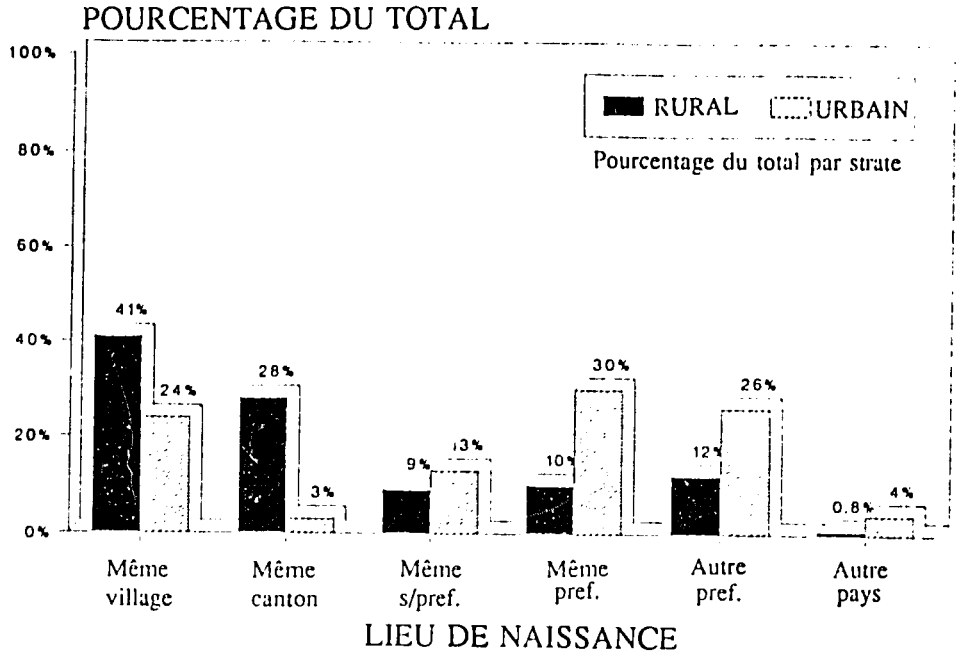
Figure 5

RELIGION DES FEMMES AYANT PARTICIPE A L'ENQUETE



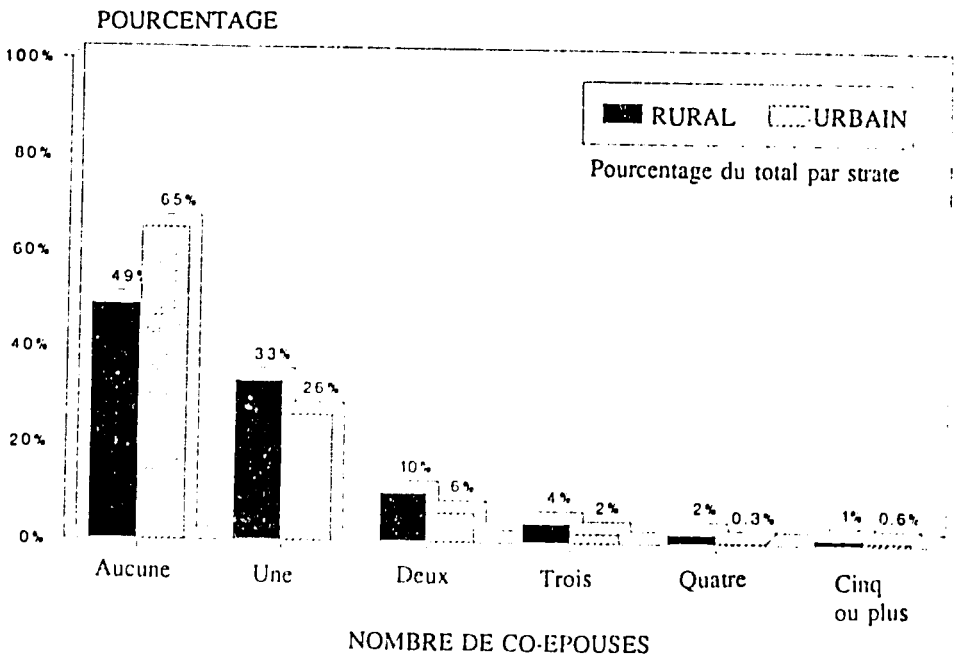
Rural N=932 Urbain N=338

Figure 6
"OU ETES VOUS NEE"



Rural N=932 Urbain N=338

Figure 7
NOMBRE DE CO-EPOUSES



Rural N=883 Urbain N=301

6. Lieu de naissance

Les données relatives au lieu de naissances suggèrent l'urbanisation et le mouvement de populations. Vingt-cinq pour cent seulement des femmes vivant actuellement en milieu urbain y sont nées et 26% venait d'ailleurs que du Moyen Chari. D'un autre côté, plus de 70% des femmes de la zone rurale sont nées dans le canton dans lequel elles habitent actuellement et 41% vivaient toujours dans le village de leur naissance. Les possibilités d'emploi avec la SONASUT, Coton Tchad, Esso et — jusqu'à récemment — la STT sont au moins partiellement responsables des mouvements de populations vers Sarh. Des villages entiers se seraient presque totalement vidés de leur population, celle-ci cherchant du travail dans les centres urbains.

7. Polygamie

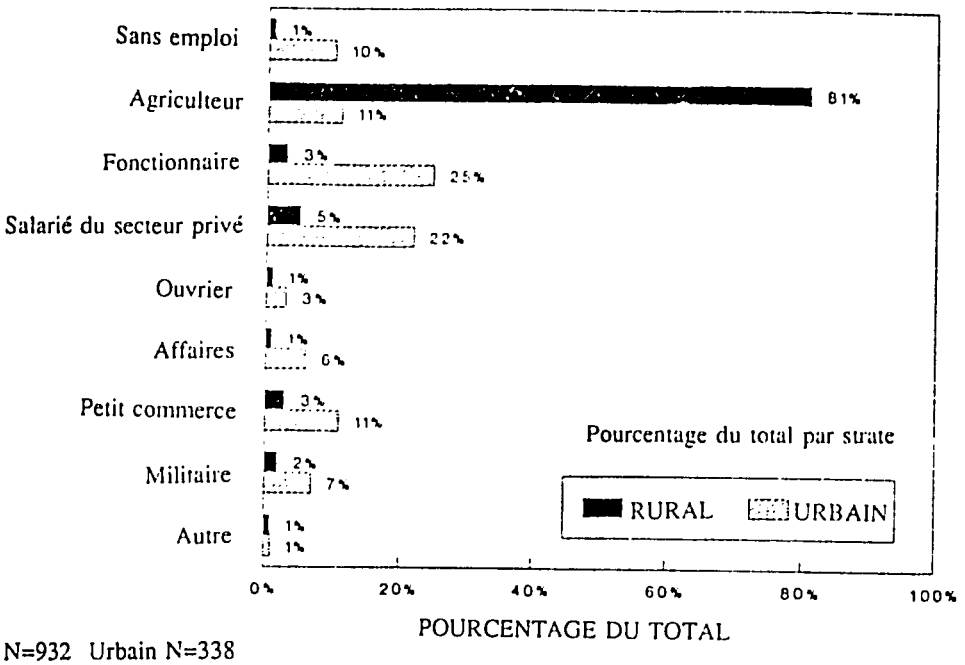
Trente-cinq pour cent des femmes de la zone urbaine et plus de 50% de celles de la zone rurale ont au moins une co-épouse. La polygamie est probablement plus courante en zone rurale, les travaux agricoles exigeant des familles nombreuses. En outre, il se peut que le coût de la vie élevé dans la zone urbaine commence à dissuader les hommes d'avoir plusieurs épouses. La polygamie ne semble pas différer en fonction des religions, sauf en zone rurale où les musulmans semblent la pratiquer moins que les catholiques et les protestants.

8. Logement

Tableau 4 : Logement

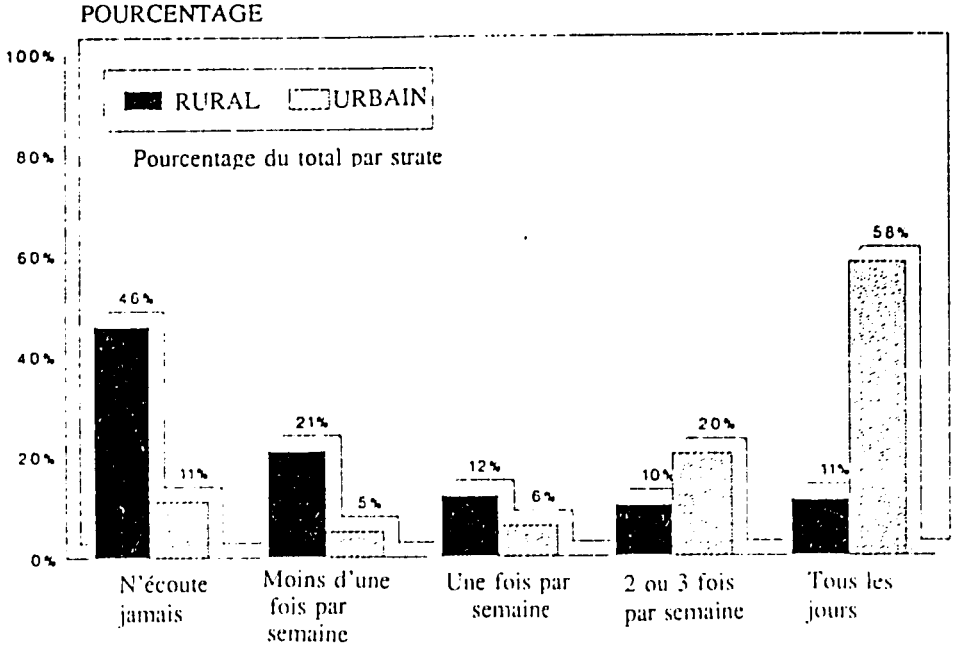
	Rural (N=932)		Urbain (N=338)	
Matériau de construction				
Parpaing	7	(1%)	46	(14%)
Briques séchées	859	(92%)	291	(86%)
Paille	66	(7%)	0	(0%)
Toit				
Tôle	37	(4%)	244	(72%)
Paille/terre	895	(96%)	94	(28%)
Toilettes				
Toilettes à chasse d'eau	3	(0%)	13	(4%)
Latrines	230	(25%)	274	(81%)
Brousse	699	(75%)	51	(15%)
Electricité	0	(0%)	36	(11%)

Figure 8
OCCUPATION DU MARI



Rural N=932 Urbain N=338

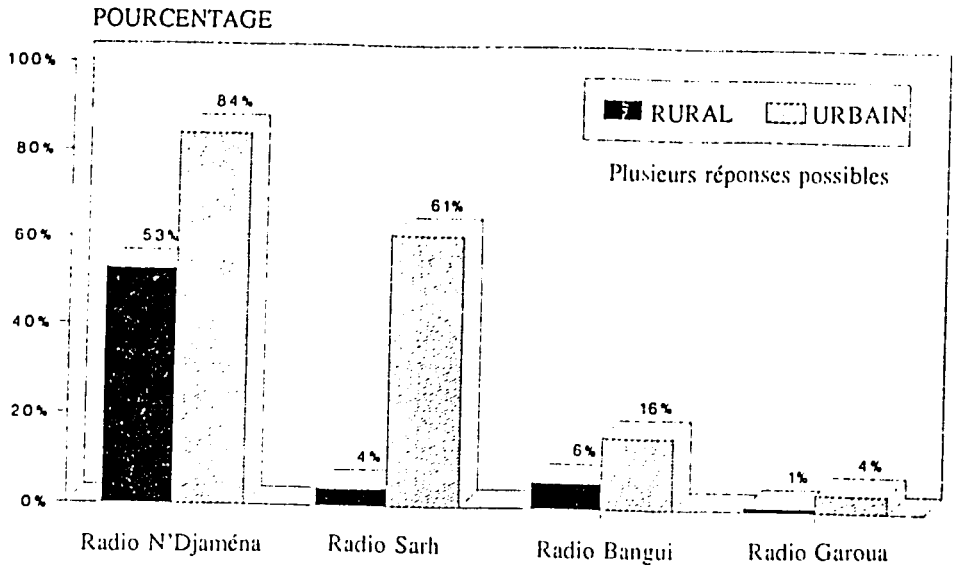
Figure 9
FREQUENCE DE L'ECOUTE RADIO



Rural N=932 Urbain N=338

Figure 10

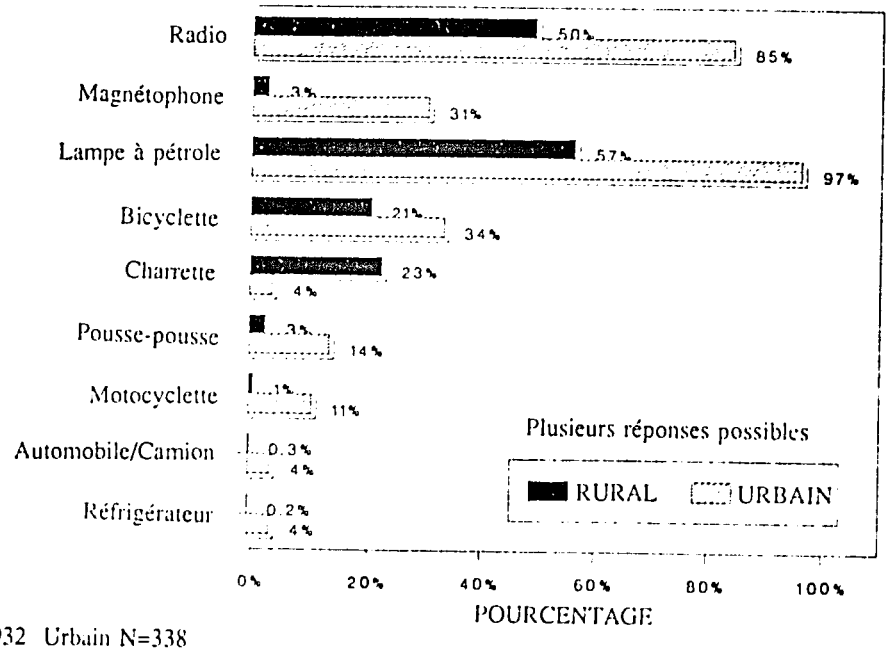
POURCENTAGE D'ECOUTE PAR STATION DE RADIO



Rural N=932 Urbain N=338

Figure 11

INDICATEURS DE LA FORTUNE DES FOYERS



Rural N=932 Urbain N=338

Les maisons en parpaing et au toit en tôle sont des signes indicateurs d'une plus grande richesse. On les trouve le plus souvent dans la zone urbaine, probablement parce qu'il y a un plus grand nombre de salariés, de fonctionnaires et de commerçants. Si une personne peut se permettre un toit en tôle, il n'est plus nécessaire d'avoir à le refaire tous les deux ans. La plupart des personnes vivant en milieu rural ne peuvent pas se le permettre, comme on peut le constater au Tableau 4.

Les données indiquent qu'il y a un fort pourcentage de maisons dotées de latrines aussi bien en zone rurale qu'urbaine, 25 et 81% respectivement. Cette information peut cependant quelque peu prêter à confusion car s'il est vrai que de nombreuses personnes ont des latrines, la qualité et l'entretien de celles-ci sont souvent défectueux. Il arrive qu'en zone urbaine un simple trou peu profond et sans couvercle, situé juste à côté de la maison soit appelé latrine. Et en zone rurale, où il tend à y avoir davantage d'animaux, les latrines sont souvent piétinées et détruites par ces animaux qui y sont attirés par l'odeur et abattent les barrières de protection pour manger l'herbe qui s'y trouve. Ces latrines sont souvent très mal entretenues, mais elles servent toujours de toilettes pour les personnes qui habitent la maison.

9. Occupation du mari

Comme on peut s'y attendre, la plupart des maris de la zone rurale sont des agriculteurs (81%). Les maris sans emploi se trouvent davantage en zone urbaine. Comme de nombreux maris de la zone urbaine (47%) sont salariés, ils sont plus vulnérables aux licenciements, auquel cas le fardeau de l'alimentation et des soins accordés à la famille s'abat avec plus de poids sur la femme. C'est normalement au mari qu'il revient de pourvoir aux besoins de la famille, mais si son argent est insuffisant, la femme doit en trouver pour y suppléer. Les maris de la zone urbaine sont plus souvent commerçants ou militaires que ceux de la zone rurale.

10. Ecoute radio

Cinquante-huit pour cent des femmes de la zone urbaine écoutent la radio chaque jour, contre 11% en zone rurale. Quarante-six pour cent des femmes de la zone rurale n'écoutent jamais la radio. Radio Sarh est captée presque exclusivement dans la région de Sarh puisqu'elle n'émet pas à plus d'environ 30 kilomètres. La station la plus généralement écoutée est celle de N'Djaména. Les personnes se mettent souvent à l'écoute pour avoir des informations sur les décès, les arrivées et les naissances, ainsi que pour obtenir d'autres messages. Etant donné la forte proportion de femmes qui écoutent les stations de radio de Sarh et de N'Djaména une fois par semaine ou davantage, il semble que la radio soit un excellent moyen de faire passer les messages IEC relatifs à la santé. Par exemple, la plupart des femmes ont déclaré que c'est par la radio qu'elles ont entendu parler du SIDA.

11. Fortune des foyers

Il est plus probable que les foyers des femmes vivant en zone urbaine aient des articles de luxe tels que radios, magnétophones, motocyclettes, automobiles et réfrigérateurs,

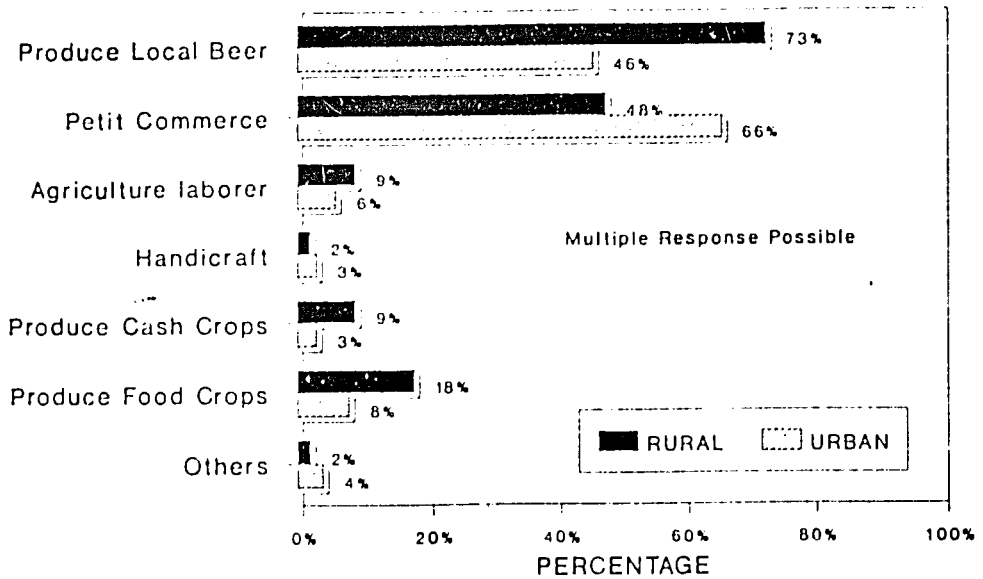
encore que ces derniers soient le plus souvent réservés pour le travail. Quatre-vingt-cinq pour cent des femmes de zone urbaine possédaient des radios, contre 50% pour celles de zone rurale. Quatre-vingt-sept pour cent des personnes de la zone urbaine avaient des lampes à pétrole, alors que 57% pour cent seulement en possédaient en zone rurale. Le fait que la plupart des personnes vivant en zone urbaine possédaient des lampes n'était pas surprenant car elles sont très accessibles et reviennent moins cher que l'électricité. Les charrettes à boeufs étaient un mode de transport plus courant en zone rurale où les personnes possèdent des animaux et les pousse-pousse étaient plus courant en zone urbaine. Cependant, le pourcentage global de personnes disposant d'un moyen de transport quelconque était faible, sauf pour les bicyclettes, qui sont présentes dans 34% des foyers.

12. Sources de revenu des femmes

Comme cela a été mentionné précédemment, les femmes doivent souvent suppléer le revenu de leur mari pour l'achat de nécessités pour l'alimentation et l'habillement des enfants, les envoyer à l'école, etc. Pour obtenir des revenus supplémentaires, la plupart des femmes — 73% en zone rurale et 46% en zone urbaine — font de la bière de millet. Comme on peut le voir à la Figure 12, elles font aussi du petit commerce, vendant leurs produits sur le marché local. Les femmes vivant en milieu urbain font davantage de petit commerce que celles de zone rurale (Figure 12) et elles ont aussi tendance à gagner davantage d'argent, heureusement, car leurs maris sont plus souvent sans emploi et la vie en zone urbaine est plus chère. La Figure 13 indique les montants que les femmes déclarent avoir gagnés au cours du mois écoulé grâce aux activités mentionnées par elles et indiquées à la Figure 12. Soixante-dix-neuf pour cent des femmes de zone rurale et 41% de celles de zone urbaine avaient gagné moins de 5 000 Francs CFA durant le mois précédant l'enquête. L'enquête s'étant déroulée en avril et mai, la période de référence pour l'argent gagné va de mars à avril, qui correspond au moment des récoltes pour les cultures de rente et destinées au marché, comme le coton, le millet, le maïs, les haricots et les arachides. Les femmes possèdent leur propres champs personnels et 27% des femmes de zone rurale ont déclaré qu'ils constituaient une source de revenus pour le mois précédant l'enquête. Etant donné l'époque à laquelle l'enquête s'est déroulée, les revenus déclarés sont probablement plus élevés qu'à d'autres périodes de l'année.

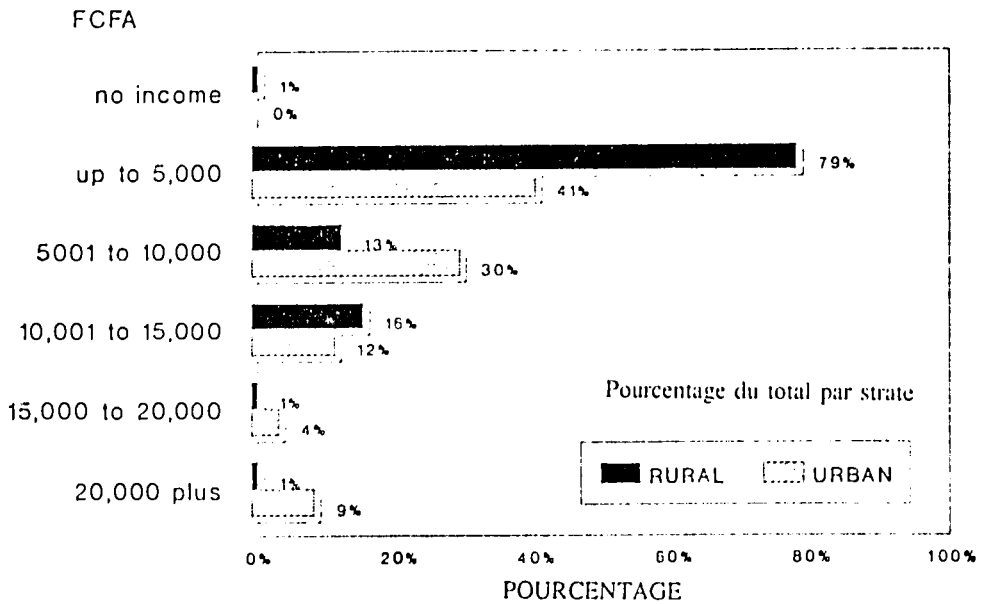
Les Figures 14, 15 et 16 indiquent les sommes dépensées normalement pour divers besoins du foyer, et il est évident que les femmes de zone urbaine dépensent davantage que celles de zone rurale. Soixante-huit pour cent de ces dernières ont dépensé moins de 100 francs CFA pour du carburant lors de la semaine précédant l'enquête, alors que 88% des femmes de zone urbaine avaient dépensé plus de 300 francs CFA pour du carburant. Ceci répond à ce qui était attendu, puisque les femmes de zone rurale se livrent davantage à l'agriculture de subsistance et peuvent aussi ramasser du bois de feu. Soixante-dix-neuf pour cent des femmes de zone rurales avaient dépensé moins de 1 000 francs CFA pour des produits alimentaires, alors que 70% des femmes de zone urbaine avaient dépensé davantage. Les femmes de zone rurale avaient aussi moins dépensé en savon. Les femmes de zone urbaine lavent probablement leurs vêtements plus souvent pour le travail et d'autres activités hors du foyer.

Figure 12
SOURCES DES REVENUS DES FEMMES CONSACRES AUX DEPENSES DU FOYER



Rural N=932 Urban N=338

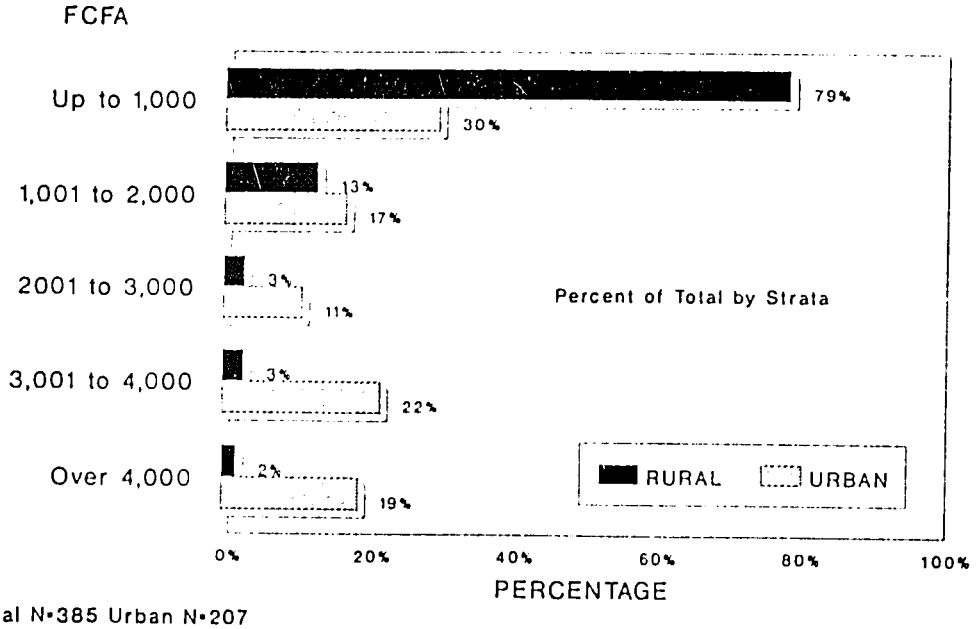
Figure 13
INCOME LAST MONTH (MARCH OR APRIL) FROM WOMEN'S ACTIVITIES



Rural N=932 Urban N=338

Figure 14

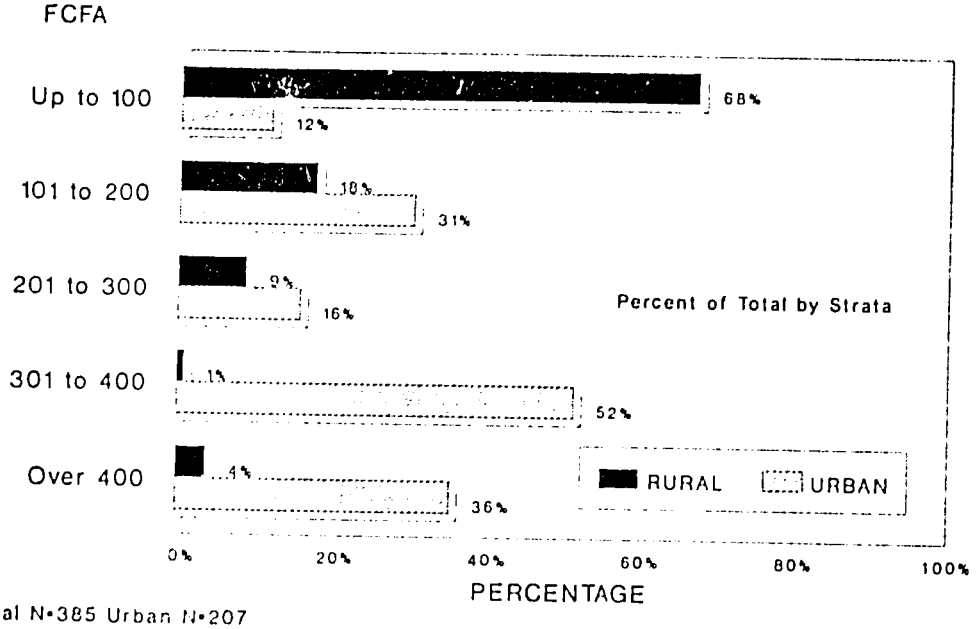
DEPENSES HEBDOMADAIRES FAITES AU MARCHE POUR L'ALIMENTATION



Rural N•385 Urban N•207

Figure 15

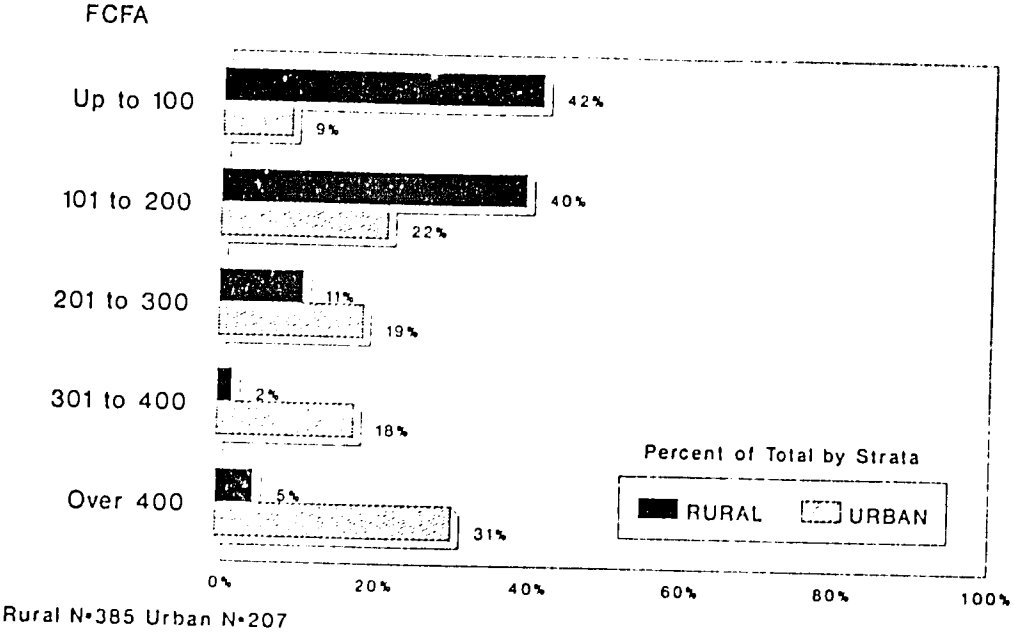
DEPENSES HEBDOMADAIRES FAITES AU MARCHE POUR LE CARBURANT (DEPENSE HABITUELLE)



Rural N•385 Urban N•207

Figure 16

DEPENSES HEBDOMADAIRES FAITES AU MARCHE POUR LE SAVON (DEPENSE HABITUELLE)



Rural N=385 Urban N=207

13. Animaux

Tableau 5 : Nombre Moyen d'Animaux Appartenant aux Femmes

Animaux	Rural (N=932)	Urbain (N=338)
Poulets	2,4	1,8
Chèvres	1,7	0,6
Poussins	3,2	2,0
Agneaux	0,7	0,1
Taureaux	0,8	0,2
Anes	0,0	0,0
Vaches	0,2	0,0
Chevaux	0,0	0,0

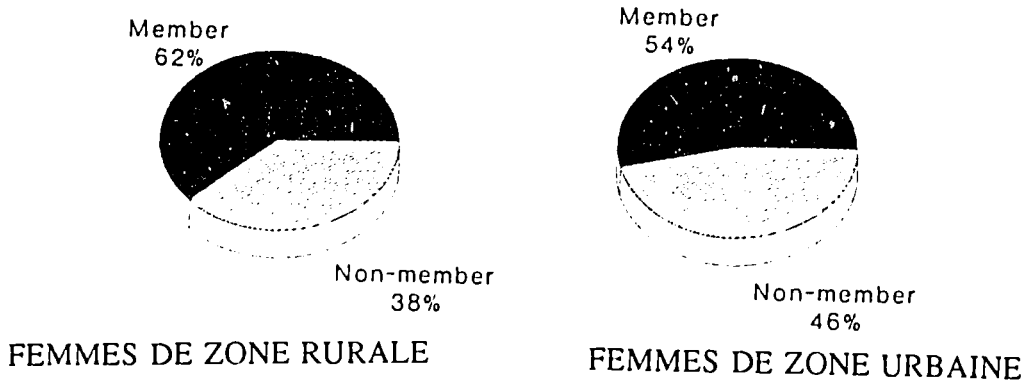
Les femmes de zone rurale tendent à avoir davantage d'animaux que celle de zone urbaine puisqu'elles ont les terres qui leur permettent de les élever. Ces animaux constituent une source de revenus sous forme de produits laitiers et de viande. Ils sont aussi une ressource pour des dépenses telles que celles de mariage des enfants, par exemple, aider les fils à payer la dot nécessaire pour avoir une femme.

14. Groupes d'épargne

Au Tchad, les femmes font souvent partie de groupes d'épargne appelé tontines. Dans une tontine, une femme donne toutes les semaines ou tous les mois une somme déterminée et lorsque son tour arrive, peut-être une fois par an, elle reçoit la totalité du montant cumulé pour cette semaine ou ce mois. C'est une sorte d'investissement qu'elle peut toucher périodiquement et grâce auquel elle peut disposer d'un montant suffisamment important pour se lancer dans des activités exigeant un certain capital. L'argent de la tontine peut par exemple produire suffisamment d'argent liquide pour acheter un stock, un morceau de terre ou construire une maison. Comme on peut le voir à la Figure 17, une part importante de femmes fait partie de tontines, surtout en zone rurale. Soixante-deux pour cent des femmes de zone rurale et 54% de celles de zone urbaine déclarent faire partie de tontines, encore que la somme contribuée par les femmes de zone rurale soit faible (habituellement moins de 500 francs CFA par semaine). Quatre-vingt-cinq pour cent des membres de tontines contribuent chaque semaine, les 15% restant le faisant sur une base mensuelle. La proportion de femmes appartenant à une tontine est plus élevée dans la zone rurale, peut-être parce que ces femmes, ayant grandi ensemble, se connaissent et ont plus facilement confiance l'une dans l'autre. Comme tant de femmes appartiennent à des tontines et qu'elles se réunissent régulièrement, ces réunions peuvent constituer d'excellentes occasions pour les séances d'éducation sanitaire.

Figure 17

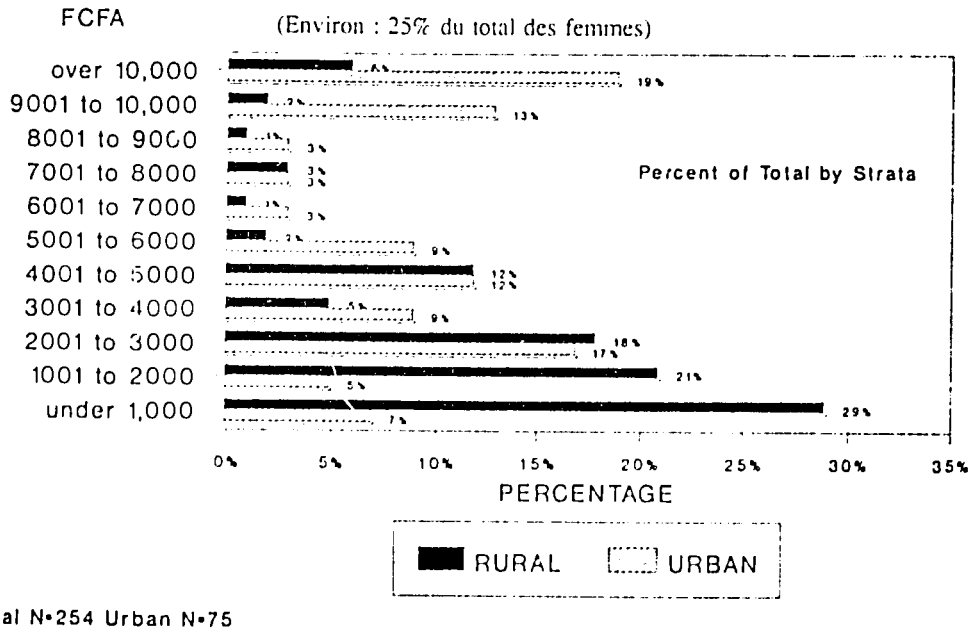
POURCENTAGE DE FEMMES FAISANT PARTIE D'UN GROUPE D'EPARGNE



Rural N•932 Urban N•338

Figure 18

EPARGNE TOTALE POUR L'AN DERNIER POUR LES FEMMES AYANT DES EPARGNES



Rural N•254 Urban N•75

15. Epargne

Il a été demandé aux femmes si elles ont réussi à mettre de l'argent de côté pendant l'année écoulée et, si oui, combien. Vingt-deux pour cent des femmes de zone urbaine et 27% de celles de zone rurale ont déclaré avoir épargné de l'argent, mais les montants de cette épargne étaient nettement plus importants pour les femmes de zone urbaine. Les femmes de zone rurale ont déclaré avoir épargné moins de 3 000 francs CFA, alors que 32% des femmes de zone urbaine ayant mis de l'argent de côté avaient pu épargner plus de 9 000 francs CFA.

B. Maladies des Enfants de Moins de Six ans

Quatre-vingt-onze pour cent des femmes interrogées avaient des enfants de moins de six ans. Elles ont été interrogées sur les maladies ayant frappé leurs enfants lors des deux semaines précédant l'enquête. Les études effectuées indiquent qu'il existe une tendance à surestimer les maladies qui sont survenues dans un passé récent (Kroeger). Cette période de deux semaines a cependant été choisie non pas pour obtenir une plus grande prévalence des maladies, mais plutôt pour avoir des informations sur les pratiques liées au traitement de maladies courantes. Si une période plus longue avait été utilisée, il aurait pu y avoir une tendance à l'oubli des détails concernant certaines maladies moins graves.

1. Pratiques

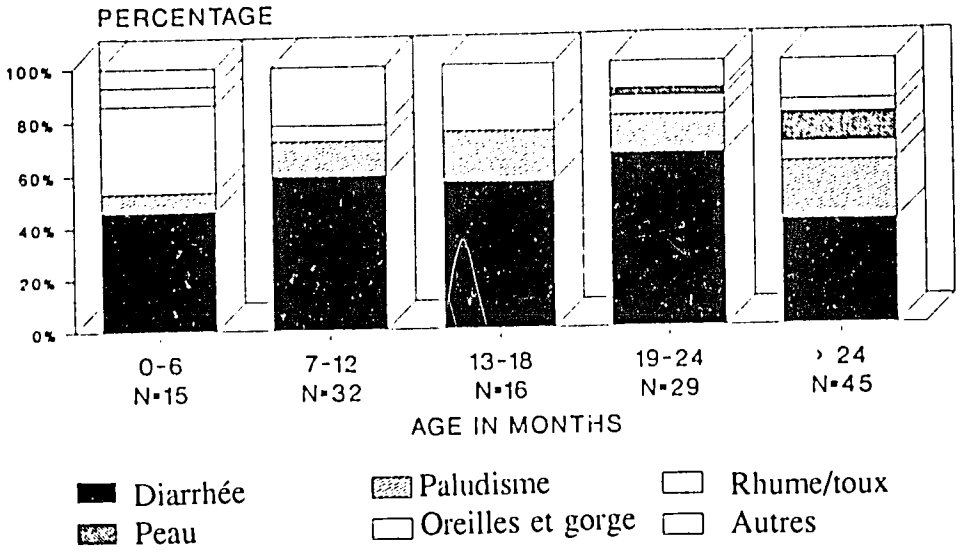
a. Types de maladies

Parmi les femmes ayant des enfants de moins de six ans, environ 50% ont déclaré avoir eu au moins un enfant malade dans les deux semaines précédant l'enquête. Environ 25% ont déclaré que leur enfant avait eu la diarrhée et environ 7% ont fait état d'un enfant atteint de paludisme.

Parmi les 427 enfants déclarés malades en zone rurale et les 137 enfants déclarés malades en zone urbaine, la diarrhée a été l'affection de loin la plus courante, comptant pour environ 50% des maladies déclarées. Ceci a été suivi par le paludisme ou la fièvre, qui ont constitué 13% des maladies en zone rurale et 16% des maladies de zone urbaine. Bien que le nombre total d'enfants ayant des problèmes dermatologiques ait été faible (40), il y a eu une absence notable en zone urbaine d'enfants de moins de 18 mois ayant un problème dermatologique. Par contre, en zone rurale, 10% de toutes les maladies déclarées pour les enfants de 18 mois et moins étaient dermatologiques. La définition des maladies de peau n'est pas spécifique et comme les réponses étaient ouvertes, il pouvait s'agir de n'importe quelle maladie pouvant entraîner des éruptions cutanées, y compris la rougeole, la varicelle, la gale, etc. Il n'est donc pas possible de dire pourquoi les maladies de peau ont été mentionnées plus fréquemment en zone rurale. Une hypothèse possible est qu'il y avait une plus grande incidence de rougeole en zone rurale, ou que le manque d'eau dans cette zone a donné lieu à un plus grand nombre d'éruptions cutanées.

Figure 19

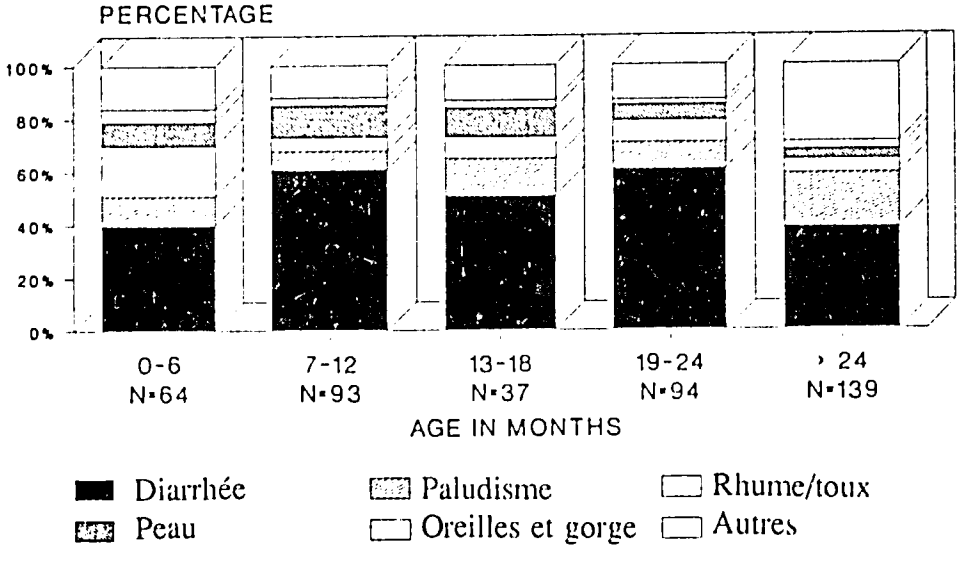
MALADIES AFFECTANT LES ENFANTS DE MOINS DE SIX ANS DECLAREES PAR LES MERES EN MILIEU URBAIN



Urban N=137

Figure 20

MALADIES AFFECTANT LES ENFANTS DE MOINS DE SIX ANS DECLAREES PAR LES MERES EN MILIEU RURAL



Rural N=427

b. Types de traitement

Pour la diarrhée, et aussi bien en zone urbaine que rurale, la plupart des femmes déclarent avoir traité l'enfant au foyer, au cours des deux semaines précédentes, à l'aide d'un remède soit moderne, soit traditionnel. Un remède moderne employé à domicile signifie soit une solution de sels de réhydratation par voie orale, soit des capsules d'antibiotiques achetées au marché local sans ordonnance. Les remèdes traditionnels comprennent des décoctions de feuilles, de racines et d'écorce d'arbres, ainsi que d'autres plantes. Les visites chez le tradi-praticien ont été rares, moins de 1%, même en zone rurale. Une proportion nettement plus importante de femmes urbaines que de femmes rurales ont emmené leur enfant à l'hôpital ou au dispensaire : 29% contre 19%. Ceci est peut-être dû au fait qu'il existe un plus grand choix d'installations sanitaires en zone urbaine, et aussi que les distances à parcourir y sont moins importantes.

Les remèdes traditionnels ont été beaucoup moins utilisés pour le paludisme et la fièvre que pour la diarrhée. En zone urbaine, l'usage de remèdes traditionnels contre le paludisme a été non existant, par opposition à 26% contre la diarrhée. Les remèdes traditionnels ont été utilisés par 9% des femmes du milieu rural. Pratiquement personne de l'un ou l'autre groupe n'a mentionné de visite rendue à un tradi-praticien.

Un traitement moderne au foyer a été le premier choix de traitement, suivi par l'hôpital ou le dispensaire. Un traitement moderne au foyer signifie faire usage de comprimés de nivaquine ou d'injections d'autres antipaludéens tels que la chloroquine ou le quinimax, achetés sur le marché local ou à la pharmacie, sans ordonnance. Les femmes de zone rurale ont déclaré emmener leur enfant au dispensaire pour le paludisme ou la fièvre plus souvent que pour une diarrhée, peut-être parce qu'elles se sentaient incapables d'effectuer un traitement au foyer et/ou parce que la situation semblait plus urgente que dans le cas de la diarrhée. Les femmes de zone urbaine avaient aussi tendance à emmener leur enfant à l'hôpital, que ce soit pour le paludisme ou une diarrhée.

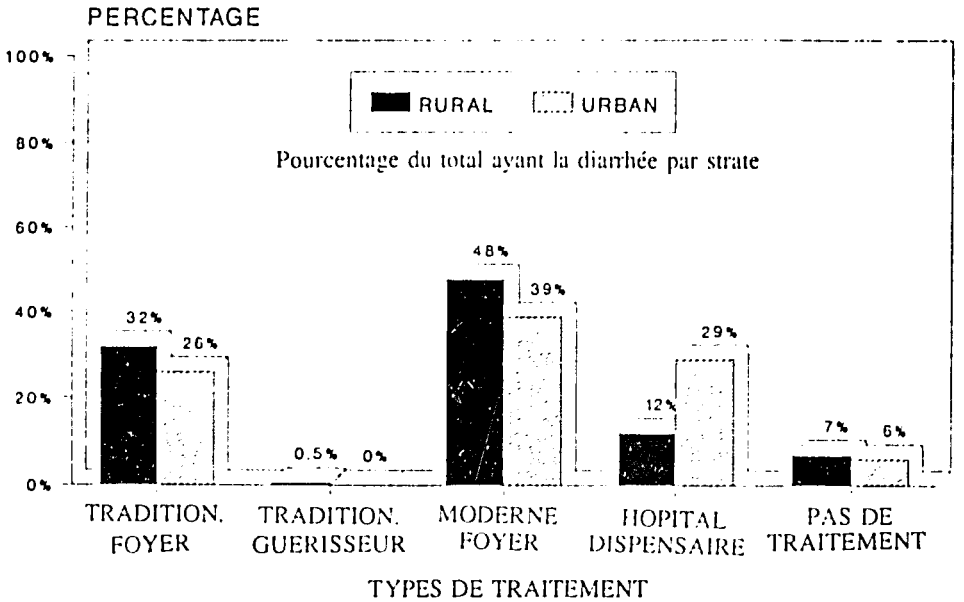
En ce qui concerne la distance entre le foyer et le dispensaire le plus proche, comme indiqué à la Figure 23, plus la femme était proche d'un dispensaire, plus elle était apte à avoir recours à ses services. Les femmes vivant loin d'un dispensaire avaient davantage tendance à traiter l'enfant au foyer, de manière moderne ou traditionnelle.

c. Ablation de la luette

Une croyance est très répandue dans la zone de l'étude : l'ablation de la luette est nécessaire si un enfant n'est pas en bonne santé et ne fait pas preuve d'énergie. Cette procédure, faite par un guérisseur local, consiste à retirer la luette en la coupant avec un instrument spécial, mais sans anesthésie. Le niveau de propreté est inconnu, mais les données obtenues auprès de dispensaires suggèrent que les infections sont courantes suite à cette intervention. Cette procédure peut être répétée si l'enfant continue à ne pas être en excellente santé et s'il est estimé que le morceau de luette retiré la première fois n'a pas été suffisamment important. La Figure 24 indique que 75% des femmes, du milieu rural aussi bien qu'urbain, ont fait retirer la luette d'au moins un de leurs enfants.

Figure 21

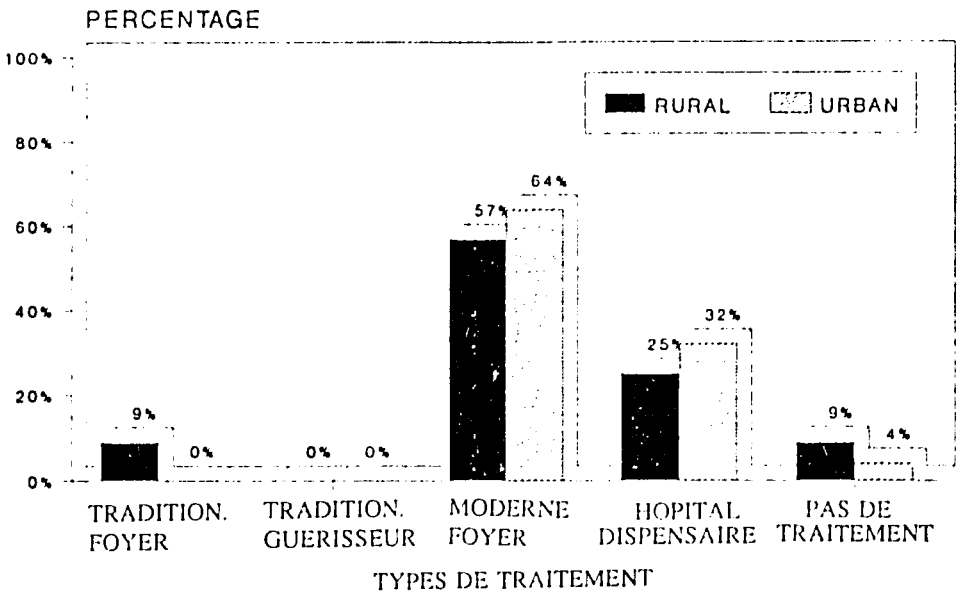
TRAITEMENT DE LA DIARRHEE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE SIX ANS



Rural N=56 Urban=22

Figure 22

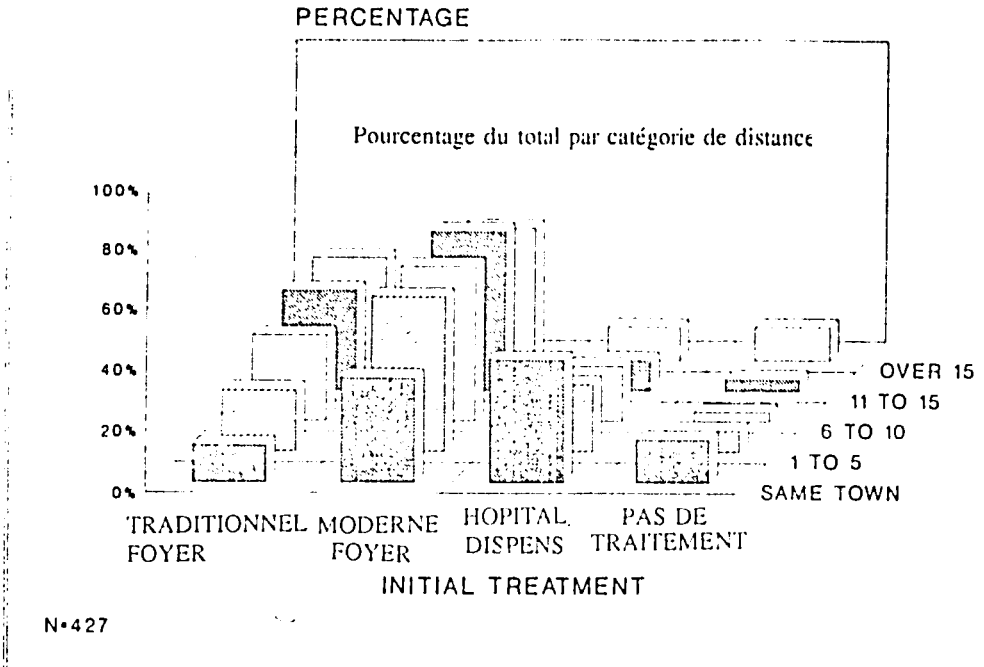
TRAITEMENT DU PALUDISME OU DE LA FIEVRE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE SIX ANS



Rural N=213 Urban=72

Figure 23

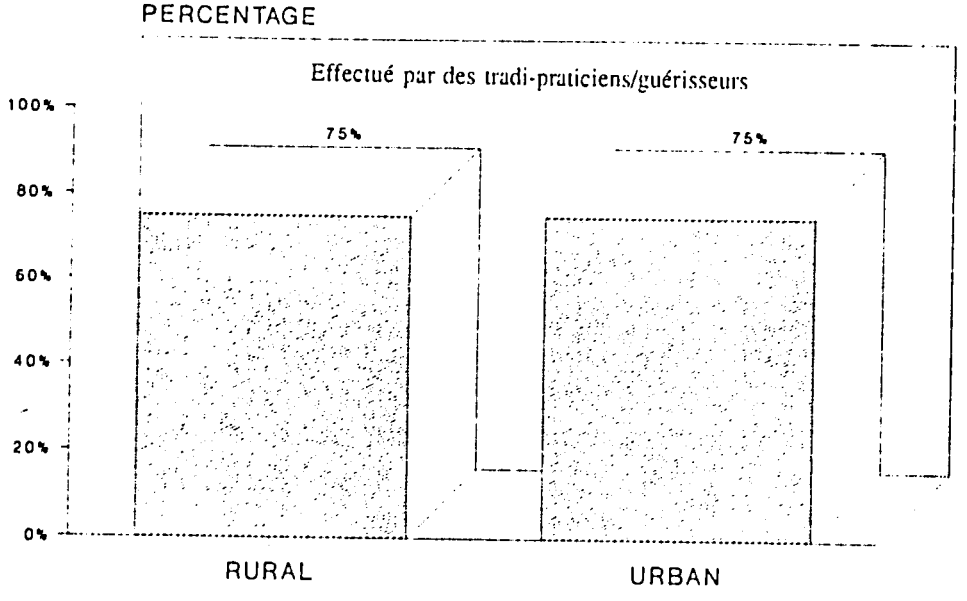
TYPE DE TRAITEMENT ET DISTANCE JUSQU'AU DISPENSAIRE



N•427

Figure 24

MERES AYANT EU AU MOINS UN ENFANT DONT LA LUETTE A ETE EXCISEE



Rural N•932 Urban N•337

Comme on peut le voir au Tableau 11, dix femmes ont déclaré que cette procédure a été responsable du décès d'un de leurs enfants. Dans la zone rurale, les femmes ayant été scolarisées avaient davantage tendance à faire appliquer cette procédure : 80% contre 73%. Ceci peut être lié au coût de la procédure plutôt qu'à une différence quelconque dans les croyances ou les pratiques. En zone urbaine, les femmes ayant été scolarisées avaient moins tendance à faire retirer la luette de l'enfant : 69% contre 81%.

d. Décision concernant le traitement

En général, les mères ont déclaré que c'était elle qui prenaient les décisions concernant un traitement médical. Ceci est vrai quel que soit le type de traitement considéré. Il y a cependant eu une différence notable : le père intervenait plus souvent lorsque la décision prise était de soigner l'enfant à l'hôpital que lorsqu'elle concernait un traitement au foyer. Ceci a été particulièrement vrai en zone rurale. Il existe plusieurs explications possibles à ce sujet, encore qu'il faudrait appliquer d'autres techniques de recherche pour en savoir davantage sur la façon dont ces décisions sont prises. Certaines hypothèses suggèrent que les pères du milieu rural peuvent avoir de plus grandes connaissances des traitements modernes que les mères du même milieu et qu'ils réalisent que des soins médicaux sont nécessaires, surtout en cas de maladie grave. En outre, comme le traitement des enfants dans les dispensaires implique que les personnes vivant en zone rurale doivent parcourir de longues distances, il se peut que ce soit au père d'amener l'enfant au dispensaire, ce qui le fait automatiquement participer à la prise de décision. Dans certains cas, les femmes doivent avoir l'autorisation de leur mari pour pouvoir quitter le village. Le fait que le traitement à l'hôpital peut être plus coûteux peut aussi constituer une autre raison de la participation du père à la prise de décision.

e. Cause de la maladie

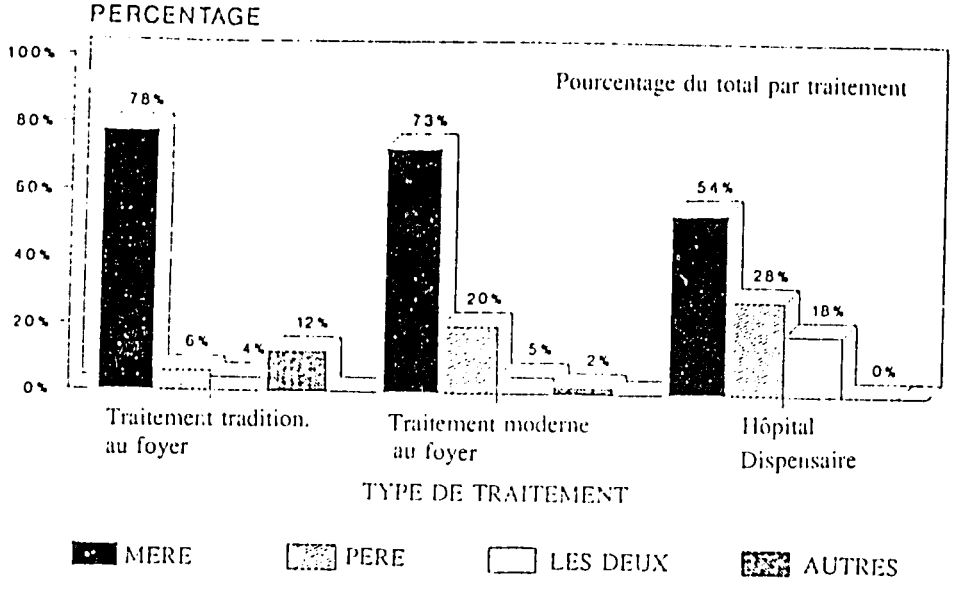
Un pourcentage étonnamment élevé de femmes ont déclaré que la diarrhée de leurs enfants avait été causée par des microbes (35% en milieu rural et 32% en milieu urbain). Mais la majorité des personnes interrogées soit ignoraient la cause de la maladie, soit pensaient que ce n'était rien de spécial. Seules deux femmes ont cité la sorcellerie comme cause de maladie. Selon les données provenant de cette enquête, la sorcellerie est souvent rendue responsable de décès, mais non pas de maladies.

f. Coût

Parmi les femmes ayant déclaré avoir eu un enfant malade dans les deux semaines précédant l'enquête, la plupart ont dépensé moins de 500 francs CFA pour le traitement médical. Quinze pour cent des femmes de zone rurale ont déclaré n'avoir rien dépensé du tout et 29% supplémentaires ont dépensé 100 francs CFA ou moins. Ce dernier groupe achète probablement un seul comprimé au marché local, ou de petites quantités d'herbes. En zone urbaine, 12% des personnes interrogées ont déclaré n'avoir rien dépensé du tout, mais 75% ont dit avoir consacré plus de 100 francs CFA pour le traitement médical de leur enfant la dernière fois que celui-ci a été malade. La somme moyenne dépensée en zone rurale a été de 200 francs CFA, contre 400 en zone urbaine.

Figure 25

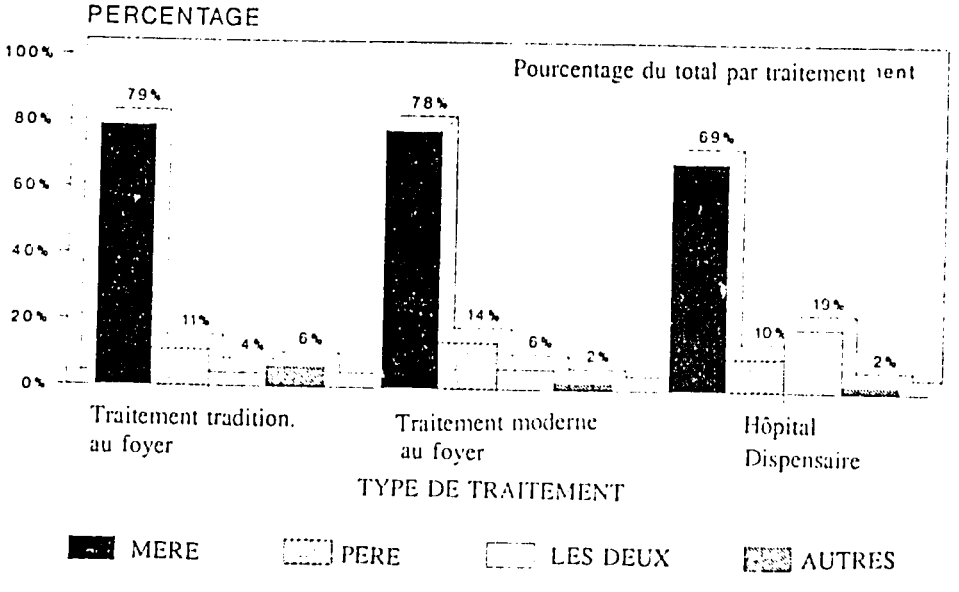
QUI A PRIS LA DECISION DE TRAITER L'ENFANT
EN MILIEU RURAL, PAR MODE DE TRAITEMENT



N=394

Figure 26

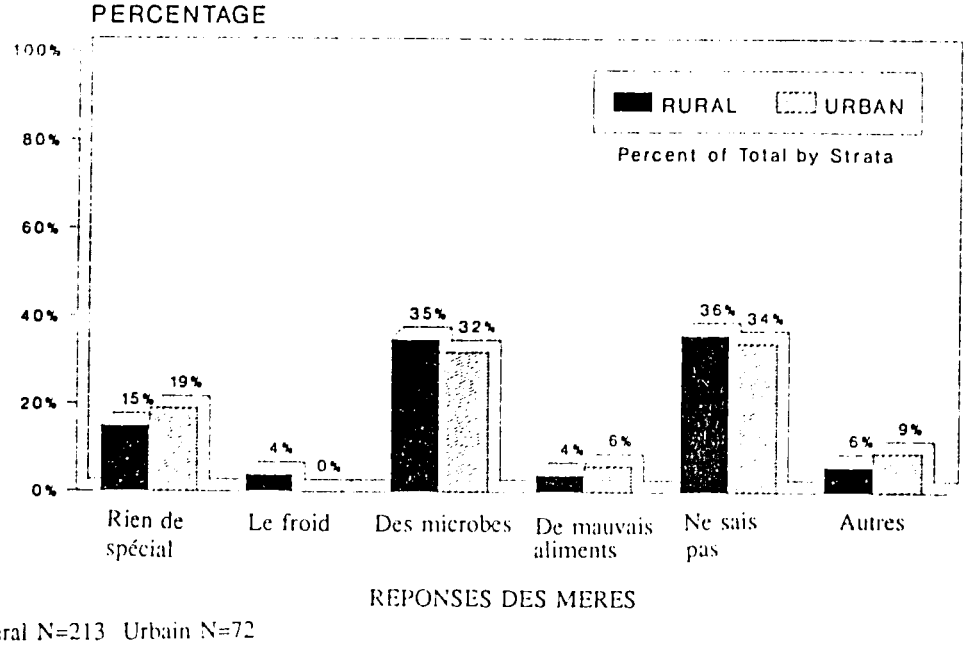
QUI A PRIS LA DECISION DE TRAITER L'ENFANT
EN MILIEU RURAL, PAR MODE DE TRAITEMENT



N=131

Figure 27

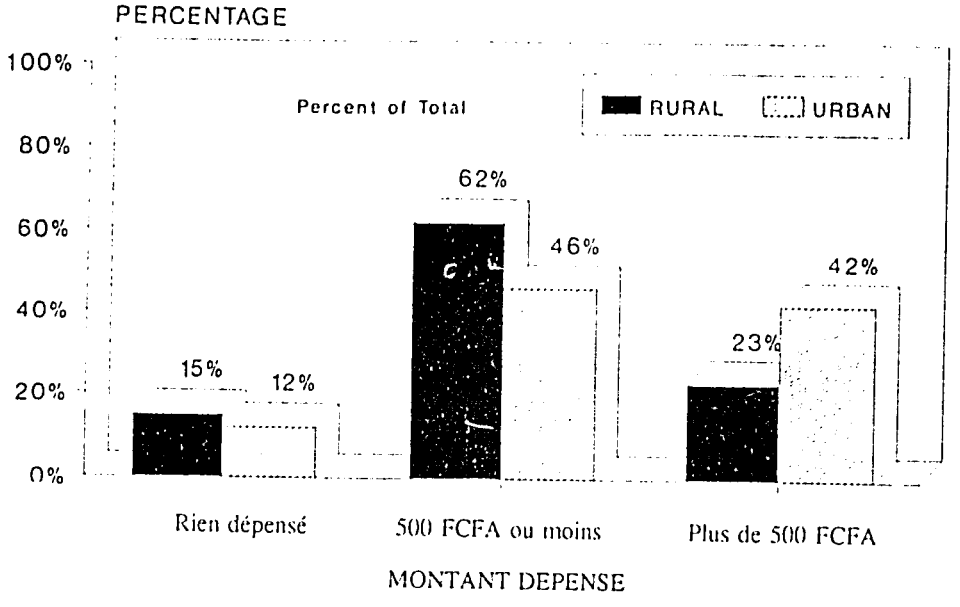
"QU'EST-CE QUI A PROVOQUE LA DIARRHEE DE VOTRE ENFANT ?"



Rural N=213 Urbain N=72
Demandé aux mères ayant déclaré un enfant avec la diarrhée

Figure 28

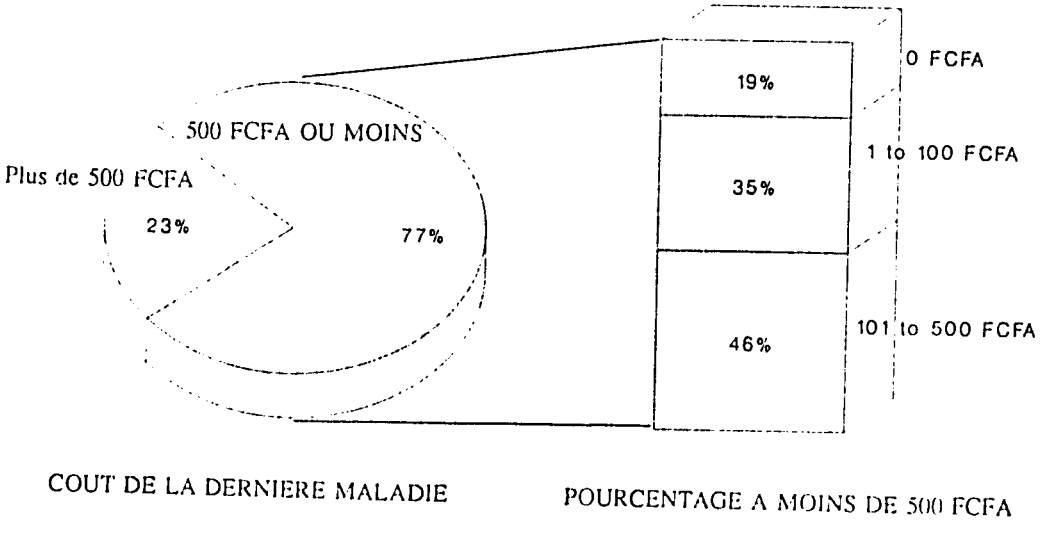
SOMME DEPENSEE LORS DE LA DERNIERE MALADIE DE L'ENFANT



Rural N• 427 Urban N•137

Figure 29

COUT DU TRAITEMENT DESTINE A L'ENFANT :
LES FEMMES DE ZONE RURALE QUI ONT DEPENSE MOINS DE 500 FCFA



2. Connaissances

a. Diarrhée

Une question ouverte a été posée aux mères sur les types de diarrhée qu'elles connaissaient pour les enfants. Seulement 1.5% des femmes n'ont pas pu mentionner de type du tout. Ceux qui ont été mentionnés le plus fréquemment ont été la diarrhée à selles vertes et blanchâtres, encore qu'il en ait été de même pour les selles sanglantes et très liquides. Soit dit en passant, les mères associent la diarrhée sanglante, verte et très liquide à des "vers" ou à des "microbes", alors que les selles blanchâtres seraient dues à un lait salé ou "amer" de la mère. Il n'y a eu que très peu de différence entre les traitements mentionnés pour les divers types de diarrhée (Cf. Figures 31 et 32), encore que les mères ont mentionné avoir emmené plus souvent l'enfant à l'hôpital ou au dispensaire pour y recevoir un traitement approprié dans le cas de selles sanglantes que pour celles qui étaient blanchâtres. L'administration de médicaments ou de boissons spéciales a été mentionné aussi souvent pour les selles sanglantes que pour celles qui étaient blanchâtres. Il est intéressant de noter que 12% des mères vivant en zone rurale savaient et ont déclaré que les guérisseurs constituaient un moyen de traiter la diarrhée, mais que personne n'a admis avoir emmené un enfant malade consulter un tradi-praticien au cours des deux semaines précédant l'enquête. Les chercheurs notent souvent que dans les pays en développement le recours aux guérisseurs est sous-déclaré et que la recherche anthropologique doit obtenir des informations plus précises (Kroeger).

b. Affections respiratoires aiguës

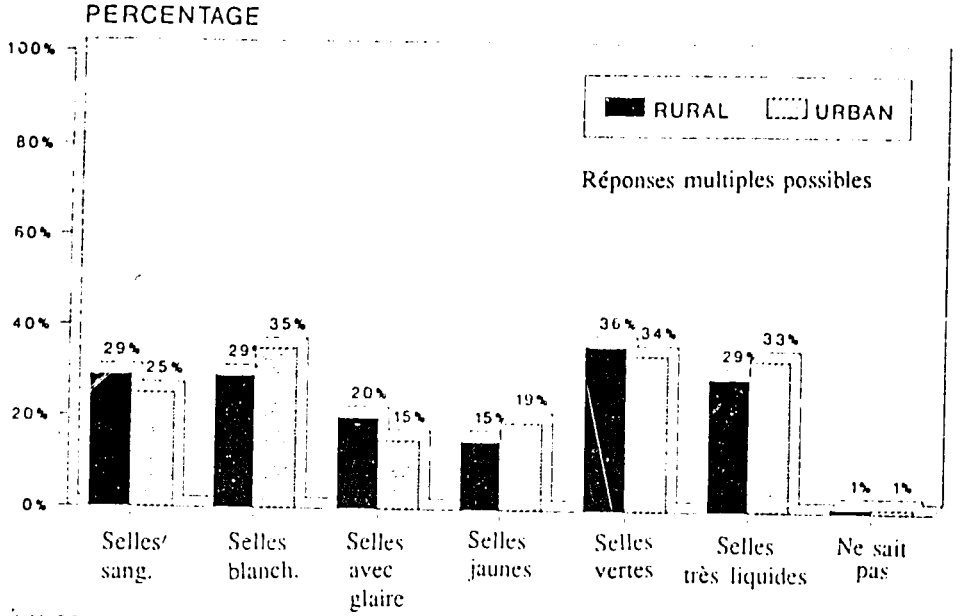
Seules 4% des mères n'ont pas pu mentionné de type quelconque de toux et presque toutes savaient que la toux survient lors d'un rhume ou en cas de temps froid. Un pourcentage relativement élevé (entre 40 et 50%) ont mentionné la coqueluche, mais comme on peut le voir aux Figures 34 et 45, les mères rurales et urbaines ont moins mentionné l'administration de médicaments pour traiter la coqueluche que pour la toux associée à un rhume. Quel que soit le type de toux, le traitement le plus souvent mentionné a été des aliments ou des boissons spéciaux. Un nombre légèrement plus élevé de mères a mentionné l'hospitalisation pour la coqueluche que pour la toux associée à un rhume, mais la fiabilité des informations relatives à l'hospitalisation est incertaine à cause de la façon dont la question a été posée.

c. Paludisme

Interrogées sur ce qui cause le paludisme, la plupart des mères ont mentionné le froid. Seules 29% des mères en milieu urbain et 13% de celles du milieu rural ont mentionné les piqûres de moustiques. Le même nombre environ a aussi mentionné les pluies.

Figure 30

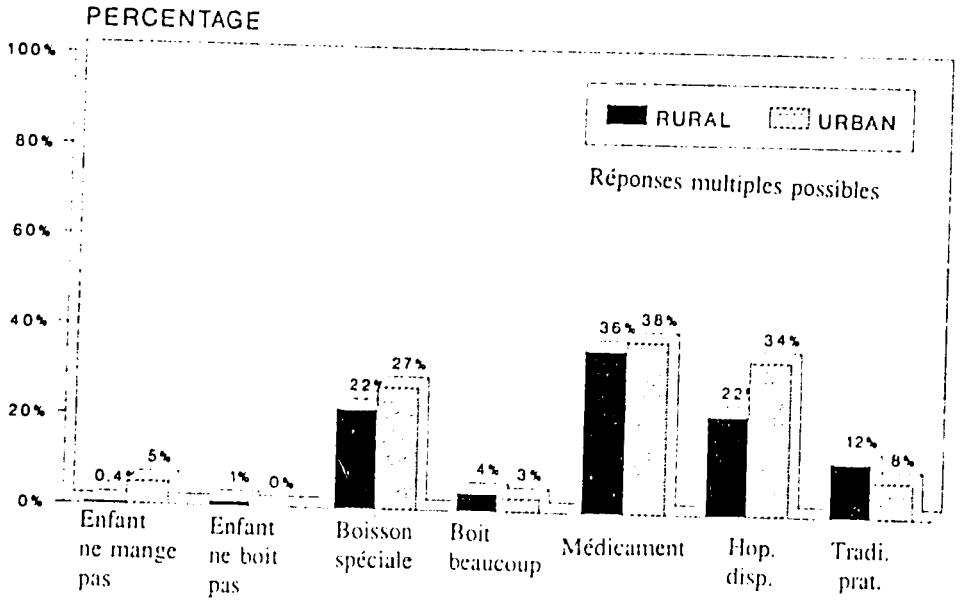
TYPES DE SELLES DIARRHEIQUES MENTIONNES PAR LES MERES



Rural N•932 Urban N•338

Figure 31

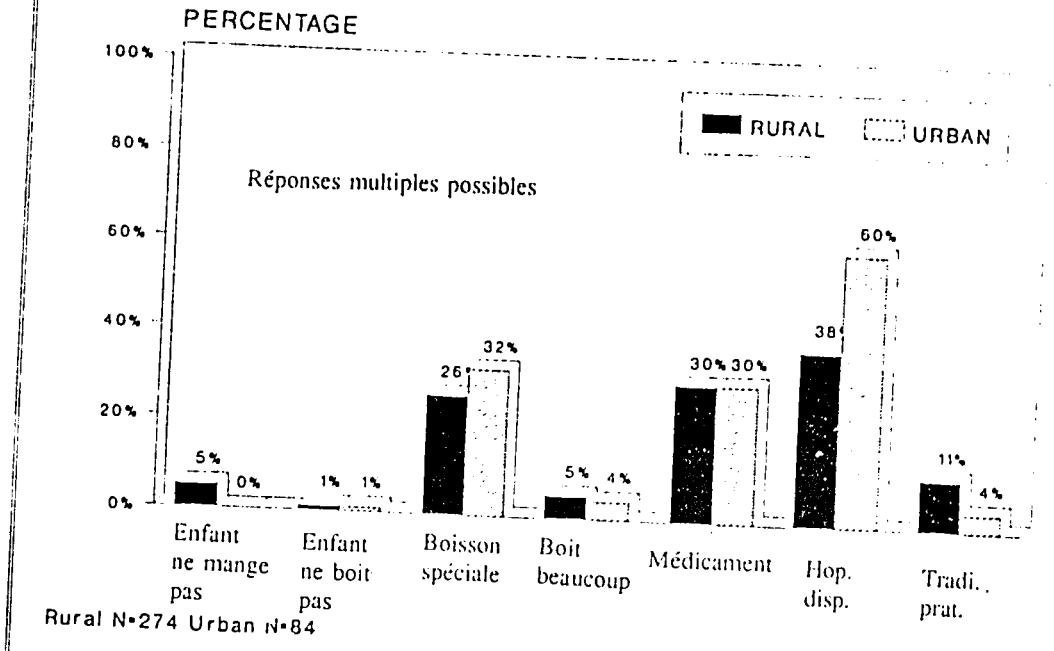
TRAITEMENTS MENTIONNES PAR LA MERE POUR LA DIARRHEE "BLANCHATRE"



Rural N•272 Urban N•117

Figure 32

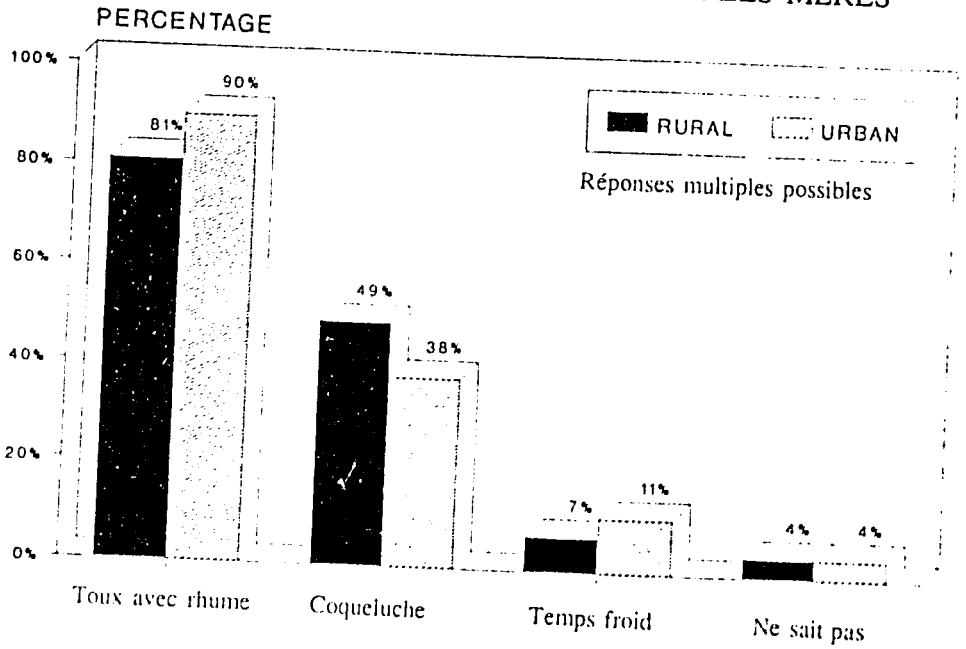
TRAITEMENTS MENTIONNES PAR LA MERE POUR LA DIARRHEE SANGLANTE



Rural N=274 Urban N=84

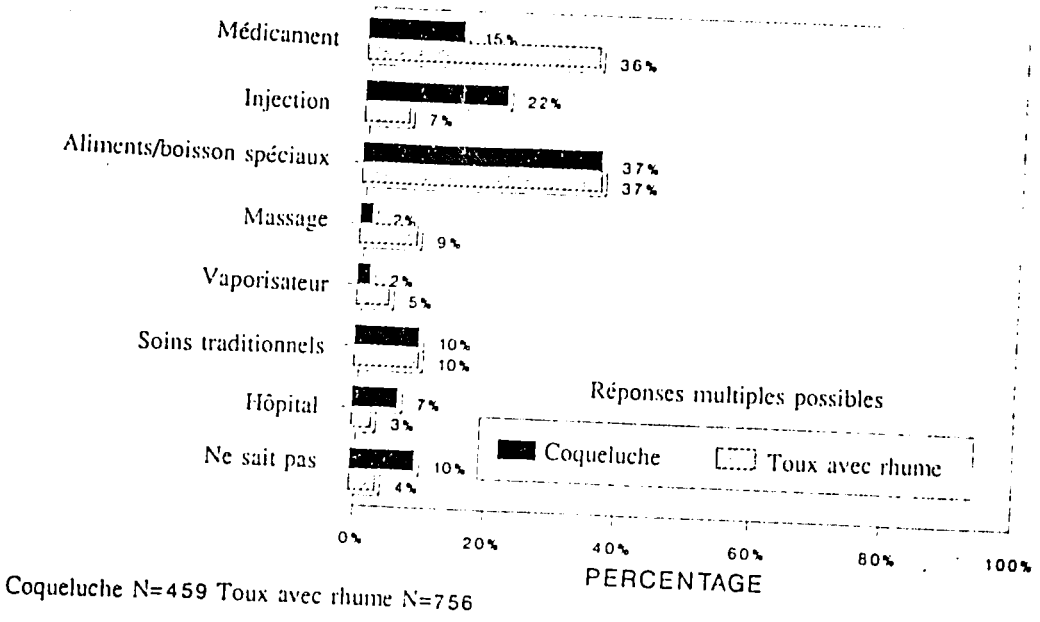
Figure 33

TYPES DE TOUX MENTIONNES PAR LES MERES



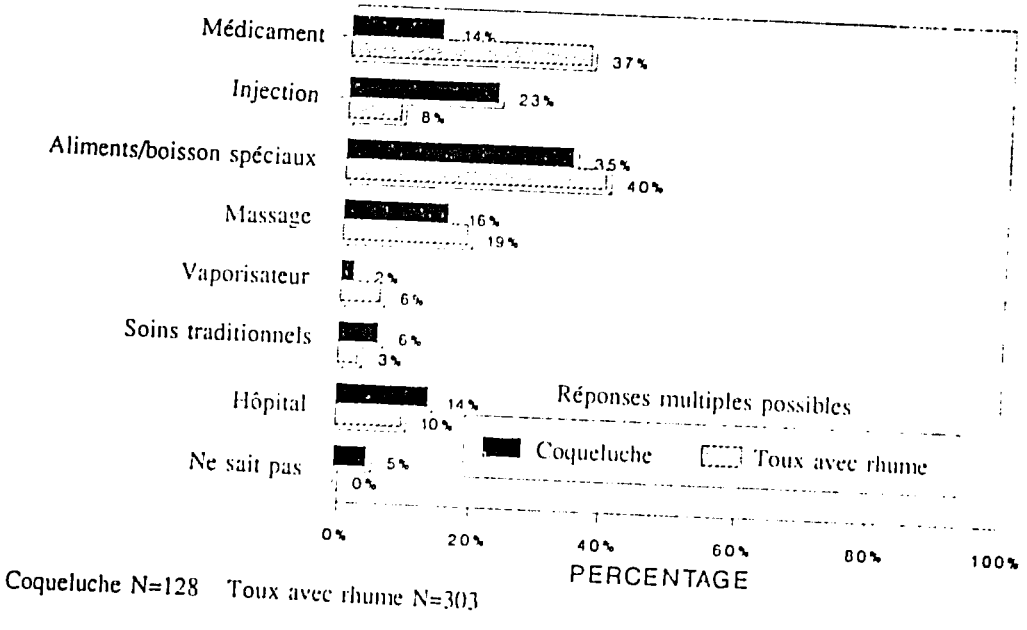
Rural N=932 Urban N=338

Figure 34
TRAITEMENTS POUR LA TOUX MENTIONNES PAR LES MERES DE ZONE RURALE



Coqueluche N=459 Toux avec rhume N=756

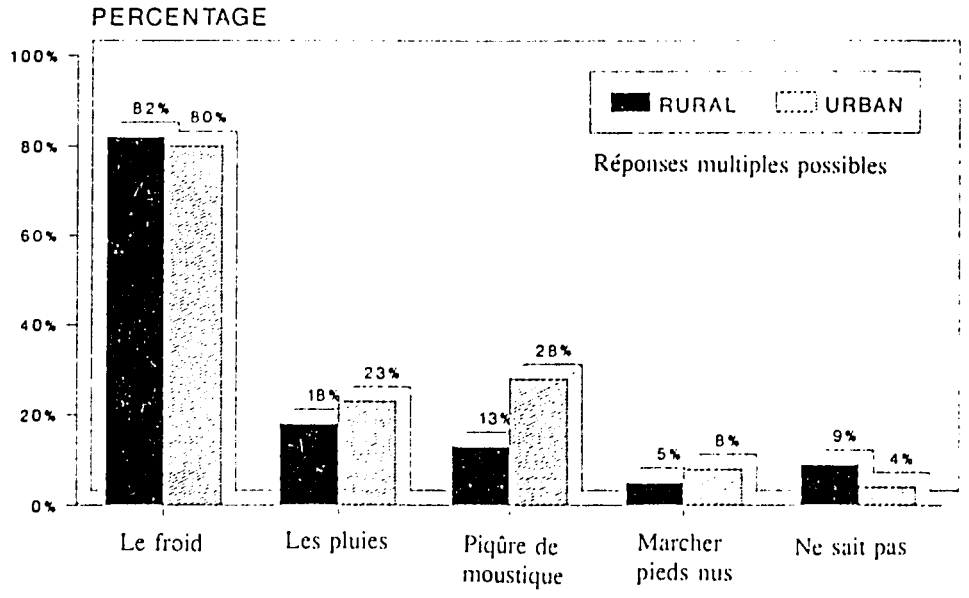
Figure 35
TRAITEMENTS POUR LA TOUX MENTIONNES PAR LES MERES DE ZONE URBAINE



Coqueluche N=128 Toux avec rhume N=303

Figure 36

"QU'EST-CE QUI CAUSE LE PALUDISME ?"
REPONSES DES MERES



Rural N=932 Urban N=338

C. Couverture vaccinale des enfants

Il a été très difficile d'obtenir les données relatives à la couverture vaccinale. Il est devenu évident lors de l'enquête pilote que les mères étaient incapables de fournir des informations fiables sur les vaccins que l'enfant avait reçus, ou même si l'injection était bien un vaccin et non pas un autre médicament. Il a donc été décidé que les informations relatives à la vaccination ne seraient collectées qu'à partir des carnets de vaccination.

1. Méthodologie

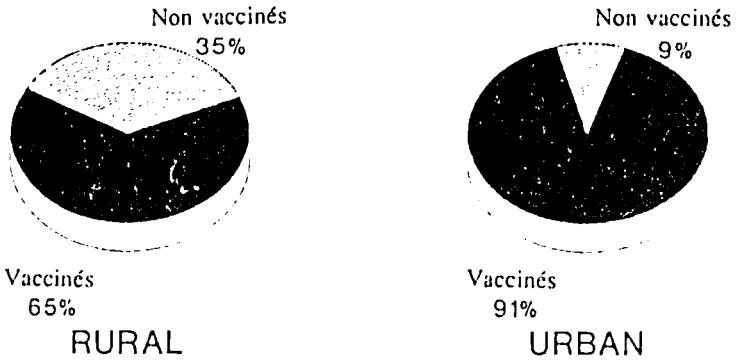
Il a été demandé aux mères ayant au moins un enfant de moins de six ans si leurs enfants avaient été vaccinés. Soixante-cinq pour cent des mères de zone rurale et 91% de celles de zone urbaine ont déclaré qu'au moins un de leurs enfants avait été vacciné (Cf. Figure 37). Il a ensuite été demandé à la mère de montrer le carnet de vaccination à l'enquêteuse. Soixante-et-un pour cent des mères de zone rurale et 69% de celles de zone urbaine ont pu produire un carnet de vaccination. Une fois cela fait, les renseignements portés sur celui-ci ont été directement reportées sur le questionnaire. En conséquence, TOUTES LES DONNEES RELATIVES A LA COUVERTURE CONCERNENT DES ENFANTS MUNIS D'UN CARNET DE VACCINATION. Si l'on doit se livrer à une extrapolation et si l'on part de l'hypothèse qu'aucun des enfants dont les mères ont répondu "non" à la question précédente n'avait de carnet (hypothèse raisonnable puisque dans le cas contraire, la réponse aurait été "oui"), environ 39% des enfants de moins de six ans de zone rurale et 63% de ceux de zone urbaine avaient un carnet.

2. Analyse de la couverture à l'aide des carnets de vaccination seulement

La Figure 38 indique, par groupe d'âge, le pourcentage d'enfants ayant un carnet de vaccination et qui étaient entièrement vaccinés. La moitié des enfants de zone rurale qui avaient un carnet et plus de 24 mois étaient entièrement vaccinés, conformément au calendrier recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ce chiffre était de 68% en zone urbaine. La couverture apparemment faible pour le groupe d'âge de 0 à 11 mois peut s'expliquer par le fait que le vaccin contre la rougeole n'est pas administré avant neuf mois. Il serait difficile d'administrer le grand nombre de vaccins contre la rougeole qui seraient nécessaires pour terminer la série recommandée pour une couverture totale en une période aussi courte. Les Figures 39 et 40 donnent des informations sur certains vaccins par groupe d'âge. Le fait que le Bacille de Calmette et Guérin (BCG) se trouve toujours dans la moitié supérieure des 90% est dû à la nature de ces données. Il s'agit de données prises sur les carnets de vaccination et les premiers vaccins prévus par le Programme élargi de vaccination (PEV) sont généralement le BCG et le vaccin anti-diphtérique, anti-tétanique et contre la coqueluche (DTC1). Il faut deux visites de plus pour recevoir le DTC3, ce qui explique la baisse entre le DTC1 et le DTC3. Le taux d'abandon général entre le DTC1 et le DTC3 pour les enfants de plus de 2 ans a été de 11% en zone urbaine et de 25% en zone rurale. Il faut noter que les données relatives aux enfants de plus de 23 mois sont historiques et reflètent l'accent placé par l'UNICEF sur cette cohorte lorsqu'elle avait moins de 2 ans. Le récent rapport sur le programme national SMI/BEF (avril 1992) au Tchad déclare qu'il y a eu une baisse du nombre des enfants entièrement vaccinés, de 15% en 1990 à 6% en 1991. Alors

Figure 37

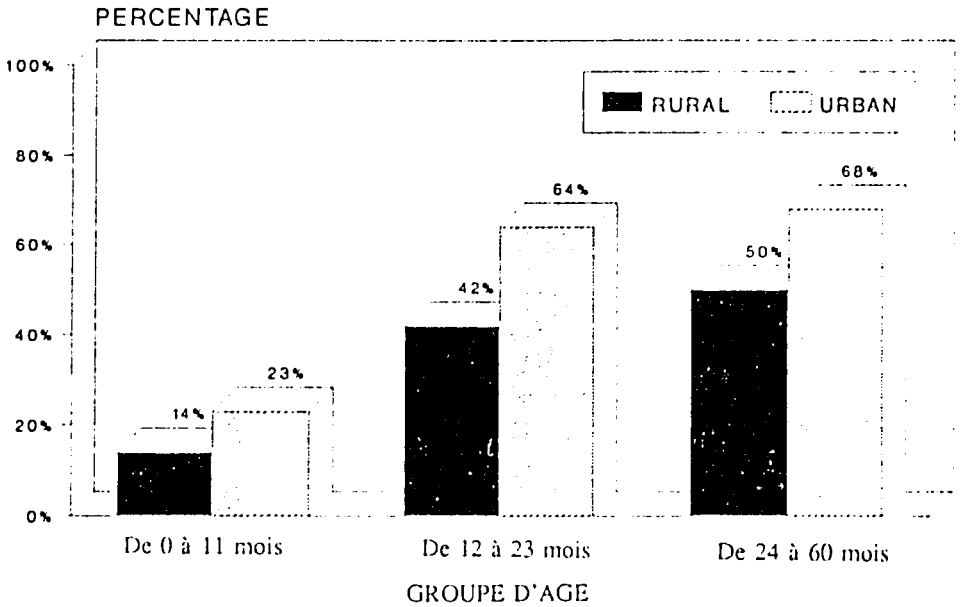
FEMMES AYANT DES ENFANTS DE MOINS DE SIX ANS
DONT AU MOINS UN A ETE VACCINE



Rural N=856 Urban N=295

Figure 38

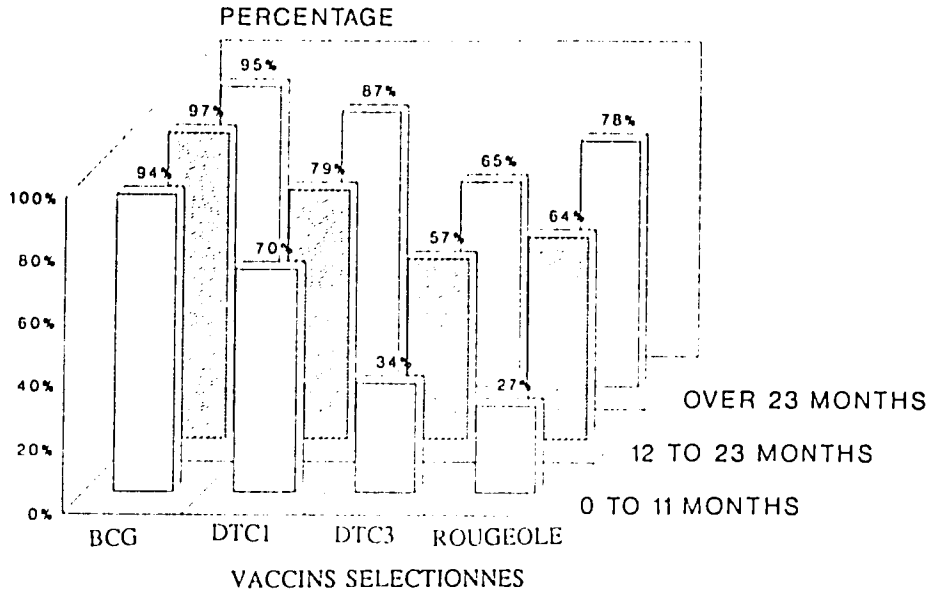
POURCENTAGE D'ENFANTS ENTIEREMENT VACCINES
PARMI LES ENFANTS AYANT UN CARNET DE VACCINATION



Rural N=570 Urban N=307

Figure 39

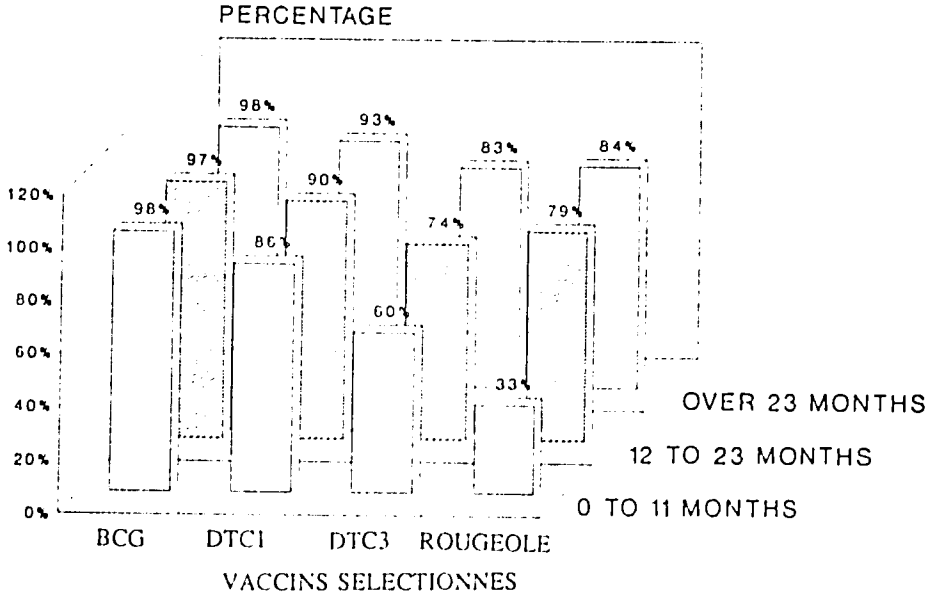
COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS DES ZONES RURALES POSSEDANT UN CARNET DE VACCINATION



N=570

Figure 40

COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS DES ZONES URBAINES POSSEDANT UN CARNET DE VACCINATION



N=307

que les données provenant de cette enquête ne portent pas sur tous les enfants, celles qui ont été obtenues suggèrent qu'en ce qui concerne la couverture vaccinale, le Moyen Chari se trouve nettement au-dessus de la moyenne nationale.

3. Distance jusqu'au dispensaire et couverture PEV

La Figure 41 illustre de manière graphique le déclin de la couverture vaccinale avec l'accroissement de la distance jusqu'au dispensaire le plus proche. Vingt pour cent seulement des femmes vivant dans une ville où se trouvait un dispensaire n'avaient pas fait vacciner leurs enfants, contre 45% pour celles qui vivaient à plus de 15 kilomètres du dispensaire le plus proche.

D. Thérapie de Réhydratation par Voie Orale

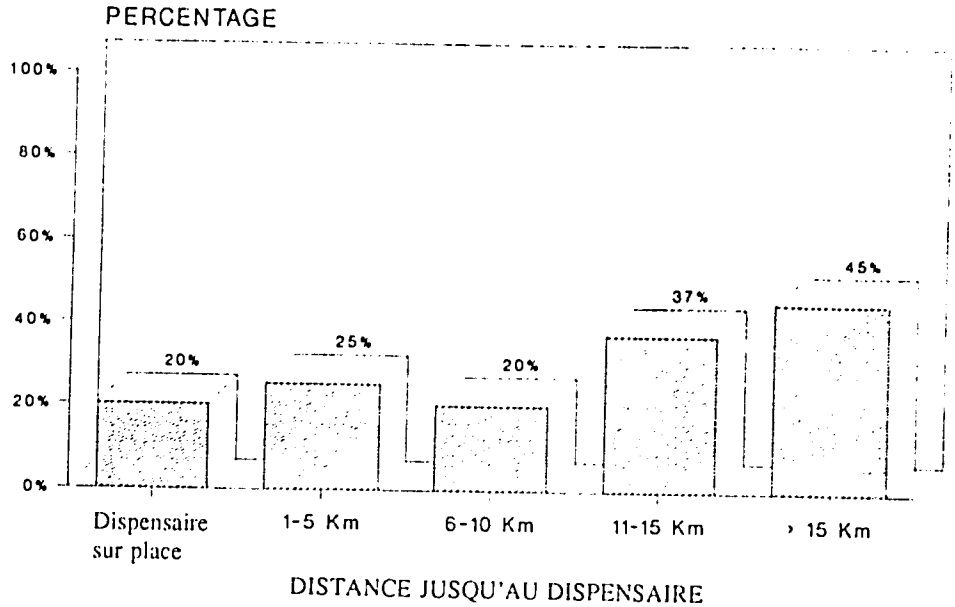
Les résultats obtenus par cette enquête indiquent clairement que la diarrhée est un problème de santé majeur au Tchad. Au cours des deux semaines précédant les entretiens, 50% des enfants de moins de six ans qui avaient été malades avaient eu la diarrhée. Cette fréquence était encore plus élevée (61%) chez les enfants âgés de 18 à 24 mois. En outre, interrogées sur les enfants décédés, 91 mères ont indiqué la diarrhée comme cause du décès. Etant donné que la déshydratation est la cause du décès (quelle que soit l'origine de la diarrhée), la TRO est la manière la plus importante de prévenir les décès dûs à la diarrhée. La TRO peut être préparée au foyer par la mère à chaque attaque et à un prix abordable. Outre qu'elle sauve des vies, la TRO — si elle est associée à des pratiques alimentaires correctes — peut aussi réduire les effets néfastes des attaques répétées de diarrhée sur le statut nutritionnel.

La Figure 42 indique que 64% des mères de zone rurale et 91% de celles de zone urbaine avaient entendu parler de la TRO. Même parmi les femmes illettrées du milieu rural — constituant probablement le groupe ayant le moins de connaissances —, l'enquête a démontré que 60% d'entre elles avaient entendu parler de la TRO (Cf. Figure 43). Bien que la connaissance de l'existence de la TRO soit ait été élevée, un tiers seulement des mères pouvaient expliquer comment préparer la solution de TRO et mentionner les proportions correctes des ingrédients : sucre, sel et eau. Seul ce tiers des mères est donc capable d'utiliser efficacement la TRO pour traiter une diarrhée (Cf. Figure 44). En zone rurale, 27% d'autres mères pouvaient donner les ingrédients, mais non pas les proportions correctes. Deux fois plus de mères vivant en milieu urbain (52%) que de mères vivant en milieu rural avaient entendu parler des sachets de sels pour TRO.

La Figure 45 indique que le personnel de santé est une importante source de renseignements à ce sujet, 69% des mères de zone rurale et 78% de celles du milieu urbain ayant appris la TRO soit à l'hôpital, soit au dispensaire. Alors que la radio a joué un rôle dans la dissémination d'informations relatives à la TRO (9% en zone rurale et 14% en zone urbaine), elle n'a apparemment pas été aussi efficace que le face-à-face qui se produit dans les dispensaires.

Figure 41

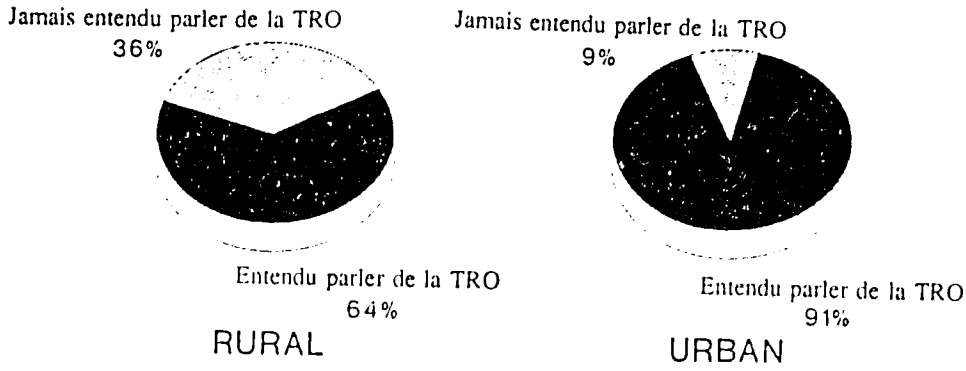
MERES DES ZONES RURALES DONT AUCUN ENFANT N'EST VACCINE, PAR DISTANCE AU DISPENSAIRE LE PLUS PROCHE



Rural N=856

Figure 42

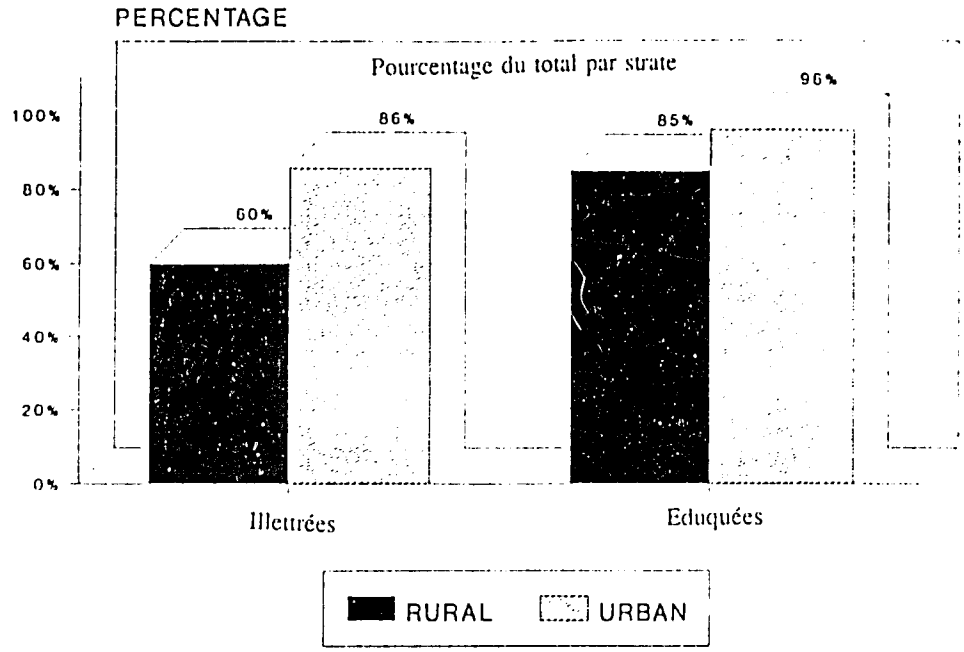
CONNAISSANCES DE LA TRO, PAR ZONES RURALE ET URBAINE



Rural N=932 Urban N=338

Figure 43

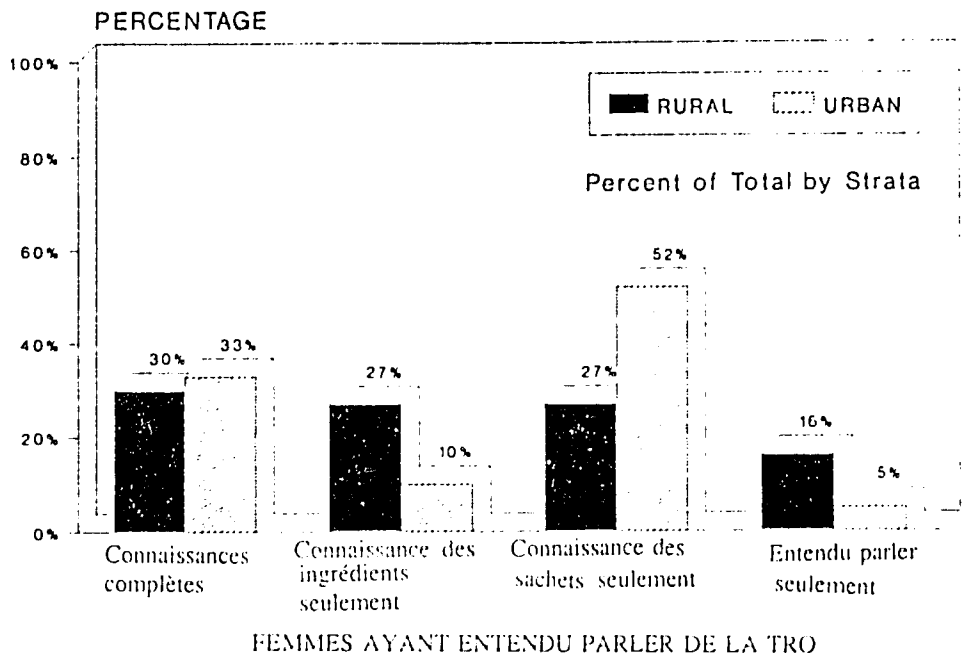
CONNAISSANCES DE LA TRO PAR NIVEAU D'ALPHABETISME



Rural N=932 Urban N=338

Figure 44

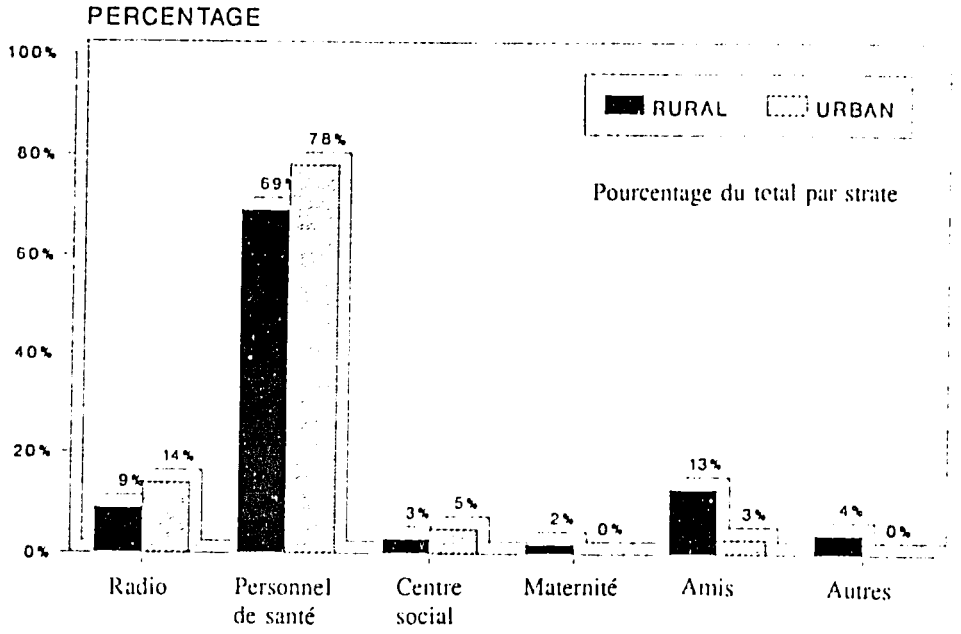
CONNAISSANCES DE LA PREPARATION DE LA TRO



Rural N=594 Urban N=308

Figure 45

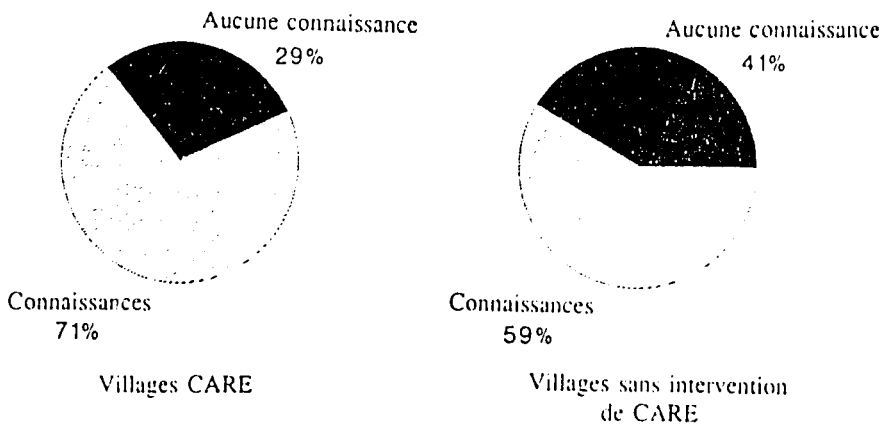
SOURCE DES CONNAISSANCES DE LA TRO



Rural N=594 Urban N=308

Figure 46

CONNAISSANCES DE LA TRO DANS LES ZONES RURALES PAR INTERVENTION DE CARE (POMPES)



Jusqu'à récemment, Care Tchad avait un programme de puits dans certains villages du Moyen Chari, qui comprenait un élément d'éducation sur la TRO. Dans les villages possédant des puits de Care et ayant fait partie de l'enquête, une évaluation rapide indique une proportion légèrement plus élevée de mères ayant entendu parler de la TRO et sachant comment l'utiliser correctement. Les Figures 46 et 47 montrent que 71% des mères des villages "CARE" avaient entendu parler de la TRO et 36% pouvaient en donner les ingrédients et les proportions corrects.

E. Allaitement au sein

1. Fréquence

Pendant les entretiens, il a été posé aux mères une série de questions relatives à leurs pratiques concernant l'allaitement au sein. Toutes les questions avaient trait au plus jeune enfant. Sur les 1 269 mères ayant répondu, toutes à l'exception de dix-neuf ont déclaré allaiter leur plus jeune enfant au sein (98,5%). Le Tableau 6 donne une répartition en fonction des zones rurale et urbaine.

Tableau 6 : Prévalence de l'allaitement au sein

	Allaitement au sein		Autre allaitement	
	Fréquence	%	Fréquence	%
RURAL	915	98,3%	16	1,7%
URBAIN	335	99,1%	3	0,9%
TOTAL	1 250		19	

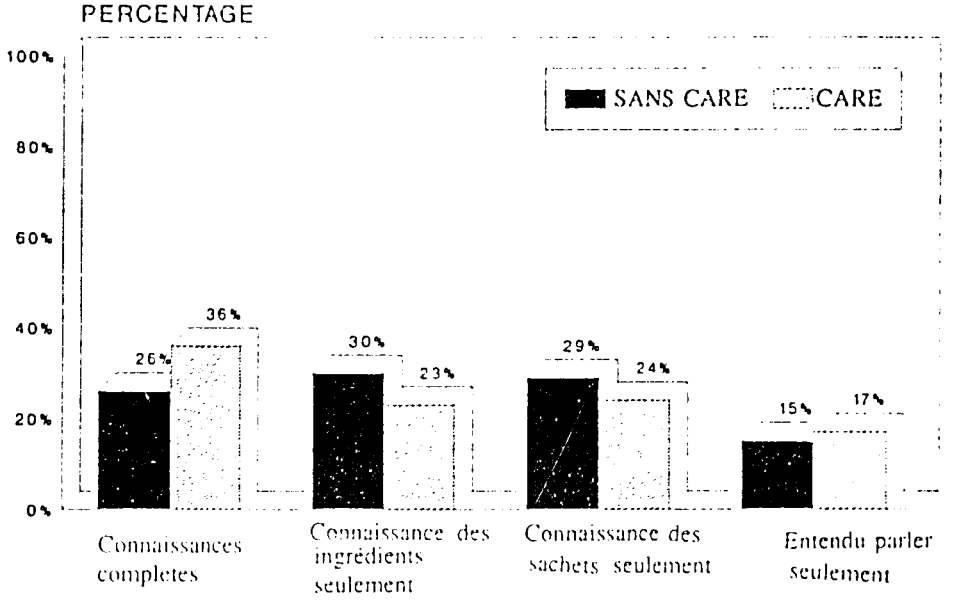
Sept des dix-neufs mères qui n'allaitaient pas leurs enfants au sein ont déclaré ne pas avoir suffisamment de lait.

2. Début de l'allaitement au sein

Dans le Moyen Chari, certaines mères retardent le début de l'allaitement au sein parce qu'elles croient que le colostrum est mauvais pour la santé de l'enfant. Sur les 1 249 femmes qui ont répondu à la question traitant du moment où elles ont commencé à allaiter leur nouveau-né, 814 (65%) ont déclaré avoir débuté le second jour ou avant. En outre, 363 femmes (29%) ont déclaré avoir débuté au troisième jour. Soixante-douze femmes (6%) ont attendu quatre jours ou davantage et sept ont attendu sept jours. Ces enfants n'avaient pas nécessairement faim pendant cette période parce qu'ils recevaient ordinairement de l'eau et étaient allaités par une autre femme en attendant que le lait de la mère arrive. La Figure 48 indique l'étendue de cette pratique du retard à l'allaitement au sein, par strates rurale et urbaine. Les femmes de zone urbaine ont commencé à allaiter au sein plus tôt : 76% d'entre elles allaitaient au sein au second jour, contre 61% de femmes allaitant au sein le second jour en zone rurale.

Figure 47

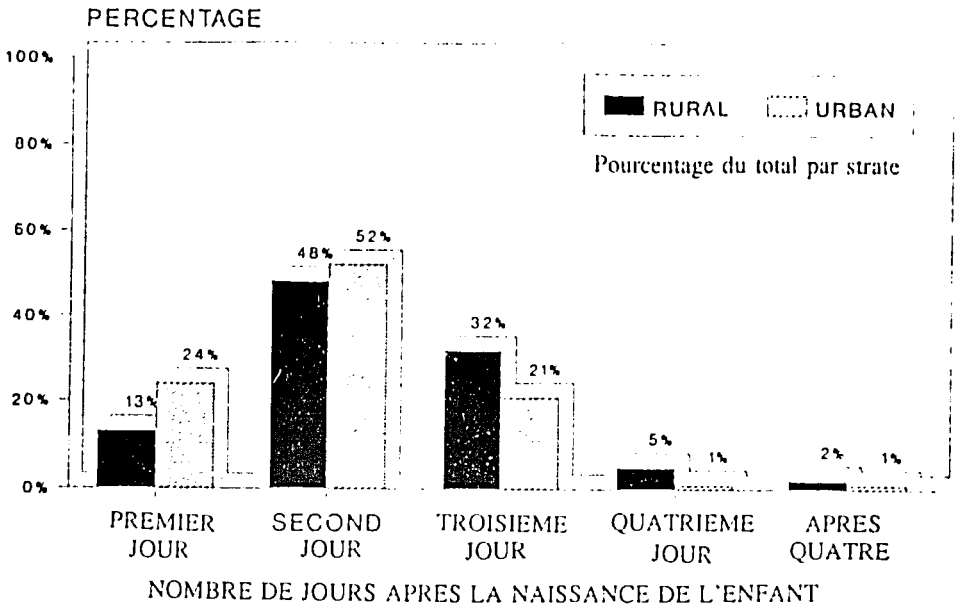
CONNAISSANCES DE LA PREPARATION DE LA TRO
PAR INTERVENTION DE CARE



N•594

Figure 48

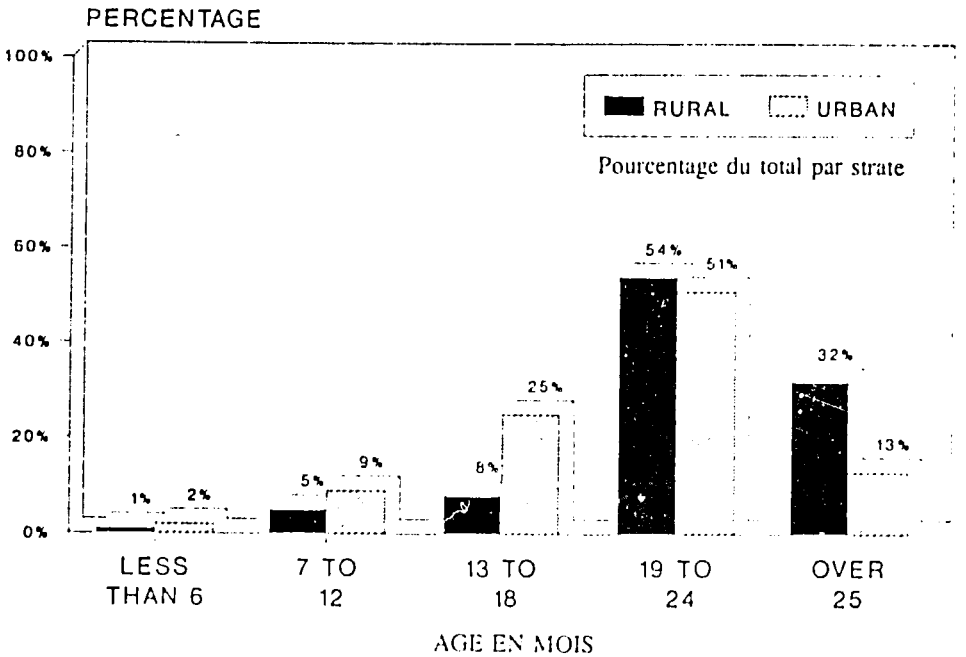
"QUAND AVEZ-VOUS COMMENCE A ALLAITER VOTRE BEBE AU SEIN ?"



Rural N•914 Urban N•335

Figure 49

AGE AU SEVRAGE



Rural N•722 Urban N•302

3. Age au sevrage

Interrogées sur l'âge auquel elles ont refusé le sein à leur plus jeune enfant, les réponses données par les 1 024 femmes qui ont répondu à cette question indiquent que la plupart des mères (92%) ont allaité leurs bébés au sein pendant au moins un an et que 79% le font pendant plus de 18 mois. La Figure 49 montre l'âge auquel la mère a sevré son plus jeune enfant, par strate rurale et urbaine. Alors que la moitié des femmes de zones rurale et urbaine ont déclaré avoir sevré leur enfant à entre 18 et 24 mois, il y a une tendance nette à un sevrage plus précoce dans la population urbaine. Vingt-cinq pour cent des mères de zone urbaine avaient sevré leurs enfants à entre 13 et 18 mois, contre 8% seulement pour les mères de zone rurale.

4. Raisons du sevrage

Tableau 7 : Raisons du sevrage de l'enfant

Raisons	RURAL		URBAIN	
	Freq.	%	Freq.	%
Enfant assez grand	377	52,2%	195	64,6%
Nouvelle grossesse	271	37,5%	72	23,8%
Mère malade	28	3,9%	9	3,0%
Lait insuf./pauvre	28	3,9%	16	5,3%
Autres	18	2,5%	10	3,3%

5. Age auquel l'enfant a commencé à recevoir des aliments solides

Il a été demandé aux mères participant à l'enquête à quel âge l'enfant a reçu ses premiers aliments solides, constitués habituellement d'une bouillie de millet. Soixante-trois pour cent ont déclaré que les premiers aliments solides ont été donnés à entre cinq et six mois. La Figure 50 présente cette information par strates rurale et urbaine et indique que les mères de zone urbaine ont légèrement tendance à donner des aliments solides à leurs enfants avant qu'ils n'atteignent cinq mois.

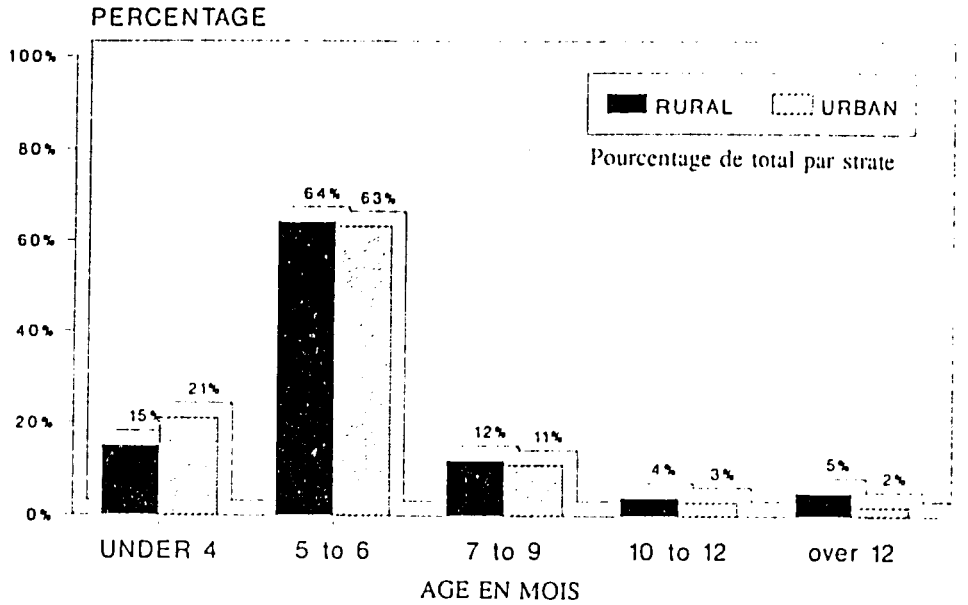
F. Dernière Grossesse

1. Visite prénatale

Une série de questions avait trait à la dernière grossesse des mères. Il a été demandé à chacune si elle s'était rendue dans un dispensaire pour une visite prénatale et 50,8% des femmes de zone rurale et 87,5% de celles de zone urbaine ont répondu par l'affirmative. La Figure 51 indique qu'il n'y a qu'une faible différence entre les groupes d'âge. Les femmes plus jeunes de la zone rurale avaient légèrement plus tendance à se rendre au dispensaire pour des visites prénatales (57%) que les femmes plus âgées (43%).

Figure 50

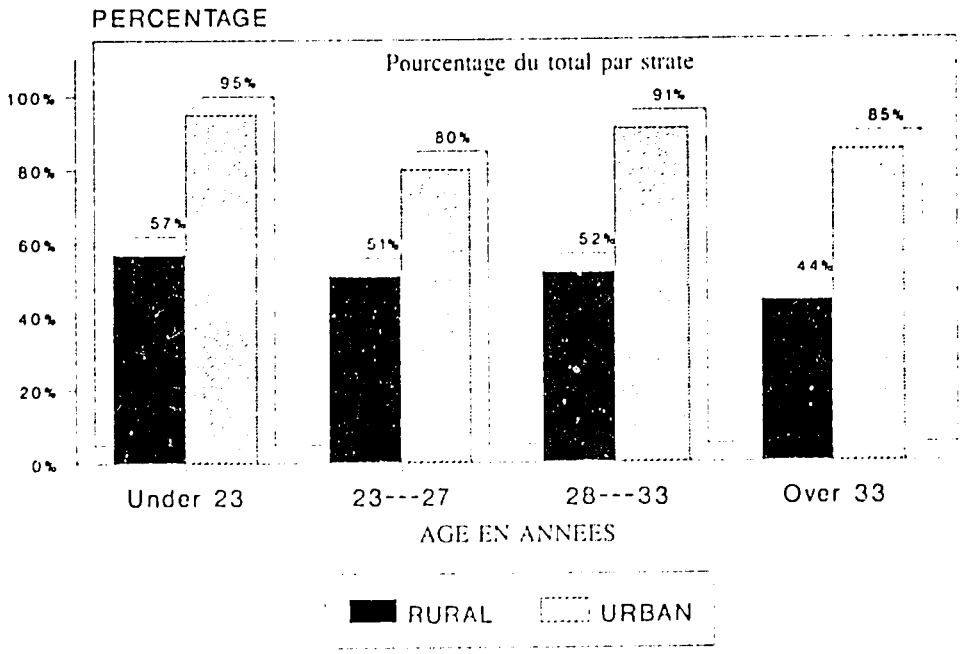
AGE AUQUEL L'ENFANT A RECU SES PREMIERS ALIMENTS SOLIDES



Rural N=723 N=302

Figure 51

VISITES PRENATALES PENDANT LA DERNIERE GROSSESSE



RURAL N=932 URBAN N=337

Lorsqu'il a été demandé aux femmes qui ne sont pas allées au dispensaire pourquoi elles ne s'y étaient pas rendues, plus de la moitié de celles qui habitaient en zone rurale ont déclaré qu'elle n'avait pas l'argent nécessaire. Ce chiffre est le double de celui des femmes de zone urbaine. Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes de zone rurale doivent prendre en compte les frais de déplacement. Cependant, les femmes de zone urbaine ont mentionné trois fois plus que celles de zone rurale le fait qu'elles n'avaient pas eu le temps de se rendre au dispensaire (Cf. Figure 52).

2. Antipaludéens pris pendant la grossesse

Soixante-cinq pour cent des femmes de la zone urbaine ont déclaré avoir pris des antipaludéens pendant leur dernière grossesse. En zone rurale, ce pourcentage était considérablement moins important : 56% (Cf. Figure 53).

3. Couverture antitétanique

La politique recommandée par l'OMS consiste à protéger le nouveau-né contre le tétanos néonatal en vaccinant la mère. Il a tout d'abord été demandé aux femmes participant à cette enquête si elles avaient été vaccinées contre le tétanos pendant leur dernière grossesse et, si oui, de montrer leur carnet de vaccination à l'enquêteuse. La Figure 54 indique que 54% des mères de zone rurale ont déclaré avoir reçu ce vaccin. Trente pour cent ont pu le prouver avec le carnet. En zone urbaine, 88% des femmes ont été vaccinées contre le tétanos. Cinquante-six pour cent d'entre elles possédaient un carnet de vaccination.

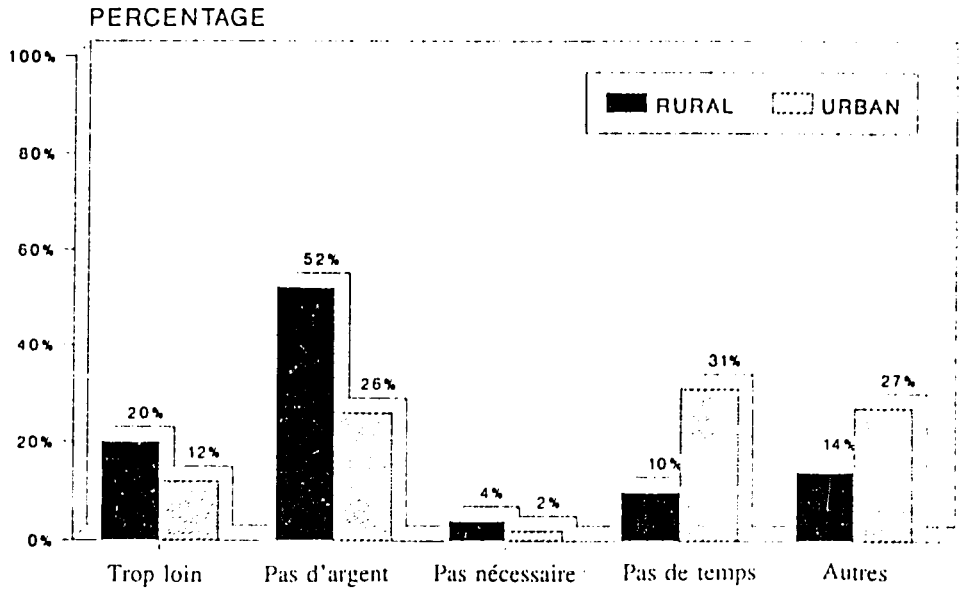
L'OMS recommande que chaque femme reçoive cinq doses de vaccin antitétanique à des intervalles appropriés, afin de la protéger pour le reste de sa vie contre le tétanos et de protéger son nouveau-né contre le tétanos néonatal.

Tableau 8 : Calendrier recommandé par l'OMS pour les vaccinations antitétaniques

Vaccin antitétanique	Intervalle approprié entre injections	Durée de la protection contre le tétanos
TT1	---------	Aucune
TT2	Un mois après TT1	Trois ans
TT3	Six mois après TT2	Cinq ans
TT4	Un an après TT3	Dix ans
TT5	Un an après TT4	Reste de la vie

Figure 52

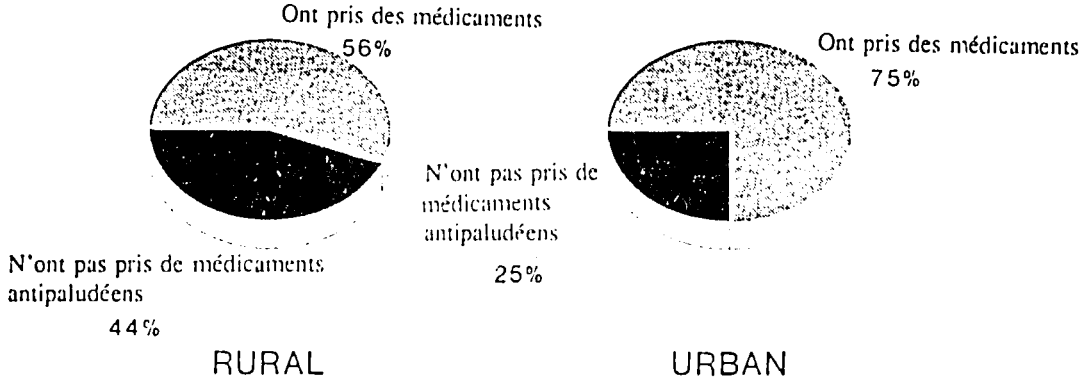
RAISONS POUR LESQUELLES IL N'Y A PAS EU DE VISITE PRENATALE PENDANT LE DERNIERE GROSSESSE



Rural N=458 Urban N=42

Figure 53

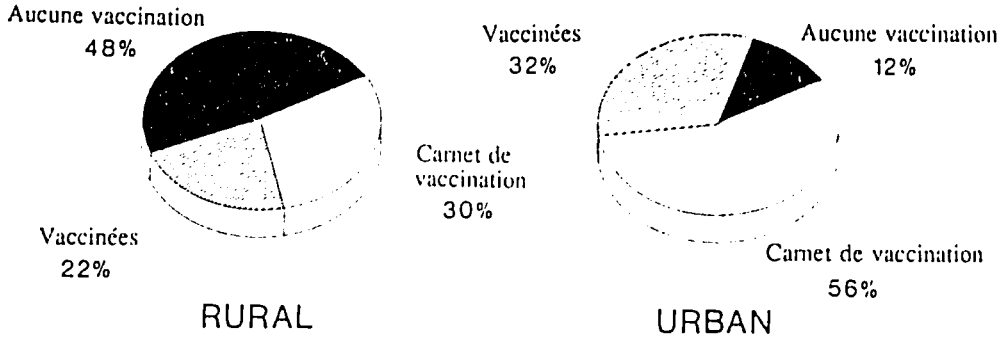
POURCENTAGE DE FEMMES AYANT PRIS DES ANTIPALUDEENS PENDANT LA DERNIERE GROSSESSE



Rural N=918 Urban N=332

Figure 54

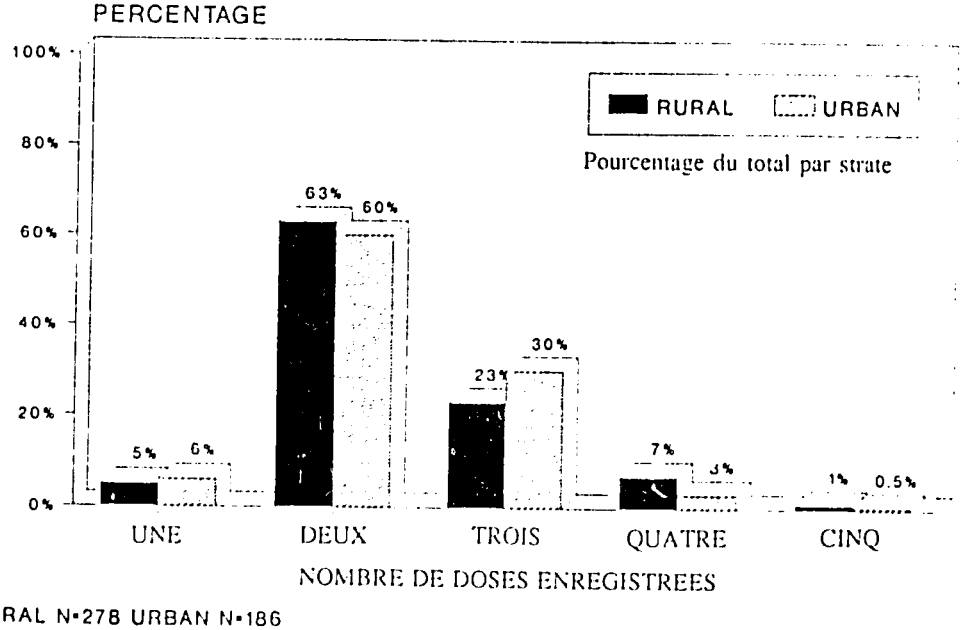
POURCENTAGE DES FEMMES VACCINEES CONTRE LE TETANOS PENDANT LA DERNIERE GROSSESSE



Rural N=918 Urban N=332

Figure 55

COUVERTURE ANTITETANIQUE CHEZ LES FEMMES POSSEDANT UN CARNET DE VACCINATION



RURAL N=278 URBAN N=186

Il a été demandé à l'enquêteuse de transposer les informations sur les vaccinations antitétaniques du carnet de vaccination sur le questionnaire, tout en gardant à l'esprit ces recommandations. Un analyse de ces carnets est indiquée à la Figure 55. Les niveaux de protection en zone rurale et en zone urbaine sont remarquablement similaires. La plus grande différence concerne le TT3, où les femmes de zone urbaine ont un avantage de 7% sur celles du milieu rural. Plus de 30% des femmes avaient reçu le TT3 ou plus. Seules 5,7% des femmes participant à l'enquête possédaient un carnet de vaccination ne mentionnant que le TT1, ce qui ne protège pas le nouveau-né. Quarante-et-un pour cent des mères ont déclaré avoir perdu un enfant à cause du tétanos.

4. Dernier accouchement

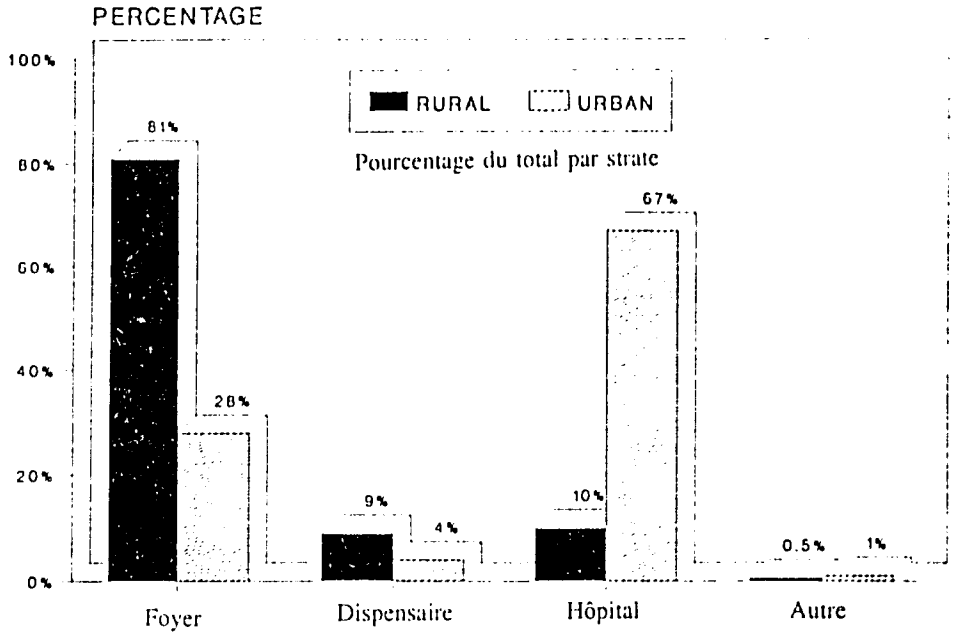
Lorsqu'il a été demandé à 1 250 femmes du Moyen Chari où elles avaient accouché de leur dernier enfant, les réponses ont beaucoup varié selon qu'il s'agissait de mères de zone rurale, qui avaient tendance à accoucher au foyer (81%), ou de mères de zone urbaine qui préféraient l'hôpital (67%)(Cf. Figure 56).

Lorsqu'on leur a demandé d'identifier la personnes qui a aidé à l'accouchement, 74% des femmes de zone urbaine ont mentionné une sage-femme professionnelle. En zone rurale, la plupart des femmes ont déclaré avoir été aidées par une accoucheuse traditionnelle ou par leur mère. Quatre-vingt-dix-sept femmes ont eu leur dernier enfant sans aide (Cf. Figure 57). Les résultats des dernières grossesses sont indiqués à la Figure 58.

5. Visites après l'accouchement

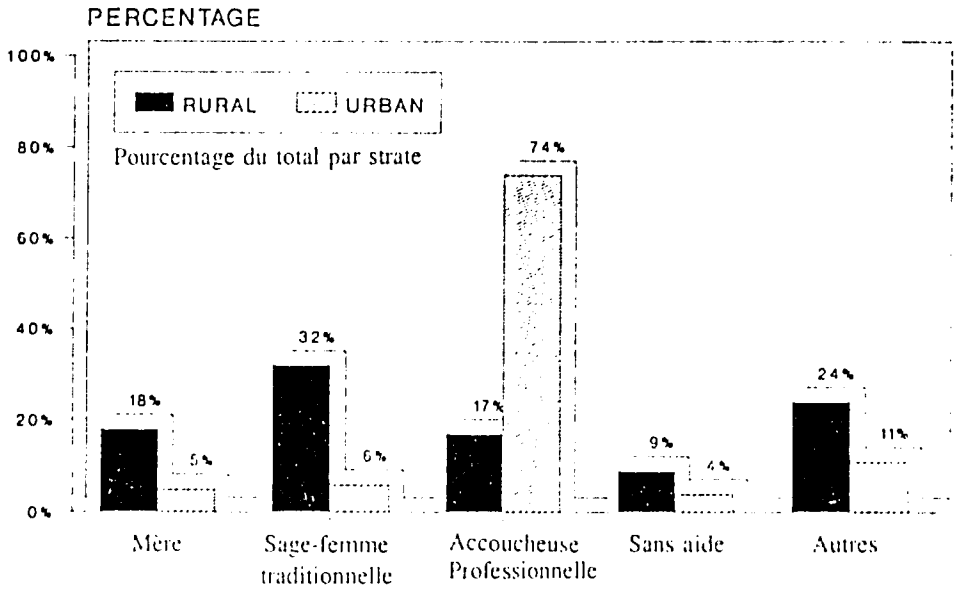
En zone urbaine, 264 femmes (79%) ont eu une visite après accouchement dans un dispensaire dans le mois suivant la naissance de l'enfant. La majorité des visites effectuées en zone urbaines étaient liées à la vaccination des nouveau-nés (73%), suivies de 16% pour une maladie de la mère.

Figure 56
OU LE DERNIER ACCOUCHEMENT A-T-IL EU LIEU ?



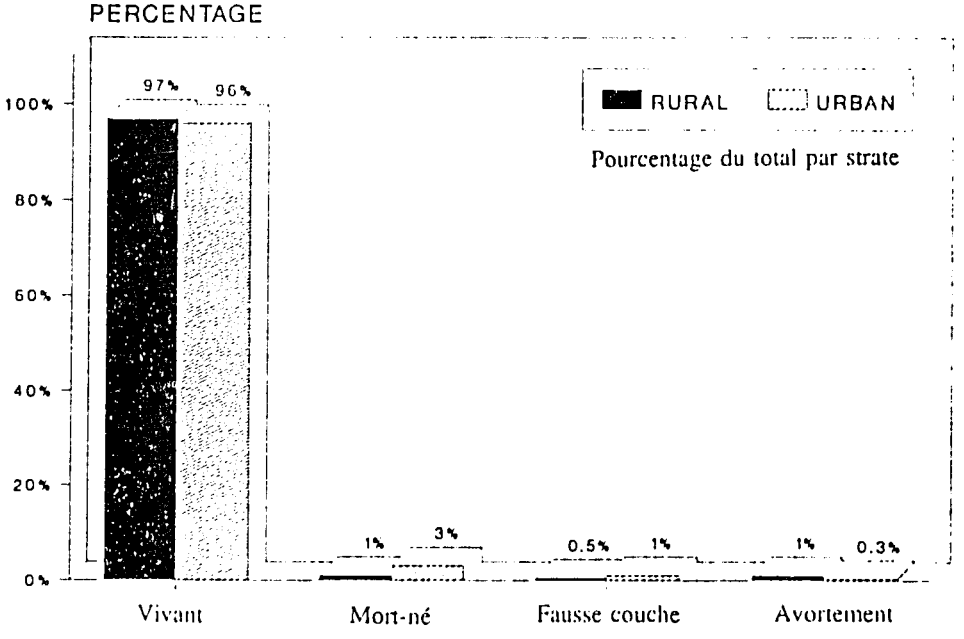
Rural N•917 Urban N•332

Figure 57
"QUI A AIDE AU DERNIER ACCOUCHEMENT ?"
REPONSES EN ZONES RURALE ET URBAINE



Rural N•918 Urban N•332

Figure 58
RESULTATS DE LA DERNIERE GROSSESSE



RURAL N•932 URBAN N•337

Tableau 9 : Raisons des visites après l'accouchement

RAISONS	RURAL	URBAIN
Vaccination de l'enfant	54%	73%
Maladie de la mère	19%	16%
Maladie de l'enfant	9%	6%
Enlever les sutures	4%	3%
Examen post-natal	11%	7%
Autres	10%	6%

Note : Les mères pouvaient donner plusieurs réponses.

G. Mortalité Infantile

1. Méthodologie

La présente enquête n'a pas été conçue pour fournir des taux de mortalité infantile parce que le calcul des taux réels de mortalité exigent des informations plus spécifiques sur une certaine période de temps. Il a cependant été possible, en ayant recours à une méthode élaborée par William Bass, d'obtenir de solides estimations sur la probabilité du décès des enfants à un âge donné, en utilisant le nombre de tous les enfants nés, le nombre des enfants toujours en vie, l'intervalle de 5 ans pour la mère et un multiplicateur destiné à ajuster les facteurs non-liés à la mortalité, qui détermine la proportion de décès d'enfants (parité et tendances de la fertilité par exemple). La méthodologie spécifique qui a été utilisée est décrite dans Manuel X, Techniques Indirectes pour les Estimations Démographiques, publié par les Nations Unies.

2. Estimation du taux de mortalité infantile

Tableau 10 : Probabilité de mortalité infantile par groupes d'âges spécifiques

URBAIN

Intervalle d'âge de la mère utilisé	Age au décès	Proportion de décès
20-24	2	0,101
25-29	3	0,138
30-34	5	0,192
35-39	10	0,234
40-44	15	0,227

RURAL

Intervalle d'âge de la mère utilisé	Age au décès	Proportion de décès
20-24	2	0,109
25-29	3	0,175
30-34	5	0,243
35-39	10	0,250
40-44	15	0,289

Il est possible, en utilisant le Tableau 10, d'estimer que le taux de mortalité des enfants de 5 ans et moins se situe à environ 19% en zone urbaine et à 24% en zone rurale. Bien qu'il ne s'agisse que d'estimations, ces chiffres indiquent un taux de mortalité infantile excessivement élevé. Ces chiffres sont très proches de ceux qui ont été indiqués dans le rapport du SMI/BEF d'avril 1992 et qui constataient un taux de mortalité de 21,9% pour les enfants de moins de 5 ans. Le taux légèrement inférieur que l'on trouve en zone urbaine peut indiquer que les activités de préventions qui ont été entreprises, telles que les campagnes d'assainissement et de vaccination, ont un effet positif. Mais les efforts faits pour assurer ce type de services sont bloqués, particulièrement en zone rurale, par les crises financières et la guerre civile au Tchad.

3. Hypothèses

Cette méthode part de l'hypothèse que le risque de décès d'un enfant ne dépend que de son âge et ignore les facteurs tels que l'ordre des naissances, la survie de l'enfant précédent et l'âge de la mère.

Ces données ayant été obtenues par une enquête démographique, la méthode part aussi de l'hypothèse que les taux de fertilité et de mortalité sont resté constants dans le passé récent.

Le calcul des multiplicateurs a été basé sur la variante de Trussel et les tables de durée de vie des familles pour le sud.

4. Contraintes

Il n'est pas possible de calculer le risque de décès avant 1 an avec cette méthode parce qu'il faudrait faire appel aux femmes du groupe d'âge de 15 à 19 ans pour obtenir ce chiffre et que les enfants de ces femmes ont normalement des risques de décès plus élevés que la moyenne.

Le déclin ou l'accélération de la mortalité infantile dans le passé récent n'ont pas été pris en compte, s'il y en a eu.

5. Cause de décès

Tableau 11 : Cause du décès perçu par la mère

MALADIE	FREQ.	POURCENTAGE
Rougeole	159	14,1%
Diarrhée	91	8,1%
Sorcellerie	91	8,1%
Paludisme	83	7,4%
Décès soudain	39	3,5%
Tétanos	41	3,6%
Méningite	29	1,2%
Toux/bronchite	33	2,9%
Fièvre jaune	20	1,8%
Complications/luette	10	0,9%
Naissance prématurée	7	0,6%
"Maladie éruptive"	7	0,6%
Infection du cordon ombilical	3	0,3%
Famine	4	0,4%
Ne sait pas, autres	506	52,7%

Il a été demandé aux femmes, pendant l'entretien, d'indiquer la cause du décès pour tous les enfants morts. La période de rappel pouvant aller jusqu'à 30 ans pour les femmes les plus âgées, ces données ne doivent être utilisées que comme un indicateur d'ordre de grandeur. Les réponses ont été enregistrées de plus fidèlement possible à partir des déclarations des mères et n'ont certainement aucun fondement médical. Elles représentent

plutôt la cause du décès, telle qu'elle a été perçue par la mère. La catégorie fièvre jaune comprend par exemple très certainement de nombreux cas d'hépatite.

H. Maladie de la Mère

Sur les 1 270 femmes interrogées dans le cadre de l'enquête, 557 (44%) ont déclaré avoir été malades dans les deux semaines précédentes. La liste des maux cités était extrêmement variée, d'où le pourcentage important d'"autres maladies" indiqué à la Figure 59. Les douleurs abdominales ont été citées par 27% des femmes de zone rurale et 23% de celles de zone urbaine. La liste des maux cités est approximativement la même pour les zones rurale et urbaine, sauf en ce qui concerne le paludisme/la fièvre, qui a été mentionné par 5% des femmes de zone rurale et 16% de celles de zone urbaine (Cf. Figure 59). Le type ou la fréquence des maladies déclarées par les mères n'ont pas varié en fonction de l'âge de celles-ci.

Environ la moitié (46%) des mères malades ne se sont pas faites traiter dans un hôpital ou un dispensaire pendant leur plus récente maladie. Les raisons données sont indiquées à la Figure 60, qui montre que la raison la plus souvent citée est le manque d'argent. Le coût du traitement de la dernière maladie a varié entre 11% qui n'ont rien payé et 1% qui ont déclaré avoir dépensé plus de 10 000 francs CFA. Trente-quatre pour cent ont déclaré avoir dépensé 100 francs CFA ou moins et 80% ont dépensé moins de 1 000 francs CFA. La somme moyenne dépensée en zone rurale a été la même que pour la maladie de l'enfant, soit 200 francs CFA. En zone urbaine, cependant, le montant moyen dépensé a été de 895 francs CFA, ce qui est nettement plus que la somme moyenne dépensée pour la maladie de l'enfant.

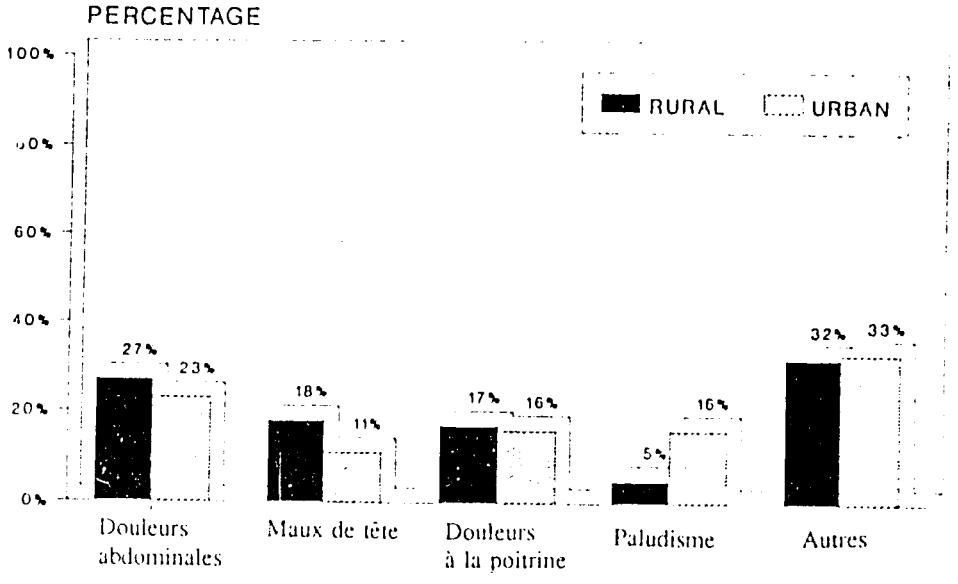
I. Connaissance du SIDA

La Figure 61 indique que 87% des femmes de zone urbaine et 44% de celles de zone urbaine avaient au moins entendu parler du SIDA au moment de l'enquête. Ce chiffre représente une augmentation de 9% par rapport au chiffre qui avait été rapporté dans un document publié par le Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) pour Sarh, et qui provenait d'une enquête réalisée en 1987 sur la connaissance, les attitudes et les pratiques. Parmi les femmes éduquées, cette proportion est même plus importante (Figure 62) : 97% de celles de zone urbaine et 76% de celles de zone rurale avaient entendu parler du SIDA. La plupart des femmes ont déclaré avoir entendu parler du SIDA à la radio : 56% en zone urbaine et 34% en zone rurale. La plupart des autres en avaient entendu parler par des amies ou le personnel de santé. Quinze pour cent des femmes ont déclaré avoir entendu parler du SIDA par du personnel sanitaire, soit 4 fois plus que ce que l'étude du PNLS avait constaté en zone urbaine.

Trente-neuf pour cent des femmes de zone rurale et 23% de celles de zone urbaine qui avaient entendu parler du SIDA ne savait pas comment il se transmet. Cinquante-cinq pour cent des femmes de zone rurale et 74% de celles de zone urbaine savaient que le SIDA se transmet par voie sexuelle, ce dernier chiffre étant le même que celui qui était cité dans l'étude du PNLS. Peu de femmes ont pu citer les autres modes de transmissions, c'est-à-dire

Figure 59

MALADIES RAPPORTEES PAR LA MERE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES



Rural N=425 Urban N=132

Figure 60

POURQUOI LES MERES NE SE SONT PAS RENDUES DANS UN DISPENSAIRE LORS DE LA DERNIERE MALADIE

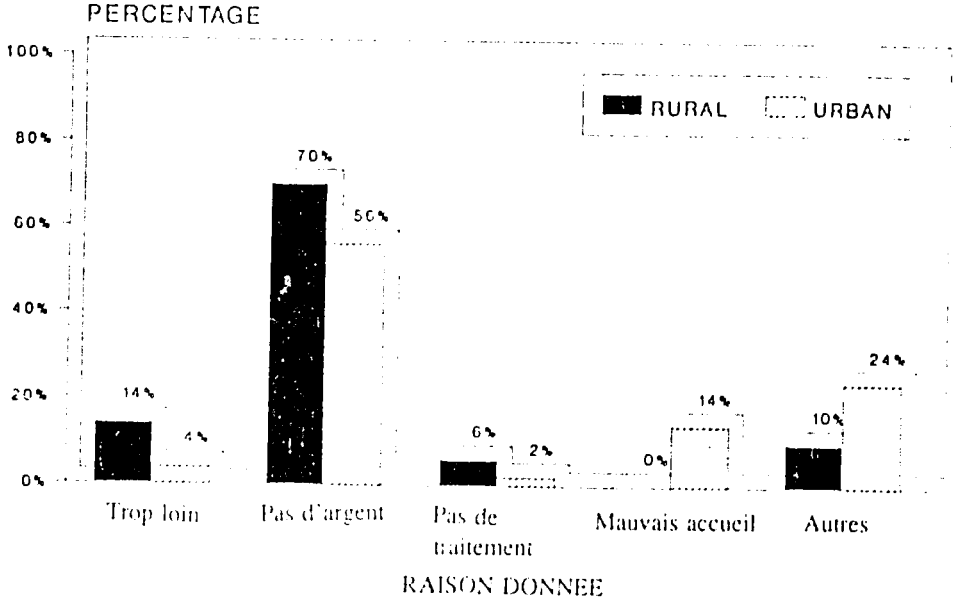
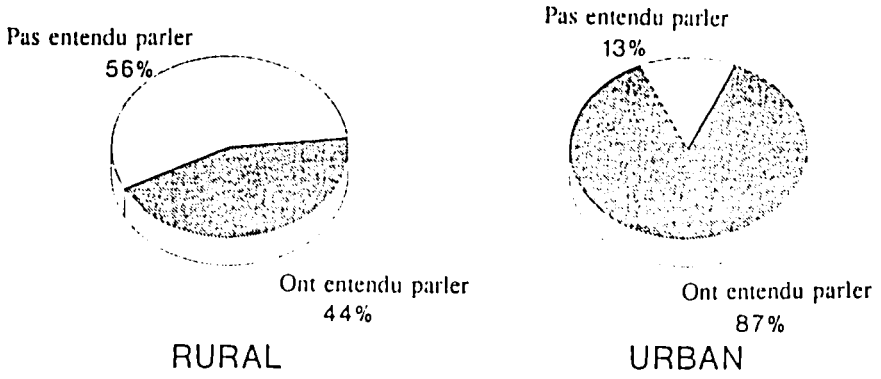


Figure 61

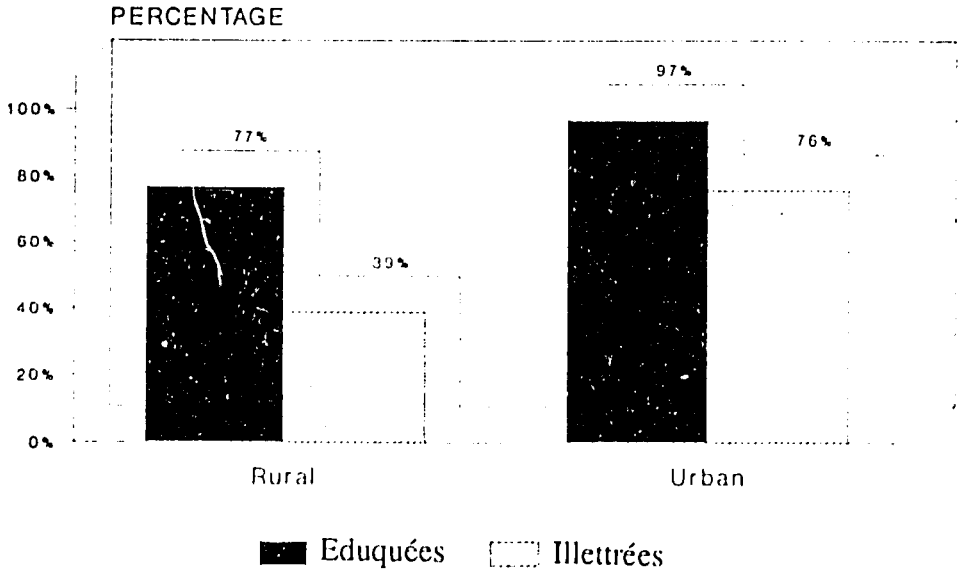
FEMMES AYANT ENTENDU PARLER DU SIDA



Rural N=932 Urban N= 338

Figure 62

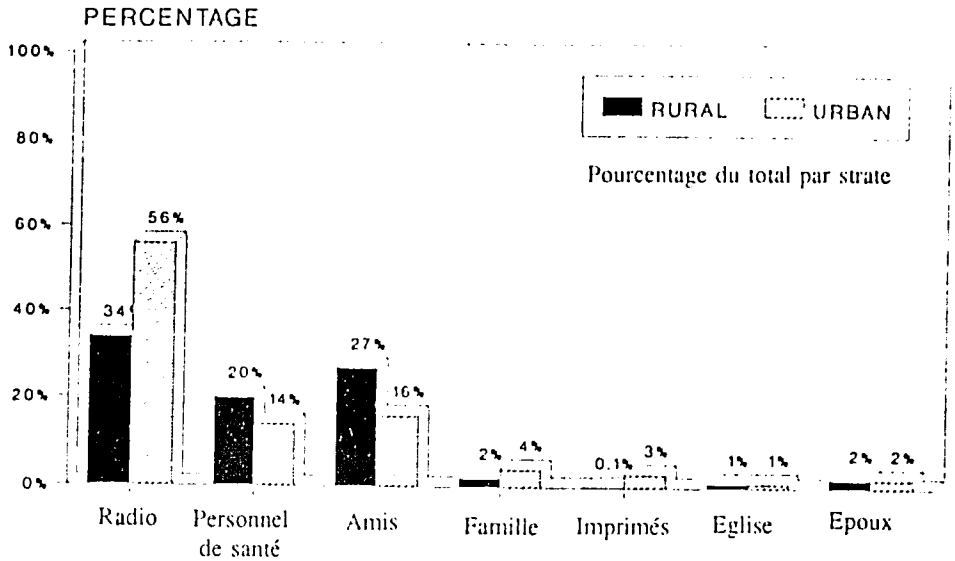
ALPHABETISME ET CONNAISSANCES DU SIDA



Rural N=932 Urban N=338

Figure 63

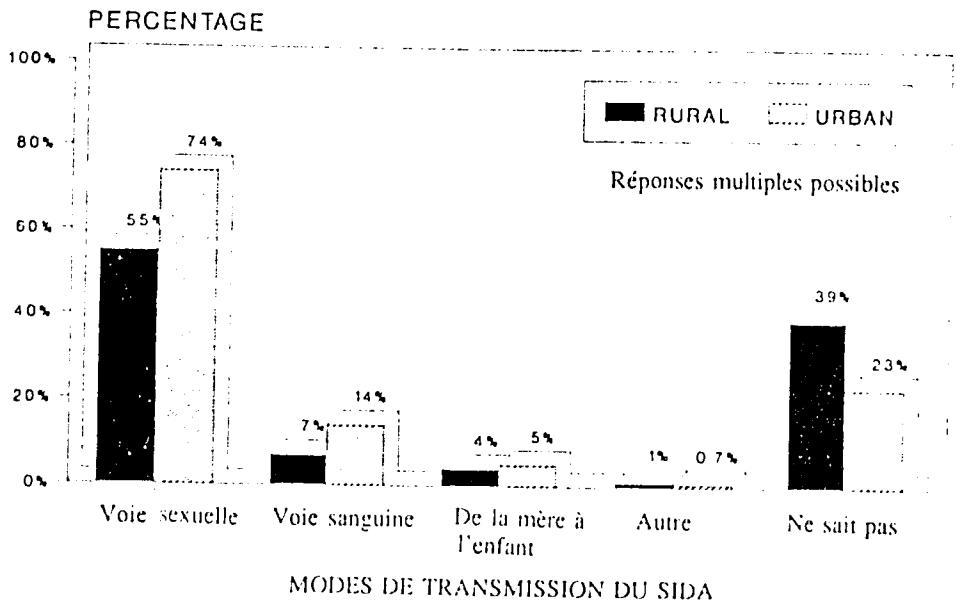
SOURCES DES CONNAISSANCES DU SIDA CHEZ LES FEMMES QUI EN ONT ENTENDU PARLER



Rural N=408 Urban N=293

Figure 64

CONNAISSANCES DE LA TRANSMISSION DU SIDA CHEZ LES FEMMES QUI EN ONT ENTENDU PARLER



Rural N=408 Urban N=293

par le sang ou par transmission verticale de la mère à l'enfant. L'étude du PNLS indiquait un pourcentage nettement plus élevé de femmes qui connaissaient la transmission verticale (68% contre 5% dans la section urbaine comparable de la présente enquête). On ne sait pas si la question avait été posée de manière différente. Toutes les réponses à cette enquête étaient spontanées et il était possible de donner plusieurs réponses. La très grande majorité des femmes ayant entendu parler du SIDA pensait que cette maladie était fatale (Cf. Figure 65).

J. Planning Familial

1. Connaissances et pratiques

a. Milieu rural

Les connaissances et pratiques des méthodes modernes de contraception sont pratiquement nulles dans la zone rurale du Moyen Chari. Sur les 931 femmes interrogées, quatre seulement (0,4%) avaient entendu parler de la pilule contraceptive et une seule en avait pris. Ces quatre femmes avaient moins de 27 ans (Cf. Figure 66).

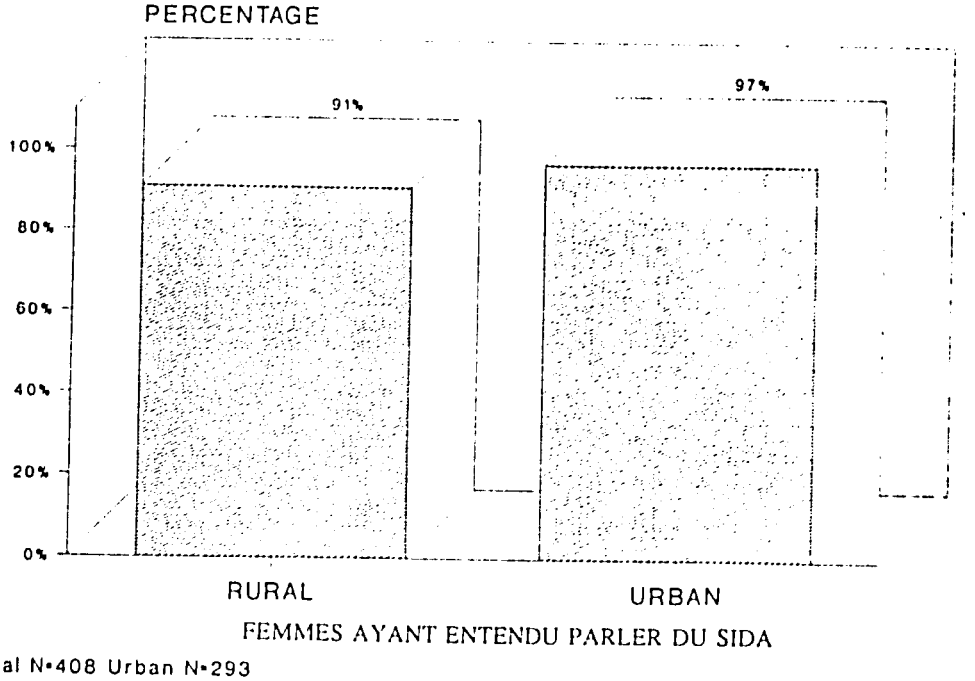
Les points suivants ont été notés à propos des connaissances et pratiques des méthodes contraceptives chez les femmes vivant en milieu rural :

- Une femme avait entendu parler du stérilet, aucune ne s'en était servie
- Six femmes avaient entendu parler de la méthode rythmique, quatre l'avaient utilisée de temps à autre
- Six femmes avaient entendu parler d'une injection destinée à prévenir la grossesse, quatre avaient reçu cette injection
- Quatre femmes avaient entendu parler des préservatifs, aucune ne s'en était servie
- Quatre femmes avaient entendu parler de la stérilisation chirurgicale et deux avaient en fait été stérilisées, une du groupe d'âge de 28 à 33 ans, l'autre du groupe de plus de 33 ans. Ces deux femmes ont déclaré avoir six enfants.

L'allaitement au sein a été mentionné comme méthode de contrôle des naissances par 159 femmes du milieu rural, soit 17%, et 13% ont déclaré s'être servies de l'allaitement au sein comme méthode de contraception, encore que les raisons indiquées n'avaient rien à voir avec les connaissances relatives aux hormones, mais étaient basées sur une croyance traditionnelle selon laquelle les rapports sexuels "rendent le lait amer" et sont donc mauvais pour l'enfant. Il s'ensuit que les femmes s'abstiennent de toute activité sexuelle parce qu'elles allaitent leur bébé au sein.

Figure 65

CONNAISSANCE DU FAIT QUE LE SIDA EST MORTEL



Rural N=408 Urban N=293

L'abstinence a été la seule méthode mentionnée par les femmes du milieu rural qui ait été importante. Quarante-quatre pour cent ont mentionné l'abstinence et 36% l'ont pratiquée en tant que méthode de contrôle des naissances. Les réponses les plus courantes ont été : "séparation des corps" et "envoyer la femme ailleurs". Alors que la plupart des femmes savaient certainement que l'abstinence préviendrait la grossesse, 44% seulement des femmes l'ont mentionnée pendant l'entretien. Il se peut que cela ait été trop évident pour être mentionné.

b. Milieu urbain

Même en milieu urbain, l'abstinence n'a été mentionnée que par 46% des femmes et pratiquée par 37%, soit à peu près le même pourcentage qu'en milieu rural. Les connaissances et pratiques des méthodes modernes de contraception étaient cependant nettement supérieures en zone urbaine. Sur les 337 personnes ayant répondu, 67, soit 20% avaient entendu parler de la pilule. Ces femmes faisaient partie des quatre groupes d'âge. Vingt-trois femmes, soit 7% des femmes de zone urbaine ont déclaré avoir utilisé la pilule (Cf. Figure 67).

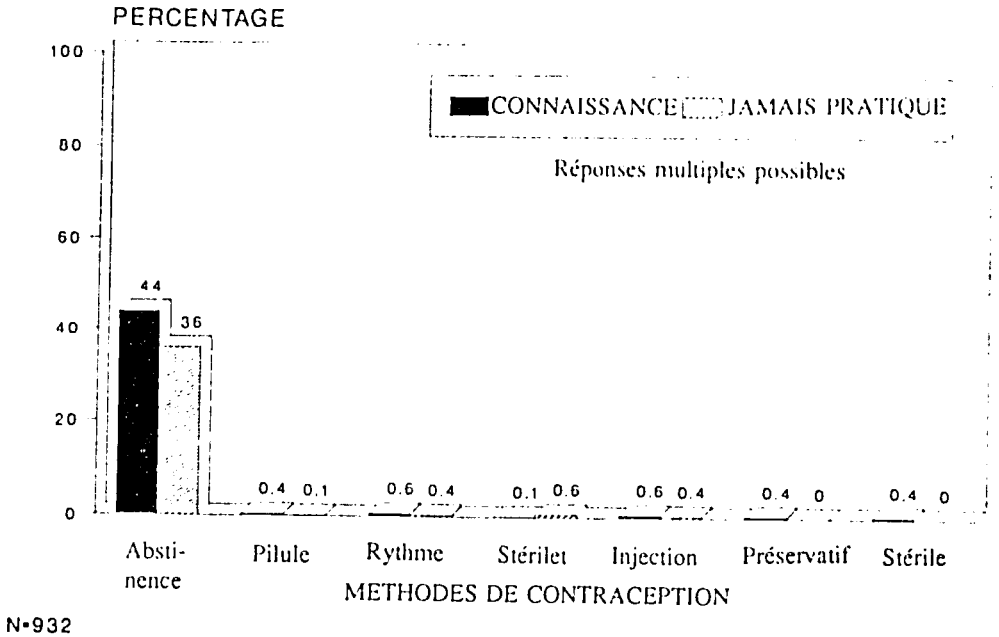
Les points suivants ont été notés à propos des connaissances et pratiques des méthodes contraceptives chez les femmes vivant en milieu urbain :

- La méthode rythmique a été mentionnée par 27 femmes (8%) et essayée par 14 (4%)
- Vingt-neuf femmes avaient entendu parler d'une injection et deux s'étaient servies de cette méthode
- Trente-quatre femmes avaient entendu parler du préservatif (10%), mais sept seulement (2%) s'en étaient servies, et
- Dix-sept femmes de la zone urbaine connaissaient la stérilisation chirurgicale et sur les onze femmes qui avaient été stérilisées, neuf provenaient de la zone urbaine. Trois de ces femmes stérilisées faisaient partie du groupe d'âge de 28 à 33 ans et les six autres de celui de plus de 33 ans. Deux des femmes stérilisées ont déclaré avoir six enfant, deux autres en avaient onze.

2. Age à la première grossesse

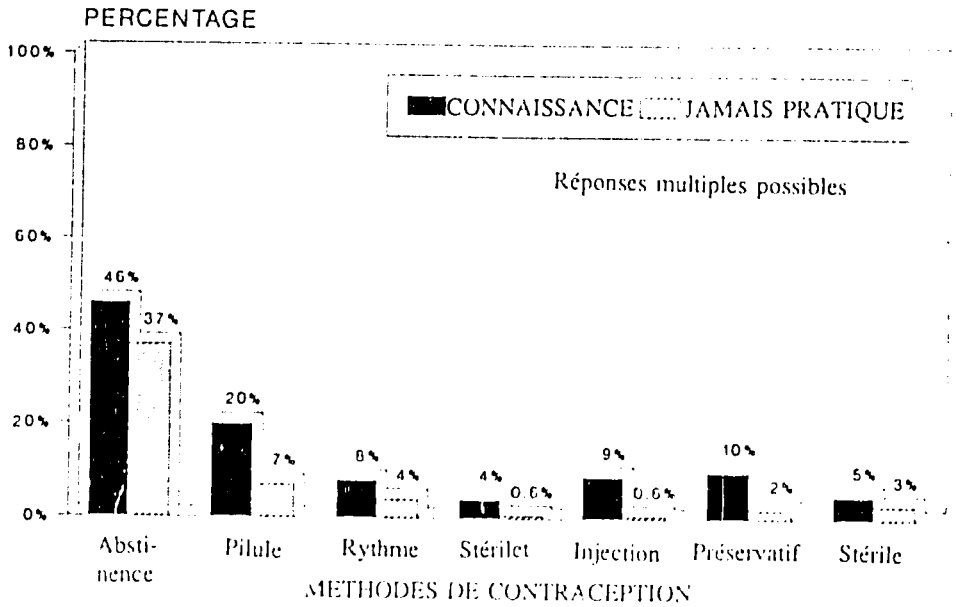
Selon l'enquête, la première grossesse est intervenue entre 12 et 35 ans. L'enquête n'a pas révélé de grande différence entre les femmes de zone rurale et celles de zone urbaine en ce qui concernait l'âge à la première grossesse. Dans les deux groupes, la moyenne a été de seize ans. Le rapport du SMI/BEF d'avril 1992 indique que 11% des premières grossesses interviennent avant l'âge de 15 ans dans le Moyen Chari. La présente enquête n'a trouvé que 5% dans le même groupe d'âge et que 88% des premières grossesses intervenaient entre 15 et 20 ans.

Figure 66
CONNAISSANCES ET PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES EN MILIEU RURAL



N=932

Figure 67
CONNAISSANCES ET PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES EN MILIEU URBAIN



N=337

Figure 68
AGE A LA PREMIERE GROSSESSE

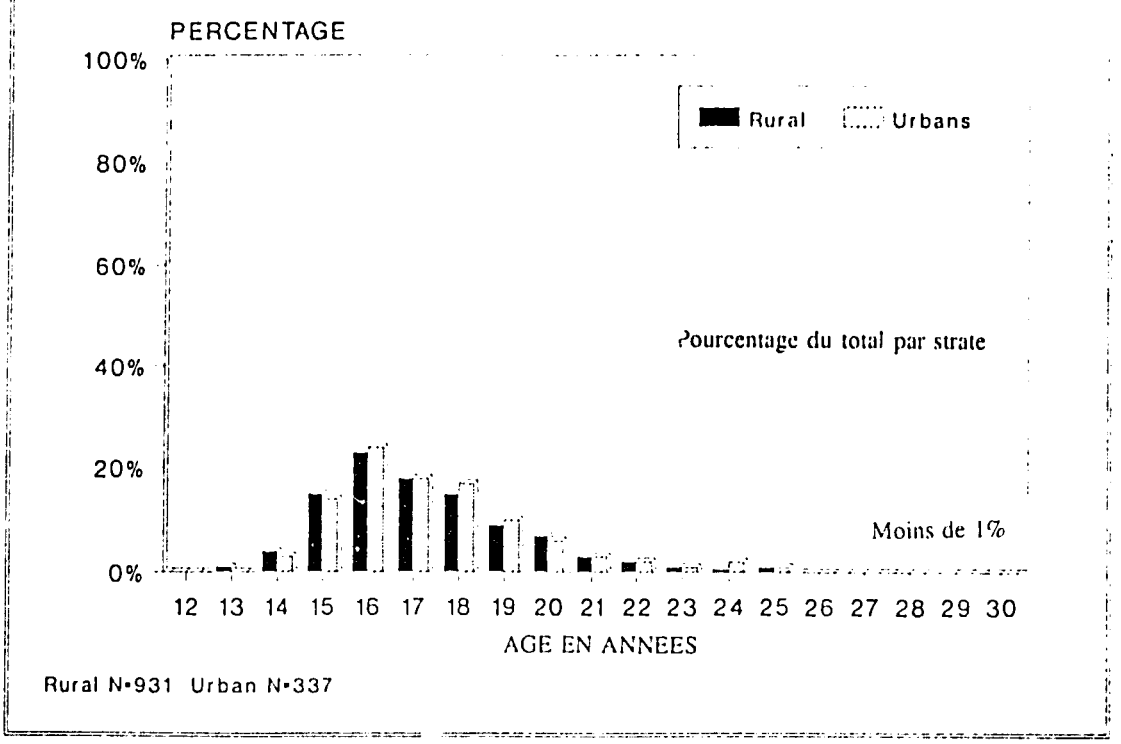
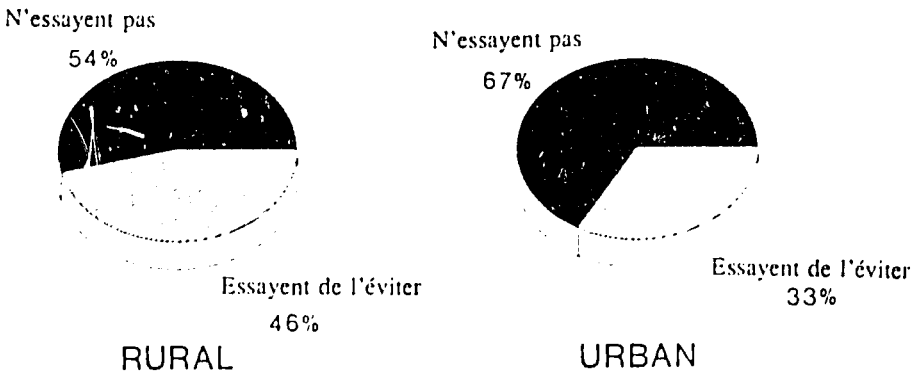


Figure 69
POURCENTAGE DE FEMMES ESSAYANT D'EVITER LA GROSSESSE



Rural N=932 Urban N=337

3. Eviter la grossesse

A la question de savoir si elles essayent "d'éviter une grossesse actuellement", 46% des femmes de zone rurale ont répondu oui, contre 33% en zone urbaine. Cette information suggère qu'un groupe relativement important de femmes seraient prêtes à accepter des services de planning familial si ceux-ci leur étaient offerts (Cf. Figure 69).

4. Taille idéale de la famille

Interrogées sur ce qui est selon elles le nombre idéal d'enfants qu'une femme doit avoir, 39% des femmes de zone rurale et 43 % de celles de zone urbaine ont répondu que tout dépendait de la volonté de Dieu. Six pour cent, soit 52 femmes du milieu rural ont déclaré que les femmes devraient avoir autant d'enfants que possible. Mais cinq femmes du milieu urbain seulement (1,5%) ont donné la même réponse. La Figure 70 montre la répartition des réponses des mères ayant répondu par un chiffre. Pour vingt-six pour cent des femmes, le nombre idéal se situait entre 5 et 7 et 8,6% ont mentionné dix ou plus.

5. Espacement idéal des naissances

La grande majorité des femmes ont déclaré que l'espacement idéal des naissances est de 2 ans ou plus. Seules 4% ont déclaré que l'espacement idéal était d'un an ou moins.

6. Avantages d'une famille nombreuse

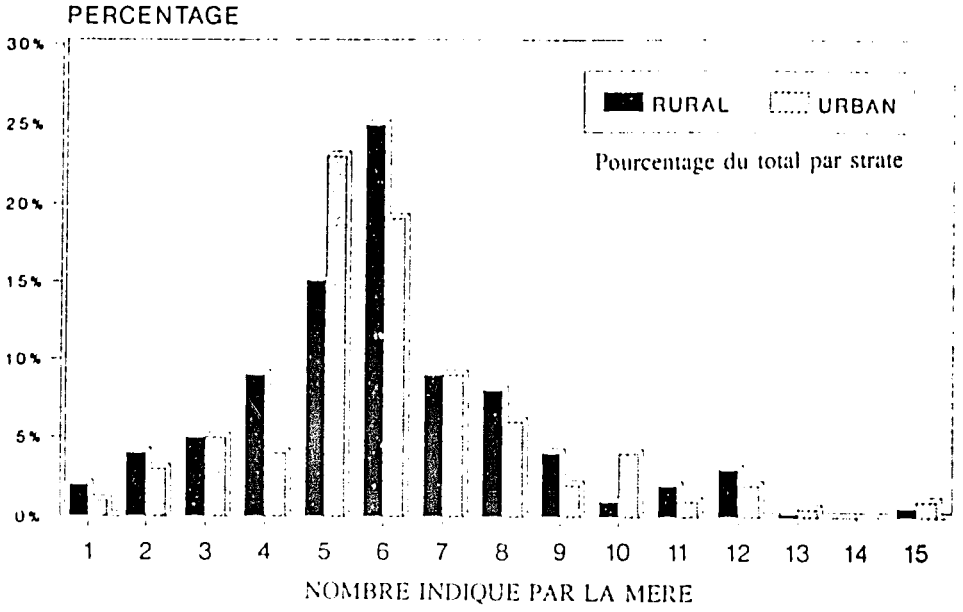
La Figure 71 indique les avantages d'une famille nombreuse, selon l'opinion exprimée par les mères. La réponse la plus courante a été que les enfants allaient s'occuper de leurs parents âgés (32% en zone rurale et 43% en zone urbaine). En zone rurale, 19% des mères ont déclaré que la "main-d'oeuvre" constituée par les enfants est un avantage, alors que dans les villes 8% seulement ont donné cette réponse. Environ le même pourcentage de femmes ont mentionné la joie que les enfants apportent au foyer comme étant un avantage des familles nombreuses (18% en milieu rural, 20% en milieu urbain).

Les réponses aux questions posées sur les inconvénients des familles nombreuses ont été trop générales pour pouvoir être analysées. Elles portent cependant souvent sur les aspects économiques de l'entretien d'une famille nombreuse et les difficultés qu'on éprouve à élever beaucoup d'enfants. En zone rurale, 25% n'ont pas vu d'inconvénient à une famille nombreuse, contre 21% en zone urbaine.

K. L'excision

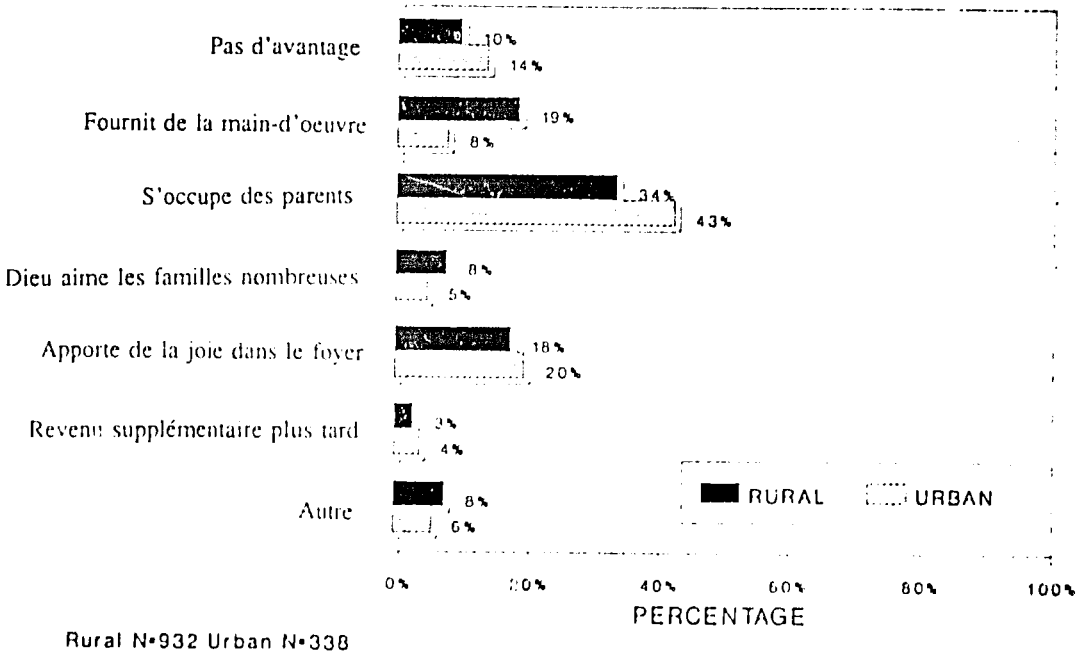
La circoncision des femmes, ou excision, est largement pratiquée au Tchad comme dans d'autres régions d'Afrique. Elle est particulièrement prévalente dans le Moyen Chari où elle est associée à l'initiation des adolescentes.

Figure 70
NOMBRE IDEAL D'ENFANTS



Rural N=483 Urbain N=177
Les femmes ayant mentionné la "volonté de Dieu"
ne sont pas comprises

Figure 71
AVANTAGES D'UNE FAMILLE NOMBREUSE



Rural N=932 Urban N=338

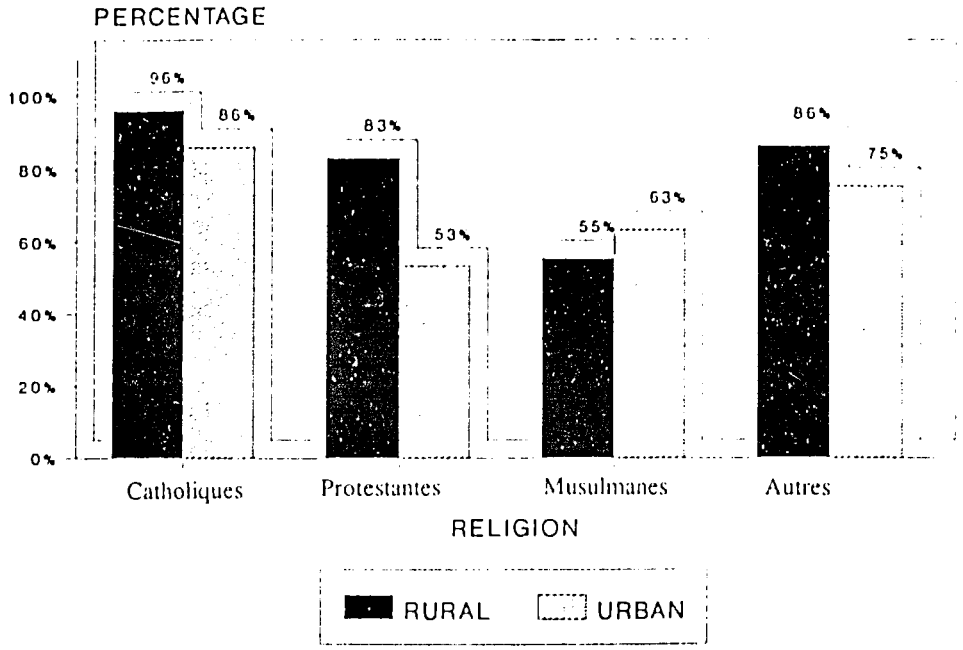
Comme il n'était pas possible d'effectuer un examen physique, aucune tentative n'a été faite pour tenter de déterminer l'étendue de la mutilation. En raison de la nature très personnelle de ce qui a trait à l'excision, les questions s'y rapportant ont été posées à la fin de l'entretien, lorsque la personne interrogée était plus à l'aise. L'enquêteuse a posé deux simples questions : "Etes-vous excisée ?" et si oui, "A quel âge ?" La Figure 72 indique le pourcentage des femmes ayant déclaré avoir été excisées, par strate et par religion. Les populations chrétiennes de zone rurale avaient un taux plus élevé, le plus important étant enregistré chez les catholiques, avec 96%. Le taux a été plus élevé chez les femmes du milieu urbain que chez celles du milieu rural pour les musulmans seulement.

L'âge le plus jeune pour une excision a été 4 ans et une femme a déclaré avoir été excisée à 20 ans. La majorité a cependant été initiée entre huit et douze ans, avec une pointe à dix ans, comme indiqué à la Figure 73. Une analyse par groupes d'âges n'a pas donné de différence appréciable, 80,3% des femmes les plus jeunes et 84,9% des plus âgées ayant été excisées, ce qui indique que cette pratique n'a pas diminué au cours des trente dernières années. En outre, il n'y a pas eu de différence notable entre femmes éduquées et analphabètes (éduquées 78%, analphabètes 86%).

L. Alphabétisme et indicateurs restreints

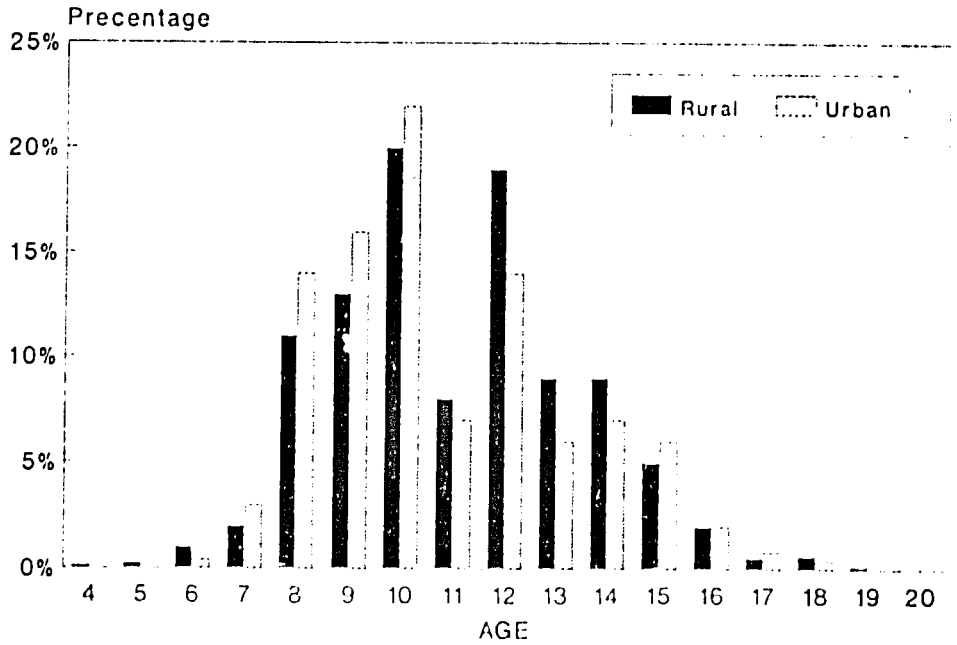
Certaines autres études tendent à prouver que le niveau d'éducation est un bon indicateur de la survie de l'enfant (Cleland, Roth, Streatfield). Les Figures 74 et 75 démontrent ce concept de façon concrète. Il est apparent, en particulier en zone rurale, que les femmes éduquées seront plus aptes à obtenir des soins pré-natals, à faire vacciner la mère et l'enfant et à savoir comment préparer la solution de TRO. Ce phénomène se retrouve aussi en zone urbaine, mais à un degré moindre.

Figure 72
CIRCONCISION CHEZ LES FEMMES, PAR RELIGION



Rural N=932 Urban N=337

Figure 73
AGE A LA CIRCONCISION



Rural N=833 Urban N=239

Figure 74
ALPHABETISME ET INDICATEURS RESTREINTS
EN MILIEU URBAIN

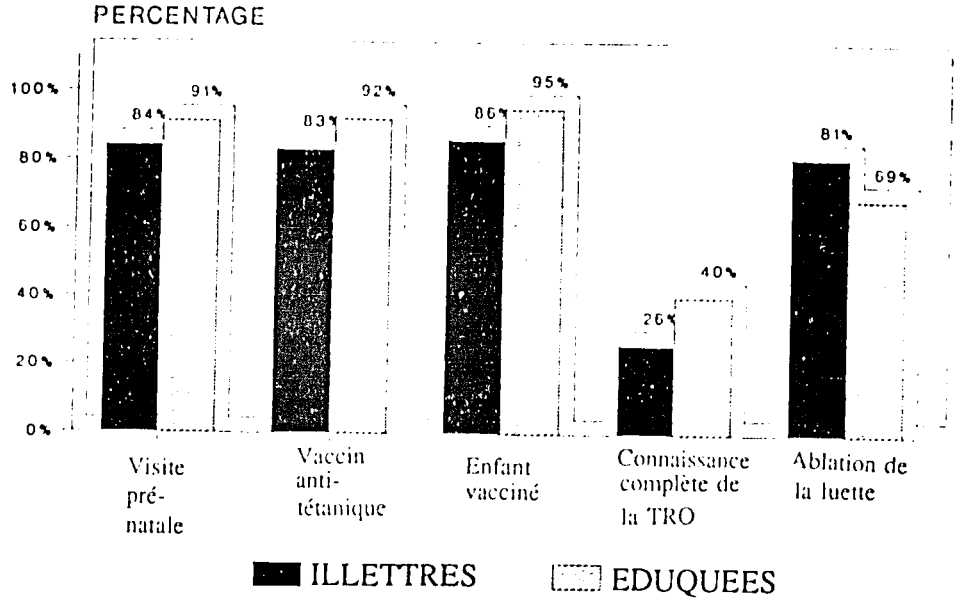
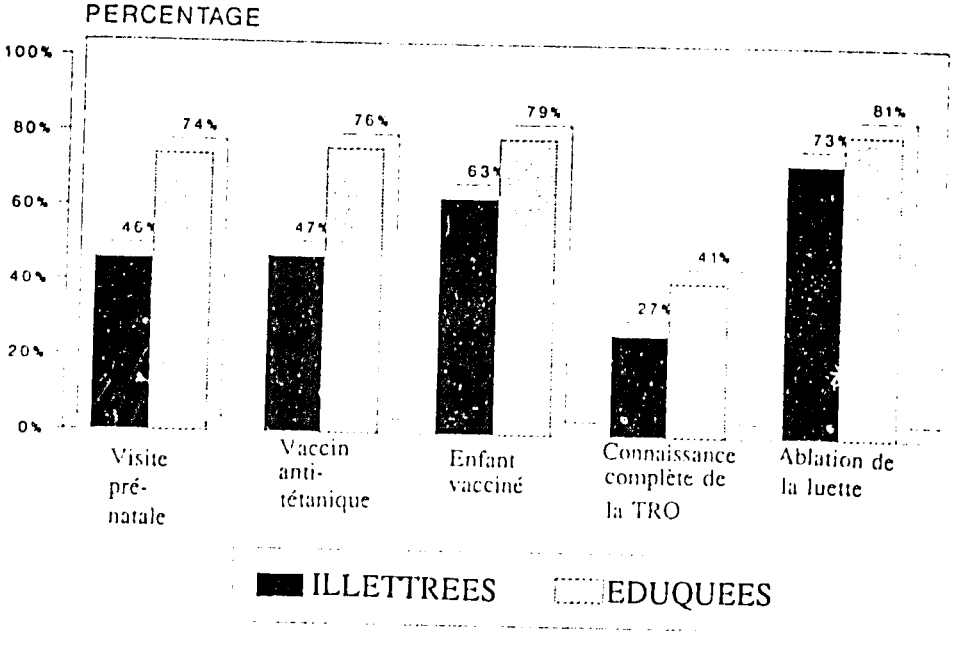


Figure 75
ALPHABETISME ET INDICATEURS RESTREINTS
EN MILIEU RURAL



V. CONCLUSIONS

La présente enquête avait pour but de constituer une base de données de référence pouvant servir à des évaluations futures. Le document du projet PSET présente certains objectifs spécifiques devant être atteints pour diverses composantes du projet. Certaines des références d'évaluation définies dans le document du projet ont été traitées dans la présente enquête. Le statut actuel des références pertinentes est discuté dans la section ci-après.

A. TRO

- "90% des mères auront entendu parler de la TRO..."

Selon la présente enquête, ce but a déjà été atteint en zone urbaine où 91% des mères ont entendu parler de la TRO. Dans la zone rurale, 64% seulement des mères en avaient entendu parler.

- "60% des mères et autres personnes s'occupant d'enfants peuvent donner la liste des composants servant au traitement de la diarrhée et expliquer comment pratiquer la TRO..."

L'enquête indique qu'à l'heure actuelle, 30% des femmes du milieu rural et 33% de celles du milieu urbain peuvent donner la liste correcte des ingrédients et expliquer comment préparer une solution de TRO.

- "20% des mères déclarant que des enfants de moins de cinq ans ont eu la diarrhée lors des deux semaines précédentes auront eu recours à la TRO".

Etant donné le système de réponse ouverte qui a été adopté, la question de l'utilisation de la TRO par la mère pour traiter un enfant ayant la diarrhée n'a pas été posée. Au lieu de cela, si la mère avait eu un enfant malade dans les deux semaines précédentes, et après avoir indiqué quelle était cette maladie, la question posée a été : "Quel traitement avez-vous donné à l'enfant ?" Trente-neuf pour cent des femmes de zone urbaine et 48% de celles de zone rurale dont un enfant avait eu la diarrhée ont déclaré lui avoir donné "un traitement moderne" au foyer. La TRO est considérée comme un traitement moderne, encore que cette catégorie englobe aussi d'autres traitements.

B. Paludisme

- "Cinquante pour cent des mères enceintes qui se présentent aux centres de santé appliquent une prophylaxie antipaludéenne".

En zone rurale, 56% des femmes ont déclaré avoir pris des antipaludéens au moins une fois pendant leur dernière grossesse. En zone urbaine, ce chiffre était de 75%. Cette enquête n'a pas fait de distinction entre l'usage prophylactique et curatif des antipaludéens. Il apparaît cependant, à partir des données fournies ici, aussi bien que du type de traitement donné aux enfants atteints de paludisme (57% et 64% des femmes de zone rurale et de zone

urbaine, respectivement, ont utilisé un traitement moderne au foyer pour les enfants atteints de paludisme) que l'usage des antipaludéens est bien connu et pratiqué.

C. Soins pré-natals

- "Soixante pour cent des femmes enceintes s'inscrivent pour des soins pré-natals (à partir du niveau actuel de 47%)".

Les données obtenues à partir de cette enquête indiquent que 51% des femmes du milieu rural et 88% de celles du milieu urbain étaient allées en consultation pré-natale pendant leur dernière grossesse. Si l'on en juge par ces données, il semble que cet objectif a déjà été atteint. Les taux élevés de couverture antitétanique indiqués sur les carnets de vaccination des mères (voir détails dans la section relative aux résultats) confirment le niveau élevé des visites pré-natales. Il ne reste plus au PSET qu'à oeuvrer en vue d'améliorer la qualité des soins pré-natals.

D. Soins après l'accouchement

- "Quarante pour cent des femmes ayant récemment accouché retrourneront au centre de santé dans les trois semaines après l'accouchement pour une visite post-natale".

Les données provenant de l'enquête indiquent que 33% des femmes du milieu rural et 80% de celles du milieu urbain se sont rendues en consultation dans un dispensaire dans le premier mois suivant leur dernière grossesse. Quarante-quatre pour cent des femmes de zone rurale et 73% de celles de zone urbaine ont indiqué que cette visite avait pour but de faire vacciner l'enfant. Onze pour cent des femmes du milieu rural et 7% de celles du milieu urbain ont déclaré que cette visite était pour consultation post-natale. (voir détails au Tableau 9).

E. Espacement des naissances

- "Le taux de prévalence de l'usage des contraceptifs passe de 1 à 3 pour cent".

Le taux de prévalence de l'usage des contraceptifs n'a pas été mesuré par cette enquête, mais la chiffre de 1 pour cent cité ci-dessus semble tenir étant donné le niveau extrêmement bas des connaissances et/ou de l'usage de n'importe quelle méthode de contraception.

- "Quarante pour cent des femmes et 25% des hommes de la zone cible peuvent nommer au moins deux méthodes de contraception".

Les données obtenues lors de l'enquête indiquent qu'on est encore loin d'atteindre cet objectif. Pratiquement aucune des femmes de la zone rurale n'a pu mentionner même une seule méthode moderne de contraception.

ANNEXE A

Questionnaire

ENQUETE: Projet Survie de l'Enfant
Avril 1992

MSPAS/USAID
677-0067

A remplir par la superviseuse avant de remettre le questionnaire

ZD |__|__|

Habitation |__|__|

Section |__|__|__|

Nom de l'enquêteuse _____

Nom de l'enquêtée _____

Dans le cas ou l'enquête ne peut pas être réalisée, expliquer les raisons.

_____

_____

Signature de la superviseuse _____
(Après contrôle)

1. Avez-vous une carte d'identité/acte de naissance? |__|

   0 - Non (Si "non" passez à la question 3)
   1 - Oui

2. Ecrivez l'année de naissance pour ceux qui ont la carte d'identité/acte de naissance. 19 |__|__|

3. Quand êtes-vous née (Pour ceux qui n'ont pas une carte) 19 |__|__|

   OU

   Quel âge avez-vous? |__|__| ans

4. Où êtes-vous née? |__|

   1 - Même village/ville
   2 - Même canton
   3 - Même sous-préfecture
   4 - Même préfecture
   5 - Autre préfecture du Tchad
   6 - Autre pays _____

5. Combien d'années avez-vous passée là-bas (dans la région d'origine)? |__|__|

6. Depuis quand habitez-vous ici? Depuis l'année 19 [|]

OU

depuis [|] années.

7. Est-ce que vous savez lire et écrire? [ ]

0 - Non (Si "non", passez à la question 9)
1 - Oui

8. Quel niveau avez-vous? [ ]

1 - Ecole primaire CP
2 - Ecole primaire CE
3 - Ecole primaire CM
4 - Ecole Coranique
5 - CEG
6 - Lycée
7 - Université
8 - Autre

9. Quelle religion pratiquez-vous? [ ]

1 - Aucune
2 - Catholique
3 - Protestante
4 - Musulmane
5 - Bahai
6 - Autre _____

10. Maison construite en: [ ]

1 - Ciment/briques cuites
2 - Potopoto
3 - paille
4 - autre

11. Toiture faite de: [ ]

1 - Paille
2 - Paille/terre
3 - Tôle
4 - Autre _____

12. D'où vient votre eau à boire d'hier? [ ]

1 - Robinet à la maison
2 - Fontaine ou pompe publique
3 - Puits à la maison
4 - Puits public
5 - Fleuve ou marigot
6 - Autre

13. Qu'est ce que vous utilisez pour vos besoins? [ ]

1 - Toilette à l'intérieur de la maison, avec chasse d'eau
2 - Latrine
3 - La brousse
4 - Autre _____

14. Avez-vous l'électricité à la maison? [ ]

0 - Non 1 - Oui

15. Avec quelle fréquence écoutez-vous la radio? |__|

0 - Jamais (passez à la question 17)
1 - moins d'une fois par semaine
2 - une fois par semaine
3 - 2 à 3 fois par semaine
4 - chaquqe jour

16. Quelle(s) station(s) écoutez-vous? |__|,|__|,|__|,|__|

1 - N'Djaména
2 - Sarh
3 - Radio Centrafricaine - Bangui
4 - Garoua
5 - Autre _____

17. Est-ce que quelqu'un dans le concession a un(e):

0 - Non 1 - Oui

Poste de radio	|__|	Charrette	|__|
Magnétophone	|__|	Pousse-pousse	|__|
Lampe à pétrole	|__|	Moto	|__|
Tapis	|__|	Voiture/Camion	|__|
Bicyclette	|__|	Réfrigérateur	|__|

18. Combien d'animaux avez-vous?

Poules	|__|__|	Chèvres	|__|__|
Poussins	|__|__|	Moutons	|__|__|
Boeufs	|__|__|	Anes	|__|__|
Vaches	|__|__|	Chevaux	|__|__|
		Autre	|__|__|

19. Que faites-vous pour gagner de l'argent pour vos propre dépenses?

0 - Non 1 - Oui

Fabrication des boissons locales	
Petit Commerce	
Main d'oeuvre agricole	
Fabrication des nattes, paniers, autres articles	
Culture de rentes (coton, tabac)	
Culture vivrière	
Autre _____	

20. Combien d'argent avez-vous gagné le mois passé par ces activités?

CFA

21. Combien avez-vous dépensé au marché la semaine passée pour des achats?

Alimentaires	CFA
Des Combustibles (petrole, charbon à bois, etc.)	CFA
Du Savon	CFA

22. Est-ce que la semaine passée vous avez dépensé:

1 - Moins d'argent qu'on dépense d'habitude pendant la semaine
2 - à peu près la même somme qu'on dépense d'habitude
3 - plus d'argent qu'on dépense d'habitude

23. Au cours de l'année passée, (depuis le début de la saison des pluies) combien avez-vous dépensé pour:

Vêtements |_|_|_|_|_|_|_| CFA

Soins Médicaux |_|_|_|_|_|_|_| CFA

Articles scolaires |_|_|_|_|_|_|_| CFA

Cérémonies (Baptême, Mariage, Funérailles, etc.) |_|_|_|_|_|_|_| CFA

Autres dépenses importantes (Explique:_____) |_|_|_|_|_|_|_| CFA

24. Est-ce que l'année passée vous avez dépensé: |_|

mois/ans Moins d'argent qu'on dépense d'habitude pendant le
2 - à peu près la même somme qu'on dépense d'habitude
3 - plus d'argent qu'on dépense d'habitude

25. Etes-vous membre d'une tontine (ou autre société d'épargne)?

0 - Non (Si "non" passez 27)
1 - Oui |_|

26. Combien cotisez-vous? (L'enquéteuse doit encercler soit semaine ou mois)

par semaine ou mois |_|_|_|_|_|_| CFA

27. Avez-vous épargné d'autres sommes (à part la tontine) depuis le début de la saison des pluies? |_|

0 - Non (Si "non", passez à la question 29)
1 - Oui

28. Combien depuis ce moment? |_|_|_|_|_|_| CFA

29. Que fait votre mari pour gagner de l'argent? |__|

0 - pas marié (Passez à la Q 31)
1 - rien (Passez à la Q.31)
2 - agriculteur
3 - fonctionnaire salarié
4 - salarié - privé
5 - ouvrier non-salarié
6 - grand commerçant
7 - petit commerçant
8 - militaire

30. A-t-il reçu de l'argent de cette activité depuis le début de la saison des pluies? |__|

0 - Non 1 - Oui

SECTION POUR LES ENFANTS DE MOINS DE SIX ANS

31. Est-ce qu'il y a un enfant de moins de six ans? |__|

0 - Non (Si "non" passez à la question 64)
1 - Oui

32. Quand est-ce que cet enfant était malade pour la dernière fois? |__|

1 - Moins de 2 semaines
2 - Plus de 2 semaines (Passez à la question 48)
9 - Ne sait pas (Passez à la question 48)

33. L'âge de l'enfant qui est malade (S'il y a deux enfants qui sont malades, choisir le plus jeune) |__|

1 - 0 à 6 mois
2 - 7 à 12 mois
3 - 13 à 18 mois
4 - 19 à 24 mois
5 - trois ans
6 - quatre ans
7 - cinq ans

34. Quelle maladie? |__|

1 - diarrhée
2 - paludisme
3 - fièvre
4 - rhume
5 - toux
6 - dermatite/éruption
7 - maux de dents
8 - angine/mal de l'oreille
9 - autre _____

35. Durée de la maladie |__|__| jrs

36. Quel traitement a-t-on donné à l'enfant (premier traitement)? |_|

0 - rien (passez à la question 42)
1 - soins traditionnels (à la maison)
2 - soins traditionnels chez un guérisseur ou autre personne
3 - soins "modernes" (médicaments, etc.) à la maison
4 - soins "modernes" (médicaments, etc.) chez quelqu'un d'autre
5 - soins au dispensaire / hôpital
6 - autre _____

37. Après combien des jours de la maladie est-ce que vous avez commencé le premier traitement? |_|_|_| jrs

38. Qui a decidé de le faire? |_|

1 - mère de l'enfant
2 - père de l'enfant
3 - mère avec consentement de son mari
4 - autre parent
5 - autre_____

39. Quel traitement a-t-on donné à l'enfant (deuxième traitement)? |_|

0 - rien (passez à la question 42)
1 - soins traditionnels (à la maison)
2 - soins traditionnels chez un guérisseur ou autre personne
3 - soins "modernes" (médicaments, etc.) à la maison
d'autre- soins "modernes" (médicaments, etc.) chez quelqu'un
5 - soins au dispensaire / hôpital
6 - autre _____

40. Après combien des jours est-ce que vous avez commencé le deuxième traitement? |_|_|_| jrs

41. Qui a decidé de le faire? |_|

1 - mère de l'enfant
2 - père de l'enfant
3 - mère avec consentement de son mari
4 - autre parent
5 - autre _____

42. Qu'est-ce qui a provoqué cette maladie? |_|

1 - rien de spécial
2 - froid/fraîcheur
3 - microbes
4 - sorcellerie
5 - quelque chose mangé par l'enfant
6 - autre _____
7 - ne sait pas

43. Combien a-t-on dépensé pour le traitement? |_|_|_|_|_|_| CFA

(Premier traitement plus deuxième traitement)

44. L'enfant a-t-il été guéri? |_|

0 - Non 1 - Oui

45. Enquêteuse - Est-ce que l'enfant est amené au dispensaire ou à l'hôpital? |_|

0 - Non (Si "non" passez à la question 47)
1 - Oui

46. Ecrivez le nom du dispensaire ou hôpital _____
Kilometrage de la maison (à ajouter plus tard) |_|_|_|_| Km

(Passez à la question 48)

47. Pourquoi n'avez-vous pas amené l'enfant au dispensaire / hôpital? |_|

1 - trop loin
2 - pas d'argent
3 - maladie qu'on ne traite pas au dispensaire/hôpital
4 - personnel du dispensaire/hôpital pas accueillant
5 - autre _____
9 - ne sait pas

---

48. Est-ce que vos enfants sont vaccinés? |_|

0 - Non
1 - Oui (Passez à la question 50)

49. Pourquoi pas? |_|

1 - Pas de raison
2 - Dispensaire/hôpital trop loin
3 - équipe n'est pas venue
4 - vaccinations ne sont pas nécessaires
5 - enfant malade lors de la visite de l'équipe
6 - autre _____
(Passez à la question 64)

50. Les enfants ont été vaccinés où ☐

1 - dispensaire/hôpital
2 - équipe mobile
3 - dispensaire/hôpital et équipe mobile
4 - autre _____

ENQUETEUSE: Remplissez le tableau suivant pour tout enfant en-dessous de l'âge de 6 ans en consultant leur carte de vaccination.

Nom de l'enfant _____ _____ _____

51. Age:
1 - 0 à 11 mois
2 - 12 à 23 mois
3 - 2 ans et plus

52. A t-il une carte de vaccination?
0 - Non (Si "non" passez à la question 64)
1 - Oui

Vaccinations reçues?

0 - Non 1 - Oui

53.	BCG	☐	☐	☐
54.	Polio 0	☐	☐	☐
55.	Polio 1	☐	☐	☐
56.	Polio 2	☐	☐	☐
57.	Polio 3	☐	☐	☐
58.	DTC 1	☐	☐	☐
59.	DTC 2	☐	☐	☐
60.	DTC 3	☐	☐	☐
61.	FIEVRE JAUNE	☐	☐	☐
62.	ROUGEOLE	☐	☐	☐
63.	ENQUETEUSE: Est-il completement vacciné	☐	☐	☐

64. A peu près combien avez-vous dépensé, y compris les dons, pour les soins médicaux liés à toutes les maladies de vos enfants depuis le début de la saison des pluies? |_|_|_|_|_|_| CFA

ENQUETEUSE - Posez les questions 65 à 67 par rapport au plus jeune enfant. Ecrivez son nom _____

65. Avez-vous donné le sein (lait maternel) à cet enfant? |_|

0 - Non
1 - Oui (passez à la question 67)

66. Pourquoi pas? |_|

1 - insuffisance de lait
2 - l'enfant ne voulait pas le sein
3 - l'enfant était malade ou trop faible
4 - lait n'était pas bon
5 - autre_____

(Passez à la question 68)

67. Combien de temps après sa naissance avez-vous commencé à l'allaiter? |_|_| jrs

68. Avez-vous un enfant déjà sevré? |_|

0 - Non (Si "non" passez à la question 72)
1 - Oui

ENQUETEUSE - Posez les questions 69 à 71 par rapport au plus jeune enfant qui est déjà sevré. Ecrivez son nom _____

69. A quel âge est-ce que vous lui avez refusé le sein? |_|_|

1 - 0 à 4 mois
2 - 5 à 6 mois
3 - 7 à 9 mois
4 - 10 à 12 mois
5 - 13 à 15 mois
6 - 16 à 18 mois
7 - 19 à 22 mois
8 - 23 à 24 mois
9 - 25 à 36 mois
10 - après l'âge de 3 ans

70. Pourquoi avez-vous refusé le sein? |_|

1 - insuffisance de lait
2 - lait n'était pas bon
3 - l'enfant était assez grand
4 - nouvelle grossesse
5 - j'étais malade
6 - autre _____

71. A quel âge est-ce que vous lui avez donné quelque chose d'autre à manger que du lait? |__|

1 - 0 à 4 mois
2 - 5 à 6 mois
3 - 7 à 9 mois
4 - 10 à 12 mois
5 - 13 à 18 mois
6 - 19 à 24 mois
7 - après l'âge de 2 ans

72. Quelles sont les types de diarrhées que vous avez vus chez vos enfants? Comment soigne t-on un enfant qui souffre de ce type de diarrhée? Est-ce que ce type de diarrhée peut tuer un enfant (si la maladie continue)?

ENQUETEUSE: Remplissez le tableau suivant selon les rèponses de la femme à ces questions.

0 - Non 1 - Oui

Type de diarrhée	Soins	Peut-il tuer?
|__|	|__|,|__|,|__|	|__|
|__|	|__|,|__|,|__|	|__|
|__|	|__|,|__|,|__|	|__|

Types CODE:

1 - Sanglante
2 - Selles vertes
3 - Selles jaunes
4 - Avec glaire
5 - Selles blanchâtres
6 - Selles très liquides
7 - Autre_____

Soins CODE:

1 - Enfant ne devrait pas manger
2 - Enfant ne devrait pas boire
3 - Enfant devrait manger bouillies ou autres aliments speciaux
4 - Enfant devrait boire beaucoup
5 - Donner des médicaments
6 - Amener au dispensaire/hôpital
7 - Améne au guerisseur
8 - Autre _____
9 - Ne sait pas

73. Est-ce qu'il y a un enfant qui se nourrit au sein actuellement? |__|

0 - Non (Passez à la question 76)
1 - Oui Nom de l'enfant _____

74. La dernière fois que cet enfant (nourrisson) a eu la diarrhée, est-ce que le nombre de tétée qu'il a pris: |__|

1 - a diminué
2 - a été à peu près le même qu'auparavant
3 - a augmenté
4 - il a refusé le sein
5 - autre _____

75. Est-ce qu'il a pris d'autres aliments ou boissons? |__|
(0 - non; 1 - oui)

(A poser par rapport au plus jeune enfant qui n'est plus au sein; écrivez son nom ici _____:)

Passez à la question 78

76. La dernière fois que cet enfant a eu la diarrhée, la quantité de nourriture absorbée est: |__|

1 - moins que ce qu'il mange d'habitude
2 - même quantité que ce qu'il mange d'habitude
3 - plus que ce qu'il mange d'habitude
4 - il n'a pas mangé pendant sa diarrhée

77. Est-ce que ce qu'il a bu est: |__|

1 - moins que ce qu'il boit d'habitude
2 - même quantité que ce qu'il boit d'habitude
3 - plus que ce qu'il boit d'habitude
4 - il n'a pas bu pendant sa diarrhée

78. Avez-vous entendu parler de la TRO(SSS/SRO) |__|

0 - non (Si "non", passez à la question 81)
1 - oui

79. Où en avez-vous entendu parler? |__|

1 - radio
2 - dispensaire/hôpital
3 - centre social
4 - maternité
5 - amis, voisins, parentés
6 - autre _____

80. Comment se prépare-t-elle? |__|

1 - Elle le sait, avec ingrédients et quantité.
2 - Sait ingrédients mais pas quantité.
3 - Sait préparer en utilisant le sachet SRO seulement.
4 - Autre _____
9 - Ne sait pas

80. Qu'est-ce qui peut provoquer le paludisme chez les enfants ¦__¦

1 - froid ou fraîcheur
2 - la pluie
3 - enfant marche pieds nus
4 - piqûres des moustiques
5 - autre _____
9 - Ne sait pas

82. Quels sont les symptômes du paludisme chez les enfants?
¦__¦, ¦__¦, ¦__¦

1 - diarrhée
2 - vomissements
3 - fièvre
4 - frissons
5 - manque d'appétit
6 - mal partout
7 - somnolence
8 - autre _____
9 - ne sait pas

83. Comment soigne t-on un enfant qui souffre du paludisme?
¦__¦ , ¦__¦ , ¦__¦

1 - nivaquine ou autre comprimés
2 - aspirine
3 - injections
4 - bien couvrir l'enfant
5 - boissons ou aliments spéciaux
6 - autre _____
9 - ne sait pas

84. Quels types de toux avez-vous vus chez vos enfants? Pour chaque type, comment soigne t-on l'enfant qui en souffre? Est-ce que cette toux peut tuer un enfant?

0 - Non 1 - Oui

Type de toux	Soins	Peut-il tuer?
¦__¦	¦__¦,¦__¦,¦__¦	¦__¦
¦__¦	¦__¦,¦__¦,¦__¦	¦__¦

1 - Toux de rhume
2 - Toux de coqueluche
3 - Toux du temps frais
4 - Autre_____

1 - Médicaments/comprimés
2 - Injections
3 - Boissons ou aliments spéciaux
4 - Massage avec produit spécial
5 - Atomiseur spécial
6 - Autre_____
9 - Ne sait pas

85. Si un jeune enfant (pré-scolaire) tousse pendant plus d'une

semaine, respire très rapidement, et ne veut rien boire, comment peut-on le soigner?

|__| , |__|

1 - Médicaments/comprimés
2 - Injections
3 - Boissons ou aliments spéciaux
4 - Massage avec produit spécial
5 - Atomiseur spécial
6 - Hospitaliser
7 - Autre _____
9 - Ne sait pas

*** ENQUETEUSE: Expliquez à celle qui répond que nous nous intéressons aussi à ses propres problèmes de santé aussi bien que ceux de ses enfants. ***

86. Quand est-ce que vous étiez malade pour la dernière fois? |__|

1 - Moins de 2 semaines
2 - Plus de 2 semaines (Passez à la question 92)
9 - Ne sait pas (Passez à la question 92)

87. De quelle maladie avez-vous souffert? |__|

1 - Maux de ventre
2 - Maux de tête
3 - Douleur à la poitrine
4 - Paludisme
5 - Suite à l'accouchement
6 - Autre _____

88. Qu'avez-vous fait pour vous faire soigner? |__| , |__| |__|

0 - rien (passez à la question 92)
1 - soins traditionnels (à la maison)
2 - soins traditionnels chez un guérisseur ou autre personne
3 - soins "modernes" (médicaments, etc.) à la maison
4 - soins "modernes" (médicaments, etc.) chez quelqu'un d'autre
5 - soins au dispensaire / hôpital
6 - autre _____

89. Combien avez-vous dépensé pour cela? |__|__|__|__|__|CFA

90. ENQUETEUSE: Est-ce que la femme est partie au dispensaire ou à l'hôpital pour se faire soigner? |__|

0 - Non
1 - Oui (Si "oui", passez à la question 92)

91. Pourquoi n'êtes-vous pas allée au dispensaire? |__|,|__|

1 - trop loin
2 - pas d'argent
3 - maladie qu'on ne traite pas au dispensaire
4 - personnel du dispensaire pas accueillant
5 - autre _____

92. Avez-vous entendu parler du SIDA? |__|

0 - Non (Si "non", passez à la question 98)
1 - Oui

93. Comment avez-vous entendu parler du SIDA? |__|

1 - radio
2 - personnel de la santé
3 - époux
4 - voisins / amis
5 - personnes parentées
6 - journaux
7 - affiches
8 - à l'eglise
9 - autre _____

94. Comment se transmet le SIDA? |__|, |__|, |__|

1. Voie sanguine (transfusion, objets tranchants, scarification, excision, circoncision)
2. Voie sexuelle
3. Mère à l'enfant
4. Autre
9. Ne sait pas

95. Quelqu'un qui a le SIDA, peut-il être guéri? |__|

0 - Non (Si "non", passez à la Question 97)
1 - Oui

96. Comment? |__|

1 - Par des soins médicaux
2 - Prières
3 - Autre _____

97. Le SIDA peut-il être une maladie mortelle? |__|

0 - non
1 - oui
9 - Ne sait pas

ENQUETEUSE: Expliquez à celle qui répond que cette enquête précède un projet qui pourrait inclure la formation de personnel de la santé sur la santé maternelle et infantile mais aussi dans le souci des personnes qui veulent prolonger la période entre les naissances de leurs enfants ou qui veulent éviter des grossesses.

98. Quels sont les avantages d'avoir une grande famille (c'est-à-dire beaucoup d'enfants)? |__|

0 - Aucun avantage
1 - Enfants fournissent de la main-d'oeuvre.
2 - Enfants s'occupent de leurs parents âgés.
3 - Dieu aime de grandes familles.
4 - Enfants amenènt de la joie au foyer.
5 - Enfants plus âgés gagnent de l'argent pour la famille.
6 - Autre _____
9 - Ne sait pas

99. Quels pourraient être des désavantages d'avoir beaucoup d'enfants? |__|

0 - Aucun désavantage.
1 - Si un mari ne s'occupe pas des enfants, il est difficile d'en avoir beaucoup.
2 - Si une femme a déjà assez d'enfants, en avoir beaucoup pourrait être difficile.
3 - Autre _____
9 - Ne sait pas

100. A votre avis, quel est le nombre idéal d'enfants qu'une femme devrait avoir? |__|__|

(Mettre le nombre d'enfants donné _____)

OU

88 - autant qu'elle puisse avoir
89 - le nombre que Dieu donne
99 - Ne sait pas

101. A votre avis, quelle est la durée idéale de la période entre la naissance d'un enfant et une nouvelle grossesse? |__|__| années

99 - Ne sait pas

102. Connaissez-vous des moyens (ou méthodes) d'éviter une grossesse? Lesquels? Pour toute méthode mentionnée spontanément par la femme, demandez-lui si elle ou son mari n'a jamais employé cette méthode.
[Remplissez le tableau suivant selon les réponses données.]

0 - Non 1 = Oui

Méthode	Connue?	Employées?
103. Abstinence générale	|__|	|__|
104. Femme envoyée ailleurs	|__|	|__|
105. Allaitement du bébé	|__|	|__|
106. Coït interrompu	|__|	|__|
107. Préservatif (Condom)	|__|	|__|
108. Pilule	|__|	|__|
109. Injection	|__|	|__|
110. Stérilet	|__|	|__|
111. Abstinence période fertile	|__|	|__|
112. Ligature des trompes/vasect.	|__|	|__|
113. Autre _____	|__|	|__|

114. Où avez-vous appris (ou entendu parler de) ces méthodes? |__|, |__|

0 - Jamais entendu parlé
1 - radio
2 - agent sanitaire
3 - époux
4 - voisine/amie
5 - personnes de la famille
6 - journaux
7 - à l'eglise
8 - autre _____

115. Essayez-vous d'éviter une grossesse actuellement? |__|

0 - non (Si "non", passez à la Q.117)
1 - oui

116. Par quelle méthode? |__|__|

1 - Abstinence générale
2 - Femme envoyée ailleurs
3 - Allaitement du bébé
4 - Coït interrompu
5 - Préservatif
6 - Pilule
7 - Injection
8 - Stérilet
9 - Abstinence période fertile
10 - Ligature des trompes/vasect.
11 - Autre _____

Passez à la question 118

106

117. Etes-vous enceinte actuellement? |__|

0 - Non
1 - Oui
9 - Ne sait pas

118. Etes-vous mariée actuellement? |__|

0 - Non
1 - Oui (Si "oui", passez à la Q.121)

119. N'avez-vous jamais été mariée? |__|

0 - Non (Si "non", passez à la Q.123)
1 - Oui

120. Comment est-ce que votre mariage a été terminé? |__|
1 - divorce
2 - décès du mari
3 - autre _____

(Passez à la question 122)

121. Combien de co-épouses avez-vous? |__|

122. A quel âge est-ce que vous vous êtes mariée? |_|_| ans

123. Avez-vous été enceinte pendant les 5 dernières années? |__|

0 - Non
1 - Oui (Si "oui", passez à la Q.125.

124. Pourquoi n'êtes-vous pas tombée enceinte? |__|

1 - n'a pas été avec un homme
2 - pas de règles
3 - essaie d'éviter une grossesse
4 - stérilité
5 - Dieu n'a pas voulu que je sois enceinte
6 - Autre _____
9 - ne sait pas

Les questions qui suivent sont posées par rapport à la dernière grosesse terminée (125 à 140)

125. Etes-vous allée aux consultations pré-natales? |__|

0 - Non (Si "non" passez à la Q. 127)
1 - Oui

126. Combien de fois? (Passez à la Q.128) |__|__|

127. Pourquoi pas? |__|
1 - trop loin
2 - pas d'argent
3 - consultations ne sont pas nécessaires
4 - je n'ai pas eu le temps
5 - autre _____

128. Quel était le résultat de cette grossesse? |__|

1 - enfant vivant (Passez à la question 130)
2 - mort-né (Passez à la question 133)
3 - fausse couche (Passez à la question 129)
4 - avortement (Passez à la question 129)

129. L'enfant a été perdu en quel mois de la grossesse? |__|

(Passez à la Q. 140)

130. Enfant est toujours en vie? |__|

0 - Non
1 - Oui (Passez à la question 132)

131. Quel âge avait-il au moment de sa mort?_____
(Enquêteuse - Ecrivez ce que la mère dit)

|__|__|
1 - hrs
2 - jrs
3 - mois |__|
4 - ans

132. Nom de l'enfant né de cette grossesse: _____

133. Où avez-vous accouché? |__|

1 - A la maison
2 - Dispensaire
3 - Hôpital/Centre Médical
4 - Sur la route
5 - Autre_____

101

134. Qui vous a aidé à accoucher? |__|, |__|
1 - mère
2 - sage femme traditionnelle
3 - accoucheuse (de formation)
4 - autre personne de la famille
5 - personne
6 - autre _____

135. Avez-vous eu des problèmes d'accouchement? |__|
0 - Non (Si "non", passez à la Q.137)
1 - Oui

136. Quel(s) problème(s)? _____

137. Avez-vous pris des médicaments contre le paludisme pendant cette grossesse? |__|

0 - Non 1 - Oui

138. Avez-vous eu la vaccination anti-tétanos pendant cette grossesse?

0 - Non |__|
1 - Oui (Sans carte de vaccination)
2 - Oui (Avec carte de vaccination)

(Si "2" le dernier VAT est le premier, 2me, 3me, 4me, 5me |__|

139. Est-ce que vous êtes allée au dispensaire pendant le premier mois après votre dernier accouchement?

0 - Non (Si "non", passez à la 141) |__|
1 - Oui

140. Pourquoi y êtes-vous allée? |__| , |__|

1 - vaccination de l'enfant
2 - enlever les sutures
3 - examen post-natal
4 - maladie d'un autre enfant
5 - j'étais malade
6 - autre _____

141. A quel âge avez-vous été enceinte pour la première fois? |__|__| ans

142. De combien d'enfants vivants avez-vous accouché? |__|__|

143. Combien des mort-nés avez-vous eu au total? |__|__|

144. Combien de fausses couches plus avortements? |__|__|

10

145. Combien de grossesses avez-vous eu au total (sans inclure une grossesse actuelle)? |__|__|

(142 + 143 + 144 = 145)

146. Des enfants nés vivants, combien sont toujours en vie? |__|__|

147. Combien de vos enfants nés vivants sont décédés par après? |__|__|

(146 +147 = 142)

148. N'avez-vous jamais mis au monde des jumeaux? |__|

0 - Non 1 - Oui

*** ENQUETEUSE: Si au moins un enfant est mort après avoir été né vivant, remplissez le tableau suivant. Précisez l'unité de l'âge en soulignant l'unité que la femme mentionne. ***

	Age au moment du décès	Sexe	Cause du décès
Enfant 1	|__|__| hrs/ jrs/ mois/ ans	|_|	_____
Enfant 2	|__|__| hrs/ jrs/ mois/ ans	|_|	_____
Enfant 3	|__|__| hrs/ jrs/ mois/ ans	|_|	_____
Enfant 4	|__|__| hrs/ jrs/ mois/ ans	|_|	_____
Enfant 5	|__|__| hrs/ jrs/ mois/ ans	|_|	_____

149. Etes-vous excisée? |__|

0 - Non (Sautez la question 150)
1 - Oui

150. A quel âge? |__|__|

151. Est-ce que vous avez fait enlever la luette au moins à un de vos enfants?

0 - Non 1 - Oui |__|

REMERCIEMENTS: Je vous remercie beaucoup de nous avoir aidé en répondant à ces questions. Je vous assure encore une fois que ces renseignements resteront confidentiels. Nous espérons que cette enqête aidera le personnel du ministère à mieux établir des activités de santé maternelle et infantile.

COMMENTAIRES: _____

_____

_____

_____

106

ANNEXE B

Méthodologie de l'échantillonnage

METHODOLOGIE D'ECHANTILLONNAGE

A. Etapes de l'échantillonnage

Un plan d'échantillonnage stratifié en plusieurs étapes a été utilisé pour sélectionner les enquêtées éligibles. L'échantillonnage était distinct pour les strates rurale et urbaine et, pour chaque strate, les étapes suivantes d'échantillonnage ont été utilisées:

- Zones de dénombrement (ZD) - Zones géographiques à l'intérieur de cantons ayant en moyenne une population de 800 dans les régions rurales et de 1.000 dans les zones urbaines.

- Sections - Subdivisions de ZD d'une taille de segment type (grappe). La dimension du segment type était une population de 50-125 dans les segments ruraux et une population de 75-150 dans les segments urbains.

- Sous-sections - Lorsque la taille de la section la plus petite était supérieure à celle du segment type, on a procédé à un nombre prédéterminé de divisions sur le terrain pour diviser la section en segments tvpes. Le nombre de divisions était fonction de la taille de la population estimée.

- Enquêtées éligibles - Unités d'échantillonnage finales qui ont été sélectionnées à partir d'une liste de toutes les femmes potentiellement éligibles à l'intérieur d'une grappe.

B. Conception de l'échantillon

1. Objectifs de la conception

Les données de l'enquête devaient être utilisées pour décrire les caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population cible ainsi que les connaissances et attitudes concernant le traitement des maladies de l'enfance, les croyances au sujet des causes des maladies diarrhéiques, des infections respiratoires aiguës (IRA), du paludisme et du planning familial, l'utilisation des dispensaires et la couverture vaccinale.

L'enquête devait fournir des estimations séparées pour les strates rurale et urbaine pour les caractéristiques ci-dessus, avec une marge d'erreur de 10 pour cent et un niveau de confiance de 95 pour cent.

2. Population cible

La zone cible pour l'enquête était le secteur devant être couvert par la phase initiale du PSET.

Préfecture:	Moyen Chari
Sous-préfectures:	Koumra, Maro et Sarh

La strate urbaine était constituée de villes de plus de 5.000 habitants. Le reste de la zone cible constituait les strates rurales.

La population totale de la zone cible, selon les estimations du bureau du recensement, était de 504 710. Environ 80 pour cent de cette population était rurale et 20 pour cent urbaine. Plutôt que de procéder à une allocation proportionnelle pour sélectionner un échantillon stratifié, la strate urbaine a été sur-échantillonnée pour donner la précision requise dans ce domaine. En conséquence, la strate urbaine a représenté 25 pour cent de l'ensemble de l'échantillon.

3. Enquêtées éligibles

Le groupe cible pour l'enquête de référence était constitué de mères de 45 ans et moins. On a choisi les mères, par opposition à l'ensemble des femmes en âge de procréer, car la majeure partie du questionnaire n'était pas applicable aux femmes sans enfant. Les femmes jusqu'à 45 ans, y compris celles ayant cet âge, ont été incluses afin d'obtenir des renseignements des mères les plus âgées comme des plus jeunes.

4. Règles relatives aux enquêtées

Dans chaque grappe donnée, une liste de toutes les femmes éligibles a été établie et un échantillon aléatoire a été sélectionné et interrogé. Pour qu'une femme puisse figurer sur la liste, elle devait remplir les conditions suivantes:

- avoir donné naissance à au moins un enfant, soit mort-né soit vivant. Les femmes ayant eu plusieurs fausses-couches ou avortements, mais pas d'enfants, ont été exclues.

- résider de manière permanente dans la zone définie comme étant la grappe. Les parentes en visite ont été exclues, même s'il s'agissait d'une visite de longue durée.

5. Sélection de l'échantillon

La taille de l'échantillon est déterminée par le niveau de précision et de confiance désiré pour les estimations des paramètres de la population cible. Dans la présente enquête, le paramètre habituel d'intérêt était la proportion. Par exemple, la proportion de femmes qui sait ce qu'est une solution de réhydratation orale, ou la proportion de femmes qui

sait comment le SIDA est transmis. L'aptitude à mesurer ces paramètres avec précision dépend de leurs valeurs vraies au sein de la population cible et également de la conception de l'échantillonnage utilisé pour recueillir les données, à savoir échantillonnage aléatoire simple, par opposition à l'échantillonnage par grappes.

6. Echantillonnage par grappes

Idéalement, pour obtenir des estimations plus exactes avec la taille d'échantillon la plus petite possible, il aurait été préférable de prendre un échantillon aléatoire simple de toutes les personnes de la zone cible. Toutefois, le coût et le temps que cela aurait impliqué auraient été prohibitifs, étant donné qu'il n'existait pas de liste des enquêtées éligibles, et que le nombre de véhicules pour se déplacer dans la zone cible était limité. La deuxième solution consistait à employer une conception en grappes, ce qui réduisait les distances à parcourir et permettait une économie d'argent et de temps. Du fait que les erreurs d'échantillonnage augmentent quant on utilise une conception en grappes, il faut accroître la taille de l'échantillon pour compenser l'effet de grappe.

L'effet de grappe est mesuré par le taux d'homogénéité, parfois appelé corrélation intraclasse, qui est une valeur allant de zéro à un, selon le niveau de variabilité entre les grappes. Des taux élevés d'homogénéité indiquent une variance plus élevée entre grappes qu'à l'intérieur des grappes. Les points de l'enquête qui peuvent être très différents d'une communauté à l'autre, par exemple la distance par rapport au dispensaire le plus proche, l'approvisionnement en eau, le niveau de connaissances résultant d'une exposition à des interventions éducatives et la couverture vaccinale, peuvent avoir des taux d'homogénéité assez élevés, c'est-à-dire de 0,3 ou plus. Parmi les points qui s'accompagnent généralement de faibles taux d'homogénéité - proches de zéro - figurent la morbidité au cours des deux dernières semaines (à moins qu'il y ait une épidémie), la situation de famille et la mortalité dans les régions rurales.

7. Précision et effet de la conception

Dans une conception par grappes, telle que celle utilisée dans la présente enquête, la précision des estimations dépend de la taille de l'échantillon, du nombre de regroupements et de l'élément dont la valeur est mesuré. L'effet de conception est le facteur par lequel le terme d'erreur devrait être multiplié pour corriger l'effet de grappe. L'effet de conception prend en compte le taux d'homogénéité et la taille de la grappe. La non prise en compte de cet effet de conception résulte généralement en un terme d'erreur trop faible, d'où une confiance excessive dans les résultats de l'enquête.

Les deux facteurs qui augmentent le coût de l'échantillonnage par grappes sont les distances à parcourir pour parvenir aux grappes et l'établissement de la liste des enquêtés potentiels à l'intérieur de la grappe. Plus il y a de grappes, plus il faudra se déplacer - ce qui peut devenir coûteux si les routes sont mauvaises et si les équipes doivent passer la nuit dans des villages, etc. Inversement, s'il y a moins de grappes, elles devront être plus grandes et, en conséquence, l'établissement de la liste prendra davantage de temps. En général, pour une taille d'échantillon constante, un grand nombre de petites grappes produira un effet de

conception moindre qu'un petit nombre de grappes de grandes dimensions. Il faut toujours rechercher un juste milieu entre précision et coût lorsque l'on décide de la taille optimale et du nombre optimal des grappes à utiliser. Dans la présente enquête, la taille de l'échantillon est suffisamment grande et la taille des grappes est suffisamment petite (taille de 10) pour obtenir une précision assez satisfaisante. Le Tableau 12 montre que, pour les variables pour lesquelles l'effet de conception est relativement faible, c'est-à-dire de l'ordre de 2, et la proportion estimée est de 0,5 (l'estimation la plus prudente), la marge d'erreur est de ± 4 pour cent dans les strates rurales et de ± 8 pour cent dans les strates urbaines. Pour les variables pour lesquelles l'effet de conception est plus important, c'est-à-dire de l'ordre de 4, la marge d'erreur est de ± 6 pour cent dans la strate rurale et de ± 11 pour cent dans la strate urbaine. Le calcul exact des effets de conception pour chaque variable nécessite beaucoup de travail, mais il faut garder à l'esprit les marges d'erreur lors de l'interprétation des résultats.

Tableau 12: Marge d'erreur associée à l'effet de conception

Strate	Proportion estimée	Effet conception	Erreur absolue
Rurale	0,2	1,0	± 2,7%
	0,2	1,9	± 3,7%
	0,2	2,8	± 4,5%
	0,2	3,7	± 5,1%
Urbaine	0,2	1,0	± 4,5%
	0,2	1,9	± 6,2%
	0,2	2,8	± 7,6%
	0,2	3,7	± 8,7%
Rurale	0,5	1,0	± 3,3%
	0,5	1,9	± 4,3%
	0,5	2,8	± 5,6%
	0,5	3,7	± 6,4%
Urbaine	0,5	1,0	± 5,7%
	0,5	1,9	± 7,8%
	0,5	2,8	± 9,5%
	0,5	3,7	± 10,9%

C. Etapes de la sélection de l'échantillon

Les deux premières étapes de la sélection de l'échantillon, c'est-à-dire le dénombrement des districts et des sections ont été effectuées au bureau en utilisant des documents fournis par le BCR.

1. Zones de dénombrement

Les ZD ont été sélectionnées séparément pour les strates rurale et urbaine en utilisant un échantillonnage avec probabilité proportionnelle à la taille (PPT). Quarante-trois districts ont été sélectionnés dans les strate rurale et trente dans la strate urbaine.

2. Sections

Comme indiqué plus haut, les ZD sélectionnées ont été divisées en sections de taille standard (population de 50 - 125 dans les zones rurales et de 75 - 150 dans les zones urbaines) en se fondant sur les estimations de la population des villages fournies par le BCR. Deux sections dans chaque zone rurale et une section dans chaque zone urbaine ont ensuite été retenues en utilisant l'échantillonnage PPT. Deux sections ont été retenues pour chaque zone rurale du fait de la proximité des villages à l'intérieur des zones. Ainsi, une équipe pouvait travailler sur deux sections simultanément, ce qui réduisait les frais de déplacements et permettait une économie de temps. Il était difficile d'achever une section en un jour parce qu'il fallait parfois se représenter (pour interroger des femmes qui n'étaient pas chez elles le premier jour). Il était donc pratique d'avoir des sections suffisamment proches l'une de l'autre dans les zones rurales pour que les enquêteuses puissent faire la navette avec le chauffeur.

La deuxième des deux étapes pour la sélection de l'échantillon, c'est-à-dire les sous-sections et les enquêtées éligibles, a été effectuée sur le terrain par la superviseuse de l'équipe avec le concours des membres de son équipe.

3. Sous-sections

Dans certains cas, les renseignements disponibles auprès du bureau du recensement n'ont pas permis de diviser la zone en section suffisamment petites pour se conformer à la taille standard du segment. Lorsqu'on a choisi une section ayant des dimensions supérieures à celles du segment standard, le village a été subdivisé jusqu'à ce que l'on atteigne la taille de segment appropriée. Le nombre de divisions était déterminé d'avance au bureau, en fonction de la taille de la population estimée mais, si la superviseuse trouvait que la section était beaucoup plus grande ou beaucoup plus petite que prévu, elle ajustait le nombre de divisions sur le terrain. La sous-section qui devait être finalement choisie pour l'établissement de la liste était sélectionnée au hasard, par la méthode du pile ou face.

Une liste complète des villages, répartie par strate, sous-préfectures et cantons figure à l'Annexe D.

4. Enquêtées éligibles

La phase finale de l'échantillonnage a consisté a dresser la liste de toutes les femmes à l'intérieur de la grappe (qui était la section ou la sous-section sélectionnée) qui remplissaient les critères de sélection. La taille optimale retenue pour les grappes était de 10

femmes, soit un nombre pouvant être facilement interrogé en un jour par une équipe. Toutefois, la taille de l'échantillon a été portée à 12, en prévision d'une absence de réponses, pour que la taille totale de l'échantillon ne soit pas compromise. Dans la pratique, les cas de non-réponse ont été très insignifiants et, en conséquence, au lieu d'avoir un échantillon total de 1.160 femmes (860 rurales et 300 urbaines), la taille de l'échantillon final a été de 1.270 femmes (932 rurales et 338 urbaines). Une fois que toutes les femmes de la grappe ont été placées sur la liste, l'échantillon de 12 a été sélectionné en utilisant l'échantillonnage aléatoire systématique (EAS).

D. Contraintes liées à la conception

Du fait de la nature aléatoire de la sélection de l'échantillon, toutes les régions de la zone cible ont été couvertes, y compris les endroits éloignés. Un certain nombre de routes étaient en mauvais état, et parfois il n'y avait pas de routes, ce qui rendait difficile l'accès à certains villages. Les déplacements vers les secteurs reculés gonflent le coût de l'enquête.

ANNEXE C

Codage de l'échantillonnage

CODAGE UTILISEE POUR L'ECHANTILLONNAGE

Le codage retenue pour la méthodologie d'échantillonnage utilise les codes qui avaient été employés par le BCR pour son étude pilote de 1992. Aucun des codes n'a été modifié pour que le Projet de survie de l'enfant au Moyen Chari puisse reprendre ultérieurement le même cadre d'échantillonnage. Toute la documentation obtenue auprès du BCR, à savoir les carnets des cantons, les listes des villages et des localités par canton ainsi que les estimations de la population, les schémas des villages, etc. sont en la possession de la Préfecture sanitaire à Sarh. En théorie, il serait possible d'effectuer une enquête d'évaluation du suivi dans les villages (zone rurale) et quartiers (zone urbaine) sur lesquels ont porté l'enquête de référence.

A. Codes

1. Sous-préfectures

a.	Koumra	1
b.	Maro	3
c.	Sarh	5

2. Cantons

a. Sous-préfecture de Koumra

(1)	Bangoul	01
(2)	Bebo Pen	02
(3)	Bedaya	03
(4)	Bedjondo	04
(5)	Bekamba	05
(6)	Bessada	06
(7)	Dobo	07
(8)	Goundi	08
(9)	Koumra-Rural	09
(10)	Koumra-Urbain	10
(11)	Mahim-Toki	11
(12)	Matekaga	12
(13)	Mouroum Goulaye	13
(14)	Nderguigui	14
(15)	Ngangara	15
(16)	Peni	16
(17)	Yomi	17

115

b. Sous-préfecture de Maro

(1)	Maro	01

c. Sous-Préfecture de Sarh

(1)	Balimba	01
(2)	Banda	02
(3)	Djoli	03
(4)	Kokaga	04
(5)	Korbol	05
(6)	Koumogo	06
(7)	Moussafoyo	07
(8)	Niellim	08
(9)	Sarh-Urbain	09

B. Noms des villages/quartiers et probabilités de sélection

L'échantillon final était constitué de 86 grappes rurales et de 30 grappes urbaines. La grappe était l'unité d'échantillonnage pénultième à partir de laquelle les unités d'échantillonnage finales étaient sélectionnées. Comme expliqué dans la méthodologie d'échantillonnage, 12 femmes ont été retenues dans chaque grappe, afin de pouvoir en interroger au moins 10. Dans la plupart des grappes, il a été possible d'interroger toutes les 12 femmes. L'Annexe D indique le nom de chaque village, s'il s'agit d'une zone rurale ou d'un quartier de l'échantillon, ainsi que son numéro de code de canton, le nombre de code ZD, le nombre du code de section et la probabilité de sélection. Il faut garder à l'esprit que les strates urbaine et rurale ont été échantillonnées séparément et que chacune a son propre ensemble de probabilités de sélection. La population estimée totale de la strate rurale était de 400 981, et de 103 729 pour la strate urbaine.

- Le code de canton indiqué a trois chiffres, et non pas deux, car il est combiné au code de la sous-préfecture. De ce fait, tous les cantons qui commencent avec le nombre 1 font partie de Koumra, ceux qui commencent par 3 font partie de Maro et ceux qui commencent avec 5 font partie de Sarh. Tous les cantons peuvent être référencés en fonction de la liste ci-dessus de codes de canton.

- La ZD (Zone de dénombrement) a été la première étape du cadre d'échantillonnage. Quarante-trois zones rurales et 30 zones urbaines étaient des PPT choisies, à partir desquelles les grappes définitives ont été choisies. Deux grappes ont été choisies à partir de chaque zone rurale afin de réduire le temps de déplacement, et une grappe a été choisie pour chaque zone urbaine. Les codes de ZD ont été assignés par le BCR.

116

- Section est synonyme de grappe. Les nombres des sections constituent l'identification unique de la grappe, par opposition aux nombres des ZD qui se répètent à l'intérieur des cantons. Toutes les sections urbaines débutent par le nombre 1. Etant donné qu'il y a 30 grappes urbaines, elles sont numérotées de 101 à 130. Toutes les sections rurales commencent avec le chiffre 2. Elles sont numérotées de 201 à 286. Il devait y avoir en principe 86 grappes rurales, mais la section 245 a été éliminée car le village était abandonné. Elle n'a pas été remplacée parce que l'échantillon était déjà suffisamment grand.

- La probabilité de sélection finale est le produit des probabilités de sélection à chaque étape de l'échantillonnage. L'inverse de la probabilité de sélection est le coefficient de pondération pour l'analyse.

ANNEXE D

Liste des villages

NOM DU VILLAGE	N° CANTON	N° ZD	N° SECTION	PROBAB. SELECT	PONDER.	PONDER. TYPE
STRATE RURALE						
Logolo	101	208	201	0.00020	4950.38	0.088658
Logolo	101	208	202	0.00017	5811.32	0.113538
Bessama	102	210	203	0.00013	7763.10	0.151671
Behongo	102	210	204	0.00017	6038.87	0.117984
Gotikedi	102	220	205	0.00018	5647.62	0.082755
Gotekedi	102	220	206	0.00016	6331.28	0.103081
Guirgodja	103	209	207	0.00013	7570.60	0.147910
Boubo	103	209	208	0.00009	10674.26	0.208548
Bedjondo	104	205	209	0.00019	5276.07	0.085901
Bedjondo	104	205	210	0.00027	3681.32	0.071924
Kokabri	104	215	211	0.00013	7530.16	0.147120
Kokabri	104	215	212	0.00008	12086.31	0.236135
Bedan	104	226	213	0.00018	5520.75	0.107861
Bedan	104	226	214	0.00014	7224.88	0.141156
Narbanga	105	207	215	0.00011	8733.49	0.170630
Narbanga	105	207	216	0.00016	6425.98	0.125547
Markala	105	217	217	0.00009	10552.13	0.206161
Markala	105	217	218	0.00012	8495.36	0.165977
Moudjibe	106	208	219	0.00028	3517.38	0.062994
Moudjibe	106	208	220	0.00011	9234.71	0.165387
Goro-Ndila	107	202	221	0.00016	6382.66	0.124701
Ngondja	107	202	222	0.00009	10837.32	0.211733
Manguele	107	213	223	0.00012	8592.45	0.167874
Moissiyara	107	213	224	0.00010	10024.53	0.179532
Kankimadji	108	209	225	0.00012	8353.77	0.163211
Goundi-Baguirmi	108	209	226	0.00015	6537.73	0.085154
Bemadja	108	220	227	0.00019	5207.55	0.067828
Betani	108	220	228	0.00020	5098.30	0.107908
Goundi	108	231	229	0.00014	7006.39	0.136887
Goundi	108	231	230	0.00022	4621.23	0.090287
Doro	109	209	231	0.00006	16942.86	0.331020
Doro	109	209	232	0.00010	10169.81	0.198692
Moskilim	109	219	233	0.00010	10024.53	0.081606
Moro	109	219	234	0.00018	5418.66	0.097044
Namadja	111	203	235	0.00011	9113.20	0.163211
Mbakassa	111	203	236	0.00010	10125.78	0.197832
Kagdouite	112	203	237	0.00018	5422.73	0.097117
Moulekale	112	203	238	0.00017	5796.49	0.113249
Kemogo	113	201	239	0.00018	5680.96	0.101742
Mboh	113	201	240	0.00013	7796.85	0.152330
Kokode	113	211	241	0.00010	10151.42	0.148749
Ngandele	113	211	242	0.00011	9482.66	0.185267
Ngouroumti	114	209	243	0.00011	9010.81	0.161377
Ngouroumti	114	209	244	0.00018	5639.68	0.082639
Boudobo	115	208	245	0.00024	4176.89	0.061204
Ngouroumdi	116	208	247	0.00015	6683.02	0.130569
Ngouroumdi	116	208	248	0.00014	6913.47	0.112559
Ngara	116	219	249	0.00021	4807.93	0.093934
Ngara	116	219	250	0.00016	6321.77	0.123511
Yomi-Kode	117	208	251	0.00008	12530.66	0.244817

119

NOM DU VILLAGE	N° CANTON	N° ZD	N° SECTION	PROBAB. SELECT	PONDER.	PONDER. TYPE
Yoni-Kode	117	208	252	0.00019	5164.15	0.092486
Mandeye II	501	210	253	0.00010	10370.20	0.185723
Maimana	501	210	254	0.00024	4196.31	0.081985
Mande	501	220	255	0.00022	4608.98	0.090048
Mande	501	220	256	0.00015	6683.02	0.130569
Goro-Goro	502	207	257	0.00015	6854.38	0.100438
Badara	502	207	258	0.00025	4050.31	0.079133
Kodebri	502	216	259	0.00009	11074.27	0.198333
Kodebri	502	216	260	0.00008	11858.15	0.212371
Mabano	503	202	261	0.00015	6663.42	0.119337
Morko	503	202	262	0.00015	6545.22	0.127877
Ndoumabe	504	203	263	0.00019	5346.41	0.043523
Kemguiri	504	203	264	0.00020	5062.89	0.098916
Maigoro	506	205	265	0.00007	13571.66	0.220963
Goundi	506	205	266	0.00008	12017.41	0.215224
Ngandjoubou	506	216	267	0.00028	3548.50	0.069329
Ngandjoubou	506	216	268	0.00020	4967.91	0.080883
Goro-Ndila	506	227	269	0.00023	4406.38	0.050219
Goro-Ndila	506	227	270	0.00020	4909.97	0.079940
Maimana	507	204	271	0.00012	8257.43	0.161329
Maimana	507	204	272	0.00008	12707.14	0.248265
Kokaga	507	214	273	0.00018	5569.18	0.072538
Kokaga	507	214	274	0.00024	4133.82	0.074034
Djahag	508	204	275	0.00011	8716.98	0.141923
Djahag	508	204	276	0.00018	5660.91	0.092166
Gourourou	301	202	277	0.00032	3132.66	0.061204
Gourourou	301	202	278	0.00014	7239.93	0.117875
Bemadji	301	214	279	0.00022	4614.28	0.082639
Bemadji	301	214	280	0.00017	5728.30	0.111916
Keinodjo	301	224	281	0.00012	8313.60	0.148894
Mordji	301	224	282	0.00014	7034.75	0.125988
Bendana	301	235	283	0.00011	8775.68	0.157166
Kemngoh	301	235	284	0.00026	3874.21	0.056769
Danamadji	301	245	285	0.00020	4860.85	0.095359
Danamadji	301	245	286	0.00017	5728.30	0.093264
STRATE URBAINE						
Baguirmi - Bloc A	110	104	101	0.00096	1037.29	0.342262
Goulaye - Bloc A	110	108	102	0.00059	1706.07	0.562931
Nderguigui	110	111	103	0.00080	1249.75	0.343637
Quinze Ans	110	114	104	0.00106	946.43	0.312283
Benodjo	110	118	105	0.00109	920.18	0.253016
Representant - Bloc A	110	121	106	0.00060	1664.10	0.503327
Madan A	110	125	107	0.00074	1347.13	0.444496
Kassai - Carre 18	509	101	108	0.00085	1178.74	0.356523
Kassai - C25	509	104	109	0.00120	836.52	0.230015
Kassai - C10	509	107	110	0.00054	1845.37	0.608893
Kissimi	509	110	111	0.00110	909.90	0.250192
Maingara - C2	509	113	112	0.00076	1307.51	0.431423
Paris-Congo C11-13	509	116	113	0.00103	969.43	0.319871
Quinze Ans - C10-C11	509	119	114	0.00116	864.41	0.285218
Quinze Ans - C40	509	122	115	0.00103	975.23	0.268154

120

NOM DU VILLAGE	N° CANTON	N° ZD	N° SECTION	PROBAB. SELECT	PONDER.	PONDER. TYPE
Quinze Ans - C23	509	125	116	0.00080	1252.77	0.413360
Kamati - C14	509	129	117	0.00103	969.43	0.293215
Maroc C2	509	132	118	0.00137	728.62	0.180310
Paris-Sara C25	509	135	119	0.00118	850.24	0.280543
Baguirmi - C18	509	138	120	0.00090	1110.25	0.366336
Bomou C1-2	509	141	121	0.00089	1127.49	0.372024
Residentiel - Bloc B	509	145	122	0.00068	1467.86	0.484333
Gardolet C105-110	509	148	123	0.00042	2357.48	0.777868
Gardolet - C89	509	151	124	0.00077	1296.61	0.427828
Tatala - C72	509	154	125	0.00039	2593.23	0.855655
Sara-Kaba - C154	509	158	126	0.00080	1249.75	0.309273
Tombalbaye - C1	509	161	127	0.00154	648.31	0.213914
Niellim C15	509	164	128	0.00100	995.38	0.328433
Banda - C9	509	167	129	0.00105	955.73	0.289073
Kemkian - C141	509	170	130	0.00099	1007.08	0.276911

ANNEXE E

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

Adoum, Carol M., Addressing the Constraints of Chadian Women : A.I.D. Program Strategy and Management Plan (S'attaquer aux contraintes de la femme tchadienne : stratégie de programme de l'A.I.D. et plan de gestion). Washington D.C., Management Systems International Technical Paper, 1991.

Annuaire de Statistiques Sanitaires du Tchad pour l'Année 1991. N'Djaména, Tchad : Bureau de Statistiques, Planification et Etudes, 1992.

Background Note (Notes de référence). Département d'Etat des Etats-Unis, 1988.

Bennett, S., Woods, T., Liyanage, W., Smith, D., "A Simplified General Method for Cluster-Sample Surveys of Health in Developing Countries" (Méthode générale simplifiée pour les enquêtes de santé sur échantillons-grappes dans les pays en développement), World Health Statistics Quarterly 44, No. 3:98-106, 1991.

Cleland J.G. et al., "Maternal Education and Child Survival in Developing Countries : the Search for Pathways of Influence" (Education maternelle et survie de l'enfant dans les pays en développement : à la recherche de moyens d'inflexion), Social Science and Medicine, No. 27(12):1357-68.

Connaissances, Attitudes, Croyances sur le SIDA dans les Centres Urbains au Tchad, Programme National de Lutte contre le SIDA.

Kroeger, A., "Health Interview Surveys in Developing Countries : A Review of the Methods and Results" (Enquêtes sanitaires par entretiens dans les pays en développement : examen des méthodes et des résultats), International Journal of Epidemiology, Vol. 12(4):465-79, 1983.

Manual X Indirect Techniques for Demographic Estimation (Manuel X de techniques indirectes pour l'estimation démographique). Département des Affaires internationales économiques et sociales, POPULATION STUDIES, No. 81, Nations Unies, New York, 1983.

Programme National de Santé Maternelle et Infantile et du Bien-Etre Familial, N'Djaména, avril 1992.

Roth, E.A., Kurup, K.B., "Child Mortality Levels and Survival Patterns from Southern Sudan" (Niveaux de mortalité infantile et schémas de survie dans le sud du Soudan), Journal of Biomedical Science, No. 22(3):365-72, 1990.

Streatfield, K., et al., "Maternal Education and Child Education" (Education de la mère et éducation de l'enfant), Demography, No. 27(3);447-55, 1990.

USAID Chad Child Survival Projet Paper (Document sur le projet USAID de survie de l'enfant au Tchad), Annexe I, Description élargie du projet.

Van Norren, B., et al., "Simplifying the Evaluation of Primary Health Care Programmes" (Simplifier l'évaluation des programmes de soins de santé primaires), Social Science and Medicine, No. 28(10):1091-97, 1989.

ANNEXE F

Recommandations pour enquête de suivi

RECOMMANDATIONS POUR DES ENQUETES DE SUIVI

Dans l'ensemble, **toute nouvelle version du questionnaire devrait être aussi semblable que possible à la version actuelle.** Des questions très différentes seraient difficiles à comparer pour évaluer les changements dans le temps. Toutefois, le questionnaire devrait être raccourci, étant donné que plusieurs questions n'ont pas donné de renseignements utiles, et que le questionnaire, sous sa forme actuelle, est trop long. Si l'on effectue ultérieurement une enquête similaire, avec un échantillon de taille similaire, dans les mêmes villages cibles, on devrait être en mesure de détecter avec précision des changements, même peu importants.

Si l'enquête est répétée à des fins d'évaluation, **il conviendrait de la réaliser au même moment de l'année**, à savoir en avril/mai, pour être certain d'obtenir des résultats comparables. Il serait très difficile d'exécuter cette enquête pendant la saison des pluies.

Recommandations concernant les questions spécifiques (se référer à l'Annexe A):

- Il n'y avait pas de questions sur le groupe ethnique ou linguistique de la mère, ni sur la langue utilisée pour l'entretien. Ces deux questions devraient être ajoutées.

- La distance par rapport au dispensaire le plus proche et le nom de l'établissement devraient être codés sur chaque questionnaire.

- Question 9 sur la religion. Inclure un code pour animiste.

- Question 12 sur l'approvisionnement en eau. Il faut une meilleure définition de la distinction entre puits et fontaines qui sont publics et privés.

- Question 13 sur les types de toilettes. La catégorie pour les latrines devrait être davantage subdivisée pour déterminer la qualité. Il y a eu peu de variations dans les réponses. Quatre-vingt pour cent des habitants des villes avaient des "latrines" mais l'on sait qu'elles peuvent être de qualité très variable. Une vérification visuelle par l'enquêteuse du type et de la qualité des latrines serait utile.

- Question 23 et 24 sur les dépenses depuis le début de la dernière saison des pluies. (Les questions 27 et 64 se sont heurtées au même problème). En général, les questions portant sur la période écoulée depuis le début de la saison des pluies ont été mal comprises. Egalement, il semble qu'une période de souvenance de 12 mois soit trop longue.

- Question 33 sur l'âge de l'enfant malade. L'âge ne devrait pas être catégorisé mais devrait être plutôt exprimé en continu, par mois, pour éviter ??? Dans la présente enquête, la catégorie 13-18 mois était beaucoup trop faible par rapport

aux 7-12 mois. Il y avait une tendance à mettre les enfants d'un an dans la deuxième catégorie plutôt que dans la première.

- La question 35 sur la durée de la maladie a été mal comprise. Si on l'inclut, il faut qu'elle soit définie plus soigneusement.

- Dans la question 36, la TRO devrait être une catégorie séparée pour qu'il soit possible de mesurer le pourcentage de femmes qui traitent les diarrhées par la TRO.

- Les questions 39-41 sur le deuxième traitement ont été mal comprises par certaines enquêteuses qui pensaient qui si le même traitement avait été utilisé ultérieurement, il n'y avait pas lieu de le mentionner à nouveau. Cette série de questions devrait être abandonnée ou soigneusement reformulée.

- La question 48 sur la vaccination devrait être supprimée. Par contre, sur le tableau relatif à la couverture vaccinale, les questions 51 et 52 devraient faire l'objet d'une réponse pour TOUS LES ENFANTS EN DESSOUS DE L'AGE DE SIX ANS. Le reste du tableau devrait être rempli uniquement pour les enfants ayant des carnets. TOUS les enfants devraient être inclus pour fournir un dénominateur pour le pourcentage d'enfants qui ont des carnets.

- La question 50 n'a pas pu être utilisée car les codes n'étaient pas clairs. Le code numéro 3 devrait être éliminé.

- La question 64 devrait être supprimée. La période de souvenance est trop longue pour être utile.

- La section réservée aux enfants en dessous de 6 ans devrait être étoffée pour inclure les questions 65 à 71.

- Les questions 69 et 71 devraient également enregistrer l'âge de l'enfant en variable continue, par mois.

- Question 72. Les enquêteuses ont eu des difficultés à remplir le tableau relatif aux types de diarrhées. Il devrait être présenté de manière différente. La TRO et les remèdes traditionnels n'étaient pas au nombre des réponses codées proposées.

- Les questions 74-77 pourraient être supprimées. Elles n'ont pas été particulièrement utiles.

- La question 79. La possibilité de réponses multiples aurait dû être offerte.

- Question 84. Le tableau relatif aux types de toux a présenté les mêmes problèmes que ceux en liaison avec la question 72 sur les types de diarrhées. Qui plus est, hôpital, soins traditionnels et guérisseur ne sont pas codés.

- La question 87 sur le type de maladie de la mère n'a pas apporté aucun renseignement utile.

- Les questions 98 et 99 sur les avantages et les inconvénients d'une grande famille n'offraient pas un choix suffisant de réponses. Elles étaient trop générales pour qu'on puisse véritablement en tirer des enseignements.

- La question 114 relative à la source d'information des enquêtées concernant les méthodes contraceptives aurait dû comporter une catégorie complémentaire ("notoriété publique") pour couvrir notamment l'abstinence et l'allaitement. La plupart des gens ne se souviennent pas d'où ils tirent le renseignement.

- Question 115. Essayez-vous d'éviter une grossesse actuellement? C'est apparemment une question difficile à poser en langue locale, et elle donne lieu à beaucoup d'erreurs. Un groupe cible pourrait peut-être aider à déterminer quelle devrait être la manière correcte de formuler cette question.

- La question 117 ne devrait pas être sautée pour permettre de savoir combien de femmes qui sont enceintes avaient peut-être essayé d'éviter une grossesse.

- Les questions 135 et 136 n'ont pas été utiles. Elles doivent être reformulées si on veut les réutiliser.

- Seules les questions sur le nombre d'enfants nés vivants et le nombre d'enfants ayant survécu ont été utilisées pour obtenir une estimation de la mortalité infantile. Cette méthode a bien marché semble-t-il puisqu'elle a donné des chiffres semblables à ceux d'autres sources. Si l'on veut obtenir des renseignements plus spécifiques sur les taux de mortalité infantile, il faudra procéder à une étude plus détaillée. Toutefois, ajouter des questions sur ce qu'il est advenu des deux naissances précédentes pourrait fournir des renseignements sur la mortalité infantile des enfants de moins de deux ans et des enfants de moins de cinq ans en utilisant la méthode de Brass.