

Tchad

Enquête Démographique et de Santé 1996-1997



Bureau Central du Recensement
Direction de la Statistique, des Études
Économiques et Démographiques



Demographic and Health Surveys
Macro International Inc.

INDICATEURS DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS

INDICATEURS DE BASE

Mortalité infantile	- Quotient de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	103
	- Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1 000 naissances vivantes)	194
Mortalité maternelle	- Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	827
Malnutrition des enfants	- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance	40
	- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale	39
	- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans émaciés	14
Accès à une eau potable salubre	- Pourcentage de ménages disposant d'eau potable salubre ¹ à moins de 15 minutes	9
Accès à des installations sanitaires d'évacuation des excréments	- Pourcentage de ménages disposant de chasse d'eau (personnelle ou en commun)	0,2
Éducation de base	- Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant achevé l'école primaire	5
	- Pourcentage d'hommes de 15-49 ans ayant achevé l'école primaire	19
	- Pourcentage de filles de 6-12 ans fréquentant l'école	30
	- Pourcentage de garçons de 6-12 ans fréquentant l'école	48
	- Pourcentage de femmes de 15-49 ans alphabétisées	15
Enfants en situation particulièrement difficile	- Pourcentage d'enfants de moins de 15 ans qui sont orphelins	0,5
	- Pourcentage d'enfants de moins de 15 ans qui ne vivent pas avec leur mère biologique	15
	- Pourcentage d'enfants de moins de 15 ans qui vivent dans un ménage comptant un seul adulte de 15 ans ou plus	6

INDICATEURS DE SUPPORT

Santé des femmes

Espacement des naissances - Pourcentage de naissances à moins de 24 mois de la naissance précédente 24

Maternité sans risque - Pourcentage de naissances dont la mère a bénéficié de consultation prénatale auprès de personnel médical² 32

- Pourcentage de naissances dont la mère a bénéficié de consultation prénatale au cours du premier trimestre de grossesse 16

- Pourcentage de naissances dont la mère a été assistée par du personnel médical³ au cours de l'accouchement 24

- Pourcentage de naissances ayant lieu en établissement sanitaire 11

- Pourcentage de naissances à hauts risques⁴ 50

Planification familiale - Taux de prévalence contraceptive (femmes en union, en pour cent) 4

- Pourcentage de femmes en union ayant des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale 9

Nutrition

Nutrition des mères - Pourcentage de mères avec un faible Indice de Masse Corporelle 21

Faible poids à la naissance - Pourcentage de naissances de faible poids à la naissance⁵ 15

Allaitement - Pourcentage d'enfants de moins de 4 mois qui sont exclusivement allaités 2

Sel iodé - Pourcentage de ménages disposant de sel iodé (d'après le résultat du test) 55

Santé de l'enfant

Vaccinations - Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la mère a reçu, au moins une vaccination antitétanique pendant la grossesse 31

- Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant été vaccinés contre la rougeole 23

- Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant été complètement vaccinés (non compris la fièvre jaune) 11

Contrôle de la diarrhée - Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines et qui ont bénéficié d'une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO) 29

Infections respiratoires aiguës - Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu une infection respiratoire aiguë durant les 2 dernières semaines et qui ont été vus par du personnel médical 19

¹ Provenant de « Robinet dans le logement/cour/concession », « Fontaine publique », « Puits moderne/forage dans la cour/concession » ou « Puits moderne/forage public/communautaire ».

² Auprès d'un « Médecin », « Sage-femme », « Infirmière », « Matrone/Agent de l'hôpital ou du centre de santé » ou d'une « Accoucheuse traditionnelle formée ».

³ Par un « Médecin », « Sage-femme », « Infirmière », « Matrone/Agent de l'hôpital ou du centre de santé » ou d'une « Accoucheuse traditionnelle formée ».

⁴ Pour la définition des naissances à hauts risques, voir ci-après le tableau 9.4.

⁵ Voir les explications relatives au tableau 7.6.

République du Tchad

**Enquête Démographique
et de Santé
Tchad
1996-1997**

Bandoumal Ouagadjio
Kostelngar Nodjimadji
Joël Nodjimbatem Ngoniri
Ningam Ngakoutou
Keumaye Ignégongba
Joël S. Tokindang
Oumdagué Kouo

Bernard Barrère
Monique Barrère

Bureau Central du Recensement
Direction de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques
Ministère du Plan et de l' Aménagement du Territoire
N' Djaména, Tchad

Macro International Inc.
Calverton, Maryland USA

Mai 1998

Ce rapport présente les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDST) réalisée au Tchad en 1996-1997 par le Bureau Central du Recensement (BCR), Direction de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (DSEED). L'EDST a été financée par le Gouvernement Tchadien, grâce à ses propres ressources et par un crédit auprès de la Banque Mondiale, par le FNUAP et l'UNICEF, et elle a bénéficié de l'assistance technique de Macro International Inc.

L'EDST fait partie du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys-DHS) dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.

Des informations complémentaires sur l'EDST peuvent être obtenues auprès du Bureau Central du Recensement, Direction de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques B.P. 453, N'Djaména, Tchad (Téléphone (235) 52 31 64; 51 45 49; Fax (235) 51 51 85). Concernant le programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone 301-572-0200; Télex 198116; Fax 301-572-0999; e-mail : reports@macroint.com; Internet : <http://www.macroint.com/dhs/>).

Citation recommandée:

Ouagadjio, Bandoumal, Kostelngar Nodjimadji, Joël Nodjimbatem Ngoniri, Ningam Ngakoutou, Keumaye Ignégongba, Joël S. Tokindang, Oumdagoue Kouo, Bernard Barrère, et Monique Barrère. 1998. *Enquête Démographique et de Santé, Tchad 1996-1997*. Calverton, Maryland, U.S.A. : Bureau Central du Recensement et Macro International Inc.

TABLE DES MATIERES

	Page
Liste des tableaux	ix
Liste des graphiques	xv
Préface	xvii
Remerciements	xix
Sigles et abréviations	xxi
Résumé	xxiii
Carte du Tchad	xxviii
CHAPITRE 1 CONTEXTE GÉNÉRAL DU PAYS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	
<i>Bandoumal Ouagadjo</i>	1
1.1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS	1
1.1.1 Géographie	1
1.1.2 Situation politique et administrative	1
1.1.3 Situation économique	2
1.1.4 Situation démographique	2
1.1.5 Situation sanitaire	3
1.1.6 Politique de population	4
1.2 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	6
1.2.1 Cadre institutionnel	6
1.2.2 Objectifs de l'enquête	6
1.2.3 Questionnaires	7
1.2.4 Échantillonnage	9
1.2.5 Personnel de l'EDST	10
1.2.6 Déroulement des activités	11
CHAPITRE 2 CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES ET DES ENQUÊTÉS	
<i>Kostelngar Nodjimadji</i>	13
2.1 ENQUÊTE MÉNAGE	13
2.1.1 Structure par sexe et âge de la population	13
2.1.2 Taille et composition des ménages	15
2.1.3 Niveau d'instruction de la population	18
2.1.4 Caractéristiques des logements et des biens possédés par le ménage	21
2.1.5 Consommation du sel iodé par les ménages	23
2.1.6 Biens possédés par le ménage	24
2.2 ENQUÊTE INDIVIDUELLE	25

	Page
2.2.1	Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés 25
2.2.2	Caractéristiques des couples 29
2.2.3	Accès aux média 30
2.3	ACTIVITÉS ÉCONOMIQUES 31
CHAPITRE 3	FÉCONDITÉ
	<i>Joël Nodjimbatem Ngoniri</i> 37
3.1	NIVEAU DE LA FÉCONDITÉ ET FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE 38
3.2	TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ 42
3.3	PARITÉ ET STÉRILITÉ PRIMAIRE 45
3.4	GROSSESSES IMPRODUCTIVES 47
3.5	INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE 48
3.6	ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE 50
3.7	FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES 51
3.8	PARITÉ DES HOMMES 53
CHAPITRE 4	PLANIFICATION FAMILIALE
	<i>Ningam Ngakoutou</i> 55
4.1	CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION 56
4.2	UTILISATION DE LA CONTRACEPTION 61
	4.2.1 Utilisation passée de la contraception 61
	4.2.2 Utilisation actuelle de la contraception 63
4.3	CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE 68
4.4	SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION 69
4.5	UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION 70
4.6	SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION 72
4.7	OPINIONS ET ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE 74
CHAPITRE 5	NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE
	<i>Keumaye Ignégongba</i> 77
5.1	ÉTAT MATRIMONIAL 77
5.2	POLYGAMIE 79
5.3	ÂGE D'ENTRÉE EN PREMIÈRE UNION 80
5.4	ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS 83
5.5	ACTIVITÉ SEXUELLE RÉCENTE 86
5.6	EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE 88

	Page
CHAPITRE 6	PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ
	<i>Ningam Ngakoutou</i> 91
6.1	DÉSIR D'AVOIR DES ENFANTS (SUPPLÉMENTAIRES) 91
6.2	BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE 97
6.3	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS DÉSIRÉS 99
6.4	PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ 105
CHAPITRE 7	SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT
	<i>Monique Barrère</i> 109
7.1	SOINS PRÉNATALS ET ACCOUCHEMENT 109
	7.1.1 Soins prénatals 109
	7.1.2 Accouchement 112
7.2	VACCINATION 117
7.3	AVITAMINOSE A 121
7.3	MALADIES DES ENFANTS 124
	7.3.1 Infections respiratoires et fièvre 124
	7.3.2 Diarrhée 128
CHAPITRE 8	ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES
	<i>Joël S. Tokindang</i> 133
8.1	ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT 133
8.2	ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS 139
	8.2.1 Méthodologie 139
	8.2.2 Résultats 141
8.3	ÉTAT NUTRITIONNEL DES FEMMES 147
CHAPITRE 9	MORTALITÉ DES ENFANTS
	<i>Monique Barrère et Bernard Barrère</i> 151
9.1	MÉTHODOLOGIE ET QUALITÉ DES DONNÉES 151
9.2	NIVEAUX ET TENDANCES 153
9.3	MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE ET GROUPES À HAUTS RISQUES 155

	Page
CHAPITRE 10 CAUSES DE DÉCÈS DES ENFANTS	
<i>Bernard Barrère</i>	163
10.1 INTRODUCTION	163
10.2 CAUSES DES DÉCÈS DÉCLARÉES PAR LA MÈRE	164
10.3 PRÉVALENCE DES SYMPTÔMES AVANT LE DÉCÈS	165
10.4 DIAGNOSTIC POSSIBLE SUR LA BASE DES SYMPTÔMES	166
10.5 RAPPROCHEMENT DES CAUSES DÉCLARÉES PAR LA MÈRE ET DU DIAGNOSTIC DÉDUIT DES SYMPTÔMES	169
10.6 CAUSES PROBABLES DE DÉCÈS	170
10.6.1 Causes probables des décès néonataux et des décès à 1-59 mois	170
10.6.2 Causes probables des décès selon certaines caractéristiques socio-démographiques	172
10.7 CONSULTATION AVANT LE DÉCÈS ET LIEU DE DÉCÈS	175
10.8 CONCLUSION	176
 CHAPITRE 11 MORTALITÉ MATERNELLE	
<i>Bernard Barrère et Monique Barrère</i>	
11.1 INTRODUCTION	179
11.2 COLLECTE DES DONNÉES	179
11.3 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES	180
11.4 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ ADULTE	184
11.5 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE	185
11.6 ESTIMATION INDIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE	186
11.7 CONCLUSION	186
 CHAPITRE 12 MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET SIDA	
<i>Monique Barrère</i>	189
12.1 COMPORTEMENT SEXUEL	189
12.1.1 Nombre de partenaires sexuels des femmes	190
12.1.2 Nombre de partenaires sexuelles des hommes	190
12.1.3 Rapports sexuels et gratifications	193
12.1.4 Dernière partenaire sexuelle des hommes	194
12.2 MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	196
12.2.1 Connaissance des MST	196
12.2.2 Épisodes déclarés de MST	197
12.2.3 Comportement face aux MST	199
12.3 CONNAISSANCE, PERCEPTION DU RISQUE ET PRÉVENTION DU SIDA	200

12.3.1	Connaissance du sida et sources d'information	200
12.3.2	Connaissance des moyens d'éviter de contracter le sida	202
12.3.3	Perception du sida	205
12.3.3	Perception du risque de contracter le sida	208
12.3.4	Raisons de la perception des risques	211
12.3.5	Changement de comportement pour éviter de contracter le sida	213
12.4	CONNAISSANCE ET UTILISATION DU CONDOM	216
12.4.1	Connaissance du condom	216
12.4.2	Utilisation du condom	218
CHAPITRE 13	DISPONIBILITÉ DES SERVICES COMMUNAUTAIRES	
	<i>Oumdagué Kouo</i>	223
13.1	CARACTÉRISTIQUES DES COMMUNAUTÉS RURALES	224
13.2	DISTANCE PAR RAPPORT AUX SERVICES SOCIO-ÉCONOMIQUES ...	224
13.3	DISPONIBILITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	226
13.3.1	Disponibilité des établissements de santé offrant des services de planification familiale	229
13.3.2	Disponibilité des établissements de santé offrant des services de santé maternelle et infantile	232
13.4	PROBLÈMES DE SANTÉ	234
13.5.1	Principales maladies des jeunes enfants	234
13.5.2	Principaux problèmes pour se soigner	236
	RÉFÉRENCES	239
ANNEXE A	PLAN DE SONDAGE	243
A.1	Introduction	245
A.2	Base de sondage	245
A.3	Caractéristiques générales de l'échantillon	247
A.4	Répartition de l'échantillon	247
A.5	Stratification et tirage d'unités aréolaires	249
A.6	Probabilités de sondage	249
A.7	Échantillon homme	250
A.8	Résultats des enquêtes	251
ANNEXE B	ERREURS DE SONDAGE	253
ANNEXE C	TABLEAUX POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES	265
ANNEXE D	PERSONNEL DE L'EDST	273
ANNEXE E	QUESTIONNAIRES	279

LISTE DES TABLEAUX

		Page
Tableau 1.1	Indicateurs démographiques de base	3
Tableau 1.2	Taille et couverture de l'échantillon	10
Tableau 2.1	Population des ménages par âge et sexe	14
Tableau 2.2	Population (de droit) par âge selon différentes sources	15
Tableau 2.3	Composition des ménages	16
Tableau 2.4	Enfants orphelins et résidence des enfants avec les parents	17
Tableau 2.5.1	Niveau d'instruction de la population des femmes	18
Tableau 2.5.2	Niveau d'instruction de la population des hommes	19
Tableau 2.6	Taux de scolarisation	20
Tableau 2.7	Caractéristiques des logements	22
Tableau 2.8	Consommation de sel iodé	24
Tableau 2.9	Biens durables possédés par le ménage	24
Tableau 2.10	Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés	26
Tableau 2.11	Niveau d'instruction des femmes et des hommes enquêtés	28
Tableau 2.12	Fréquentation scolaire et raisons de l'abandon de l'école	29
Tableau 2.13	Caractéristiques différentielles des couples	29
Tableau 2.14	Accès aux média	31
Tableau 2.15	Emploi	32
Tableau 2.16	Employeur et formes de revenus	33
Tableau 2.17	Décision sur l'utilisation des revenus des femmes	34
Tableau 2.18	Occupation des femmes	35
Tableau 2.19	Occupation des hommes	36
Tableau 3.1	Fécondité actuelle	39
Tableau 3.2	Fécondité par caractéristiques socio-démographiques	41
Tableau 3.3	Fécondité par âge selon l'EDST et le RGPH	42
Tableau 3.4	Tendances de la fécondité par âge	43
Tableau 3.5	Tendances de la fécondité par durée de l'union	45
Tableau 3.6	Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes	46
Tableau 3.7	Grossesses improductives	47
Tableau 3.8	Intervalle intergénésiq ue	49

	Page
Tableau 3.9	Âge à la première naissance 50
Tableau 3.10	Âge médian à la première naissance 51
Tableau 3.11	Fécondité des adolescentes 52
Tableau 3.12	Enfants nés vivants et enfants survivants des hommes 54
Tableau 4.1	Connaissance des méthodes contraceptives 57
Tableau 4.2	Connaissance des méthodes contraceptives modernes par caractéristiques socio-démographiques 59
Tableau 4.3	Connaissance des méthodes contraceptives par les couples 60
Tableau 4.4	Utilisation de la contraception à un moment quelconque 62
Tableau 4.5	Utilisation actuelle de la contraception 63
Tableau 4.6	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques (femmes) 65
Tableau 4.7	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques (hommes) 67
Tableau 4.8	Connaissance de la période féconde 68
Tableau 4.9	Source d'approvisionnement en contraceptifs modernes 69
Tableau 4.10	Utilisation future de la contraception 70
Tableau 4.11	Raison de non-utilisation de la contraception 72
Tableau 4.12	Messages sur la planification familiale diffusés à la radio et à la télévision 73
Tableau 4.13	Discussion de la planification familiale avec le conjoint 74
Tableau 4.14	Opinion des couples face à la planification familiale 75
Tableau 5.1	État matrimonial 78
Tableau 5.2	Nombre d'épouses et de co-épouses 79
Tableau 5.3	Âge à la première union 81
Tableau 5.4	Âge médian à la première union 82
Tableau 5.5	Âge des femmes aux premiers rapports sexuels 83
Tableau 5.6	Âge des hommes aux premiers rapports sexuels 84
Tableau 5.7	Âge médian aux premiers rapports sexuels 85
Tableau 5.8	Activité sexuelle récente des femmes 87
Tableau 5.9	Activité sexuelle récente des hommes 88
Tableau 5.10	Aménorrhée, abstinence et insusceptibilité post-partum 89
Tableau 5.11	Durée médiane de l'insusceptibilité post-partum 90
Tableau 6.1	Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants 92

	Page
Tableau 6.2	Préférences en matière de fécondité selon l'âge 94
Tableau 6.3	Préférences des couples monogames en matière de fécondité 95
Tableau 6.4	Désir de limiter les naissances 96
Tableau 6.5	Besoins en matière de planification familiale 98
Tableau 6.6	Nombre idéal d'enfants 101
Tableau 6.7	Nombre idéal d'enfants par caractéristiques socio-démographiques 102
Tableau 6.8	Raisons du nombre idéal d'enfants 104
Tableau 6.9	Planification de la fécondité 105
Tableau 6.10	Taux de fécondité désirée 106
Tableau 7.1	Soins prénatals 110
Tableau 7.2	Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse 111
Tableau 7.3	Vaccination antitétanique 112
Tableau 7.4	Lieu de l'accouchement 113
Tableau 7.5	Assistance lors de l'accouchement 114
Tableau 7.6	Caractéristiques de l'accouchement : naissances multiples, césariennes, poids et grosseur à la naissance 116
Tableau 7.7	Vaccinations selon les sources d'information 118
Tableau 7.8	Vaccinations selon les caractéristiques socio-démographiques 120
Tableau 7.9	Connaissance et prévalence déclarée de la cécité crépusculaire 122
Tableau 7.10	Vitamine A 123
Tableau 7.11	Messages sur la promotion d'aliments pour lutter contre les carences en vitamine A 125
Tableau 7.12	Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës et de la fièvre 126
Tableau 7.13	Prévalence de la diarrhée 128
Tableau 7.14	Connaissance du traitement de la diarrhée 130
Tableau 7.15	Traitement de la diarrhée 131
Tableau 8.1	Allaitement initial 134
Tableau 8.2	Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant 135
Tableau 8.3	Type d'aliments selon l'âge de l'enfant 137
Tableau 8.4	Durée médiane et fréquence de l'allaitement 138
Tableau 8.5	État nutritionnel des enfants par caractéristiques socio-démographiques 142
Tableau 8.6	Indicateurs anthropométriques de l'état nutritionnel des mères 147

	Page
Tableau 8.7	Indicateurs anthropométriques des mères par caractéristiques socio-démographiques 148
Tableau 9.1	Mortalité des enfants de moins de cinq ans 153
Tableau 9.2	Mortalité des enfants par caractéristiques de la mère 155
Tableau 9.3	Mortalité des enfants par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants 157
Tableau 9.4	Comportement procréateur à hauts risques 160
Tableau 10.1	Causes des décès déclarées par la mère 164
Tableau 10.2	Symptômes au cours de la période ayant précédé les décès 166
Tableau 10.3	Diagnostic possible établi à partir des symptômes 167
Tableau 10.4	Diagnostics multiples 168
Tableau 10.5	Cause de décès déclarée par la mère et diagnostic possible déduit des symptômes 169
Tableau 10.6	Cause probable de décès 171
Tableau 10.7	Cause probable de décès selon le sexe 173
Tableau 10.8	Cause probable de décès selon le milieu de résidence 174
Tableau 10.9	Consultation avant le décès et lieu du décès 175
Tableau 11.1	Complétude de l'information sur les frères et soeurs 180
Tableau 11.2	Indicateurs de la qualité des données sur les frères et soeurs 182
Tableau 11.3	Estimation de la mortalité adulte par âge 184
Tableau 11.4	Estimation directe de la mortalité maternelle 185
Tableau 11.5	Estimation indirecte de la mortalité maternelle 187
Tableau 12.1.1	Nombre de partenaires sexuels: femmes 191
Tableau 12.1.2	Nombre de partenaires sexuelles: hommes 192
Tableau 12.2	Paiement pour rapports sexuels 193
Tableau 12.3	Dernière personne avec laquelle les hommes ont eu des rapports sexuels 195
Tableau 12.4	Connaissance des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) 196
Tableau 12.5	Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) au cours des 12 derniers mois 198
Tableau 12.6	Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et comportement 199
Tableau 12.7.1	Connaissance du sida par les femmes 200
Tableau 12.7.2	Connaissance du sida par les hommes 201
Tableau 12.8.1	Connaissance par les femmes des moyens d'éviter de contracter le sida 202
Tableau 12.8.2	Connaissance par les hommes des moyens d'éviter de contracter le sida 203
Tableau 12.9.1	Perception du sida par les femmes 206

	Page
Tableau 12.9.2	Perception du sida par les hommes 207
Tableau 12.10	Perception du risque de contracter le sida 209
Tableau 12.11	Perception du risque de contracter le sida par les couples 210
Tableau 12.12	Raisons pour lesquelles les risques de contracter le sida sont perçus comme nuls/minimes 211
Tableau 12.13	Raisons pour lesquelles les risques de contracter le sida sont perçus comme modérés/importants 212
Tableau 12.14.1	Comportement des femmes pour éviter de contracter le sida 214
Tableau 12.14.2	Comportement des hommes pour éviter de contracter le sida 215
Tableau 12.15	Connaissance du condom 217
Tableau 12.16	Utilisation du condom par les femmes 219
Tableau 12.17	Utilisation du condom par les hommes 220
Tableau 13.1	Caractéristiques des communautés rurales 224
Tableau 13.2	Distance par rapport aux services socio-économiques 225
Tableau 13.3	Distance par rapport aux établissements de santé les plus proches 227
Tableau 13.4	Distance par rapport aux établissements de santé par type d'établissement 228
Tableau 13.5	Temps de trajet pour atteindre les établissements de santé par type d'établissement 230
Tableau 13.6	Distance par rapport aux services de planification familiale les plus proches 231
Tableau 13.7	Temps de trajet pour atteindre les services de planification familiale les plus proches 231
Tableau 13.8	Distance par rapport aux services de santé maternelle et infantile les plus proches 232
Tableau 13.9	Temps de trajet pour atteindre les services de santé maternelle infantile les plus proches 233
Tableau 13.10	Distance par rapport aux services de santé maternelle et infantile les plus proches selon le type de soins 234
Tableau 13.11	Principales maladies des jeunes enfants 235
Tableau 13.12	Principales maladies des jeunes enfants par milieu de résidence 236
Tableau 13.13	Principaux problèmes pour se soigner 237
Tableau 13.14	Principaux problèmes pour se soigner par milieu de résidence 238
Tableau A.1	Caractéristiques de la base de sondage en terme de ménages ordinaires 246
Tableau A.2	Population sédentaire du Tchad estimée en 1996 247
Tableau A.3	Échantillon proposé 248

	Page
Tableau A.4.1	Résultats des enquêtes auprès des ménages et des femmes par milieu de résidence 251
Tableau A.4.2	Résultats des enquêtes auprès des ménages et des hommes par milieu de résidence 252
Tableau B.1	Variabiles utilisées pour le calcul des erreurs de sondage 258
Tableau B.2	Erreurs de sondage - Echantillon national 259
Tableau B.3	Erreurs de sondage - N'Djaména 260
Tableau B.4	Erreurs de sondage - Autres villes 261
Tableau B.5	Erreurs de sondage - Ensemble urbain 262
Tableau B.6	Erreurs de sondage - Rural 263
Tableau C.1	Répartition par âge de la population des ménages 267
Tableau C.2	Répartition par âge des femmes éligibles et des femmes enquêtées 268
Tableau C.3	Répartition par âge des hommes éligibles et des hommes enquêtés 268
Tableau C.4	Complétude de l'enregistrement 269
Tableau C.5	Naissances par année de calendrier 270
Tableau C.6	Enregistrement de l'âge au décès en jour 271
Tableau C.7	Enregistrement de l'âge au décès en mois 272

LISTE DES GRAPHIQUES

	Page
Graphique 2.1	Pyramide des âges de la population 14
Graphique 2.2	Survie des parents des enfants de moins de 15 ans et résidence des enfants avec les parents 17
Graphique 2.3	Taux de scolarisation 20
Graphique 2.4	Caractéristiques des logements 23
Graphique 2.5	Caractéristiques des couples 30
Graphique 3.1	Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence 39
Graphique 3.2	Indice synthétique de fécondité et descendance atteinte à 40-49 ans 42
Graphique 3.3	Fécondité par âge selon l'EDST 1996-97 et le RGPH 1993 43
Graphique 3.4	Taux de fécondité par âge par période de cinq ans précédant l'enquête 44
Graphique 3.5	Tendances de l'ISF pour les femmes de 15-34 ans, selon l'EDST 1996-97 et le RGPH 1993 45
Graphique 3.6	Proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde 53
Graphique 4.1	Connaissance des méthodes contraceptives 57
Graphique 4.2	Connaissance de la contraception moderne par les couples 60
Graphique 4.3	Prévalence de la contraception parmi l'ensemble des femmes et des hommes selon la méthode utilisée 64
Graphique 4.4	Utilisation actuelle de la contraception par les femmes et les hommes en union ... 66
Graphique 4.5	Intention d'utiliser la contraception par les femmes et les hommes actuellement en union 71
Graphique 5.1	Proportion de femmes et d'hommes célibataires selon l'âge 78
Graphique 5.2	Âge médian des femmes et des hommes à la première union 82
Graphique 5.3	Âge médian des femmes à la première union et aux premiers rapports sexuels ... 85
Graphique 6.1	Désir d'enfants supplémentaires des femmes en union, selon le nombre d'enfants vivants 93
Graphique 6.2	Proportion de femmes et d'hommes en union ne voulant plus d'enfants, selon le nombre d'enfants vivants 93
Graphique 6.3	Nombre idéal d'enfants pour les femmes et les hommes 102
Graphique 6.4	Indice synthétique de fécondité et indice synthétique de fécondité désirée 107
Graphique 7.1	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans pour lesquels la mère a bénéficié de soins prénatals pendant la grossesse 111
Graphique 7.2	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans nés avec l'assistance d'un professionnel de la santé 115

	Page
Graphique 7.3	Vaccinations des enfants de 12-23 mois selon le type de vaccin 119
Graphique 7.4	Pourcentage d'enfants de 12-23 mois avec tous les vaccins du PEV et sans vaccination 121
Graphique 7.5	Prévalence des infections respiratoires aiguës (IRA) et de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans 127
Graphique 7.6	Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans et utilisation de la TRO 129
Graphique 7.7	Alimentation des enfants ayant la diarrhée 132
Graphique 8.1	Pratique de l'allaitement des enfants de moins de 3 ans 136
Graphique 8.2	État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans 143
Graphique 8.3	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance 144
Graphique 8.4	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints d'émaciation 145
Graphique 9.1	Évolution de la mortalité infantile et juvénile 154
Graphique 9.2	Mortalité infantile et juvénile selon les caractéristiques de la mère 156
Graphique 9.3	Mortalité infantile et caractéristiques des naissances 158
Graphique 10.1	Causes probables de décès 172
Graphique 10.2	Type de consultation pendant la maladie ayant précédé le décès et lieu du décès 176
Graphique 11.1	Distribution (en %) des décès de soeurs des enquêtées selon le nombre d'années précédant l'enquête 183
Graphique 11.2	Mortalité maternelle au Tchad et dans d'autres pays africains, EDS 1989-1997 .. 187
Graphique 12.1	Moyens d'éviter le sida cités par les femmes et les hommes connaissant le sida 204
Graphique 12.2	Perception du risque de contracter le sida par les femmes et les hommes connaissant le sida 210
Graphique 12.3	Utilisation du condom comme contraceptif et/ou comme moyen de protection contre les MST/Sida 221
Graphique 13.1	Principaux problèmes pour se soigner 238

PRÉFACE

L'Enquête Démographique et de Santé au Tchad (EDST) a été instituée par arrêté n° 006/MPC/DG/DSEED/95 du 4 janvier 1996 du Ministère du Plan et de la Coopération. La réalisation de cette importante opération a été possible grâce aux ressources propres du gouvernement tchadien, à un crédit de la Banque Mondiale, aux contributions du FNUAP et de l'UNICEF. L'exécution technique de l'enquête a été assurée par le Bureau Central du Recensement (BCR) avec l'assistance de Macro International Inc. des États Unis et des experts du Bureau Régional du FNUAP.

L'EDST s'inscrit dans le cadre des efforts menés par le gouvernement pour assurer une meilleure connaissance socio-économique, sanitaire et démographique du pays. Ses résultats permettent l'évaluation et la mise en oeuvre des programmes de santé et de la politique de population. Grâce à cette enquête, on connaît les niveaux réels de la fécondité, de la connaissance et de l'utilisation de la contraception, de la couverture vaccinale, de l'état nutritionnel des enfants et de leur mère, de la mortalité infantile, juvénile et maternelle et de la connaissance des maladies sexuellement transmissibles (MST) et du SIDA. De plus, l'EDST fournit des informations sur la disponibilité et l'accessibilité des services socio-économiques et sanitaires. Incontestablement, l'EDST apporte un éclairage sur un certain nombre de questions qui ne trouvent pas leurs réponses à travers les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1993. Elle fournit, enfin, une base de données assez riches pour des analyses ultérieures plus approfondies.

Dans le souci de satisfaire aux nombreuses demandes, le BCR a dû publier à la fin des travaux d'exploitation des données (novembre 1997), un rapport préliminaire qui a fait l'objet d'une large diffusion. Le présent rapport principal d'analyse est une oeuvre collective mettant à profit la contribution des compétences nationales et celles des experts de Macro International. En plus de ce rapport principal, un rapport de synthèse a également été élaboré. Par ailleurs, la Division de Population et des Ressources Humaines du Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire a inscrit dans son programme d'activités de 1998 l'analyse approfondie thématique des données de l'EDST.

Ce rapport principal d'analyse met à la disposition des autorités politiques, administratives, des partenaires bilatéraux et multilatéraux de développement, des chercheurs et de différents utilisateurs, les renseignements dont ils ont besoin dans le cadre de la planification socio-économique ou de leurs activités. Les différentes institutions et les chercheurs sont exhortés à exploiter à bon escient cette banque de données de l'EDST.

Au nom du gouvernement, nous saisissons cette occasion pour exprimer notre profonde gratitude à la Banque Mondiale, au FNUAP et à l'UNICEF dont la contribution financière et matérielle a permis l'exécution de cette enquête. Nous exprimons également toute notre reconnaissance aux experts du Bureau Régional du FNUAP et à ceux de Macro International pour leur appui technique.



Le Ministre du Plan et de l'Aménagement du Territoire
Ahmat Hamid

REMERCIEMENTS

L'Enquête Démographique et de Santé au Tchad (EDST) est une opération à couverture nationale qui a mobilisé d'importantes ressources financières, matérielles et humaines. Elle a pu être réalisée dans de bonnes conditions grâce à la volonté et à la sollicitude constante du gouvernement, à la disponibilité des bailleurs de fonds et au dynamisme de l'équipe technique du Bureau Central du Recensement (BCR) et des agents de terrain.

Nous remercions les experts du Bureau Régional du FNUAP, en particulier M. Jason O. Onsembé qui a aidé les cadres du BCR dans le montage du document du projet. Nos remerciements s'adressent aux experts de Macro International, surtout à Mme Thanh Lê pour les travaux de sondage et d'échantillonnage, à M. Bernard Barrère, responsable technique pour le Tchad, dont la contribution et les conseils ont été d'un grand apport, à M. Jim Otto pour la formation des agents de saisie, la vérification et l'édition des tableaux utilisés dans ce rapport, à Mme Monique Barrère pour sa contribution à l'analyse des données. Nos remerciements s'adressent également aux consultants nationaux et internationaux qui sont intervenus pendant l'élaboration des documents techniques et pendant la formation du personnel de collecte de l'enquête pilote et de l'enquête principale.

Nous tenons à adresser nos sincères remerciements aux autorités politiques, administratives, religieuses, traditionnelles et militaires pour leur soutien matériel et moral, aux femmes et aux hommes des zones enquêtées qui n'ont ménagé aucun effort malgré leurs multiples occupations quotidiennes et qui se sont prêtés aux questions souvent intimes des agents enquêteurs et enquêtrices.

Nous tenons particulièrement à féliciter l'équipe technique du BCR (Directeur Technique, gestionnaires, superviseurs, informaticiens) et tous les autres agents de bureau (personnel de saisie, secrétaire, planton, sentinelles) et de terrain (cartographes, énumérateurs, chefs d'équipes, contrôleuses, enquêteurs, enquêtrices, chauffeurs) pour la conscience professionnelle et le dévouement dont ils ont fait montre tout le long du projet pour relever le défi.

Une reconnaissance particulière aux démographes et statisticien du BCR (Bandoumal Ouagadjio, Ningam Ngakoutou et Kostelngar Nodjimadji), de la Division de Population et des Ressources Humaines (Keumaye Ignégongba, Oumdagué Kouo et Joël Nodjimbatem Ngoniri) et de la Banque Mondiale (Joël S. Tokindang) qui ont contribué à l'analyse du rapport principal.

Enfin, nous rendons hommage aux démographes Abdoulaye Ousmane Dandja et Dionkito Ben Djet Bet qui ont donné le meilleur d'eux-mêmes durant l'élaboration des documents techniques de l'enquête et pendant les phases préparatoires de la collecte et qui ne sont plus.



Le Directeur de l'EDST
Gognin Gomodigou

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ASTEBF	Association Tchadienne pour le Bien-Être Familial
BET	Borkou-Ennedi-Tibesti
BCG	Bilié de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
BCR	Bureau Central du Recensement
CERPOD	Centre d'Études et de Recherche sur la Population pour le Développement
CDC	Centers for Disease Control (centre de contrôle des maladies, États-Unis)
CILSS	Comité permanent Inter-États de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel
DHS (EDS)	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DTCoq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (vaccin)
DSEED	Direction de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques
EDST	Enquête Démographique et de Santé au Tchad
EDS (DHS)	Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys)
ET	Écart Type
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
IEC	Information, Education, Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
ISFD	Indice Synthétique de Fécondité Désirée
ISSA	Integrated System for Survey Analysis
MASOCOT	Marketing Social de Condom au Tchad
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
NCHS	National Center for Health Statistics (Centre national des statistiques sanitaires, États-Unis)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PAE	Programme d'Assainissement et d'Eau
PEN	Programme d'Éducation Nutritionnelle
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNB	Produit National Brut
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PPLS	Projet Population et Lutte contre le Sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSE	Programme de Surveillance Épidémiologique

RDV	Risque de mortalité maternelle sur la Durée de Vie
REPS	Racine Carrée de l'effet du Plan de Sondage
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMI/BEF	Santé Maternelle et Infantile et Bien-Être Familial
SRO	Sels de Réhydratation par voie Orale
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPS	Unité Primaire de Sondage
USAID	United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le Développement International)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZD	Zones de Dénombrement

RÉSUMÉ

L'enquête Démographique et de Santé au Tchad (EDST) a été exécutée par le Bureau Central du Recensement (BCR), Direction de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (DSEED) avec l'assistance technique de Macro International Inc. Il s'agit de la première enquête par sondage, réalisée au niveau national, dont les objectifs étaient de fournir des informations détaillées sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans, la mortalité infanto-juvénile, la mortalité maternelle et sur la disponibilité des services communautaires. Ces informations donnent un éclairage de la situation démographique et sanitaire du Tchad.

Au cours de l'EDST, réalisée sur le terrain de décembre 1996 à juillet 1997, 6 840 ménages, 7 454 femmes en âge de procréer (15-49 ans) et 2 320 hommes de 15-59 ans ont été enquêtés avec succès, avec des taux de couverture respectif de 98,7 %, 96,7 % et 94 %.

La structure de la population par âge révèle une extrême jeunesse de la population du Tchad dont la moitié est âgée de moins de 15 ans. Par ailleurs, la répartition de cette population par milieu de résidence indique que la population tchadienne est essentiellement rurale : 76 % des personnes enquêtées vivent en milieu rural contre 24 % en milieu urbain.

La fécondité des femmes tchadiennes est l'une des plus élevée en Afrique : en fin de vie féconde, elles ont, en moyenne, 6,6 enfants. L'une des caractéristiques de cette fécondité est sa précocité : une femme sur deux donne naissance à son premier enfant à 18,3 ans. Les résultats de l'enquête ont mis en évidence des variations du niveau de fécondité selon le milieu de résidence. Les femmes du milieu rural (6,8 enfants par femme) donnent naissance, en moyenne, à 1 enfant de plus que celles de N'Djaména (5,8) et à 0,5 enfant de plus que celles des Autres Villes (6,3).

Parmi les femmes de 15-49 ans, 78 % étaient mariées au moment de l'enquête et, à partir de 30 ans, moins de 1 % des femmes étaient toujours célibataires : ainsi, le mariage qui demeure le cadre presque exclusif de la procréation, est quasi universel au Tchad. En outre, près de deux femmes mariées sur cinq (39 %) vivent en union polygame. L'âge d'entrée en union est très précoce : à 18 ans, près des trois quarts des femmes (73 %) sont déjà mariées et l'âge médian au premier mariage est de 15,8 ans. Les premiers rapports sexuels se produisent également très tôt (âge médian de 15,5 ans). En outre, aucune tendance ne semble se dessiner dans le sens d'une modification de l'âge d'entrée en union, même si les jeunes générations semblent se marier moins précocement que les générations les plus âgées (16,4 ans parmi les générations de 20-24 ans contre 15,6 ans parmi celles de plus de 40 ans). On constate d'autre part que le calendrier de la primo-nuptialité n'est guère influencé par le milieu de résidence (16,0 en urbain contre 15,8 ans en rural). Le niveau d'instruction, par contre, influe sur l'âge au premier mariage, les femmes sans instruction (15,7 ans) se mariant plus précocement que celles ayant un niveau d'instruction primaire (16,4 ans) et surtout que celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (18,0). Cette précocité des premiers rapports sexuels et du mariage expliquent la précocité de la fécondité.

Les hommes contractent leur première union à un âge plus tardif que celui des femmes, leur âge médian au mariage étant estimé à 22,6 ans. Cet âge médian au premier mariage est plus élevé à N'Djaména et dans les Autres Villes qu'en milieu rural. De même que chez les femmes, un niveau d'instruction élevé retarde l'entrée en union des hommes. De plus, la polygamie est relativement répandue puisqu'elle concerne un quart des hommes mariés.

Le niveau de connaissance contraceptive est extrêmement faible au Tchad : seulement 45 % des femmes et 72 % des hommes ont déclaré connaître une méthode de contraception. Les méthodes modernes

sont mieux connues que les méthodes traditionnelles. En outre, très peu de femmes tchadiennes utilisent une méthode contraceptive (4 %). Les méthodes modernes sont utilisées par 1,2 % des femmes, essentiellement la pilule (0,6 %) et le condom (0,3 %); quant aux méthodes traditionnelles ou populaires, 2,6 % des femmes y ont recours; la continence périodique est la méthode la plus utilisée (2,0). Les niveaux d'utilisation de la contraception varient fortement selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. À N'Djaména, 11,8 % des femmes mariées utilisent la contraception et environ la moitié d'entre elles utilisent une méthode moderne (6,7 %), alors que la prévalence contraceptive n'est que de 2,7 % en milieu rural où les femmes utilisent surtout les méthodes traditionnelles/populaires (2,4 %). De même, 24 % des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus utilisent une méthode de contraception, et surtout une méthode moderne (13 %), alors que la prévalence n'atteint pas 3 % parmi les femmes sans instruction. De même, les hommes vivant à N'Djaména (27,5 %) et ceux qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus (12,6 %) sont ceux qui ont la prévalence contraceptive la plus élevée.

Plus des trois quarts des femmes et des hommes n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir (79 %). Le désir d'enfants est la raison principale avancée par les hommes et les femmes (41 % des femmes et 53 % des hommes) pour ne pas utiliser la contraception dans l'avenir. Les hommes et les femmes tchadiens restent attachés à une descendance nombreuse puisque pour les femmes, le nombre idéal d'enfants est de 8,3; il est de 13,4 enfants pour les hommes.

L'EDST fournit également un ensemble d'informations très importantes sur la santé et l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant. Concernant les soins prénatals et les conditions d'accouchement, on constate que pour 32 % seulement des naissances des cinq dernières années, la mère a reçu des soins prénatals dispensés par du personnel formé; dans 31 % des cas seulement, elle a reçu, au moins, une injection antitétanique pendant la grossesse; l'accouchement n'a eu lieu dans une formation sanitaire que pour 11 % des naissances; un professionnel de la santé a assisté 24 % des accouchements et près d'une naissance sur trois s'est déroulée avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle non formée; en outre, 7 % des femmes ont accouché seule, sans aucune aide. D'autre part, on constate d'énormes différences du point de vue du niveau d'instruction de la mère et surtout du point de vue du milieu de résidence : pour 72 % des naissances, les mères de N'Djaména ont bénéficié de soins prénatals contre 64 % dans les Autres Villes et seulement 23 % en milieu rural. De même, à N'Djaména, 57 % des accouchements ont été assistés par des professionnels de la santé contre 45 % dans les Autres Villes et seulement 16 % en milieu rural.

La vaccination contre les maladies-cible du Programme Élargi de Vaccination (PEV), à savoir la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la polio, la rougeole et la fièvre jaune, est un facteur clé d'amélioration du taux de survie des enfants. D'après l'EDST, parmi les enfants de 12 à 23 mois qui, selon les recommandations de l'OMS, devraient être tous vaccinés contre les maladies-cible du PEV, 39 % seulement sont vaccinés contre la tuberculose, 20 % ont reçu les trois doses de DTCoq, 18 % les trois doses de polio, 23 % seulement sont vaccinés contre la rougeole et 20 % contre la fièvre jaune. Seulement 1 enfant tchadien sur 10 a reçu toutes les vaccinations du PEV et, à l'opposé, plus de deux enfants sur cinq (44 %) n'ont reçu aucune de ces vaccinations. Ces taux de couverture vaccinale déjà très faibles au niveau national, masquent d'importantes disparités selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction des mères: en milieu rural, plus d'un enfant sur deux (51 %) n'a reçu aucune vaccination; cette proportion est de 18 % dans les Autres Villes et de 17 % à N'Djaména. De même, 38 % des enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus sont complètement vaccinés, contre 17 % de ceux dont la mère a un niveau primaire et 8 % seulement de ceux dont la mère est sans instruction.

D'après les déclarations des mères, pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête, 13 % des enfants de moins de 5 ans ont souffert de toux et de respiration courte et rapide, symptômes d'infections respiratoires aiguës; du point de vue de la résidence, les enfants vivant à N'Djaména (16 %) sont sensiblement plus touchés qu'ceux du milieu rural (13 %) et que ceux des Autres Villes (10 %); 32 % des enfants ont

souffert de fièvre qui peut, dans de nombreux cas, être un symptôme du paludisme; comme pour la toux, ce sont les enfants de N'Djaména qui sont les plus touchés; enfin, 22 % des enfants ont eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques et on ne constate pas de différence de prévalence selon les milieux d'habitat. Quelle que soit la maladie, seulement un enfant sur cinq (19 %) a été mené en consultation lorsqu'il était malade. Parmi les enfants ayant eu la diarrhée, un sur trois (33 %) n'a bénéficié d'aucune forme de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), alors que 66 % des femmes ont déclaré connaître les sachets de SRO.

La quasi-totalité des enfants tchadiens nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (98 %) ont été allaités, mais une très faible proportion d'entre eux (24 %) ont été mis au sein dès la naissance. Alors que jusqu'à l'âge de 6 mois, tous les enfants ne devraient recevoir rien d'autre que le sein, dès 0-1 mois, 56 % des nouveau-nés reçoivent de l'eau en plus du lait et 39 % des compléments au lait maternel, ce qui affecte leur état nutritionnel et augmente leur risque de contracter des maladies infectieuses. En moyenne, et quelles que soient les caractéristiques de la mère, les enfants sont allaités pendant environ 21,4 mois.

Deux enfants sur cinq (40 %) sont atteints d'un retard de croissance qui révèle un état de malnutrition chronique, et près de la moitié de ces enfants sont affectés par la forme sévère de cette malnutrition. Un enfant sur sept (14 %) est émacié, c'est-à-dire atteint de malnutrition aiguë. Cette situation nutritionnelle des enfants, déjà très préoccupante au niveau national, est encore plus alarmante au niveau de certaines sous-populations : ainsi, le retard de croissance atteint 42 % des enfants du milieu rural et en ce qui concerne la forme sévère de la malnutrition chronique, il y a environ deux fois plus d'enfants atteints en milieu rural qu'à N'Djaména; la prévalence de l'émaciation est beaucoup plus élevée dans les Autres Villes et en milieu rural qu'à N'Djaména (9 % contre 14 %).

Conséquence d'une situation sanitaire déficiente et d'un mauvais état nutritionnel, la mortalité des enfants tchadiens est l'une des plus élevée au monde. Sur mille enfants qui naissent, 103 décèdent avant le premier anniversaire et, 194 décèdent avant l'âge de 5 ans. Globalement, 1 enfant sur 5 décède entre la naissance et le cinquième anniversaire. Cette très forte mortalité qui semble n'avoir que peu évolué durant les quinze dernières années, ne présente que peu de différence entre les différents milieux de résidence, la mortalité infantile variant de 99 ‰ à N'Djaména et dans les Autres Villes à 113 ‰ en milieu rural; quant à la mortalité juvénile, elle ne présente pratiquement aucune variation (101 ‰ en milieu urbain contre 103 ‰ en milieu rural). En outre, les résultats ont mis en évidence de fortes variations selon les caractéristiques des mères. La probabilité de mourir avant cinq ans des enfants survivants à 1 an est de 104 ‰ quand leur mère n'a aucune instruction contre 93 ‰ lorsqu'il a fréquenté l'école.

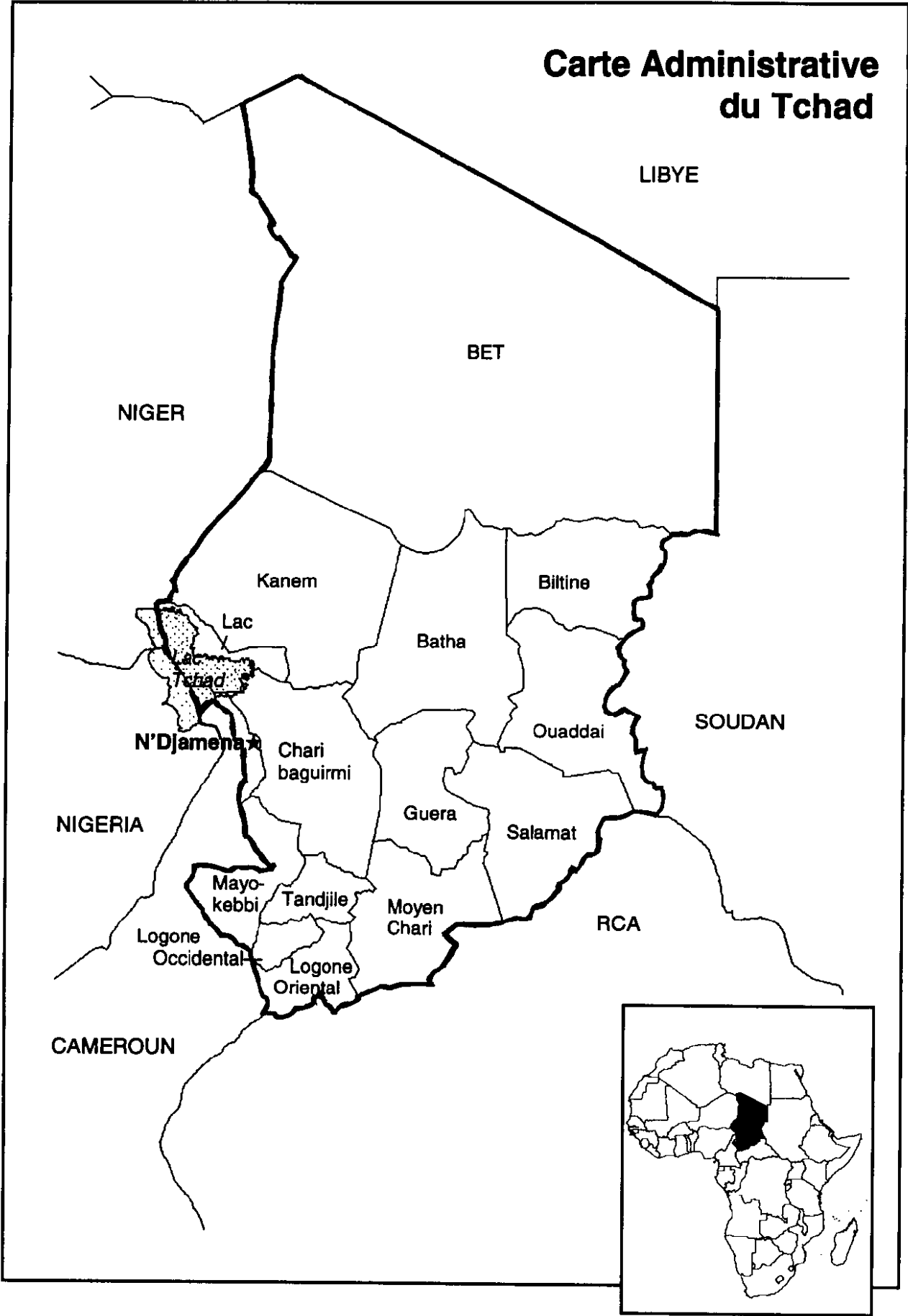
Autre conséquence de cette situation sanitaire déficiente, les femmes courent un risque élevé de décéder par cause maternelle. Pour la période 1991-1997, parmi l'ensemble des décès de femmes en âge de procréation, 2 décès sur 5 (41 %) étaient imputables à des causes maternelles. Pour la même période, on estime que le taux de mortalité maternelle se situait à environ 827 décès maternels pour 100 000 naissances : exprimé différemment, cela signifie qu'une femme court un risque de 1 sur 18 de décéder par cause maternelle durant sa vie féconde.

La majorité des hommes (88 %) ont entendu parler du sida contre 60 % des femmes. Or, un tiers des hommes (30 %) et près d'une femme sur deux (44 %) ne connaissent pas de moyens pour éviter de contracter cette maladie. De plus, seulement 13 % des hommes et 3 % des femmes ont déclaré utiliser le condom pour éviter de contracter le sida ou une autre MST au cours des rapports sexuels qu'ils ont eus dans les 2 mois précédant l'enquête.

Les résultats de l'enquête sur la disponibilité des services communautaires ont mis en évidence non seulement le manque de disponibilité de certaines infrastructures socio-économiques, mais aussi les difficultés d'accès à certains établissements du fait de l'éloignement et des temps de trajet importants. Ainsi, en milieu

rural, la distance médiane qu'il faut parcourir pour atteindre une pharmacie est de 15,7 kilomètres; pour atteindre un hôpital public, la moitié des femmes du milieu rural doivent parcourir 70,5 kilomètres. De même, seulement un quart des Tchadiennes vivent à proximité d'un établissement de santé offrant des services de PF alors que près de la moitié (47 %) en sont très éloignées. En ce qui concerne les établissements de santé offrant des services de santé maternelle et infantile, on constate que 24 % des femmes mettent moins d'une demi-heure pour atteindre ce type d'établissement le plus proche mais que plus de la moitié des femmes (51 %) ont une durée de déplacement de deux heures ou plus pour atteindre ce type de service; en milieu rural, le temps médian de trajet est de trois heures. Par ailleurs, en ce qui concerne les principaux problèmes pour se soigner, le manque d'établissement sanitaire et le manque d'eau sont les deux problèmes qui ont été cités le plus fréquemment, cela quel que soit le milieu de résidence.

Carte Administrative du Tchad



CHAPITRE 1

CONTEXTE GÉNÉRAL DU PAYS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Bandoumal Ouagadjo

1.1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS

1.1.1 Géographie

Le Tchad est situé entre les 7° et 24° degrés de latitude nord et les 13° et 24° degrés de longitude est. Par sa superficie de 1 284 000 km², il occupe le cinquième rang des pays les plus vastes d'Afrique après le Soudan, l'Algérie, le Zaïre et la Libye. Du nord au sud, il s'étend sur 1 700 km et, de l'est à l'ouest, sur 1 000 km.

De par sa position géographique, au sud du Tropique du Cancer et au cœur du continent africain, le Tchad est marqué par une continentalité accentuée dont l'étranglement économique est l'une des conséquences. Il partage des frontières communes avec, au nord, la Libye, à l'est, le Soudan, au sud, la République Centrafricaine et, à l'ouest, le Cameroun, le Nigéria et le Niger. Le pays est dépourvu de toute façade maritime. Le port le plus proche se trouve au Nigéria (Port Harcourt), à 1 700 km de la capitale N'Djaména. Au niveau intérieur, les communications entre les différentes régions du pays sont difficiles, pendant plusieurs mois, à cause des inondations pluviales qui rendent inaccessibles certaines d'entre elles.

Sur le plan climatique, on note trois zones dominantes : la zone saharienne qui s'étend sur environ 780 000 km², avec une pluviométrie très basse de moins de 300 mm par an (23 mm à Faya-Largeau). La zone sahélienne qui couvre une superficie d'environ 374 000 km² est située au sud de la zone précédente. Les pluies ne sont abondantes qu'au sud et durent deux à trois mois (400 à 700 mm par an). La zone soudanienne couvre une superficie d'environ 130 000 km² et est constituée par les deux bassins des fleuves Chari et Logone. Les pluies y dépassent les 700 mm par an et atteignent 1 200 à 1 300 mm à Sarh et Moundou.

1.1.2 Situation politique et administrative

Ancienne colonie française, le Tchad a accédé à l'indépendance le 11 Août 1960. Moins de quatre ans après l'indépendance, son développement a été miné par une succession de crises politico-militaires qui ont eu un effet désastreux sur son potentiel économique et sur la capacité des hommes et des organisations à se motiver pour son développement. De manière générale, la gestion du gouvernement se caractérisait par :

- le gaspillage des ressources publiques en raison, principalement, du poids des dépenses militaires, de l'inadéquation des modes d'allocation et des pratiques avérées de corruption;
- une prédominance de l'État, organisé sur une base fortement centralisée, tandis qu'un rôle négligeable était laissé, d'une part, au secteur privé et, d'autre part, aux organisations de la société civile;

- une absence de possibilité d'expression pour le plus grand nombre, faute d'élections démocratiques, de moyens d'informations libres et de relais permettant à la population de participer à la gestion du développement.

L'actuelle décennie a constitué, de ce point de vue, un tournant important pour le Tchad avec l'amorce du processus démocratique qui a conduit à la conférence nationale souveraine en 1993, à l'adoption d'une nouvelle constitution en 1996, puis à la tenue récente d'élections présidentielles et législatives libres (PNUD, 1997).

Sur le plan administratif, le pays est découpé en : 14 préfectures, 71 sous-préfectures, 23 postes administratifs, 54 communes, 11 sultanats et 446 cantons. La nouvelle constitution prévoit une forte décentralisation en vue de permettre à l'administration de se rapprocher davantage des populations et surtout de permettre la prise en main du développement par les collectivités locales.

1.1.3 Situation économique

Le Tchad est probablement l'un des pays d'Afrique qui dispose du meilleur potentiel pour son développement économique, notamment le potentiel agricole, artisanal, minier et humain. Mais plusieurs problèmes ont entravé la mise en valeur de ces potentialités. Il s'agit de la désertification, des guerres successives, de l'éloignement des ports maritimes, de l'absence d'infrastructures adéquates et de l'inadéquation formation emploi.

Le Tchad est l'un des pays les plus pauvres de la planète dans lequel la lutte contre la pauvreté est prioritaire. En 1993, le niveau du Produit National Brut (PNB) était estimé à 190 dollars par habitant (PNUD, 1994). Sur 1 284 000 km², 15 % sont arables et seulement 10 % environ de ces terres sont actuellement cultivées. L'économie tchadienne est dominée par les activités agro-pastorales qui occupent près de 80 % de la population active. Ce secteur présente cependant une faiblesse énorme en productivité puisqu'il ne contribuait, en 1993, que pour 48 % au Produit Intérieur Brut (PIB). Le secteur secondaire ne contribue que pour 14 % au PIB en raison de la baisse des activités dans ce secteur. Avec 38 %, le secteur tertiaire contribue de manière substantielle au PIB, mais reste cependant très hétérogène et comprend aussi bien les activités dites informelles que celles relevant de l'économie organisée (Division de la population, 1994a).

1.1.4 Situation démographique

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) d'avril 1993, le pays compte 6 279 931 habitants dont 48,4 % de sexe masculin et 51,6 % de sexe féminin. Les nomades sont au nombre de 353 489, soit 5,7 % de la population totale.

La population du Tchad est jeune puisque 48 % de la population a moins de 15 ans, alors que les personnes âgées de plus de 64 ans ne représentent que 3,5 %. D'autre part, cette population est très inégalement répartie sur le territoire national, ce qui a pour conséquence des zones de forte concentration. Environ la moitié de la population (47 %) est concentrée sur seulement 10 % de la superficie totale. La densité moyenne de la population est relativement faible (4,9 habitants/km²) et varie de 0,1 habitants/km² au Borkou-Ennedi-Tibesti (BET) à 52 habitants/km² au Logone Occidental (BCR, 1995a).

D'après le RGPH de 1993, l'Indice Synthétique de Fécondité a été estimé à 5,6 enfants par femme. D'après le même recensement, la mortalité demeure encore à un niveau très élevé puisque la mortalité infantile était estimée à 132 ‰, entraînant une espérance de vie à la naissance de 54,4 ans chez les femmes et de 47 ans chez les hommes en 1993 (tableau 1.1). Avec un taux brut de mortalité estimé à 16 ‰ en 1993

Tableau 1.1 Indicateurs démographiques de base

Indicateurs	Enquête démographique 1964 ¹	RGPH 1993 ²
Population totale	3 254 000	6 279 931
Taux brut de natalité (pour 1 000)	45	41
Indice Synthétique de Fécondité (enfants par femme)	5,1	5,6
Taux brut de mortalité (pour 1 000)	31	16
Taux de mortalité infantile (pour 1 000)	180	132
Espérance de vie à la naissance (en années)	36	50,3

¹ Service de Statistique, 1966

² BCR, 1995a; BCR, 1995b

et un taux de natalité de 41 ‰, le taux d'accroissement naturel atteint 2,5 %, ce qui signifie que la population tchadienne est appelée à doubler tous les 28 ans et devrait atteindre 7 600 000 habitants en l'an 2001.

Avec un taux d'urbanisation de 21,4 %, le Tchad est l'un des pays les moins urbanisés de la sous-région. Le réseau urbain tchadien est composé de 44 villes de moins de 5 000 habitants et de 40 villes de plus de 5 000 habitants. En 1968, seulement 9 villes avaient plus de 10 000 habitants; elles étaient 25 en 1993. Enfin, on remarque que 40 % de la population urbaine est concentrée à N'Djaména.

1.1.5 Situation sanitaire

Le Tchad est l'un des pays dans lequel la situation sanitaire de la population reste très précaire. Le manque d'eau potable et les conditions défavorables d'hygiène sont les principales causes de la morbidité et de la mortalité au sein de la population. Les pathologies dominantes qui constituent les problèmes de santé publique sont : le paludisme, la rougeole, le tétanos, la bilharziose, la méningite, etc. (Ministère des Finances, de l'Économie, du Plan et de l'Aménagement du Territoire, 1997).

Avant le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1993 et l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 1996-1997), l'absence de statistiques fiables ne permettait pas de cerner le contour réel des problèmes de santé au Tchad.

Ces problèmes de santé étaient illustrés par les indicateurs suivants :

- le taux de mortalité infantile (0-1 an) : 132 ‰;
- le taux de mortalité infanto-juvénile (0- 5ans) : 222 ‰;
- l'espérance de vie à la naissance : 50,3 ans;
- le taux de mortalité maternelle : entre 800 et 1000 décès pour 100 000 naissances (Ministère des Finances, de l'Économie, du Plan et de l'Aménagement du Territoire, 1997)

Faisant de la politique sanitaire l'une de ses priorité, dans *Le Plan d'Orientation révisé : Préparer le Tchad aux défis du XXIème Siècle* (Ministère des Finances, de l'Économie, du Plan et de l'Aménagement du Territoire, 1997), le gouvernement a retenu comme objectif global "d'assurer la promotion de la

population pour lui permettre de maîtriser les changements culturels, socio-économiques et technologiques auxquels le pays doit faire face”.

Par cette politique, le gouvernement entend donner aux populations le moyen de vivre dans un environnement sain : eau potable, assainissement, lutte contre les principaux vecteurs des maladies et épidémies, libre choix des couples en matière d'espacement des naissances, nutrition, sécurité alimentaire, etc. (Ministère du Plan et de la Coopération, 1993).

Plus spécifiquement, le Tchad voudrait atteindre les objectifs suivants en l'an 2 000.

- Réduire le taux de mortalité infantile de 180 à 120 ‰¹;
- Améliorer le dépistage des accouchements à risques;
- Augmenter le taux de couverture vaccinale;
- Rendre accessible l'eau salubre à la population;
- Améliorer l'état de santé et l'état nutritionnel des femmes enceintes de façon à réduire les naissances de faible poids;
- Améliorer le suivi de la croissance des enfants de 0 à 5 ans et assurer la prise en charge des enfants atteints de malnutrition;
- Rendre accessible les médicaments à la population;
- Développer les installations sanitaires au niveau des logements et des services publics (écoles, dispensaires).
- Réduire la mortalité et la morbidité pour les maladies suivantes : paludisme, lèpre, tuberculose, onchocercose, trypanosomiase, dracunculose, MST/sida.

1.1.6 Politique de population

Avant l'adoption de la politique de population par la loi N° 025/PR/94 du 22 juillet 1994, le gouvernement tchadien avait déjà perçu les problèmes de population et l'inter relation entre celle-ci et le développement. Ainsi, malgré les graves crises internes et externes qu'il a vécues, le Tchad a été présent à toutes les rencontres régionales et internationales consacrées aux questions de population et il a souscrit à tous les plans et programmes qui en sont issus.

Il s'agit notamment du Plan d'Action Mondial sur la population (Bucarest, 1974), du Programme d'Action de Kilimandjaro concernant la population africaine et le développement autonome (Arusha, 1984), du programme d'action de N'Djaména concernant la population et le développement au Sahel (N'Djaména, 1988), de la Déclaration de Dakar complétant ce programme d'action (Dakar, juillet 1992), de la déclaration de Dakar/NGor (Dakar, décembre 1992), du Programme de Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Le Caire, 1994) et de plusieurs documents officiels, comme le Plan d'Orientation 1990-2000, le rapport de la conférence nationale sur le bien-être familial de 1988, les rapports des tables rondes sectorielles, la charte de la transition et le cahier des charges du gouvernement.

¹ Selon les données de l'EDST, les prévisions du Plan d'Orientation sont largement dépassées (102 ‰, 1996-1997).

La politique de population s'est fixée des objectifs globaux et des objectifs spécifiques (Division de la Population, 1994b).

Objectifs globaux

- promouvoir le bien-être des populations en élevant le niveau de vie de tous et, en particulier, des plus démunis;
- assurer une meilleure adéquation entre les ressources humaines et les possibilités de développement;
- réduire de manière significative la morbidité et la mortalité avec un accent particulier sur la mortalité maternelle, infantile et juvénile;
- réduire le taux de fécondité générale;
- maîtriser la croissance démographique;
- promouvoir une politique d'urbanisation par la structuration des villes secondaires dotées des équipements socio-économiques indispensables;
- mettre en oeuvre une politique d'aménagement du territoire qui permettra une meilleure répartition des populations dans l'espace national.

Objectifs spécifiques

- assurer une meilleure couverture des besoins de base de la population dans les domaines de la santé, de la nutrition, de l'éducation et de l'alimentation;
- augmenter le taux de couverture sanitaire et améliorer l'accessibilité des infrastructures de santé;
- faire passer le taux d'accroissement démographique actuel de 2,5 % à 2 % en l'an 2005;
- renforcer au niveau des populations la compréhension des inter relations population et développement;
- renforcer les capacités de la femme tchadienne à exercer pleinement ses droits;
- promouvoir et assurer les droits et le bien-être des enfants et des jeunes conformément aux recommandations du sommet Mondial sur l'Enfant;
- accroître la participation de la femme au processus de développement;
- revaloriser le statut social de la femme tchadienne;
- renforcer et étendre les activités de santé maternelle et infantile et de bien-être familial (SMI/BEF) à tous les niveaux du système de santé.

1.2 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

1.2.1 Cadre institutionnel

L'Enquête Démographique et de Santé a été exécutée par le Bureau Central du Recensement (BCR), Direction de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (DSEED). L'enquête fait partie du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys-DHS). Elle a été financée par le gouvernement tchadien grâce à ses propres ressources, par un crédit auprès de la Banque Mondiale, par le FNUAP et l'UNICEF.

1.2.2 Objectifs de l'enquête

L'Enquête Démographique et de Santé du Tchad (EDST) vise à atteindre un certain nombre d'objectifs dont les principaux sont :

- recueillir des données à l'échelle nationale et par milieu de résidence permettant de calculer divers indicateurs démographiques, en particulier les taux de fécondité et de mortalité infantile et juvénile;
- mesurer le niveau de mortalité maternelle au niveau national;
- analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les structures du mariage et l'utilisation de la contraception;
- identifier les catégories de femmes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception;
- mesurer les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, selon diverses caractéristiques socio-démographiques des femmes et des hommes;
- analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la mortalité;
- recueillir des données détaillées sur les causes de décès des enfants de moins de cinq ans;
- recueillir des données détaillées sur la santé maternelle et infantile: visite prénatale, assistance à l'accouchement, allaitement, vaccinations, supplémentation en Vitamine A, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans;
- évaluer le niveau d'utilisation de sel iodé;
- déterminer l'état nutritionnel des mères et des enfants de moins de cinq ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille);
- recueillir des données détaillées sur la connaissance, les opinions et attitudes des femmes et des hommes vis-à-vis des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et du Sida.

De plus, l'EDST fournit des informations sur la disponibilité et l'accessibilité des services socio-économiques et sanitaires au niveau des communautés.

L'ensemble des données collectées constitue une base de données qui facilitera le suivi et l'évaluation à long terme des programmes de Santé Maternelle et Infantile et du Bien-Être Familial au Tchad (SMI/BEF).

Enfin, la réalisation de cette enquête contribue au renforcement du cadre institutionnel et au renforcement des compétences des cadres nationaux nécessaires pour entreprendre la collecte et l'analyse de données démographiques, socio-économiques et sanitaires.

1.2.3 Questionnaires

L'Enquête Démographique et de Santé a utilisé 4 types de questionnaires :

- le questionnaire ménage;
- le questionnaire individuel femme;
- le questionnaire individuel homme; et
- le questionnaire communautaire sur la disponibilité des services.

Afin d'atteindre les objectifs de l'enquête, environ 80 expressions et termes relatifs aux parties sensibles des questionnaires (en particulier les questions sur la reproduction, l'activité sexuelle, la contraception et les maladies) ont été traduits en 14 langues parlées au Tchad de façon à ce qu'au cours de l'enquête, les enquêtrices traduisent les questions le plus fidèlement possible. Ces lexiques ont été testés et améliorés au cours de la formation et du pré-test avant leur utilisation pour l'enquête principale.

Questionnaire ménage

Il permet d'établir la liste de tous les membres du ménage et des visiteurs et de collecter à leur sujet un certain nombre d'informations telles que le nom, le lien de parenté avec le chef de ménage, la situation de résidence, le sexe, l'âge, le niveau d'instruction. En outre, par le biais du questionnaire ménage, sont collectées quelques caractéristiques des logements devant servir à évaluer les conditions socio-économiques et environnementales dans lesquelles vivent les femmes et les hommes qui seront enquêtés individuellement. Enfin, la page de garde du questionnaire, comprend des informations relatives à la localisation du ménage (Préfecture, Sous-Préfecture, Canton, Village), au nombre de visites effectuées par l'enquêtrice, au résultat de l'interview ainsi qu'une partie réservée au contrôle de terrain et de bureau.

L'objectif principal de ce questionnaire est de permettre l'identification des femmes éligibles (âgées de 15-49 ans) et, dans un tiers des ménages, celle des hommes éligibles (âgés de 15-59 ans). Le questionnaire ménage fournit également les informations permettant d'établir le dénominateur pour le calcul des taux démographiques.

Questionnaire individuel femme

Le questionnaire individuel femme constitue le document principal de l'EDST. Il a été élaboré sur la base du questionnaire Modèle B du programme DHS (Questionnaire pour les pays à faible prévalence contraceptive). Il comprend une page similaire à celle du questionnaire ménage sur laquelle sont enregistrés les informations d'identification et les résultats des interviews. Les onze sections qui composent le questionnaire femme servent à recueillir des informations sur les différents domaines suivants :

- Caractéristiques socio-démographiques. Cette section porte sur le lieu et la durée de résidence, l'âge et la date de naissance, la scolarisation, l'alphabétisation, la nationalité, la

religion, l'ethnie, l'accès aux média ainsi que sur les caractéristiques des logements des femmes qui sont en visite dans le ménage enquêté.

- **Reproduction.** Cette section permet de collecter des informations sur les naissances vivantes que la femme a eues durant sa vie ainsi que sur leur état de survie au moment de l'enquête, sur l'état de grossesse au moment de l'enquête, les dates des dernières règles et sur la connaissance de la période féconde au cours du cycle menstruel.
- **Contraception.** Cette section porte sur la connaissance, spontanée ou non, des diverses méthodes contraceptives, sur leur utilisation ainsi que sur les diverses sources d'approvisionnement. Des questions concernant les raisons de non utilisation de la contraception figurent également dans cette section.
- **Grossesse et allaitement.** Cette section porte uniquement sur les naissances ayant eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête. Le questionnaire permet d'obtenir des informations sur la période de la grossesse, les soins prénatals y compris la vaccination antitétanique, le lieu d'accouchement et la qualification de la personne ayant assisté la femme pendant l'accouchement, le retour des règles et la reprise des rapports sexuels après la naissance de l'enfant. Concernant l'allaitement, les questions portent sur sa fréquence et sa durée, sur le type d'allaitement (maternel ou artificiel), ainsi que sur l'utilisation des différents compléments nutritionnels.
- **Vaccination et santé.** Cette section porte également sur les naissances ayant eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête. La section porte sur les vaccinations incluses dans le Programme Élargi de Vaccination (PEV), sur la santé des enfants de moins de cinq ans et, plus particulièrement, sur la prévalence et le traitement de la fièvre, de la toux et de la diarrhée.
- **Causes de décès des enfants nés dans les cinq dernières années.** Cette section porte sur les causes de décès d'enfants nés vivants au cours des cinq dernières années. Les questions permettent de déterminer quelles sont les principales maladies responsables de la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le pays.
- **Mariage.** Cette section permet de recueillir des informations sur l'état matrimonial, le régime de mariage (monogamie ou polygamie), l'âge au premier mariage et aux premiers rapports sexuels ainsi que sur l'activité sexuelle.
- **Préférences en matière de fécondité.** Cette section recueille des informations sur le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle entre les naissances et l'attitude concernant la taille de la famille.
- **Caractéristiques du conjoint et activités économiques de la femme.** Dans cette section, les questions posées portent sur les caractéristiques socio-professionnelles du conjoint des femmes en union et sur l'activité professionnelle des femmes.
- **Sida et autres maladies sexuellement transmissibles.** Cette section permet d'obtenir des informations sur la connaissance et la prévalence des maladies sexuellement transmissibles ainsi que sur les modes de transmission et de prévention du sida.

- Mortalité maternelle. Au niveau de cette section, on enregistre des informations sur l'âge et l'état de survie des frères et soeurs de l'enquêtée. Pour les soeurs décédées à l'âge de 12 ans ou plus, des questions supplémentaires permettent de déterminer si le décès est en rapport avec la maternité. Des questions supplémentaires sur le nombre d'enfants de la soeur (décédée ou non) sont aussi posées.
- Taille et poids des mères et des enfants. Cette section est consacrée aux mesures anthropométriques des femmes enquêtées et de leurs enfants âgés de moins de cinq ans.

Questionnaire individuel homme

Le questionnaire homme qui est une forme allégée du questionnaire individuel femme permet de collecter des informations sur la connaissance et l'utilisation de la contraception par les hommes ainsi que sur leurs opinions en matière de fécondité, de taille de la famille et de planification familiale ainsi que sur les MST et le sida.

Questionnaire sur la disponibilité des services

Le questionnaire communautaire a pour objectif de recueillir quelques informations sur les infrastructures socio-économiques (écoles, marchés, services de transport, etc.) et sanitaires (hôpitaux, centres de santé communautaire, etc.) disponibles dans chacune des grappes de l'enquête.

1.2.4 Échantillonnage

L'Enquête Démographique et de Santé au Tchad (EDST) a été réalisée à partir d'un échantillon national de 7 705 femmes de 15 à 49 ans et 2 467 hommes de 15 à 59 ans et basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. Au premier degré, 250 grappes ont été tirées à partir de la liste des Zones de Dénombrement (ZD) établie lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGHP) de 1993, réalisé par le Bureau Central de Recensement (BCR). Toutes les grappes sélectionnées ont fait l'objet d'une cartographie et d'un dénombrement exhaustif des ménages. Au deuxième degré, des ménages ont été tirés à partir de la liste des ménages établie lors de l'opération de dénombrement. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (résidentes habituelles ou visiteuses) qui se trouvaient dans les ménages ont été enquêtées. De plus, dans un ménage sur trois, tous les hommes de 15 à 59 ans (résidents habituels ou visiteurs) ont été enquêtés.

Les principaux domaines d'études retenus sont : la ville de N'Djaména, les Autres Villes et le milieu rural. La taille de l'échantillon ne permet pas d'obtenir des résultats statistiquement représentatifs au niveau de chacune des 14 Préfectures, la ville de N'Djaména étant considérée comme un domaine à part. Pour cela, la taille de l'échantillon aurait dû être, environ, le double de celle retenue.

Compte tenu de la taille variable de chaque strate (N'Djaména, Autres Villes et rural), constituant chacune un domaine d'études, différents taux de sondage ont été appliqués à chaque strate et les résultats ont été pondérés au niveau national. Par contre, l'échantillon est autopondéré au niveau de chaque domaine. Au total, 7 345 ménages ont été sélectionnés pour l'enquête ménage : 6 930 ont été identifiés et parmi ceux-là, 6 840 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 98,7 % (tableau 1.2). En ce qui concerne les femmes de 15-49 ans, sur les 7 705 éligibles pour une enquête individuelle, 7 454 ont pu être enquêtées, soit un taux de réponse de 96,7 %. Ce taux de réponse est satisfaisant puisqu'il est supérieur à celui proposé dans le plan de sondage (95 %). En ce qui concerne les hommes, le taux de réponse de 94,0 % est également supérieur à celui prévu par le plan de sondage (90 %) pour l'enquête homme.

Tableau 1.2 Taille et couverture de l'échantillon

Effectifs des ménages, des femmes et des hommes sélectionnés, identifiés et enquêtés, et taux de réponse selon le milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Enquête	Résidence				Ensemble
	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
Enquête ménage					
Nombre de logements sélectionnés	1 521	1 534	3 055	4 290	7 345
Nombre de ménages identifiés	1 458	1 463	2 921	4 009	6 930
Nombre de ménages enquêtés	1 400	1 456	2 856	3 984	6 840
Taux de réponse des ménages	96,0	99,5	97,8	99,4	98,7
Enquête individuelle femme					
Nombre de femmes éligibles	1 483	1 699	3 182	4 523	7 705
Nombre de femmes enquêtées	1 355	1 658	3 013	4 441	7 454
Taux de réponse des femmes	91,4	97,6	94,7	98,2	96,7
Ménages pour l'enquête homme					
Nombre de logements sélectionnés pour l'enquête homme	495	510	1 005	1 433	2 438
Nombre de ménages identifiés	477	484	961	1 349	2 310
Nombre de ménages enquêtés	456	482	938	1 341	2 279
Taux de réponse des ménages pour l'enquête homme	95,6	99,6	97,6	99,4	98,7
Enquête individuelle homme					
Nombre d'hommes éligibles	615	629	1 244	1 223	2 467
Nombre d'hommes enquêtés	510	614	1 124	1 196	2 320
Taux de réponse des hommes	82,9	97,6	90,4	97,8	94,0

1.2.5 Personnel de l'EDST

Pour assurer la bonne réalisation de l'EDST, une Direction Technique a été mise en place sous la responsabilité du Directeur de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (DSEED). La direction technique a été assurée par le Directeur du Bureau Central de Recensement (BCR), assisté par deux experts nationaux (un démographe et un informaticien) et une équipe technique composée des cadres du BCR. Les experts nationaux et internationaux ont assisté l'équipe technique du BCR pour la conception du plan de sondage et l'adaptation des questionnaires.

Le BCR a fait appel aux linguistes de l'Université de N'Djaména et au personnel de la santé, pour la traduction des expressions et termes relatifs aux points sensibles des questionnaires (en particulier les questions sur la reproduction, l'activité sexuelle, la contraception et les maladies) en 14 langues parlées au Tchad. Ces lexiques ont été testés et améliorés au cours des formations et du pré-test avant leur utilisation pour l'enquête principale.

1.2.6 Déroulement des activités

Cartographie

Les travaux de mise à jour de 250 grappes échantillons ont été réalisés par une équipe de 12 agents cartographes. Ces travaux se sont déroulés d'avril à novembre 1996. Ils consistaient spécifiquement à déterminer avec exactitude les limites des grappes, faire leur croquis, indiquer les positions relatives de chaque structure occupée par les ménages et dresser la liste de ces ménages.

Enquête pilote

Les questionnaires et autres instruments de l'enquête (manuels des enquêteurs, des superviseurs, guides de formation, lexiques en langues nationales, etc.) ont été testés dans le cadre d'une pré-enquête à laquelle ont participé 18 enquêteurs et enquêtrices devenus superviseurs et contrôleuses dans le cadre de l'enquête principale. Cette pré-enquête a duré une semaine et s'est déroulée sur deux zones de la ville de N'Djaména et une zone rurale. Cette opération a permis d'identifier certaines erreurs dans les questionnaires, certaines imprécisions dans les traductions ainsi que des lacunes dans la formation; à partir de ces enseignements, il a été possible de préparer la version finale des questionnaires, des traductions et des instructions de l'enquête.

Formation et collecte

En novembre 1996, a commencé la formation pour l'enquête principale qui a duré quatre semaines. Outre l'équipe technique du BCR, cette formation a vu l'intervention des différents consultants nationaux et internationaux pour présenter au personnel de collecte un panorama complet de l'état sanitaire du pays et leur expliquer l'importance de l'EDST. À l'issue de la formation, huit équipes, chacune composée de trois enquêtrices, d'un enquêteur chargé de l'enquête auprès des hommes, d'une contrôleuse, d'un chauffeur et d'un chef d'équipe, ont visité les grappes sélectionnées pour procéder à la collecte des informations

La collecte des données a commencé en décembre 1996 et a pris fin dans le courant du mois de juillet 1997. Toutes les grappes ont pu être visitées. Trois grappes, habitées par des nomades, avaient pu être dénombrées au cours des opérations de cartographie; cependant, au moment de l'enquête principale, la population de ces grappes s'étant déplacée, aucun questionnaire n'a pu y être rempli.

Traitement des données

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté une semaine après le début de la collecte et a été réalisée par dix opérateurs de saisie répartis en deux groupes. Chacun des deux groupes était assisté d'un contrôleur. La supervision technique a été assurée par les deux informaticiens du BCR.

Tout au long de la saisie, les données ont été éditées par un informaticien et un démographe du BCR. L'édition des données a permis de vérifier la cohérence interne des réponses. La vérification finale a été réalisée par un informaticien et un démographe de Macro International.

Analyse

Les travaux d'analyse ont été réalisés en collaboration avec Macro International. Sur les douze chapitres que comporte le rapport final, huit ont été analysés par les cadres nationaux et cinq par les experts de Macro. Un séminaire d'harmonisation d'une durée de sept jours a été organisé au Tchad avant la finalisation du rapport final. Le séminaire a regroupé d'une part les auteurs des différents chapitres (à

l'exception des experts de Macro) et, d'autre part, les techniciens du Ministère de la Santé Publique. Ce séminaire a permis aux participants de faire des observations sur les différents chapitres afin de préparer leur version finale. La version finale des rapports (rapport principal et rapport de synthèse) a été réalisée au siège de Macro International par deux cadres du BCR et par deux experts de cette institution.

CHAPITRE 2

CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES ET DES ENQUÊTÉS

KosteIngar Nodjimadji

Le questionnaire ménage de l'EDST a permis de recueillir des informations sur les caractéristiques des ménages et des logements et d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour l'interview individuelle. Ce chapitre traite des principales caractéristiques des ménages recensés, de la population qui la compose et des caractéristiques des personnes enquêtées.

2.1 ENQUÊTE MÉNAGE

2.1.1 Structure par sexe et âge de la population

Le tableau 2.1 donne la répartition par sexe et par âge de la population des ménages enquêtés. Dans les 6 840 ménages enquêtés avec succès, 35 400 personnes résidentes de fait¹ ont été dénombrées. Les femmes (18 565, soit 52 %) sont plus nombreuses que les hommes (16 815, soit 48 %), soit un rapport de masculinité de 91 hommes pour 100 femmes. Cette sous-représentation des hommes dans la population tchadienne avait déjà été notée lors du RGPH de 1993. La répartition de la population selon le milieu de résidence indique que la population tchadienne est essentiellement rurale : 76 % des personnes recensées vivent en milieu rural contre 24 % en milieu urbain. Par ailleurs, le rapport de masculinité est de 104 hommes pour 100 femmes en milieu urbain contre 87 pour 100 en milieu rural. Ce déséquilibre est certainement dû à l'importante migration masculine du milieu rural vers les centres urbains.

La pyramide des âges de la population présente une allure régulière caractéristique des pays à forte fécondité et forte mortalité : une base large qui se rétrécit rapidement avec l'âge (graphique 2.1). On peut noter également un léger déséquilibre entre les sexes, notamment chez les adultes de 15 à 49 ans, au détriment des hommes qui sont relativement moins nombreux que les femmes de la même tranche d'âges.

La structure de la population par grands groupes d'âges (tableau 2.2) révèle une extrême jeunesse de la population du Tchad dont la moitié est âgée de moins de 15 ans. Les personnes âgées de 15-64 ans représentent 47 % et celles de 65 et plus ne représentent que 3 %. Du fait de cette structure très jeune, le rapport de dépendance² est très élevé puisqu'il atteint 115 dépendants économiques pour 100 actifs. Si l'on compare³ la population de l'enquête avec celle du RGPH de 1993, on s'aperçoit que les deux structures sont très voisines, ce qui dénote la bonne représentation de l'échantillon de l'enquête EDS.

¹ Il s'agit des personnes qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage sélectionné, qu'ils soient membre du ménage ou non.

² Le rapport de dépendance économique est le rapport de la population en âge d'inactivité (0-14 ans et 65 ans et plus) sur la population d'âge actif (15-64 ans).

³ C'est la population de droit qui a été retenue pour cette comparaison avec les données du recensement.

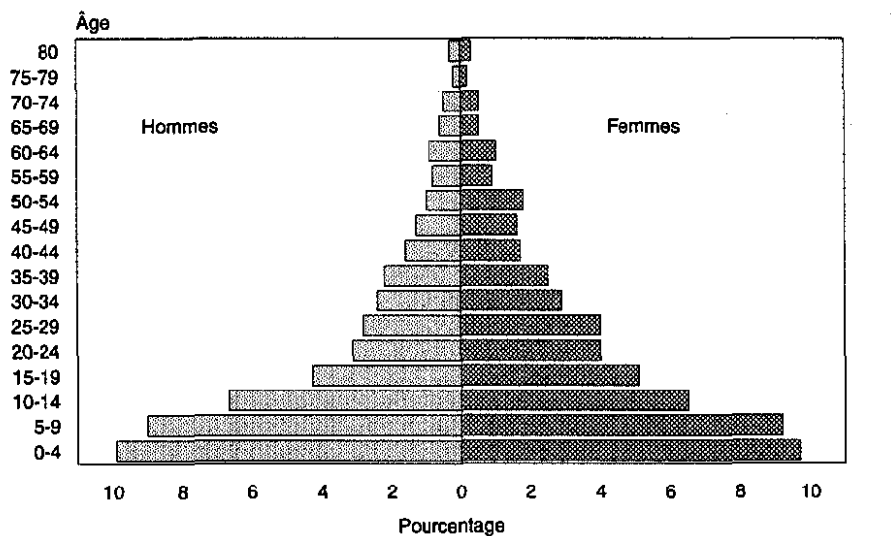
Tableau 2.1 Population des ménages par âge et sexe

Répartition (en %) de la population (de fait) des ménages par groupe d'âges quinquennal, selon le milieu de résidence et le sexe, EDS Tchad 1996-97

Groupe d'âges	Urbain			Rural			Total		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble ¹
0-4	17,4	18,0	17,7	21,9	18,6	20,1	20,8	18,5	19,6
5-9	16,5	16,6	16,6	19,8	17,8	18,8	19,0	17,6	18,2
10-14	13,2	12,7	13,0	14,5	12,3	13,3	14,2	12,4	13,3
15-19	10,5	10,2	10,3	8,5	9,6	9,0	9,0	9,7	9,3
20-24	9,1	8,6	8,8	5,7	7,5	6,7	6,6	7,7	7,2
25-29	7,9	8,0	7,9	5,1	7,5	6,4	5,8	7,6	6,8
30-34	6,4	6,0	6,2	4,5	5,4	5,0	5,0	5,5	5,3
35-39	5,0	4,9	5,0	4,5	4,8	4,7	4,7	4,8	4,7
40-44	4,1	3,5	3,8	3,0	3,2	3,1	3,3	3,3	3,3
45-49	3,0	2,6	2,8	2,6	3,2	2,9	2,7	3,1	2,9
50-54	1,9	3,2	2,5	2,2	3,4	2,9	2,1	3,4	2,8
55-59	1,3	1,5	1,4	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7
60-64	1,3	1,6	1,5	2,1	2,1	2,1	1,9	1,9	1,9
65-69	0,9	1,0	1,0	1,3	0,9	1,1	1,2	0,9	1,0
70-74	0,8	0,8	0,8	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0	1,1
75-79	0,2	0,2	0,2	0,5	0,4	0,4	0,5	0,3	0,4
80 ou plus	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Non déterminé/NSP	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Rapport de masculinité	-	-	103,7	-	-	86,9	-	-	90,6
Effectif	4 239	4 088	8 333	12 576	14 476	27 067	16 815	18 565	35 400

¹ L'effectif total comprend 20 cas pour lesquels le sexe est "non déclaré."

**Graphique 2.1
Pyramide des âges de la population**



EDST 1996-97

Tableau 2.2 Population (de droit) par âge selon différentes sources

Répartition (en %) de la population par âge d'après le RGPH 1993 et l'EDST 1996-97

Groupe d'âges	RGPH ¹ 1993	EDST 1996-97
<15 ans	48,1	50,3
15-64	48,5	46,6
65 ou plus	3,4	3,1
Total	100,0	100,0

¹ Source : BCR, 1995a

2.1.2 Taille et composition des ménages

Les données du tableau 2.3 indiquent qu'au Tchad, près de quatre ménages sur cinq (78 %) sont dirigés par des hommes et un cinquième environ (22 %) ont à leur tête des femmes. Cette très forte proportion de ménages ayant à leur tête des femmes s'explique, en grande partie, par la définition du chef de ménage qui se réfère au statut de résidence : un homme polygame est recensé comme chef du ménage dans lequel il a passé la nuit avant l'enquête. Les autres femmes sont donc considérées comme chef de ménage. De plus, les femmes chefs de ménage sont légèrement plus nombreuses en milieu urbain (24 %) qu'en milieu rural (22 %). À N'Djaména, la proportion des chefs de ménages femmes (20 %) est plus faible que partout ailleurs.

La répartition des ménages selon leur taille fait apparaître qu'un ménage sur dix est composé d'une seule personne et plus de la moitié (51 %) comptent de 2 à 5 personnes. Les ménages de grande taille (six personnes et plus) représentent 39 % et, parmi ceux-ci, près de la moitié (14 %) sont composés de 9 personnes ou plus. Ces ménages de très grande taille sont plus fréquents dans les Autres Villes (17 %) qu'en milieu rural (14 %). En moyenne, il y a 5,3 personnes par ménage et cet indice varie de 5,1 personnes par ménage pour la ville de N'Djaména à 5,5 personnes dans les Autres Villes.

Le tableau 2.3 fournit également la proportion de ménages comptant un ou plusieurs enfants de moins de 15 ans dont les parents biologiques ne vivent pas dans le ménage, soit parce qu'ils sont décédés, soit parce qu'ils vivent ailleurs. Un peu plus d'un ménage sur six (18 %) compte ainsi comme membre un ou plusieurs enfants qui ne vivent pas avec leurs parents; en outre, on constate que cette proportion est légèrement plus importante en milieu urbain (20 %) qu'en milieu rural (18 %).

Tableau 2.3 Composition des ménages

Répartition (en %) des ménages par sexe du chef de ménage, taille du ménage, et pourcentage de ménages comprenant des enfants sans leurs parents, selon le milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Chef de ménage					
Homme	80,1	73,4	76,3	78,5	78,0
Femme	19,9	26,6	23,7	21,5	22,0
Nombre de membres habituels					
1	14,8	11,4	12,9	8,6	9,6
2	13,6	11,1	12,2	11,4	11,6
3	13,6	12,7	13,1	12,4	12,6
4	10,4	12,0	11,3	14,2	13,5
5	10,2	12,2	11,3	14,0	13,4
6	9,5	10,3	10,0	10,6	10,5
7	8,2	7,2	7,6	9,0	8,7
8	5,1	6,0	5,6	5,9	5,9
9 ou plus	14,6	17,1	16,0	13,8	14,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Taille moyenne	5,1	5,5	5,3	5,3	5,3
Pourcentage de ménages avec des enfants sans leurs parents	18,7	21,6	20,3	17,6	18,3

Le tableau 2.4 donne la répartition des ménages comptant un ou plusieurs enfants de moins de 15 ans selon l'état de survie des parents biologiques et leur résidence. À la lecture de ce tableau, il apparaît qu'au Tchad, 71 % des enfants vivent avec leurs deux parents biologiques et cette proportion varie de 82 % chez les enfants de 0-2 ans à 62 % chez les enfants de 10-14 ans (Graphique 2.2).

En milieu urbain, 64 % des enfants de moins de 15 ans vivaient, au moment de l'enquête, avec leurs deux parents biologiques contre 73 % en milieu rural. S'agissant des enfants vivant avec un seul des parents (18 %), on constate que 13 % vivent avec leur mère, que le père soit en vie ou non, et 5 % vivent avec leur père, que la mère soit vivante ou décédée. Au total, un enfant de moins de 15 ans sur dix (10 %) ne vit ni avec son père ni avec sa mère. Par ailleurs, la proportion des enfants ne vivant avec aucun de leurs parents directs augmente très fortement avec l'âge : 2 % des enfants de 0-2 ans contre 16 % des enfants de 10-14 ans.

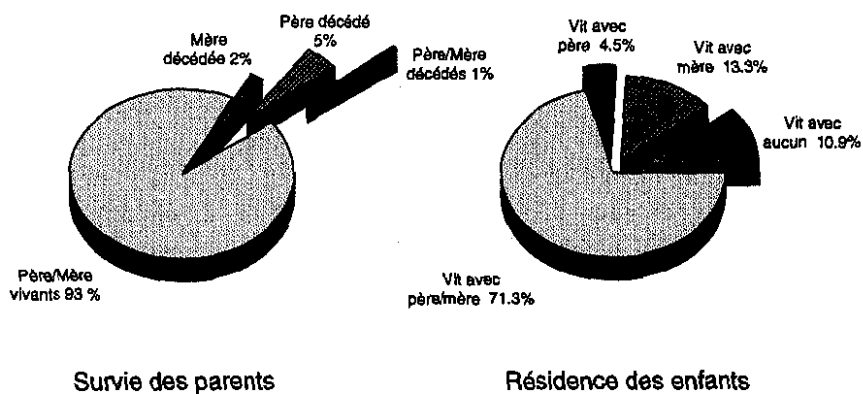
Ces proportions importantes d'enfants vivant sans leurs parents s'expliquent, en partie, par le décès des parents : au niveau national, 0,5 % des enfants sont orphelins de mère et de père, 2 % n'ont plus leur mère, 4 % n'ont plus leur père et, globalement, près de 6 % des enfants tchadiens de moins de 15 ans sont orphelins d'au moins un des deux parents. Comme il fallait s'y attendre, ces proportions augmentent avec l'âge de l'enfant : 2 % des enfants de 0-2 ans ont, au moins, l'un des deux parents décédé, contre 8 % des enfants de 10-14 ans. Par ailleurs, les proportions d'enfants orphelins de père et/ou de mère sont légèrement plus élevées en milieu urbain qu'en milieu rural (6 % contre 5 %).

Tableau 2.4 Enfants orphelins et résidence des enfants avec les parents

Répartition (en %) de la population (de droit) des enfants de moins de quinze ans, par état de survie des parents et résidence avec les parents, selon l'âge, le sexe et le milieu de résidence de l'enfant, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Vivant avec les 2 parents	Vivant avec la mère		Vivant avec le père		Vivant avec aucun				ND	Total	Effectif	
		Père en vie	Père décédé	Mère en vie	Mère décédée	Les 2 en vie	Père en vie	Mère en vie	Les 2 décédés				
Âge													
0-2	81,5	14,0	1,4	0,9	0,2	1,1	0,1	0,2	0,1	0,5	100,0	4 070	
3-5	76,3	10,5	2,4	2,7	0,8	5,1	0,4	0,9	0,3	0,5	100,0	4 153	
6-9	68,5	8,5	3,5	4,2	1,4	9,0	1,2	2,0	0,7	0,9	100,0	5 342	
10-14	61,5	8,1	5,0	5,0	2,0	11,0	1,3	3,2	0,9	2,1	100,0	4 778	
Sexe													
Masculin	71,6	9,4	3,0	3,9	1,3	6,5	0,8	1,9	0,6	0,9	100,0	9 181	
Féminin	71,1	10,8	3,3	2,7	1,0	7,2	0,7	1,5	0,4	1,2	100,0	9 146	
Milieu de résidence													
N'Djaména	67,1	10,7	4,1	4,1	1,2	8,5	0,6	1,5	1,0	1,2	100,0	1 561	
Autres villes	61,3	15,6	4,3	4,2	0,7	10,0	0,8	1,5	0,7	0,8	100,0	2 406	
Ensemble urbain	63,6	13,7	4,3	4,2	0,9	9,4	0,7	1,5	0,8	1,0	100,0	3 967	
Rural	73,4	9,1	2,9	3,1	1,2	6,2	0,8	1,7	0,4	1,0	100,0	14 375	
Ensemble	71,3	10,1	3,2	3,3	1,2	6,9	0,8	1,7	0,5	1,0	100,0	18 342	

Graphique 2.2
Survie des parents des enfants de moins de 15 ans
et résidence des enfants avec les parents



EDST 1996-97

2.1.3 Niveau d'instruction de la population

Des données sur le niveau d'instruction atteint et sur la dernière classe achevée pour chaque membre du ménage âgé de 6 ans et plus ont été collectées dans le cadre de l'enquête ménage. À l'EDST, on a distingué 3 niveaux d'instruction : le primaire, le secondaire et le supérieur. En outre, dans les résultats, les écoles professionnelles du niveau secondaire ou supérieur ont été assimilées au niveau correspondant. Au Tchad, l'âge d'entrée dans le système scolaire est fixé à 6 ans. Les tableaux 2.5.1 et 2.5.2 donnent, pour chaque sexe et par âge, la répartition des membres des ménages selon le niveau d'instruction atteint.

Caractéristique	Niveau d'instruction				ND	Total	Effectif
	Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieur			
Groupe d'âges							
6-9	76,0	22,6	0,0	0,0	1,4	100,0	2 685
10-14	64,5	34,2	0,7	0,0	0,6	100,0	2 297
15-19	66,7	28,5	4,7	0,0	0,1	100,0	1 798
20-24	72,5	20,9	6,1	0,1	0,4	100,0	1 431
25-29	78,0	17,9	3,7	0,1	0,4	100,0	1 413
30-34	83,1	13,2	3,1	0,3	0,3	100,0	1 021
35-39	82,3	14,8	2,1	0,3	0,5	100,0	896
40-44	89,4	9,0	0,9	0,1	0,5	100,0	608
45-49	94,6	3,8	0,6	0,1	1,0	100,0	575
50-54	97,2	1,9	0,3	0,0	0,6	100,0	629
55-59	98,0	0,7	0,2	0,0	1,1	100,0	315
60-64	97,0	0,3	0,0	0,0	2,7	100,0	362
65 ou plus	97,5	0,5	0,0	0,2	1,7	100,0	522
Milieu de résidence							
N'Djaména	53,1	33,5	12,5	0,6	0,3	100,0	1 283
Autres villes	61,1	32,8	5,0	0,1	1,0	100,0	1 963
Ensemble urbain	57,9	33,1	8,0	0,3	0,7	100,0	3 247
Rural	83,4	15,4	0,4	0,0	0,8	100,0	11 307
Ensemble ¹	77,7	19,4	2,1	0,1	0,7	100,0	14 553

¹ Y compris les "non-déterminés"

La grande majorité de la population tchadienne est sans instruction et les différences entre sexes sont très marquées. En effet, 56 % des hommes et 78 % des femmes n'ont reçu aucune instruction. Concernant les personnes instruites, un homme sur trois (34 %) et une femme sur cinq (19 %) ont reçu une instruction primaire tandis que 9 % des hommes et seulement 2 % des femmes ont atteint le niveau secondaire ou plus.

En observant le niveau d'instruction selon l'âge, on constate tout d'abord que la proportion des personnes sans instruction augmente avec l'âge. En effet, 37 % des jeunes hommes de 15-19 ans sont sans instruction contre la quasi-totalité (96 %) de ceux de 65 ans et plus. Chez les femmes, c'est à 10-14 ans que l'on constate la proportion la plus faible de femmes n'ayant aucune instruction (65 %); à 65 ans et plus, cette proportion est de 98 %. Ces variations par âge traduisent en fait une amélioration de la scolarisation des générations les plus anciennes aux plus récentes. Par contre, chez les hommes, on constate que la proportion de sans instruction est plus importante à 6-9 ans (66 %) et à 10-14 ans (45 %) qu'à 15-19 ans (37 %). Chez

Tableau 2.5.2 Niveau d'instruction de la population des hommes

Répartition (en %) de la population masculine (de fait) des ménages, âgée de six ans et plus, par niveau d'instruction atteint selon l'âge et le milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Niveau d'instruction				ND	Total	Effectif
	Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieur			
Groupe d'âges							
6-9	65,7	33,0	0,0	0,0	1,3	100,0	2 572
10-14	45,4	52,9	1,5	0,0	0,3	100,0	2 388
15-19	37,4	47,0	15,1	0,0	0,5	100,0	1 509
20-24	38,8	33,2	26,7	0,5	0,9	100,0	1 106
25-29	48,4	30,3	18,7	2,1	0,6	100,0	976
30-34	54,7	26,4	16,2	1,9	0,8	100,0	842
35-39	57,3	27,6	11,8	2,3	0,9	100,0	783
40-44	62,8	23,9	9,9	2,8	0,6	100,0	556
45-49	64,5	26,3	7,2	0,8	1,2	100,0	449
50-54	78,6	16,1	4,3	0,7	0,2	100,0	358
55-59	82,8	15,7	1,2	0,0	0,4	100,0	284
60-64	91,8	6,1	0,7	0,2	1,2	100,0	317
65 ou plus	95,7	3,4	0,4	0,1	0,5	100,0	561
Milieu de résidence							
N'Djaména	36,1	32,8	25,8	4,1	1,1	100,0	1 493
Autres villes	42,3	37,3	18,8	0,8	0,7	100,0	1 883
Ensemble urbain	39,6	35,3	21,9	2,3	0,9	100,0	3 376
Rural	62,1	33,5	3,6	0,1	0,7	100,0	9 330
Ensemble ¹	56,1	33,9	8,5	0,7	0,8	100,0	12 706

¹ Y compris les "non-déterminés"

les femmes, la proportion de sans instruction est plus élevée à 6-9 ans (76 %) qu'à 10-14 ans (65 %). On doit voir ici, entre autres, non seulement l'effet du retard d'âge d'entrée à l'école, mais aussi une conséquence de l'attitude des parents face à la scolarisation des enfants, surtout celle des filles. Le manque d'infrastructures scolaires limitant l'accès à l'éducation de base explique aussi ce retard de l'âge d'entrée à l'école.

La population urbaine est beaucoup plus favorisée du point de vue de l'instruction puisque 60 % des hommes sont instruits contre seulement 38 % en milieu rural. Chez les femmes, ces proportions sont, respectivement, de 42 % et de 17 %.

Le taux de fréquentation scolaire, qui est mesuré par le rapport du nombre de personnes d'un groupe d'âges donné fréquentant actuellement un établissement scolaire à la population totale de ce groupe d'âges, donne une indication de l'accès actuel de la population à la scolarisation. Les questions relatives à la fréquentation scolaire ont été posées à toutes les personnes âgées de 6 à 29 ans. Ces taux par sexe et par milieu de résidence selon les groupes d'âges figurent au tableau 2.6 et sont représentés au graphique 2.3. Au niveau national, le taux de fréquentation est de 36 % chez les enfants de 6-10 ans et atteint son maximum à 11-15 ans (49 %), âges qui correspondent à la fois aux niveaux primaire et secondaire. À 16-20 ans, âges correspondant, en principe, au niveau secondaire, ce taux tombe à 27 %; à 21-24 ans, 15 % fréquentent actuellement l'école et, à 25-29 ans, cette proportion est de seulement 7 %.

Le niveau de scolarisation est plus élevé dans les centres urbains que dans les campagnes et l'écart s'accroît avec l'âge. En effet, à 6-15 ans, le taux de fréquentation scolaire est de 63 % en milieu urbain contre 35 % en milieu rural. Entre 16 et 20 ans, les jeunes des centres urbains sont deux fois plus scolarisés

Tableau 2.6 Taux de scolarisation

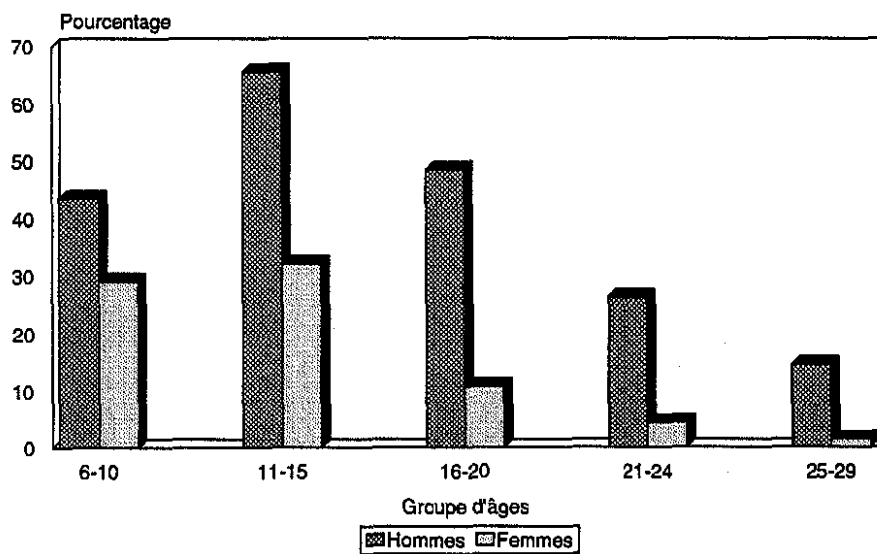
Proportion de la population (de fait) des ménages, âgée de 6 à 29 ans, fréquentant un établissement scolaire, par âge, selon le sexe et le milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Groupe d'âges	Hommes			Femmes			Ensemble		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
6-10	64,9	37,5	43,5	53,6	22,4	29,1	59,2	29,7	36,1
11-15	80,0	60,7	65,4	57,1	24,4	32,0	69,1	42,8	49,1
6-15	71,3	46,6	52,2	55,0	23,1	30,2	63,3	34,7	41,1
16-20	62,3	41,9	48,4	27,0	6,0	10,8	45,3	20,5	27,2
21-24	45,2	16,2	26,3	12,6	1,6	4,5	29,9	7,8	14,5
25-29	24,3	9,6	14,6	2,9	1,1	1,5	13,8	4,3	6,9

que ceux des zones rurales (45 % contre 21 %); à 21-24 ans, ces taux sont respectivement de 30 % contre 8 %. Ces grands écarts de scolarisation selon l'âge et selon le milieu de résidence s'expliquent d'une part, par une plus grande facilité d'accès à l'école des enfants du milieu urbain par rapport à ceux du milieu rural et, d'autre part, par une différence de comportement des parents de ces deux milieux .

Le niveau de scolarisation selon le sexe présente également de très fortes disparités. En effet, le taux de fréquentation scolaire des garçons est de 52 % pour le groupe d'âges 6-15 ans contre seulement 30 % chez les filles. Cet écart se creuse au fur et à mesure que l'âge et le niveau d'études augmentent : à 16-20 ans, 48 % des garçons sont scolarisés contre seulement 11 % des filles; à 21-24 ans, ce taux atteint 26 % chez les garçons contre seulement 5 % chez les filles. Entre 25 et 29 ans, seulement 2 % des filles fréquentent encore l'école.

**Graphique 2.3
Taux de scolarisation**



EDST 1996-97

2.1.4 Caractéristiques des logements et des biens possédés par le ménage

Lors de l'enquête ménage, des informations sur les caractéristiques des logements (utilisation de l'électricité, approvisionnement en eau, type de toilettes, matériau du plancher, etc.) et sur la possession de certains biens ont été recueillies en vue de mesurer le niveau socio-économique et le niveau de confort du ménage.

L'examen du tableau 2.7, illustré par le graphique 2.4, permet de constater qu'au Tchad, l'électricité est très peu répandue dans les logements puisque seulement 2 % des ménages en disposent. Sa possession reste aussi un privilège des citadins (9 %), et en particulier des habitants de N'Djaména (17 %, contre seulement 4 % dans les Autres Villes). En milieu rural, seulement 0,1 % des logements disposent de l'électricité.

Concernant l'eau utilisée pour la consommation, 42 % des ménages tchadiens s'approvisionnent à des puits traditionnels publics, 17 % consomment l'eau des puits publics modernes (forages) et 11 % utilisent l'eau des puits traditionnels dans les cours. Bien que l'eau de surface (fleuve, rivière, mare, etc.) soit impropre à la consommation, 12 % des ménages en consomment. Si seulement l'eau provenant des puits modernes et des robinets est considérée comme propre à la consommation, alors moins d'un tiers des ménages (27 %) a accès à l'eau potable. La source d'approvisionnement en eau de consommation varie fortement selon le milieu de résidence. En milieu urbain, les ménages s'approvisionnent le plus souvent auprès des revendeurs d'eau (32 %) suivi du puits traditionnel privé (24 %). Par contre, plus de la moitié des ménages ruraux (51 %) s'approvisionnent à des puits traditionnels publics, 21 % à des puits modernes publics et 15 % consomment de l'eau de surface.

Près de deux tiers des ménages (60 %) mettent plus de 15 minutes pour s'approvisionner en eau et le temps médian est de 20,4 minutes. Ce temps médian varie fortement selon le milieu de résidence : il est inférieur à une minute pour les ménages urbains contre une demi-heure pour les ménages ruraux.

La grande majorité des ménages tchadiens (73 %) ne disposent pas de toilettes, 20 % utilisent des installations sanitaires très sommaires; les ménages utilisant une fosse améliorée ne représentent que 7 %. Les différences entre milieux de résidence sont très marquées : les ménages urbains utilisent généralement les latrines rudimentaires (50 %) ou améliorées (27 %) tandis que 89 % des ménages ruraux ne disposent pas de toilettes. Les toilettes modernes avec chasse d'eau sont extrêmement rares au niveau national et seulement 2 % des ménages de N'Djaména en disposent.

La plupart des logements ont un sol en terre battue (96 %) et seulement 4 % ont un sol en ciment/carreau. Selon le milieu de résidence, 15 % des logements urbains ont un sol en ciment ou carreau et la quasi-totalité (99,7 %) des sols des logements ruraux sont en terre battue.

S'agissant du toit, 70 % des logements sont recouverts de paille, 16 % de banco et 14 % sont en tôle. La différence selon le milieu de résidence fait apparaître que les logements dont la toiture est en tôle sont beaucoup plus fréquents en milieu urbain (50 %) qu'en milieu rural (2 %) où l'on note une prépondérance des logements dont la toiture est en paille (85 %). À N'Djaména, les logements dont la toiture est en tôle sont les plus répandus (72 %) suivi du banco (26 %).

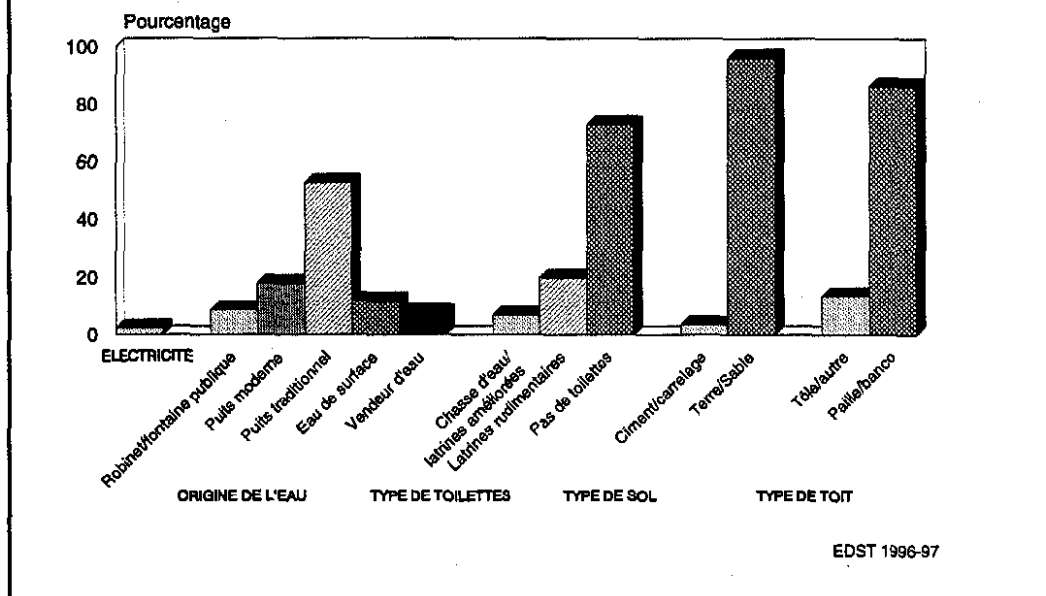
Concernant le type de mur, il apparaît au tableau 2.7 que la plupart des logements ont les murs, soit en banco (67 %), soit en paille (29 %). Les logements de type moderne dont les murs sont en dur (1 %) ou en semi-dur (2 %) sont très faiblement représentés. L'analyse des données sur les matériaux utilisés pour la construction des logements met en évidence la précarité des conditions de logement au Tchad.

Tableau 2.7 Caractéristiques des logements

Répartition (en %) des ménages, par caractéristiques des logements, selon le milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique des logements	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Électricité					
Non	82,8	96,4	90,6	99,8	97,7
Oui	17,2	3,5	9,4	0,1	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Approvisionnement en eau à boire					
Robinet dans logement/cour	21,0	4,5	11,6	0,2	2,8
Fontaine publique	8,4	14,2	11,7	4,2	5,9
Puits traditionnel dans cour	26,8	21,7	23,9	7,6	11,4
Puits moderne dans cour	0,9	2,1	1,6	0,5	0,8
Puits traditionnel public	3,7	17,7	11,7	50,6	41,5
Puits moderne public/forage	0,4	9,6	5,6	20,8	17,2
Rivière/fleuve/lac/marigot	0,0	3,3	1,9	14,7	11,7
Eau de pluie	0,0	0,0	0,0	0,7	0,5
Vendeur d'eau	38,6	26,2	31,5	0,5	7,7
Autres/ND	0,3	0,6	0,5	0,3	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Temps nécessaire pour s'approvisionner en eau					
Moins de 15 minutes (en %)	95,9	71,6	82,0	26,7	39,6
Temps médian (en minutes)	0,6	0,9	0,7	30,1	20,4
Type de toilettes					
Chasse d'eau	2,1	0,2	1,0	0,0	0,2
Fosses/latrines rudimentaires	52,5	48,9	50,4	10,6	19,9
Fosses/latrines améliorées	42,4	16,0	27,3	0,6	6,8
Pas de toilettes/nature	3,1	34,6	21,1	88,5	72,8
Autre/ND	0,0	0,3	0,2	0,3	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Type de sol					
Terre/sable	79,1	90,1	85,4	99,7	96,4
Ciment/carreau/Autre	20,9	9,9	14,6	0,3	3,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Type de toit					
Paille	2,4	35,6	21,4	85,0	70,2
Banco	25,6	29,7	27,9	12,7	16,3
Tôle	71,5	34,4	50,3	2,3	13,5
Béton/Autre/ND	0,4	0,3	0,3	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Type de mur					
Paille	1,1	7,9	5,0	36,5	29,1
Banco	80,9	80,8	80,8	62,1	66,5
Semi-dur	9,6	8,7	9,1	0,4	2,4
Dur	8,1	2,5	4,9	0,1	1,2
Autre/ND	0,1	0,2	0,2	1,0	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de personnes par pièce utilisée pour dormir					
<3	53,4	52,0	52,6	50,2	50,8
3-4	30,5	32,7	31,8	33,3	32,9
5-6	10,9	11,0	11,0	11,8	11,6
7 ou plus	4,1	3,8	4,0	4,3	4,2
ND	1,1	0,5	0,7	0,4	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moyenne	2,9	3,0	2,9	3,0	3,0
Effectif de ménages	683	911	1 594	5 246	6 840

Graphique 2.4
Caractéristiques des logements



La connaissance du nombre de personnes qui dorment dans une même pièce fournit une indication sur le degré d'entassement, lequel est lié à la situation socio-économique du ménage. En effet, plus le ménage est pauvre, moins il dispose d'espace pour vivre et le risque de contagion ou de contamination des personnes est important dans un ménage où les membres sont très entassés. Le tableau 2.7 montre que dans 51 % des cas, une ou deux personnes dorment dans une même pièce et, dans 33 % des cas, ce sont trois ou quatre personnes qui dorment dans une même pièce. De plus, dans 12 % des ménages, on constate que cinq ou six personnes partagent la même pièce et que, dans 4 % des cas, sept personnes ou plus dorment dans une même pièce. En moyenne, 3,0 personnes dorment dans une même pièce et cet indicateur est le même quel que soit le milieu de résidence.

2.1.5 Consommation du sel iodé par les ménages

Il est établi que, chez l'enfant, la carence en iode peut provoquer des troubles pouvant retarder son développement mental et affecter sa croissance. Chez l'adulte, cette carence peut, entre autre, favoriser l'apparition du goitre. On a d'abord demandé au ménage quel type de sel il consommait. Par ailleurs, lorsque le sel était disponible, l'enquêteur procédait à un test pour vérifier si ce sel était ou non iodé.

Le tableau 2.8 donne la répartition des ménages par type de sel utilisé pour la cuisine. La grande majorité des ménages tchadiens consomme du sel en vrac importé : 95 % au niveau national, 94 % en milieu urbain et 95 % en milieu rural.

Parmi les ménages qui disposaient de sel au moment de l'interview, les résultats du test indiquent que, pour plus de la moitié (55 %), le sel était iodé. C'est dans les Autres Villes que la proportion de sel iodé est la plus faible (46 %). À N'Djaména, près de huit ménages sur dix (78 %) disposent de sel iodé tandis qu'en milieu rural, cette proportion n'est que de 54 %.

Tableau 2.8 Consommation de sel iodé

Répartition des ménages par type de sel utilisé pour la cuisine, EDS Tchad 1996-97

Résidence	Type de sel						Total	Sel iodé : résultats du test
	Végétal/ traditionnel (non iodé)	Gemme	Emballé (non iodé)	En vrac importé (iodé ou non)	Emballé iodé	Autre/ ND		
Milieu de résidence								
N'Djaména	0,8	1,4	0,2	92,4	0,4	4,9	100,0	78,2
Autres villes	0,7	0,7	0,0	95,7	0,0	3,0	100,0	46,1
Ensemble urbain	0,7	1,0	0,1	94,3	0,2	3,8	100,0	59,9
Rural	1,1	0,7	0,0	95,3	0,0	2,9	100,0	54,1
Ensemble	1,0	0,8	0,0	95,1	0,0	3,1	100,0	55,4

2.1.6 Biens possédés par le ménage

Les questions posées sur les biens de consommation durables des ménages ont porté sur la possession d'un poste radio, d'un poste téléviseur, d'un téléphone, d'un réfrigérateur et de certains moyens de transport tels que la bicyclette, la motocyclette, la voiture, etc. Le tableau 2.9 donne le pourcentage des ménages possédant ces biens, selon le milieu de résidence. Au niveau national, 65 % des ménages ont déclaré ne rien posséder. En milieu rural, ce sont 75 % des ménages qui ne disposent d'aucun bien, contre 35 % en milieu urbain. La radio constitue le moyen d'information le plus répandu parmi les ménages tchadiens (29 %), aussi bien en milieu urbain (61 %) qu'en milieu rural (20 %). Au niveau national, moins de 2 % des ménages possèdent un poste téléviseur; cette proportion atteint 15 % à N'Djaména et 1 % dans les Autres Villes. La possession peu répandue d'un poste téléviseur par les ménages tchadiens est due, entre autres, au fait que la télévision nationale ne couvre que N'Djaména et ses environs sur un rayon de 80 kilomètres. La possession du téléphone reste un privilège de rares ménages de N'Djaména (3 %). Il en est de même du réfrigérateur : 6 % à N'Djaména et seulement 1 % au niveau national.

Tableau 2.9 Biens durables possédés par le ménage

Pourcentage de ménages possédant certains biens de consommation durables, selon le milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Biens durables	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Radio	72,2	52,1	60,7	19,8	29,3
Télévision	14,5	1,0	6,8	0,1	1,6
Téléphone	2,8	0,3	1,4	0,0	0,3
Réfrigérateur/congélateur	6,3	1,3	3,4	0,0	0,8
Bicyclette	19,5	16,3	17,7	10,0	11,8
Motocyclette/mobylette	17,9	6,9	11,6	0,8	3,3
Voiture	7,6	2,1	4,5	0,1	1,1
Charrette	0,9	2,6	1,9	4,9	4,2
Pirogue	0,0	0,4	0,2	3,1	2,4
Chameau/cheval/âne	1,0	19,4	11,5	42,6	35,3
Aucun	23,2	44,5	35,4	74,5	65,4
Effectif de ménages	683	911	1 594	5 246	6 840

En ce qui concerne les moyens de transport, 35 % des ménages possèdent des animaux tels que l'âne, le chameau ou le cheval. Par ailleurs, 12 % des ménages possèdent une bicyclette et 3 % une motocyclette, et c'est en milieu urbain que ces deux modes de transports sont les plus répandus (respectivement, 18 % et 12 %). Tout comme le téléphone, la possession d'une voiture est aussi le fait de privilégiés (1 % au niveau national) qui résident surtout dans les Autres Villes (2 %) et, plus particulièrement, à N'Djaména (8 %).

2.2 ENQUÊTE INDIVIDUELLE

L'étude des caractéristiques individuelles des personnes enquêtées est essentielle pour comprendre et expliquer les comportements en matière de fécondité, de contraception, d'hygiène, de nutrition et d'utilisation des services. Le questionnaire individuel a permis de recueillir quelques caractéristiques socio-démographiques des enquêtés tels que l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et la religion. Cette partie présente les caractéristiques des femmes et des hommes enquêtés, caractéristiques qui, dans la suite de l'analyse, seront utilisées comme variables de classification de la plupart des phénomènes étudiés. Par ailleurs, cette partie porte aussi sur l'accès aux médias des femmes et des hommes, ce qui est d'une importance particulière pour la mise en place des programmes de planification familiale et de santé. Enfin, une section particulière sera consacrée à l'activité économique des enquêtés.

2.2.1 Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

L'âge, variable fondamentale de l'analyse des phénomènes démographiques, est l'une des informations les plus difficiles à obtenir lorsque les événements ne sont généralement pas transcrits, comme c'est le cas au Tchad. De ce fait, un soin particulier a été accordé à son estimation au moment de l'enquête individuelle. On demandait d'abord aux femmes et aux hommes leur date de naissance, puis leur âge. Lorsque la date de naissance et l'âge étaient obtenus, l'enquêtrice contrôlait la cohérence des deux informations. Dans le cas où l'enquêté ne connaissait pas sa date de naissance ou son âge, l'enquêtrice essayait d'obtenir un document officiel (carte d'identité, acte de naissance, etc...) où figure la date de naissance. Lorsqu'aucun document n'était disponible, l'enquêtrice devait estimer l'âge de la femme ou de l'homme, soit par comparaison avec l'âge d'autres membres du ménage, soit par déduction à partir de certains événements marquants (mariage, décès, etc.) de l'enquêté, ou encore en utilisant le calendrier historique.

La distribution des femmes de 15-49 ans par groupe d'âges quinquennal présente une allure assez régulière (tableau 2.10), les proportions des femmes de chaque groupe d'âges diminuant régulièrement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés, passant de 23 % entre 15-19 ans à 13 % à 30-34 ans et à 8 % à 45-49 ans. On observe également que près de trois femmes sur cinq (59 %) sont âgées de moins de 30 ans. Cependant, chez les femmes, le groupe d'âges 25-29 ans (18 %) semble légèrement surreprésenté au détriment des groupes d'âges encadrant (20-24 ans et 30-34 ans), conséquence, très certainement de mauvaises déclarations d'âges.

Pour être sélectionnés en vue de l'enquête individuelle, les hommes devaient être âgés de 15 à 59 ans. Plus de la moitié de ces hommes enquêtés ont moins de 30 ans (52 %). La structure de cette population présente, comme pour les femmes, une allure qui se rétrécit régulièrement, passant de 21 % dans la tranche d'âges 15-19 ans à 8 % à 50-59 ans.

Concernant l'état matrimonial, précisons que, dans le cadre de l'EDST, ont été considérés en union tous les hommes et femmes mariés, de façon formelle ou non, ainsi que ceux vivant en union consensuelle. Selon cette définition, on constate que la très grande majorité des femmes (78 %) étaient en union au moment de l'enquête et, à l'inverse, seulement 14 % étaient célibataires. Chez les hommes, 34 % des personnes interrogées sont des célibataires et ceux en union représentent 64 %. La polygamie est très répandue puisque

Tableau 2.10. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes enquêtés par âge, état matrimonial, milieu de résidence, niveau d'instruction, religion, et ethnité, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique socio-démographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif		Pourcentage pondéré	Effectif	
		Pondéré	Non pondéré		Pondéré	Non pondéré
Âge des enquêtés						
15-19	23,0	1 716	1 716	21,1	490	495
20-24	18,4	1 368	1 391	16,1	373	384
25-29	18,1	1 349	1 359	14,7	342	348
30-34	13,1	978	982	13,2	306	309
35-39	11,7	872	867	11,8	274	266
40-44	8,0	595	598	8,6	200	198
45-49	7,7	576	541	6,7	155	152
50-59	-	-	-	7,8	180	168
État matrimonial actuel						
Jamais marié	13,7	1 018	1 057	33,5	777	832
En union	78,2	5 832	5 731	63,9	1 483	1 424
- Monogame	47,6	3 550	3 522	48,0	1 114	1 085
- Polygame	30,6	2 282	2 209	15,9	369	339
Veuf	3,1	230	247	0,5	11	9
Divorcé/séparé	5,0	373	419	2,1	49	55
Milieu de résidence						
N'Djaména	9,3	696	1 355	13,1	303	510
Autres villes	13,7	1 023	1 658	17,1	396	614
Ensemble urbain	23,1	1 720	3 013	30,1	699	1 124
Rural	76,9	5 734	4 441	69,9	1 621	1 196
Milieu de résidence dans l'enfance						
N'Djaména	6,2	461	774	5,6	129	189
Autres villes	15,8	1 181	1 716	17,6	408	578
Ensemble urbain	22,0	1 642	2 490	23,1	537	767
Rural	76,1	5 669	4 798	74,3	1 723	1 485
Étranger	1,6	122	150	2,6	60	67
Niveau d'instruction						
Aucun	70,7	5 272	4 873	36,4	843	757
Coranique	6,2	466	492	18,2	422	400
Primaire	19,3	1 436	1 620	28,8	669	634
Secondaire	3,7	273	454	15,1	351	473
- Classique	3,6	266	444	14,5	337	453
- Professionnel	0,1	6	10	0,6	13	20
Supérieur	0,1	8	15	1,5	35	56
- Classique	0,1	5	10	1,1	26	43
- Professionnel	0,0	3	5	0,4	9	13
Religion						
Musulmane	53,9	4 020	4 169	55,3	1 283	1 318
Catholique	23,4	1 748	1 644	21,8	506	479
Protestante	16,2	1 209	1 244	16,4	382	398
Animiste	2,4	181	148	3,5	82	66
Autres/ND	4,0	297	249	2,9	68	59
Ethnie						
Gorane	5,2	386	453	5,8	134	167
Arabe	10,4	776	831	11,3	262	280
Ouaddaï	12,1	903	819	11,6	269	247
Baguirmien	1,5	115	131	1,3	31	33
Kanem-Bornou	9,5	711	698	10,1	235	232
Fitri-Batha	6,0	448	455	5,3	124	126
Hadjarai	5,4	405	433	4,3	100	103
Lac Iro	1,0	76	66	1,0	23	20
Sara	29,1	2 169	2 180	28,5	662	657
Tandjile	6,0	450	416	6,9	159	150
Peul	1,9	140	142	1,7	39	40
Kebbi	9,7	722	641	9,5	220	203
Autres/ND	2,1	154	189	2,7	63	62
Ensemble	100,0	7 454	7 454	100,0	2 320	2 320

un homme en union sur quatre et deux femmes mariées sur cinq vivent en union polygame. La proportion de femmes en rupture d'union (veuves, divorcées, séparées) représentent 8 % des enquêtées. Chez les hommes, on observe une répartition de même type mais avec une proportion de célibataires (34 %) beaucoup plus élevée que chez les femmes (14 %), du fait d'un âge à l'union beaucoup plus tardif chez les hommes que chez les femmes. Enfin, on remarque que, comme au RGPH, la proportion d'hommes en rupture d'union est beaucoup plus faible que chez les femmes (3 % contre 8 %); ce résultat s'explique, en partie, par la sous-représentation des hommes dans la population tchadienne, ainsi que par la facilité de remariage des hommes divorcés et veufs, surtout aux âges avancés par rapport aux femmes.

Du point de vue du milieu de résidence, les distributions sont proches de celles obtenues au RGPH de 1993, ce qui met en évidence la bonne représentativité de l'échantillon de l'EDST. La population tchadienne est principalement concentrée dans la zone rurale : 77 % des femmes et 70 % des hommes. Comme on l'a noté précédemment, du fait des migrations masculines vers les villes, les hommes sont relativement plus nombreux que les femmes en milieu urbain.

Concernant la résidence pendant l'enfance, on constate que 22 % des femmes et 23 % des hommes vivaient déjà en milieu urbain à ce moment-là. Chez les femmes, dont 23 % vivent aujourd'hui en milieu urbain, cette proportion a peu changé; par contre, chez les hommes, dont 30 % vivent actuellement en ville, cette proportion a fortement augmenté. Ces résultats semblent indiquer qu'il existe une certaine stabilité résidentielle chez les femmes alors que l'exode rural toucherait les hommes de façon importante.

Selon les données recueillies, plus de la moitié des enquêtés sont de confession musulmane (54 % des femmes et 55 % des hommes). Les catholiques représentent moins d'un quart de la population (23 % des femmes et 22 % des hommes). Quant aux protestants, ils représentent 16 %, quel que soit le sexe.

Les ethnies les plus représentées sont le groupe Sara (29 %), suivi du groupe Ouaddaï (12 %), des Arabes (11 % des hommes et 10 % des femmes), du groupe Kanem-Bornou (10 %) et du groupe Mayo Kebbi (10 %).

Concernant le niveau d'instruction, 77 % des femmes et 55 % des hommes n'ont jamais fréquenté l'école formelle.⁴ Parmi les personnes ayant fréquenté l'école, la plupart ont un niveau d'instruction primaire : 19 % des femmes et 29 % des hommes. Les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ne représentent que 4 % alors que cette proportion atteint 15 % chez les hommes. Les femmes ayant atteint un niveau supérieur sont en quantité négligeable (0,1 %).

Les données du tableau 2.11 font apparaître que la proportion des femmes sans instruction diminue au fil des générations, passant de 94 % chez les femmes de 45-49 ans à 66 % dans le groupe d'âges 15-19 ans, soit une baisse de 28 points de pourcentage. Corrélativement, les proportions de femmes ayant une instruction primaire augmentent au fil des générations pour atteindre 30 % chez les femmes de 15-19 ans. En ce qui concerne le niveau secondaire ou supérieur, les niveaux restent faibles, avec un maximum de 6 % seulement chez les femmes de 20-24 ans. Selon le milieu de résidence, on constate que seulement 16 % des femmes du milieu rural ont atteint, au moins, le niveau d'instruction primaire, contre 45 % en milieu urbain. Par ailleurs, les résultats selon la religion montrent que la très grande majorité des femmes musulmanes (91 %) sont sans instruction contre, respectivement, 61 % et 49 % chez les catholiques et les protestantes.

⁴ L'école coranique n'a pas été comptabilisée ici dans le système éducatif formel. Par contre, les personnes ayant fréquenté des médersa sont comptabilisées dans les niveaux d'instruction correspondants (primaire, secondaire ou supérieur).

Tableau 2.11 Niveau d'instruction des femmes et des hommes enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes par niveau d'instruction atteint, selon le groupe d'âges et le milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Niveau d'instruction des femmes					Niveau d'instruction des hommes				
	Aucun	Primaire	Secondaire ou +	Total	Effectif	Aucun	Primaire	Secondaire ou +	Total	Effectif

Groupe d'âges

Tableau 2.11 Niveau d'instruction des femmes et des hommes enquêtés

Groupe d'âges										
15-19	65,7	29,6	4,6	100,0	1 716	36,5	43,8	19,7	100,0	490
20-24	71,5	22,4	6,1	100,0	1 368	45,5	28,6	25,9	100,0	373
25-29	77,9	18,1	4,0	100,0	1 349	53,4	29,2	17,4	100,0	342
30-34	82,0	14,7	3,3	100,0	978	59,5	22,6	17,9	100,0	306
35-39	82,0	15,7	2,3	100,0	872	61,3	27,5	11,2	100,0	274
40-44	87,5	11,2	1,3	100,0	595	64,4	21,8	13,8	100,0	200
45-49	94,0	5,4	0,6	100,0	576	67,0	22,4	10,5	100,0	155
50-59	-	-	-	-	-	84,1	13,9	2,0	100,0	180
Milieu de résidence										
N'Djaména	52,5	26,3	21,2	100,0	696	34,1	18,2	47,6	100,0	303
Autres villes	56,9	34,0	9,1	100,0	1 023	39,1	27,4	33,6	100,0	396
Ensemble urbain	55,2	30,8	14,0	100,0	1 720	36,9	23,4	39,7	100,0	699
Rural	83,5	15,8	0,7	100,0	5 734	62,1	31,2	6,7	100,0	1 621
Religion										
Musulmane	90,8	7,2	2,0	100,0	4 020	78,0	11,7	10,3	100,0	1 283
Catholique	61,2	34,1	4,7	100,0	1 748	26,0	51,2	22,8	100,0	506
Protestante	48,5	42,0	9,5	100,0	1 209	17,8	49,1	33,1	100,0	382
Autre/ND	90,6	8,8	0,6	100,0	478	43,8	48,4	7,8	100,0	150
Ensemble	77,0	19,3	3,8	100,0	7 454	54,5	28,8	16,6	100,0	2 320

Chez les hommes, 45 % ont fréquenté l'école et 17 % ont atteint le niveau secondaire ou plus. Tout comme chez les femmes, les proportions d'hommes instruits sont plus élevées parmi les jeunes générations que parmi les plus âgées; à 50-59 ans, 84 % des hommes n'ont jamais fréquenté l'école contre 37 % pour les 15-19 ans. En milieu rural, seulement 38 % des hommes sont allés à l'école contre 63 % en milieu urbain. Concernant la religion déclarée, les musulmans sont les moins instruits (22 %) tandis que chez les catholiques et les protestants, les proportions de ceux ayant fréquenté l'école sont assez élevées soit, respectivement, 74 % et 82 %.

Le tableau 2.12 présente la répartition des femmes de 15-29 ans selon qu'elles fréquentaient ou non l'école au moment de l'enquête. Dans ce tableau, figure également la répartition des femmes de 15-29 ans qui ne sont plus scolarisées selon les raisons qui les ont poussées à quitter l'école. Sur l'ensemble des femmes de 15-29 ans ayant fréquenté l'école, 79 % n'étaient plus scolarisées au moment de l'enquête. La raison la plus souvent évoquée pour l'arrêt des études est le fait que l'enquêtée n'aimait pas l'école (21 %); le mariage a été cité comme raison par une femme sur cinq (20 %) et, dans 9 % des cas, ce sont des raisons financières qui ont expliqué l'abandon de l'école car ces femmes ne pouvaient pas payer les frais de scolarité. Lorsqu'on examine de près ces raisons selon le niveau d'instruction atteint au moment de l'abandon, on constate que la plupart des femmes qui ont arrêté l'école au niveau primaire l'ont fait parce qu'elles n'aimaient pas l'école (25 %), ou pour se marier (19 %) ou encore parce qu'elles ne pouvaient payer l'école (11 %). Pour celles ayant atteint le niveau d'instruction secondaire, c'est très souvent le mariage qui est avancé comme motif d'abandon (21 %).

Tableau 2.12. Fréquentation scolaire et raisons de l'abandon de l'école

Répartition (en %) des femmes de 15 à 29 ans par fréquentation scolaire et raisons de l'abandon de l'école, selon le niveau d'instruction atteint, EDS Tchad 1996-97

Fréquentation	Primaire	Secondaire ou supérieur	Ensemble
Fréquente actuellement			
Oui	13,6	54,8	20,6
Non	85,9	45,2	79,0
Total	100,0	100,0	100,0
Raisons d'abandon scolaire			
Fréquente actuellement	13,6	54,8	20,6
Est tombée enceinte	2,5	6,9	3,3
S'est mariée	19,4	21,2	19,7
S'occupe des enfants	4,0	1,9	3,6
Aide sa famille au travail	7,7	0,5	6,5
Ne pouvait payer école	10,7	3,2	9,4
Avait besoin argent	0,2	2,2	0,6
Assez scolarisée	0,2	0,5	0,3
Échec à l'école	2,4	0,9	2,1
N'aimait pas l'école	24,9	1,3	20,9
École non accessible	3,6	0,8	3,1
Manque de tuteur	3,0	1,0	2,7
Autre	6,1	3,6	5,6
NSP/ND	1,6	1,2	1,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 058	218	1 275

2.2.2 Caractéristiques des couples

Parmi les hommes interviewés, 1 483 étaient en union au moment de l'enquête et, parmi ces derniers, 1 293 ont leurs conjointes qui ont également été enquêtées. Il est alors possible d'associer l'homme à sa femme et de reconstituer ainsi des couples qui, par la suite, seront étudiés du point de vue de leur convergence ou divergence d'idées en matière de planification familiale et de la dimension idéale de la famille. Il faut préciser que dans les cas où plusieurs épouses d'un même homme étaient interrogées, cet homme a été associé à chacune de ses femmes pour former autant de différents couples : c'est ainsi que 1 293 couples ont pu être formés. Pour cette raison, au niveau du couple, on ne compare l'homme qu'avec une seule de ses épouses. On présente ici quelques-unes des caractéristiques des 1 293 couples qui ont ainsi été reconstitués (tableau 2.13 et graphique 2.5).

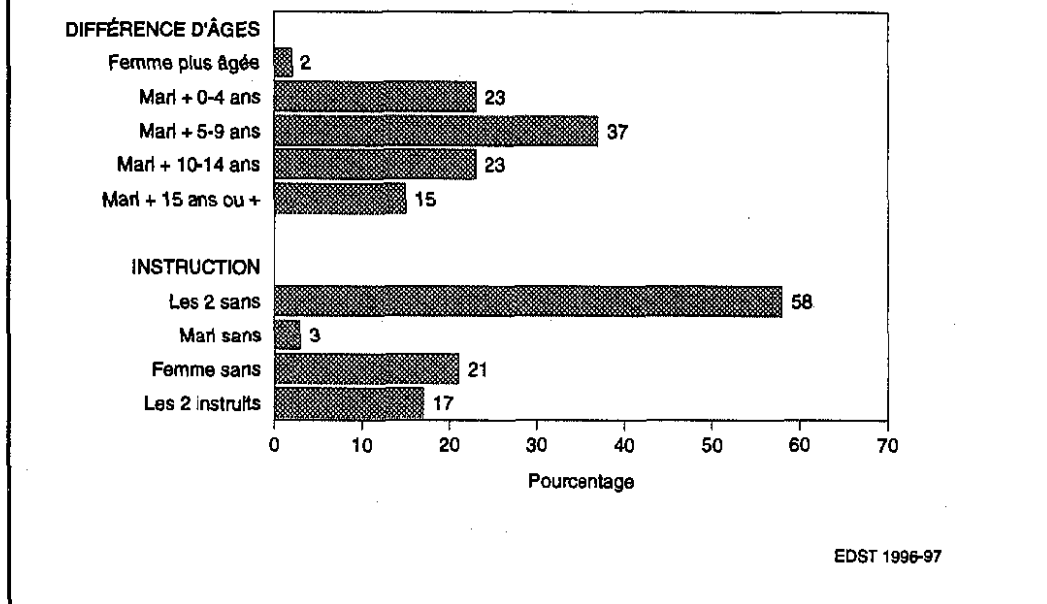
Dans la quasi-totalité des couples (98 %) , le mari est plus âgé que sa femme : dans 37 % des cas,

Tableau 2.13. Caractéristiques différentielles des couples

Répartition (en %) des couples par différence d'âges entre conjoints et différence de niveau d'instruction, EDS Tchad 1996-97

Différence	Pourcentage	Effectif
Âge		
Femme plus âgée	2,5	32
Homme + âgé de :		
0-4 ans	22,6	292
5-9 ans	36,7	475
10-14 ans	22,9	296
15 ans ou plus	15,4	199
Différence d'âges moyenne		
1 ^{ère} femme	8,0	1 098
2 ^e femme ou+	13,3	195
Ensemble des femmes	8,8	1 293
Niveau d'instruction		
Homme et femme : aucun	58,4	755
Femme instruite, homme non	3,2	42
Homme instruit, femme non	21,1	272
Homme et femme instruits	17,3	224
Total	100,0	1 293

Graphique 2.5
Caractéristiques des couples



l'écart est de 5 à 9 ans, dans 23 % des cas, la différence d'âges est de 10-14 ans et, pour environ un couple sur sept (15 %), le mari a, au moins, 15 ans de plus que sa femme. En moyenne, les maris ont 9 ans de plus que leurs femmes. Comme il fallait s'y attendre, l'écart d'âges entre conjoints est beaucoup moins important quand il s'agit d'une première épouse (8,0 ans) que lorsqu'il s'agit d'une deuxième épouse (13,3 ans).

S'agissant du niveau d'instruction, environ trois couples sur cinq (58 %) sont composés d'un homme et d'une femme sans instruction. À l'opposé, dans 17 % des cas, les deux partenaires ont fréquenté l'école. Lorsqu'un seul des partenaires est instruit, c'est le plus souvent l'homme (21 %) et il est rare (3 % des cas) de trouver une femme instruite mariée à un homme sans instruction.

2.2.3 Accès aux média

La facilité d'accès aux média est d'une importance capitale pour accéder aux programmes d'éducation et d'information concernant, en particulier, la planification familiale, la santé, ainsi que les MST et le Sida. Il est donc très important de savoir si la population a accès aux moyens modernes d'information, que ce soit la presse audio-visuelle ou écrite. Il faut rappeler qu'il n'est pas nécessaire de posséder un poste radio ou une télévision pour avoir accès aux informations; de nombreuses personnes peuvent aller écouter la radio ou regarder la télévision chez des voisins. Les données du tableau 2.14 montrent que, dans l'ensemble, 75 % des femmes n'ont pas accès aux média, 23 % écoutent la radio, au moins, une fois par jour et très peu regardent la télévision (5 %) ou lisent un journal (5 %), au moins une fois dans la semaine. Chez les hommes, 56 % n'ont accès à aucun média, 19 % lisent un journal, 11 % regardent la télévision et 39 % écoutent la radio.

L'accès aux média varie selon certaines caractéristiques des enquêtés comme l'âge, le milieu de résidence ou le niveau d'instruction. En effet, l'accès aux média est légèrement plus fréquent aux jeunes âges (25 % à 15-19 ans) qu'aux âges élevés (15 % à 45-49 ans). Par ailleurs, l'accès aux média est beaucoup plus important en milieu urbain (59 %) qu'en milieu rural (15 %). Parmi les citadins, 16 % lisent un journal

Tableau 2.14 Accès aux média

Pourcentage de femmes et d'hommes qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision au moins une fois par jour et/ou écoutent la radio au moins une fois par jour selon certaines caractéristiques socio-démographiques (pour les femmes), EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Aucun média	Lit un journal au moins une fois/semaine	Regarde la TV au moins une fois/semaine	Écoute la radio au moins une fois/jour	Les trois média	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	75,3	6,7	5,5	21,6	1,7	1 716
20-24	72,6	6,3	6,3	25,1	2,3	1 368
25-29	71,9	4,4	5,5	26,4	1,6	1 349
30-34	73,7	3,8	4,0	25,1	1,3	978
35-39	76,5	3,8	4,2	21,7	1,0	872
40-44	79,1	2,4	3,1	19,7	0,8	595
45-49	84,5	1,4	2,0	14,9	0,5	576
Milieu de résidence						
N'Djaména	19,1	22,8	39,7	72,8	13,2	696
Autres villes	56,1	10,6	3,9	40,5	1,1	1 023
Ensemble urbain	41,1	15,6	18,4	53,6	6,0	1 720
Rural	85,3	1,5	0,8	13,7	0,1	5 734
Niveau d'instruction						
Aucun	81,7	0,4	2,3	17,7	0,0	5 738
Primaire ou plus	53,2	19,1	13,5	40,2	6,3	1 716
- Primaire	61,3	10,1	8,3	33,9	2,0	1 436
- Secondaire ou plus	12,1	65,0	39,8	72,7	28,0	281
Ensemble des femmes	75,1	4,7	4,8	22,9	1,5	7 454
Ensemble des hommes	55,7	19,1	10,7	38,8	5,9	2 320

et 18 % regardent la télévision, au moins, une fois par semaine, et 54 % écoutent la radio, au moins, une fois par jour. À N'Djaména, 40 % des enquêtés regardent la télévision et 23 % lisent un journal, au moins, une fois par semaine, et 73 % écoutent la radio, au moins, une fois par jour. De même, les enquêtées ayant de l'instruction utilisent plus fréquemment les média que les non instruites. Parmi les enquêtées de niveau secondaire ou supérieur, 65 % lisent un journal, 40 % regardent la télévision, 73 % écoutent la radio et 28 % ont accès aux trois média, alors que 82 % des enquêtées sans instruction n'ont accès à aucun des média.

2.3 ACTIVITÉS ÉCONOMIQUES

L'EDST a collecté des informations relatives à l'emploi des femmes. Selon la définition adoptée dans l'enquête, est considérée comme ayant un emploi, toute personne ayant déclaré une activité régulière ou non dans le secteur formel ou informel, avec une contrepartie financière ou non. Le tableau 2.15 donne la répartition des femmes selon qu'elles ont un emploi ou non, par caractéristiques socio-démographiques.

Plus d'une femme sur deux (56 %) ne travaillaient pas au moment de l'enquête. Cependant, parmi ces femmes, près d'un tiers (17 %) avaient travaillé à un moment quelconque pendant les douze derniers mois. Au total, 44 % des femmes enquêtées travaillaient au moment de l'enquête. Parmi ces dernières, 14 % ont travaillé toute l'année : 10 % ont exercé une activité, au moins, cinq jours dans la semaine et 4 % moins de cinq jours par semaine. Par ailleurs, 15 % des femmes étaient occupées à des activités saisonnières et 15 % n'occupaient un emploi qu'occasionnellement.

Tableau 2.15 Emploi

Répartition (en %) des femmes selon qu'elles ont ou non un emploi et selon la durée de l'emploi, par caractéristique socio-démographique, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Ne travaille pas au moment de l'enquête		Travaille au moment de l'enquête				Total ¹	Effectif
	N'a pas travaillé dans les 12 derniers mois	A travaillé dans les 12 derniers mois	Toute l'année		Saisonnièrement	Occasionnellement		
			5 jours ou plus par semaine	Moins de 5 jours par semaine				
Groupe d'âges								
15-19	48,9	13,9	6,3	4,1	11,9	14,7	100,0	1 716
20-24	41,0	19,6	7,3	3,5	13,8	14,6	100,0	1 368
25-29	36,6	17,3	10,4	4,3	15,4	16,2	100,0	1 349
30-34	36,8	16,8	11,4	4,7	14,8	15,4	100,0	978
35-39	33,1	18,5	12,0	5,0	16,4	15,0	100,0	872
40-44	28,1	20,0	13,3	5,2	19,9	13,6	100,0	595
45-49	33,4	16,2	13,1	3,7	17,6	16,0	100,0	576
Milieu de résidence								
N'Djaména	57,2	2,1	19,4	3,1	3,8	14,2	100,0	696
Autres villes	39,9	9,8	18,8	4,7	10,6	16,2	100,0	1 023
Ensemble urbain	46,9	6,7	19,1	4,1	7,8	15,4	100,0	1 720
Rural	36,5	20,3	6,8	4,3	17,0	15,0	100,0	5 734
Niveau d'instruction								
Aucun	40,5	18,2	9,1	3,5	16,4	12,2	100,0	5 738
Primaire ou plus	33,6	13,6	11,6	6,8	9,7	24,6	100,0	1 716
- Primaire	30,5	15,1	10,6	7,3	10,5	25,9	100,0	1 436
- Secondaire ou plus	49,3	5,8	16,8	4,7	5,4	18,0	100,0	281
Ensemble	38,9	17,1	9,6	4,3	14,9	15,1	100,0	7 454

¹ Y compris les "non-déterminés"

L'analyse des résultats met en évidence des disparités selon l'âge. Comme on pouvait s'y attendre, les jeunes femmes de moins de 25 ans étaient, proportionnellement, moins nombreuses à travailler au moment de l'enquête que les femmes les plus âgées : moins de 40 % des femmes de moins de 25 ans travaillaient au moment de l'enquête, contre 50 % environ des femmes de 35 ans et plus. Selon le milieu de résidence, la proportion de femmes rurales occupées au moment de l'enquête est très légèrement inférieure à celle des femmes du milieu urbain (43 % contre 46 %). Par contre, en raison du caractère saisonnier des travaux agricoles, une proportion importante de femmes rurales (20 %) a déclaré avoir travaillé au cours des douze mois précédant l'enquête. De même, parmi les femmes rurales occupées au moment de l'enquête (43 %), la très grande majorité a déclaré ne travailler que saisonnièrement (17 %) ou qu'occasionnellement (15 %). En milieu urbain, par contre, les femmes qui travaillaient au moment de l'enquête (46 %) semblent avoir des emplois beaucoup plus stables puisque 23 % ont déclaré avoir travaillé toute l'année. Du point de vue de l'instruction, c'est parmi les femmes ayant, au moins, un niveau d'instruction secondaire, c'est-à-dire, en majorité, des jeunes femmes, parfois toujours scolarisées, que la proportion de celles n'ayant pas travaillé au cours des douze derniers mois est la plus élevée. Par contre, ce sont les femmes de niveau primaire qui étaient, proportionnellement, les plus nombreuses à travailler au moment de l'enquête (54 %).

Le tableau 2.16 présente la répartition des femmes occupées au moment de l'enquête par type d'employeur et de revenus, selon certaines caractéristiques socio-démographiques. La grande majorité des femmes actives travaillent à leur propre compte (78 %), environ une femme sur cinq (21 %) travaille pour un membre de la famille et seulement 1 % des femmes travaillent pour quelqu'un d'autre (personne, société ou état). Quel que soit le type d'employeur, la quasi-totalité des femmes qui travaillent (96 %) gagnent de l'argent. C'est dans la catégorie des femmes qui travaillent pour un membre de la famille (21 %) que l'on trouve la plus forte proportion de celles qui ne sont pas rémunérées (1,5 %).

Les femmes qui travaillent à leur propre compte sont, proportionnellement, moins nombreuses aux âges jeunes qu'aux âges élevés : 73 % à 15-19 ans et 76 % à 20-24 ans et 25-29 ans, contre 80 % et plus à partir de 35-39 ans. À l'opposé, c'est chez les femmes les plus jeunes que l'on trouve les proportions les plus élevées de celles qui travaillent pour un membre de la famille. Du point de vue de la résidence, les femmes qui travaillent à leur propre compte sont proportionnellement plus nombreuses en milieu urbain (90 %) qu'en milieu rural (73 %); par contre, en milieu rural, une proportion importante de femmes travaillent pour un membre de la famille (26 %). Enfin, c'est à N'Djaména que la proportion de femmes travaillant pour quelqu'un d'autre est la plus élevée (8 %). En ce qui concerne le niveau d'instruction, on constate qu'une proportion importante de femmes sans instruction (26 %) travaillent pour un membre de la famille, alors qu'à l'opposé, une proportion importante de femmes de niveau secondaire ou plus travaillent pour quelqu'un d'autre (19 %). Par ailleurs, les femmes ayant un niveau d'instruction primaire sont, dans leur très grande majorité, installées à leur propre compte (92 %).

Tableau 2.16 Employeur et formes de revenus

Répartition (en %) des femmes ayant un emploi par type d'employeur et par forme de revenus, selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Travaille à son compte		Travaille pour parents		Travaille pour quelqu'un d'autre		ND	Total	Effectif de femmes ayant un emploi
	Gagne de l'argent	Ne gagne pas de l'argent	Gagne de l'argent	Ne gagne pas de l'argent	Gagne de l'argent	Ne gagne pas de l'argent			
Groupe d'âges									
15-19	72,3	0,9	22,7	2,6	0,9	0,0	0,7	100,0	635
20-24	74,8	1,2	22,0	1,4	0,2	0,0	0,3	100,0	539
25-29	74,7	1,0	20,9	1,7	0,7	0,2	0,8	100,0	623
30-34	76,9	1,4	16,8	2,0	2,5	0,0	0,4	100,0	454
35-39	77,8	1,7	16,9	0,9	2,8	0,0	0,0	100,0	422
40-44	77,7	3,1	16,0	0,4	2,6	0,0	0,2	100,0	309
45-49	82,6	3,1	12,0	0,2	1,2	0,0	0,9	100,0	290
Milieu de résidence									
N'Djaména	89,1	0,2	2,5	0,4	7,5	0,0	0,4	100,0	283
Autres villes	91,0	0,2	5,8	0,6	1,7	0,0	0,7	100,0	515
Ensemble urbain	90,3	0,2	4,6	0,5	3,7	0,0	0,6	100,0	797
Rural	71,3	2,0	23,7	1,8	0,6	0,1	0,5	100,0	2 474
Niveau d'instruction									
Aucun	71,0	2,0	23,8	1,9	0,7	0,0	0,5	100,0	2 366
Primaire ou plus	88,8	0,3	6,6	0,6	3,1	0,1	0,4	100,0	906
- Primaire	91,2	0,3	6,8	0,6	0,7	0,0	0,3	100,0	780
- Secondaire ou plus	74,3	0,0	5,8	0,4	17,5	1,0	1,0	100,0	126
Ensemble	75,9	1,6	19,1	1,5	1,4	0,0	0,5	100,0	3 271

La grande majorité des femmes occupées qui perçoivent une contrepartie financière pour leur travail décident elles-mêmes de la manière dont l'argent gagné va être dépensé (70 %) (tableau 2.17). Dans 15 % des cas, les femmes décident de l'utilisation de leurs revenus en accord avec leur partenaire et dans 3 % des cas, en accord avec quelqu'un d'autre. Par contre, pour 11 % des femmes c'est le partenaire qui décide de l'utilisation de l'argent et, dans 2 % des cas, c'est une autre personne qui décide. L'indépendance dans la gestion de l'argent gagné semble légèrement plus fréquente chez les femmes les plus âgées (73 % et plus à partir de 35 ans) que chez les plus jeunes (65 % à 20-29 ans). Parmi les femmes sans instruction, 66 % seulement décident elles-même de l'utilisation de leur argent contre 80 % des femmes ayant le niveau primaire ou plus. Enfin, on constate que les femmes qui ne sont pas en union gèrent plus indépendamment leur argent que celles en union. En effet, 84 % des femmes non en union gèrent seules leur argent contre 66 % de celles en union. Par ailleurs, dans 10% des cas, les femmes qui ne sont pas en union engagent leurs dépenses en concertation avec une autre personne, tandis que celles en union décident en concertation avec le partenaire dans 19 % des cas, et leur partenaire décide seul dans 14 % des cas.

Tableau 2.17 Décision sur l'utilisation des revenus des femmes

Répartition (en %) des femmes gagnant de l'argent par personne décidant de l'utilisation de cet argent, selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Décision sur l'utilisation des revenus					Total ¹	Effectif de femmes gagnant de l'argent
	Enquêtée décide seule	Partenaire décide seul	En accord avec partenaire	Autre personne décide seule	En accord avec autre personne		
Groupe d'âges							
15-19	70,6	6,0	6,3	7,1	9,7	100,0	613
20-24	64,9	14,0	16,5	1,4	3,2	100,0	524
25-29	64,8	13,4	20,2	0,3	1,3	100,0	604
30-34	71,4	10,4	17,5	0,1	0,1	100,0	438
35-39	73,3	11,7	14,9	0,0	0,1	100,0	411
40-44	74,2	10,0	14,9	0,0	0,9	100,0	298
45-49	81,4	7,3	11,1	0,0	0,2	100,0	281
Niveau d'instruction							
Aucun	66,4	12,6	16,3	1,7	2,8	100,0	2 272
Primaire ou plus	80,3	5,3	9,9	1,8	2,7	100,0	896
- Primaire	80,0	5,5	10,4	1,9	2,3	100,0	772
- Secondaire ou plus	82,3	4,2	7,3	1,0	5,1	100,0	124
État matrimonial							
Pas en union	83,7	0,2	0,0	6,2	9,7	100,0	734
Actuellement en union	66,3	13,7	18,9	0,3	0,7	100,0	2 434
Ensemble	70,3	10,6	14,5	1,7	2,8	100,0	3 168

¹ Y compris les "non-déterminés"

Les femmes qui exercent une activité sont pour la plupart occupées dans les ventes ou les services (64 %), plus particulièrement les femmes du milieu urbain (85 % des citadines actives). Environ une femme sur trois (32 %) est dans l'agriculture, et cette proportion est plus élevée en milieu rural (40 %) qu'en milieu urbain (6 %). Les femmes de niveau secondaire ou plus occupent plus souvent des emplois techniques ou d'encadrement (20 %), alors que seulement 1 % des femmes occupe des emplois de ce type au niveau national (tableau 2.18).

Tableau 2.18 Occupation des femmes

Répartition (en %) des femmes ayant un emploi par type d'occupation actuelle et par catégorie de terres sur lesquelles elles travaillent selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Occupation de l'enquêtée								Effectif de femmes ayant un emploi	
	Agricole			Non-agricole						
	Propre terre	Terre familiale	Terre louée/ Autre	Professionnel/ Technicien/ Administration	Ventes, Services	Travail manuel non qualifié	Travail manuel qualifié	Autre		
Groupe d'âges									Total ¹	
15-19	6,5	22,0	0,4	0,1	69,4	0,2	0,9	0,4	100,0	635
20-24	6,3	22,3	1,4	0,1	66,7	0,5	1,6	0,9	100,0	539
25-29	10,8	22,0	0,3	0,4	63,2	0,1	2,8	0,4	100,0	623
30-34	9,8	18,2	1,1	2,5	63,7	0,1	3,6	1,0	100,0	454
35-39	14,1	17,3	1,2	1,5	62,1	0,7	2,6	0,5	100,0	422
40-44	18,7	20,4	0,6	1,4	56,5	0,5	1,7	0,2	100,0	309
45-49	23,5	14,6	0,2	0,6	57,0	0,2	3,5	0,4	100,0	290
Milieu de résidence										
N'Djaména	0,7	0,2	0,0	6,0	85,8	2,2	4,0	0,9	100,0	283
Autres villes	5,3	4,3	0,6	1,4	85,1	0,4	2,0	0,8	100,0	515
Ensemble urbain	3,7	2,9	0,4	3,1	85,4	1,0	2,7	0,9	100,0	797
Rural	13,9	25,7	0,9	0,1	56,7	0,1	2,1	0,5	100,0	2 474
Niveau d'instruction										
Aucun	15,0	25,4	1,0	0,0	55,1	0,3	2,6	0,5	100,0	2 366
Primaire ou plus	2,0	6,4	0,1	3,0	86,1	0,4	1,4	0,6	100,0	906
- Primaire	2,2	7,2	0,2	0,2	88,9	0,1	0,7	0,5	100,0	780
- Secondaire ou plus	0,4	1,5	0,0	19,9	68,9	2,3	5,7	1,3	100,0	126
Ensemble	11,4	20,1	0,8	0,8	63,7	0,3	2,3	0,6	100,0	3 271

¹ Y compris les "non-déterminés"

Parmi les hommes interrogés, 86 % exerçaient une activité quelconque au moment de l'enquête (tableau 2.19). Cette proportion augmente considérablement avec l'âge passant de 61 % dans la tranche d'âges 15-19 ans à 98 % à partir de 35 ans. La faible proportion des jeunes générations dans la vie active s'expliquerait en grande partie par le fait qu'ils fréquentent encore l'école. Les hommes qui travaillaient au moment de l'enquête sont, en proportion, plus nombreux en milieu rural (92 %) qu'en milieu urbain (72 %). Par ailleurs, ceux qui sont sans instruction sont plus fréquemment actifs (97 %) que ceux qui ont atteint le niveau primaire (81 %) et surtout que ceux de niveau secondaire ou plus (60 %).

Contrairement aux femmes qui sont en majorité dans les activités de ventes et services, environ deux hommes sur trois (64 %) travaillent dans l'agriculture, dont la majorité (49 %) sur leur propre terre. En milieu rural, environ neuf hommes occupés sur dix (89 %) sont dans les travaux agricoles. Au niveau national, on constate que 8 % des hommes sont employés dans les ventes et services, 5 % occupent des emplois manuels qualifiés, 4 % des emplois manuels non qualifiés et 4 % exercent des professions techniques et/ou d'encadrement ou encore occupent un emploi administratif. C'est dans les centres urbains, que les proportions d'hommes occupés dans les ventes et services (18 %) et dans les emplois manuels qualifiés (14 %) ou non qualifiés sont les plus élevées.

Tableau 2.19 Occupation des hommes

Répartition (en %) des hommes selon qu'ils ont ou non un emploi, selon le type d'occupation actuelle et par catégorie de terres sur lesquelles ils travaillent selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Occupation de l'enquête									Total	Effectif
	Ne travaille pas	Agricole			Non-agricole						
		Propre terre	Terre familiale	Terre louée/ Autre	Professionnel/ Technicien/ Administration	Ventes, Services	Travail manuel non qualifié	Travail manuel qualifié	Autre		
Groupe d'âges											
15-19	39,3	13,5	34,4	1,8	0,0	3,6	3,1	2,8	1,4	100,0	490
20-24	19,4	41,1	17,7	2,4	1,4	7,4	2,7	6,8	1,2	100,0	373
25-29	8,7	59,0	4,5	1,4	3,5	10,3	3,8	7,3	1,6	100,0	342
30-34	2,9	57,4	3,3	1,9	7,5	11,2	6,2	7,3	2,2	100,0	306
35-39	1,8	64,3	3,6	2,9	6,6	8,4	3,2	6,2	3,1	100,0	274
40-44	2,3	64,7	2,6	1,4	7,4	9,7	4,7	4,4	2,9	100,0	200
45-49	2,8	66,3	3,0	3,5	7,9	6,5	4,0	4,5	1,6	100,0	155
50-59	2,4	75,9	1,9	2,6	7,1	5,3	3,4	1,0	0,4	100,0	180
Millieu de résidence											
N'Djaména	32,5	1,8	1,0	0,4	10,8	20,6	13,5	14,7	4,7	100,0	303
Autres villes	24,1	15,3	9,4	2,8	8,3	16,3	8,0	13,2	2,6	100,0	396
Ensemble urbain	27,8	9,4	5,8	1,7	9,4	18,2	10,4	13,8	3,5	100,0	699
Rural	7,9	66,4	15,0	2,3	2,0	3,1	0,9	1,5	1,0	100,0	1 621
Niveau d'instruction											
Aucun	3,4	61,9	12,0	2,7	1,4	10,2	3,2	3,8	1,4	100,0	1 265
Primaire ou plus	26,4	34,0	12,5	1,4	7,6	4,5	4,5	7,0	2,1	100,0	1 055
- Primaire	18,6	46,8	15,5	1,2	2,1	3,4	5,2	5,9	1,3	100,0	669
- Secondaire ou plus	39,9	11,8	7,2	1,7	17,3	6,4	3,2	8,8	3,6	100,0	386
Ensemble	13,9	49,2	12,2	2,1	4,2	7,6	3,8	5,2	1,8	100,0	2 320

CHAPITRE 3

FÉCONDITÉ

Joël Nodjimbatem Ngoniri

Les informations fournies par l'EDST sur l'histoire génésique des femmes permettent d'estimer les niveaux et les tendances de la fécondité à l'échelle nationale, selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et la religion. Toutes ces informations ont été obtenues par l'intermédiaire d'une série de questions que les enquêtrices ont posées aux femmes éligibles. Au cours de l'interview, les enquêtrices devaient enregistrer le nombre total d'enfants que la femme avait eus, en distinguant les garçons des filles, ceux vivant avec elle de ceux vivant ailleurs, et ceux encore en vie de ceux décédés. L'enquêtrice reconstituait ensuite avec la femme interrogée, l'historique complète de ses naissances, de la plus ancienne à la plus récente, en enregistrant, pour chacune d'entre elles le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance et l'état de survie; pour les enfants encore en vie, elle enregistrerait leur âge et distinguait ceux vivant avec leur mère de ceux vivant ailleurs; pour les enfants décédés, elle enregistrerait l'âge au décès. À la fin de l'interview sur le volet reproduction, l'enquêtrice devait s'assurer que le nombre total d'enfants déclaré par la mère (chaque catégorie : vivants, décédés, ...) était cohérent avec le nombre d'enfants obtenu à partir de l'historique des naissances.

Malgré l'organisation mise en place pour atteindre les objectifs de l'enquête, la formation et les instructions données aux agents de terrain, ainsi qu'à ceux chargés du traitement informatique des données, malgré aussi les contrôles opérés à tous les niveaux, les données obtenues peuvent être sujettes à différents types d'erreurs. Ces erreurs sont principalement celles inhérentes aux enquêtes rétrospectives. Il s'agit notamment :

- du sous-enregistrement des naissances, en particulier l'omission d'enfants qui vivent ailleurs, de ceux qui meurent très jeunes, quelques heures ou quelques jours seulement après la naissance, ce qui peut entraîner une sous-estimation des niveaux de fécondité;
- de l'imprécision des déclarations de date de naissance et/ou d'âge, en particulier l'attraction pour des années de naissance ou pour des âges ronds, ce qui peut entraîner des sous-estimations ou des surestimations de la fécondité à certains âges et pour certaines périodes;
- de l'effet de sélectivité,¹ c'est-à-dire que les femmes enquêtées sont celles qui sont survivantes. Si l'on suppose que la fécondité des femmes décédées avant l'enquête est différente de celle des survivantes, les niveaux de fécondité obtenus s'en trouveraient légèrement biaisés.

Par ailleurs, il est possible qu'il y ait eu certains déplacements de dates de naissance d'enfants nés depuis janvier 1991 vers les années précédentes. Ces déplacements d'année de naissance sont souvent effectués volontairement par les enquêtrices pour éviter de poser les questions sur la santé des enfants (Section 4 du questionnaire) qui ne portent que sur les enfants nés depuis janvier 1991 et pour éviter de prendre les mesures anthropométriques de ces enfants. Ces déplacements sont généralement plus fréquents lorsque la mère ne connaît pas avec exactitude le mois et l'année de naissance ou l'âge de ses enfants. Dans

¹ Ignégongba, 1991.

le cas de l'EDST, il semble effectivement y avoir eu des transferts de naissances de 1991 sur celles de 1990.² Cependant, les niveaux de fécondité étant calculés par période quinquennale, soit la période 1992-93 à 1996-97 pour la plus récente, et 1987-88 à 1991-92 pour la période précédente, ils ne devraient pas être affectés de façon significative par ces déplacements qui se produisent à l'intérieur des intervalles de référence.

Au cours de l'enquête auprès des hommes, comme auprès des femmes, on a recueilli des informations sur leur fécondité totale, en leur posant une série de questions sur le nombre total d'enfants qu'ils ont eus, en distinguant les garçons des filles, ceux vivant avec eux de ceux vivant ailleurs, et ceux encore en vie de ceux qui sont décédés. Par contre, les enquêteurs n'ont pas reconstitué l'historique complet des naissances des hommes.

3.1 NIVEAU DE LA FÉCONDITÉ ET FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE

Le niveau actuel de la fécondité ainsi que ses variations différentielles sont mesurés par les taux de fécondité générale par âge et l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) ou somme des naissances réduites. Les taux de fécondité par âge sont calculés en rapportant les naissances issues des femmes de chaque groupe d'âges à l'effectif des femmes du groupe d'âges correspondant. Quant à l'ISF, qui est un indicateur conjoncturel de fécondité, il est obtenu à partir du cumul des taux de fécondité par âge. Il correspond au nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme à la fin de sa vie féconde si elle subissait les taux de fécondité par âge observés à une période considérée, ici la période de cinq ans ayant précédé l'enquête, soit approximativement, 1992-1996. Cette période de référence de cinq années a été choisie comme compromis entre trois critères : fournir des indicateurs de fécondité les plus récents possibles, minimiser les erreurs de sondage et éviter au maximum les problèmes signalés précédemment de transfert de dates de certaines naissances.

Au niveau national, le tableau 3.1, illustré par le graphique 3.1, indique que les taux de fécondité générale par groupe d'âges suivent le schéma classique observé en général dans les pays à forte fécondité : une fécondité précoce élevée (194 ‰ à 15-19 ans) et qui augmente très rapidement pour atteindre son maximum à 20-24 ans (314 ‰) et à 25-29 ans (313 ‰) et qui se maintient longtemps à des niveaux importants (168 ‰ à 35-39 ans), avant de décroître de façon assez régulière. Autrement dit, la fécondité des tchadiennes demeure élevée puisqu'en arrivant en fin de vie féconde, une femme a, en moyenne, 6,6 enfants. Ce niveau de fécondité reste parmi l'un des plus élevés d'Afrique subsaharienne et assez proche de celui des pays membres du Comité permanent Inter-États de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel (CILSS).³

Les données du tableau 3.1 mettent en évidence des différences de fécondité selon le milieu de résidence, les femmes du milieu urbain ayant un niveau de fécondité un peu plus faible que celles qui résident dans les zones rurales. L'ISF estimé à 6,6 enfants par femme pour l'ensemble du pays, varie de 5,8 à N'Djaména à 6,3 dans les Autres Villes et à 6,8 en zone rurale. Cela signifie que, si les niveaux actuels de fécondité se maintenaient invariables, une femme d'une zone rurale aurait en moyenne, en fin de vie

² À l'Annexe C, le tableau C.5 fournit la distribution des naissances par année de naissance. Le rapport de naissances annuelles (rapport des naissances d'année x à la demi-somme des naissances des années précédente et suivante, soit $N_x / ((N_{x-1} + N_{x+1}) / 2)$), rend compte des déplacements d'années de naissance. Le rapport semble indiquer un manque de naissances en 1991 (rapport = 76,5 < 100) et un excédent en 1990 (rapport = 133,6 > 100).

³ Dans les pays membres du CILSS qui ont réalisé récemment des enquêtes EDS, l'ISF était estimé à 7,4 en 1992 au Niger (Kourguéni et al. 1993), 6,9 en 1993 au Burkina Faso (Konaté et al. 1994), 5,7 en 1997 au Sénégal (Ndiaye et al. 1997) et 6,7 en 1995-1996 au Mali (Coulibaly et al. 1996).

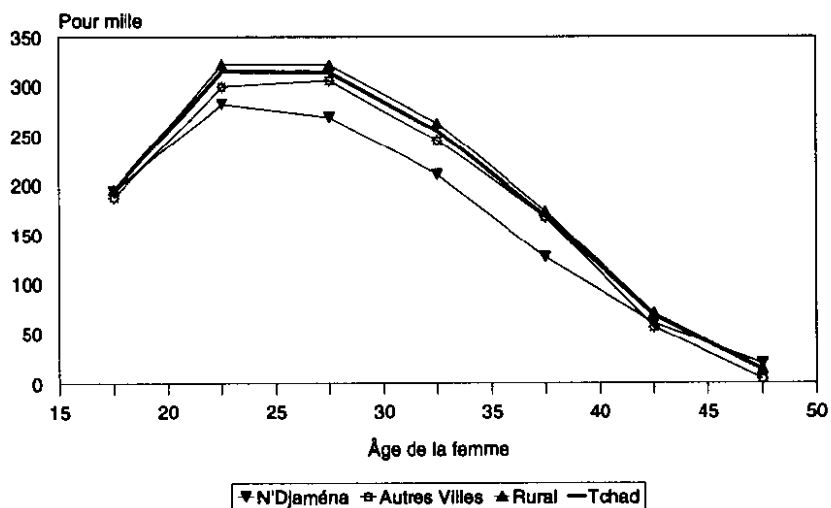
Tableau 3.1 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, indice synthétique de fécondité (ISF), taux brut de natalité (TBN) et taux global de fécondité générale (TGFG) pour la période des cinq années précédant l'enquête, selon le milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Groupe d'âges	Résidence				Ensemble
	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
15-19	193	187	190	195	194
20-24	282	299	292	321	314
25-29	269	305	289	320	313
30-34	210	245	230	263	255
35-39	126	167	150	173	168
40-44	60	56	58	70	68
45-49	19	4	8	14	13
ISF 15-49 (pour 1 femme)	5,8	6,3	6,1	6,8	6,6
ISF 15-44 (pour 1 femme)	5,7	6,3	6,0	6,7	6,6
TGFG (pour 1 000)	216	227	222	241	237
TBN (pour 1 000)	42,6	45,6	44,4	48,8	47,8

Note : Les taux sont calculés pour la période de 1-59 mois avant l'enquête. Les taux à 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ce groupe d'âges.

Graphique 3.1
Taux de fécondité générale par âge
selon le milieu de résidence



EOST 1996-97

féconde, pratiquement 1 enfant de plus qu'une ndjaménoise et 0,5 enfant de plus qu'une femme des Autres Villes.

Cette différence de niveau de fécondité s'observe à tous les âges (graphique 3.1) et c'est à 25-34 ans que l'écart relatif entre les taux est le plus élevé. À 25-29 ans, mille ndjaménoises ont, en moyenne, 269 naissances contre 320 naissances pour les femmes du milieu rural et 305 naissances pour celles des Autres villes. À 30-34 ans, ces nombres d'enfants pour mille femmes sont, respectivement, de 210 ‰, 245 ‰ et 263 ‰. Toutefois, quel que soit le milieu de résidence, les femmes réalisent le maximum de leur fécondité entre 20-24 ans et l'augmentation des taux entre 15 et 24 ans se fait beaucoup plus rapidement en zone rurale que dans les autres milieux de résidence. En milieu rural, les taux passent de 195 ‰ à 321 ‰, soit une augmentation de 65 %, alors que cette augmentation n'est que de 46 % pour les ndjaménoises et de 60 % pour les femmes des Autres Villes. Aux jeunes âges (15-19 ans), quel que soit le milieu de résidence, les taux sont très élevés, avec 195 ‰ en milieu rural, 193 ‰ à N'Djaména et 187 ‰ dans les Autres Villes. Autrement dit, quel que soit le milieu de résidence, la fécondité est très précoce. Par ailleurs, quel que soit le milieu de résidence, après les âges de fécondité maximale (20-29 ans), les taux de fécondité déclinent rapidement (graphique 3.1).

Au tableau 3.1 figurent également le Taux Brut de Natalité (TBN), ou nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population totale, qui est estimé à 47 ‰ pour l'ensemble du pays, et le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG), c'est-à-dire le nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer qui est estimé à 237 ‰. Comme l'ISF, ces deux indicateurs varient suivant le lieu de résidence. Ainsi, avec un TGFG de 241 ‰ en milieu rural, les femmes de 15-49 ans de ce milieu de résidence donnent naissance annuellement, en moyenne, à 25 enfants de plus que leurs consoeurs de N'Djaména (216 ‰) et 14 enfants de plus que les femmes des Autres Villes (227 ‰). De même, le taux de natalité en milieu rural (49 ‰) est supérieur de 6 points à celui de N'Djaména (43 ‰) et de 3 points à celui des Autres Villes (46 ‰).

Contrairement à ce qui a été observé selon le milieu de résidence, l'ISF ne présente pratiquement pas de variation selon le niveau d'instruction des femmes (tableau 3.2). En effet, avec un ISF de 6,7 enfants, une femme sans niveau d'instruction n'a, en moyenne, que 0,2 enfant de plus que celle qui a, au moins, un niveau primaire (6,5). Dans les pays à faible prévalence contraceptive, on constate généralement que les femmes ayant un niveau d'instruction primaire ont une fécondité légèrement plus élevée que celles sans instruction mais qu'ensuite la fécondité baisse avec l'augmentation du niveau d'instruction. Dans le cas de l'EDST, du fait du nombre trop faible de femmes ayant atteint le niveau secondaire, la fécondité a été mesurée globalement pour les femmes ayant, au moins, un niveau d'instruction primaire. L'absence de corrélation entre niveau de fécondité et niveau d'instruction pourrait provenir du fait que l'on compare ici les femmes sans instruction à celles ayant fréquenté l'école, sans tenir compte du niveau d'instruction atteint.

Si l'on considère les différentes religions, on remarque que le niveau de l'ISF varie assez fortement, passant d'un niveau de fécondité maximum de 7,1 enfants par femme chez les protestantes à un niveau minimal de 6,3 chez les musulmanes. Les femmes catholiques occupent la position intermédiaire avec un ISF de 7,0 enfants, en moyenne.

Au tableau 3.2 figure également le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans. À l'inverse de l'ISF qui mesure la fécondité actuelle ou du moment des femmes de 15-49 ans, ce nombre moyen, qui peut être assimilé à une descendance, est le résultat de la fécondité passée des femmes enquêtées qui atteignent la fin de leur vie féconde. Dans une population où la fécondité reste invariable, cette descendance tend à se rapprocher de l'ISF. Par contre, si l'ISF est inférieur au nombre moyen d'enfants par femme en fin de vie féconde, cela indique une tendance à la baisse de la fécondité. Au Tchad, dans

Tableau 3.2 Fécondité par caractéristiques socio-démographiques

Indice synthétique de fécondité pour les cinq années précédant l'enquête, proportion de femmes actuellement enceintes et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Indice synthétique de fécondité ¹	Pourcentage de femmes actuellement enceintes	Nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans
Milieu de résidence			
N'Djaména	5,8	12,6	6,2
Autres villes	6,3	12,5	6,5
Ensemble urbain	6,1	12,5	6,4
Rural	6,8	14,0	6,9
Niveau d'instruction			
Aucun	6,7	13,5	6,8
Primaire ou plus	6,5	14,2	6,7
Religion			
Musulmane	6,3	13,6	6,4
Catholique	7,0	13,8	7,4
Protestante	7,1	14,2	7,5
Ensemble	6,6	13,7	6,8

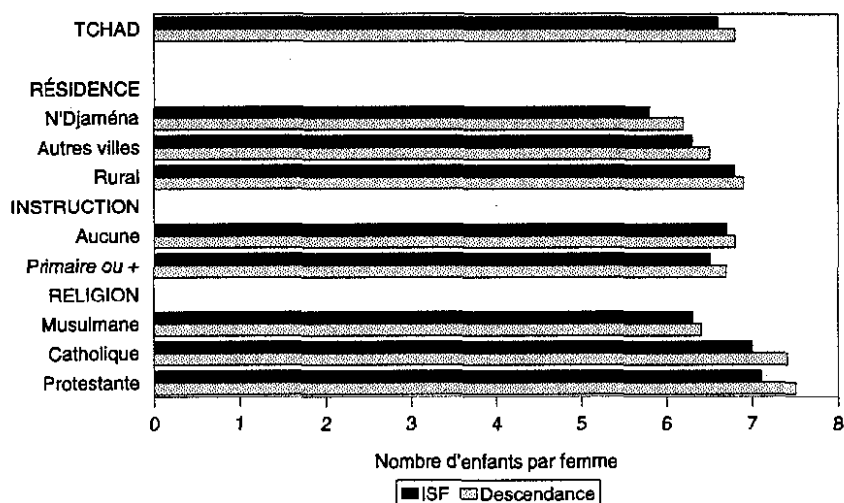
¹ Indice synthétique de fécondité pour les femmes âgées de 15-49 ans

l'ensemble, la descendance estimée à 6,8 enfants n'est que très légèrement supérieure à l'ISF (6,6). La différence entre ces deux indicateurs est si faible qu'elle ne permet pas de conclure à l'amorce d'une baisse de la fécondité.

Selon le milieu de résidence, il ressort également que les différences entre la descendance et l'ISF sont minimales, à l'exception de la ville de N'Djaména où la descendance est supérieure à l'ISF de 0,4 enfants (graphique 3.2). Dans les Autres villes et les zones rurales, l'ISF n'est inférieur que, respectivement, de 0,2 et 0,1 enfants. L'on constate également la même tendance lorsqu'on considère les deux autres variables de différenciation, notamment le niveau d'instruction et la religion. Quel que soit le niveau d'instruction de la femme, la descendance finale d'une femme n'est supérieure que de 0,2 enfant à l'ISF. Selon la religion, par contre, la descendance finale des catholiques (7,4 enfants) et celle des protestantes (7,5 enfants) est supérieure de 0,4 enfant à leur ISF; par contre, celle des musulmanes n'est supérieure que de 0,1 enfant à l'ISF. En d'autres termes, quelle que soit la variable considérée, la faiblesse de l'écart constaté entre la descendance et l'ISF ne permet pas non plus de conclure à un changement significatif de comportement en matière de procréation.

Le tableau 3.2 fournit également le pourcentage de femmes qui se sont déclarées enceintes au moment de l'enquête. Il faut préciser qu'il ne s'agit pas de la proportion exacte de femmes qui sont enceintes dans la mesure où les enquêtées qui sont en début de grossesse et ne se savent pas enceintes n'ont pas déclaré leur état. Au niveau national, on constate que 14 % des femmes se sont déclarées enceintes. En outre, même si les femmes se savent ou se croient enceintes, selon leur âge, leur milieu, leur culture et/ou leurs croyances, elles déclarent plus ou moins facilement cet état. De ce fait, les différences minimales constatées ici entre les proportions de femmes qui se sont déclarées enceintes doivent être interprétées avec beaucoup de prudence.

Graphique 3.2
Indice synthétique de fécondité et
descendance atteinte à 40-49 ans



EDST 1996-97

3.2 TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

Depuis son accession à l'indépendance, le Tchad n'a réalisé qu'une seule opération de collecte de données démographiques d'envergure nationale, le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1993, qui a permis de recueillir des informations sur le mouvement naturel de la population. Ce recensement a permis d'estimer le niveau de la fécondité du moment ainsi que celui de la fécondité passée grâce à des questions concernant les naissances survenues au cours des douze derniers mois ayant précédé la collecte et des questions sur la descendance atteinte.

La comparaison des résultats de l'EDST et de ceux du RGPH indique que les niveaux de fécondité par âge et de l'ISF sont nettement plus faibles au RGPHT qu'à l'EDST (tableau 3.3 et graphique 3.3). Les deux courbes des taux de fécondité présentent une allure assez similaire : elles augmentent de la même manière à partir de 15-19 ans, accusent ensuite un palier entre 20-29 ans et décroissent régulièrement jusqu'à 45-49 ans. Ce qui différencie ces deux courbes est que celle de l'EDST est située largement au-dessus de celle du RGPHT, sauf à partir de 40-45 ans où la tendance est inversée. Au RGPHT, une femme arrivée en fin de vie féconde aurait, en moyenne, 5,6 enfants, alors qu'à l'EDST elle aurait, en moyenne, 6,6 enfants, soit 1

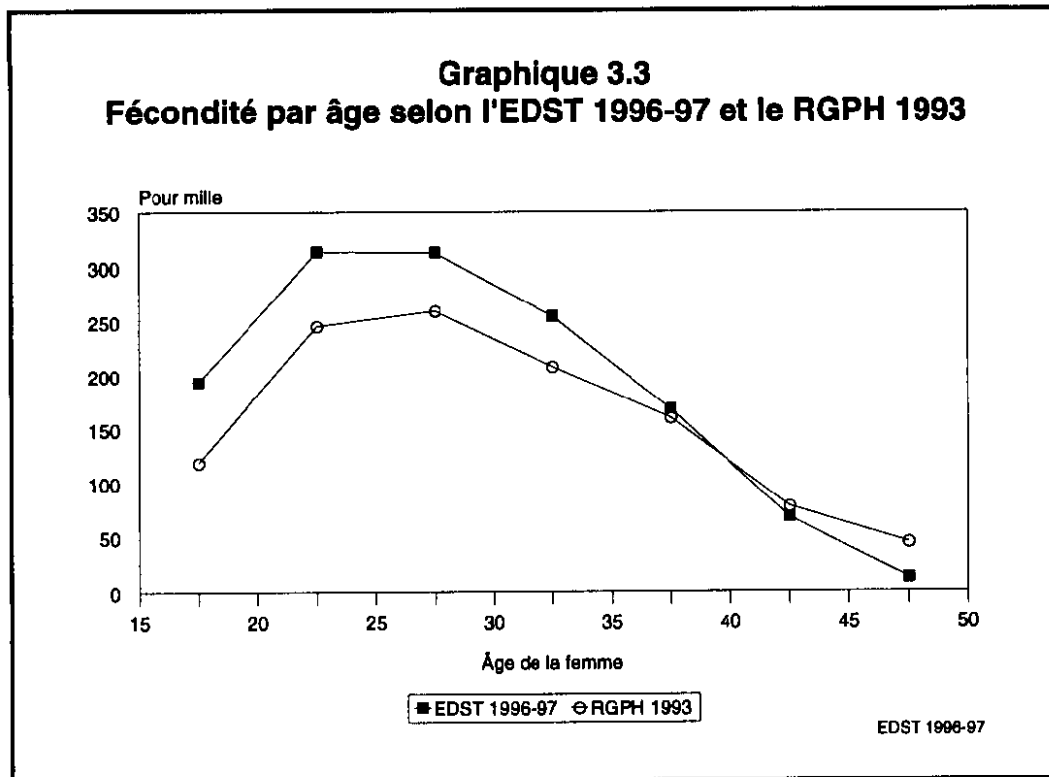
Tableau 3.3 Fécondité par âge selon l'EDST et le RGPH

Taux de fécondité par âge et indice synthétique de fécondité selon le RGPH (1993) et l'EDST (1996-97)

Groupe d'âges	RGPH 1993	EDST 1996-97
15-19	119	194
20-24	246	314
25-29	260	313
30-34	208	255
35-39	160	168
40-44	78	68
45-49	45	13
ISF 15-49	5,6	6,6

Note : Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1 000 femmes.

Source : BCR, 1995b



enfant de plus. Rappelons que, comme dans la plupart des recensements, le RGPHT a estimé le niveau de fécondité à partir de questions posées au chef de ménage sur les naissances survenues dans son ménage au cours des douze mois ayant précédé la collecte des données. Or les naissances enregistrées selon cette méthode de collecte sont très souvent sous-estimées, ce qui semble avoir été le cas en 1993. De plus, aucune méthode d'ajustement n'a été utilisée pour redresser ce sous-enregistrement. De ce fait, les résultats de ces deux opérations ne peuvent être réellement comparés et aucune conclusion ne peut être avancée concernant les tendances de la fécondité.

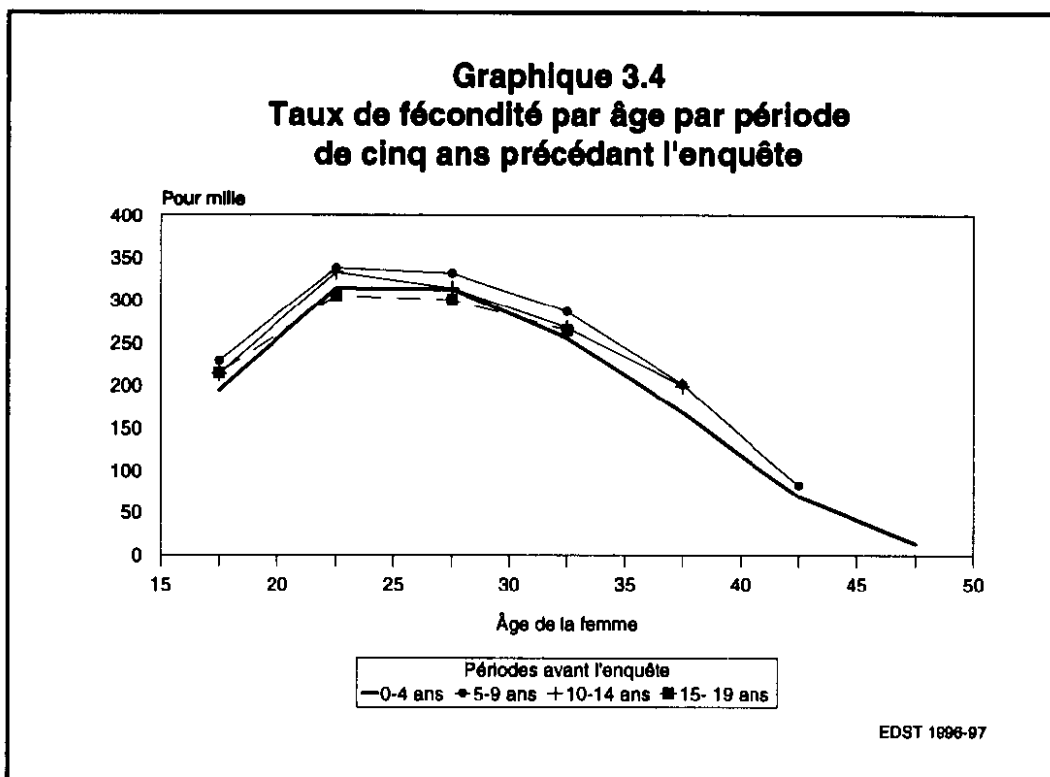
Les données collectées lors de l'EDST permettent également de retracer les tendances passées de la fécondité à partir des taux de fécondité par groupes d'âges des femmes, par période quinquennale avant l'enquête (tableau 3.4 et graphique 3.4). Les taux de fécondité semblent avoir très légèrement augmenté de la période la plus ancienne (15-19 ans avant l'enquête) jusqu'aux années 1988-1992 (5-9 ans avant l'enquête), pour diminuer ensuite très légèrement au cours de la période la plus récente. La hausse apparente des taux de fécondité entre les période 15-19 ans et 5-9 ans avant l'enquête est très certainement due à une dégradation des déclarations des femmes pour les périodes les plus anciennes. Quant à la baisse récente des taux, son amplitude est trop faible pour pouvoir être interprétée comme étant le signe d'un début de baisse de la fécondité.

Tableau 3.4 Tendances de la fécondité par âge

Taux de fécondité par âge par période de cinq ans précédant l'enquête, selon l'âge de la mère, EDS Tchad 1996-97

Groupe d'âges	Périodes précédant l'enquête (en années)			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	194	228	213	214
20-24	314	338	333	305
25-29	313	332	314	300
30-34	255	286	267	[264]
35-39	168	201	[199]	-
40-44	68	[82]	-	-
45-49	[13]	-	-	-

Note : Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1 000 femmes. Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes.

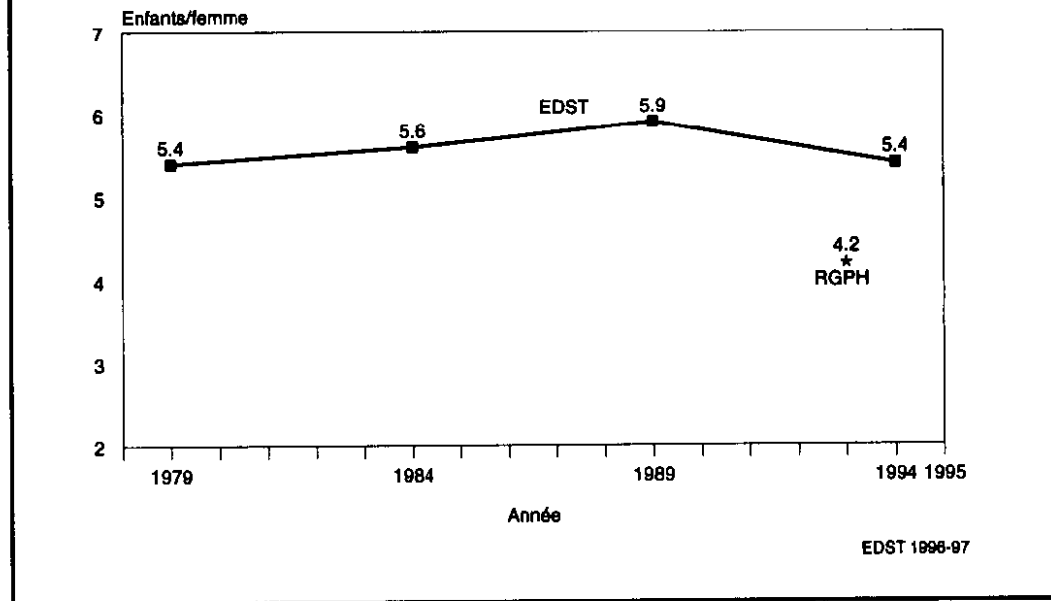


À partir des taux par âge de l'EDST (tableau 3.4), on a également calculé, pour chaque période quinquennale, l'ISF des femmes de 15-34 ans, âges auxquels elles ont déjà eu l'essentiel de leurs naissances. Ces données, représentées au graphique 3.5, ont été positionnées par rapport à l'année centrale de chaque période pour laquelle la fécondité a été estimée. D'après ce graphique, et comme cela a été mentionné précédemment, il semblerait que la fécondité des femmes ait légèrement augmenté de la période la plus ancienne, centrée autour de l'année 1979 (5,4 enfants par femme), jusqu'en 1989 (5,9 enfants par femme), pour diminuer ensuite et retrouver son niveau le plus ancien (5,4 autour de l'année 1994). Là encore, on peut interpréter l'apparente augmentation de la valeur de l'ISF de 1979 à 1989 comme une amélioration des déclarations des naissances survenues au cours des périodes les plus récentes. Quant à la baisse apparente de l'ISF au cours des années les plus récentes, il est difficile de l'interpréter comme résultant d'une légère baisse réelle de la fécondité des femmes dans la mesure où l'analyse des différents déterminants de la fécondité (voir chapitres suivants) ne laisse entrevoir aucun changement de comportement qui pourrait être à l'origine d'une telle baisse.

Le tableau 3.5 présente le même type de données que le tableau précédent, mais les taux de fécondité sont calculés ici par durée de mariage. Comme pour les taux de fécondité par âge, quelle que soit la durée de l'union, on constate une légère augmentation des taux de la période la plus ancienne, centrée autour de l'année 1979, jusqu'en 1989, puis une diminution, les taux retrouvant approximativement, pour la période la plus récente, leur niveau estimé pour la période la plus ancienne.

En première analyse, ces résultats sembleraient indiquer une légère baisse récente de la fécondité. Cependant, comme cela a été mentionné précédemment, l'examen des différents déterminants de la fécondité ne fait apparaître aucune modification récente de comportement susceptible d'expliquer une telle baisse, en particulier, l'âge au premier mariage, l'âge aux premiers rapports sexuels et l'âge à la première naissance n'ont pratiquement pas varié au fil des générations (voir Chapitre 5 - Nuptialité - et section 3.6, ci-dessous).

Graphique 3.5
Tendances de l'ISF pour les femmes de 15-34 ans,
selon l'EDST 1996-97 et le RGPH 1993



De même, l'utilisation de la contraception qui reste à un niveau extrêmement faible (voir Chapitre 4 - Planification familiale) ne semble pas pouvoir être à l'origine d'une modification récente de la fécondité. Faute d'autres éléments pouvant expliquer avec évidence une baisse, même légère, de la fécondité, on peut supposer qu'elle résulte, en fait, d'une légère sous-déclaration des naissances au cours de la période la plus récente.

3.3 PARITÉ ET STÉRILITÉ PRIMAIRE

À partir du nombre total d'enfants que les femmes ont eus au cours de leur vie, on a calculé les parités moyennes par groupe d'âges, pour l'ensemble des femmes et pour les femmes actuellement en union (tableau 3.6).

Tableau 3.5 Tendances de la fécondité par durée de l'union

Taux de fécondité des femmes non-célibataires par période de cinq ans précédant l'enquête, selon la durée écoulée depuis la première union, EDS Tchad 1996-97

Nombre d'années depuis le premier mariage	Périodes précédant l'enquête (en années)			
	0-4	5-9	10-14	15-19
0-4	330	349	327	308
5-9	327	364	350	336
10-14	302	321	310	298
15-19	233	275	251	[238]
20-24	147	169	[188]	-
25-29	51	[88]	-	-

Note : Taux de fécondité pour 1 000 femmes non-célibataires. Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes.

Les parités des femmes, tous statuts matrimoniaux confondus, augmentent de façon régulière et rapide avec l'âge de la femme : ainsi de 0,4 enfant en moyenne à moins de 20 ans, la parité atteint 1,8 enfants à moins de 25 ans et, à la fin de sa vie féconde, une femme a donné naissance à 6,9 enfants en moyenne. Par ailleurs, la répartition de ces femmes selon le nombre de naissances met en évidence une fécondité précoce

Tableau 3.6 Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes

Répartition (en %) de toutes les femmes et des femmes actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon l'âge des femmes, EDS Tchad 1996-97

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Total	Effectif de femmes	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 ou +				
TOUTES LES FEMMES															
15-19	70,2	22,5	6,3	0,9	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 716	0,38	0,32
20-24	15,4	27,4	29,1	19,0	6,7	2,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 368	1,81	1,51
25-29	4,4	8,6	14,9	19,8	24,3	16,4	8,7	1,8	0,8	0,3	0,0	100,0	1 349	3,51	2,88
30-34	2,7	3,3	6,2	11,8	14,9	19,8	20,0	11,8	5,6	2,6	1,2	100,0	978	4,93	3,95
35-39	2,7	2,4	4,1	4,4	7,4	11,7	16,8	19,0	13,1	9,7	8,7	100,0	872	6,30	4,84
40-44	4,0	3,5	3,4	3,8	5,6	9,2	11,6	14,7	15,5	12,9	15,7	100,0	595	6,71	5,02
45-49	4,3	2,7	4,5	5,0	7,1	9,5	11,0	10,8	12,6	9,1	23,4	100,0	576	6,86	4,85
Ensemble	21,1	13,0	11,4	10,0	9,5	8,8	8,0	6,1	4,6	3,3	4,2	100,0	7 454	3,50	2,73
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	39,5	44,9	13,5	1,9	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	801	0,79	0,66
20-24	8,8	27,9	32,1	21,0	7,5	2,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 190	1,99	1,66
25-29	3,0	7,9	14,7	20,1	25,1	17,0	9,3	1,8	0,9	0,3	0,0	100,0	1 249	3,61	2,96
30-34	1,6	2,9	6,2	11,0	15,1	20,3	20,5	12,4	6,0	2,7	1,3	100,0	890	5,06	4,06
35-39	1,8	2,2	3,6	3,5	6,7	11,8	16,3	20,5	14,0	10,3	9,3	100,0	782	6,50	5,02
40-44	3,0	3,2	2,1	4,0	5,1	9,7	11,6	14,2	16,6	14,3	16,3	100,0	501	6,92	5,22
45-49	3,3	2,5	4,1	3,0	6,1	8,6	9,8	10,5	14,0	11,2	26,9	100,0	420	7,30	5,30
Ensemble	8,8	14,7	13,4	11,6	11,0	10,3	9,1	7,0	5,4	3,9	4,8	100,0	5 832	4,05	3,19

élevée puisque près d'un tiers des jeunes filles de moins de 20 ans (30 %) ont déjà donné naissance à, au moins, un enfant; de plus, 1% d'entre elles ont déjà eu 3 enfants. Un peu plus d'une femme de 20-24 ans sur quatre (28 %) a déjà eu 3 enfants ou plus. Enfin, il apparaît que beaucoup de femmes sont de "grandes multipares" puisqu'en fin de vie féconde (45-49 ans), plus de la moitié des femmes (55 %) ont donné naissance à, au moins, 7 enfants.

Les résultats relatifs aux femmes actuellement en union diffèrent peu de ceux concernant toutes les femmes, sauf aux jeunes âges. C'est ainsi que l'on remarque que près des deux tiers des femmes de 15-19 ans en union (60 %) ont déjà eu, au moins, un enfant contre un tiers (30 %) pour l'ensemble des femmes. Cependant, dès 20-24 ans où la proportion de femmes non mariées est déjà faible (8 % : voir Chapitre 5 - Nuptialité), l'écart entre la proportion de femmes en union ayant déjà eu, au moins, un enfant (91 %) et celle de l'ensemble des femmes dans la même situation (85 %) est déjà peu important. Arrivée en fin de vie féconde (45-49 ans) une femme en union a, en moyenne, 7,3 enfants alors que lorsqu'on considère l'ensemble des femmes, chacune d'elles à 6,9 enfants en moyenne. Ce niveau de fécondité laisse penser qu'au Tchad, l'essentiel des naissances se produisent dans le cadre de l'union.

D'une manière générale, les femmes qui restent volontairement sans enfant sont relativement rares en Afrique et en particulier au Tchad où la population reste encore pro-nataliste (voir Chapitre 6 - Préférences en matière de fécondité). Par conséquent, la parité zéro des femmes actuellement en union et les plus âgées permet d'estimer le niveau de la stérilité totale ou primaire. Au Tchad, 2,5 % seulement des femmes âgées de 35-49 ans (âges auxquels l'arrivée d'un premier enfant est peu probable) n'ont jamais eu d'enfants et peuvent être considérées comme stériles. Cette proportion est légèrement plus élevée dans les centres urbains (2,8 %) que dans les zones rurales (2,4 %) (données non présentées au tableau 3.6). Ce

niveau de stérilité primaire est très en-deçà de celui observé lors des enquêtes EDS effectuées dans d'autres pays d'Afrique, comme le Cameroun (10 %) et la République Centrafricaine (9 %).

3.4 GROSSESSES IMPRODUCTIVES

Lors de l'interview, on a demandé aux femmes si elles avaient eu des grossesses qui n'avaient pas abouti à une naissance vivante et, le cas échéant, le nombre de ces grossesses ainsi que leur issue, à savoir, une fausse-couche, un avortement volontaire ou un mort-né. Le tableau 3.7 donne la répartition des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels par nombre de grossesses improductives et le nombre moyen de grossesses improductives selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Précisons que les résultats obtenus doivent être examinés avec prudence dans la mesure où, au Tchad, l'avortement se pratique de façon illégale. On peut s'attendre à des sous-déclarations de ce type d'événements et donc à une sous-estimation de l'ensemble des grossesses improductives. Les résultats présentés doivent donc être considérés comme une valeur minimale de la proportion de grossesse improductives.

Caractéristique	Nombre de grossesses improductives				Total ¹	Effectif de femmes	Nombre moyen de grossesses improductives
	0	1	2	3 ou +			
Groupe d'âges							
15-19	91,2	7,4	1,1	0,3	100,0	940	0,11
20-24	84,6	12,2	2,8	0,3	100,0	1 301	0,19
25-29	81,9	14,1	3,1	0,8	100,0	1 336	0,23
30-34	75,4	15,3	6,0	3,0	100,0	978	0,38
35-39	67,4	17,7	7,8	7,2	100,0	870	0,59
40-44	60,8	18,8	14,3	5,8	100,0	595	0,68
45-49	63,6	17,3	11,7	7,0	100,0	575	0,66
Milieu de résidence							
N'Djaména	75,6	14,4	6,8	3,1	100,0	623	0,39
Autres villes	77,0	15,4	5,1	2,4	100,0	892	0,34
Ensemble urbain	76,4	15,0	5,8	2,7	100,0	1 515	0,36
Rural	77,7	13,9	5,5	2,8	100,0	5 081	0,35
Niveau d'instruction							
Aucun	77,1	14,1	5,9	2,8	100,0	5 220	0,36
Primaire ou plus	78,5	14,3	4,4	2,6	100,0	1 376	0,33
- Primaire	78,7	14,4	4,3	2,5	100,0	1 181	0,32
- Secondaire ou plus	77,4	14,1	5,0	3,5	100,0	195	0,36
Ensemble des femmes	77,4	14,1	5,6	2,8	100,0	6 596	0,35

¹ Y compris les "non-déterminés"

À l'observation du tableau 3.7, il ressort que, parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, tous âges confondus, 23 % ont déjà eu, au moins, une grossesse improductive au cours de leur vie féconde. Parmi ces femmes, moins de la moitié (14 %) n'ont eu qu'une seule grossesse improductive, 6 % en ont eu deux et 3 % ont eu plus de trois grossesses improductives. Comme on pouvait s'y attendre, la proportion de femmes ayant eu, au moins, une grossesse improductive augmente avec l'âge, passant de 9 % parmi les femmes de 15-19 ans à 36 % parmi celles de 45-49 ans. La proportion de ces grossesses improductives

diffère très peu d'un milieu de résidence à l'autre, cependant N'Djaména connaît une proportion légèrement plus élevée de grossesses improductives que les autres milieux (24 % contre 23 % dans les Autres Villes et 22 % en milieu rural). De même, on ne constate que très peu d'écart selon le niveau d'instruction : 23 % chez les femmes sans instruction et celles ayant un niveau secondaire ou plus contre 21 % chez celles de niveau primaire.

En moyenne, les femmes tchadiennes âgées de 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels ont eu 0,4 grossesse improductive au cours de leur vie. Par ailleurs, quelle que soit la caractéristique socio-démographique, le nombre moyen de grossesses improductives est sensiblement le même, variant de 0,3 % à 0,4 %.

Aux femmes ayant déclaré avoir eu, au moins, une grossesse improductive (23 %), on a demandé quelle avait été l'issue de ces grossesses : 16 % ont déclaré avoir déjà eu, au moins, une fausse-couche, 8 %, au moins, un mort né et 2 %, au moins, un avortement provoqué⁴ (données non présentées au tableau 3.7). Comme cela a déjà été mentionné, ces résultats doivent être examinés avec prudence. Comme l'avortement est illégal au Tchad, on peut s'attendre à des sous-déclarations de ce type d'événement, mais aussi à des *transformations*, c'est-à-dire la déclaration d'un avortement provoqué comme étant une fausse-couche. Il est donc probable que la proportion de l'ensemble des grossesses improductives est sous-estimée, et que la proportion d'avortements l'est encore plus. Cependant, on peut certainement affirmer qu'au moins 2 % des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont eu, au moins, un avortement provoqué au cours de leur vie féconde.

3.5 INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE

La durée de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente a une influence sur l'état de santé de la mère et de l'enfant. Il est admis (Locoh, 1984) que les intervalles intergénésiques courts (inférieurs à 24 mois) sont nuisibles à la santé et à l'état nutritionnel des enfants et augmentent leur risque de décéder. Le tableau 3.8 présente la répartition des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, en fonction des caractéristiques socio-démographiques.

On constate que 7 % des naissances sont survenues à moins de 18 mois après la naissance précédente et que 16 % des enfants sont nés entre 18 et 24 mois après leur aîné : au total, dans environ un cas sur quatre (24 %), l'intervalle intergénésique est inférieur à deux ans. Une proportion très importante des naissances (42 %) se produisent entre 24 et 36 mois après la naissance précédente, et plus d'un tiers des enfants (34 %) sont nés trois ans ou plus après leur aîné. La durée médiane de l'intervalle intergénésique est légèrement supérieure à deux ans et demi (31,1 mois). Autrement dit, la moitié des naissances interviennent dans un intervalle supérieur à 31 mois après la naissance précédente.

Par rapport à l'âge des femmes, on remarque que les intervalles intergénésiques sont légèrement plus courts chez les jeunes femmes (médiane de 30,5 mois à 20-29 ans) que chez celles âgées de 30 ans ou plus, en particulier celles âgées de 40 ans ou plus (médiane de 33,8 mois). On constate, par ailleurs, une assez forte proportion (37 %) de naissances précédées par un intervalle de moins de deux ans chez les femmes de 15-19 ans; cependant, cela ne reflète pas leur comportement réel car les naissances de rang un, qui constituent l'essentiel de leur fécondité, ne peuvent être prises en considération dans le calcul.

⁴ Le total de ces trois proportions excède 23 % car une même femme peut avoir eu plusieurs grossesses improductives avec des issues différentes.

Du point de vue du rang de naissance et du sexe de l'enfant, il ressort que les écarts entre les intervalles intergénéraliques ne sont pas très élevés. Ainsi, 25 % des naissances de rang 2-3 et des naissances de rang supérieur à 6 ont eu lieu dans les 2 ans suivant la naissance précédente, contre 23 % des naissances de rang 4-6. Par contre, les naissances qui suivent des enfants décédés se produisent beaucoup plus rapidement que lorsque l'enfant précédent est toujours en vie : 38 % des naissances ont lieu moins de deux ans après la naissance de l'enfant précédent lorsque celui-ci est décédé, alors que lorsque l'enfant est en vie, ce sont seulement 20 % des naissances qui surviennent à un intervalle inférieur à 24 mois. Ainsi, l'intervalle intergénéralique médian est de 27,1 mois lorsque l'enfant précédent est décédé contre 32,1 mois lorsque l'enfant précédent est toujours vivant. Le désir de remplacer assez rapidement l'enfant décédé serait l'une des explications de ce résultat.

Tableau 3.8 Intervalle intergénéralique

Répartition (en %) des naissances des cinq années précédant l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente					Total	Effectif de naissances	Nombre médian de mois depuis la naissance précédente
	7-17	18-23	24-35	36-47	48 ou +			
Groupe d'âges								
15-19	21,4	15,2	48,4	12,7	2,2	100,0	145	27,8
20-29	7,9	17,0	44,3	20,7	10,1	100,0	3 037	30,5
30-39	6,3	15,9	40,2	21,0	16,5	100,0	2 391	31,9
40 ou plus	5,1	14,9	36,5	18,0	25,5	100,0	492	33,8
Rang de naissance								
2-3	7,9	16,6	43,8	19,6	12,1	100,0	2 293	30,5
4-6	6,9	15,6	41,4	21,7	14,4	100,0	2 484	31,7
7 ou plus	7,2	17,4	40,6	19,6	15,1	100,0	1 288	31,1
Sexe de l'enfant précédent								
Masculin	7,5	16,5	41,9	20,2	13,9	100,0	3 072	31,0
Féminin	7,2	16,3	42,3	20,7	13,5	100,0	2 992	31,2
Survie de l'enfant précédent								
Décédé	17,9	20,2	35,6	17,0	9,3	100,0	1 195	27,1
Toujours vivant	4,8	15,5	43,7	21,3	14,8	100,0	4 869	32,1
Milieu de résidence								
N'Djaména	10,6	18,3	42,8	14,7	13,7	100,0	519	29,4
Autres villes	6,4	17,1	43,3	20,8	12,4	100,0	777	30,6
Ensemble urbain	8,1	17,6	43,1	18,3	12,9	100,0	1 296	30,0
Rural	7,2	16,1	41,9	21,0	13,9	100,0	4 769	31,5
Niveau d'instruction								
Aucun	7,2	16,6	41,5	20,8	13,9	100,0	4 851	31,2
Primaire ou plus	8,2	15,5	44,7	19,1	12,6	100,0	1 213	30,8
- Primaire	8,1	15,5	45,3	19,2	11,8	100,0	1 087	30,6
- Secondaire ou plus	8,7	14,6	39,4	17,7	19,6	100,0	127	32,1
Religion								
Musulmane	6,5	16,9	43,4	20,2	13,0	100,0	3 181	30,9
Catholique	8,0	14,5	39,2	23,3	14,9	100,0	1 484	32,2
Protestante	7,8	16,4	42,9	18,9	14,1	100,0	1 027	30,9
Ensemble¹	7,4	16,4	42,1	20,4	13,7	100,0	6 065	31,1

Note : Les naissances de rang 1 sont exclues. L'intervalle pour les naissances multiples est le nombre de mois écoulés depuis la grossesse précédente qui a abouti à une naissance vivante.

Le milieu de résidence n'a que peu d'effet sur l'intervalle intergénéral. L'intervalle médian, tout comme la répartition des naissances selon la durée de l'intervalle, sont presque identiques quel que soit le milieu de résidence (tableau 3.8). Néanmoins, au niveau de N'Djaména, l'intervalle médian (29,4 mois) est légèrement inférieur à celui des Autres Villes (30,6 mois) et à celui du milieu rural (31,5 mois). Ce résultat est dû au fait que les naissances qui se suivent à un intervalle de moins de 24 mois sont beaucoup plus nombreuses (29 %) à N'Djaména que partout ailleurs.

En ce qui concerne le niveau d'instruction de la mère, on constate que l'intervalle intergénéral des femmes sans niveau d'instruction (31,2 mois) et des femmes ayant un niveau primaire (30,6 mois) est très peu différent. Par contre, le fait d'avoir fait, au moins, un niveau secondaire prolonge légèrement cet intervalle médian, d'environ un mois (32,1 mois). La proportion des naissances qui se suivent à un intervalle de moins de 2 ans est, par contre, quasiment identique quel que soit le niveau d'instruction.

Du point de vue de la religion, les femmes catholiques ont des naissances légèrement plus espacées que leurs consœurs musulmanes et protestantes. En moyenne, 50 % des catholiques ont des naissances espacées de 32,2 mois alors que, chez les musulmanes et les protestantes, les naissances se suivent à un intervalle médian de 30,9 mois.

3.6 ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE

L'âge auquel les femmes ont leur première naissance influence généralement leur descendance finale, et peut avoir des répercussions importantes en ce qui concerne la santé maternelle et infantile. Le tableau 3.9 donne la répartition des femmes par âge à leur première naissance et leur âge médian à la première naissance, selon le groupe d'âges au moment de l'enquête.

Tableau 3.9 Âge à la première naissance

Répartition (en %) des femmes par âge à la première naissance, et âge médian à la première naissance selon l'âge actuel, EDS Tchad 1996-97

Âge actuel	Femmes sans naissance	Âge à la première naissance						Total	Effectif de femmes	Âge médian à la première naissance
		<15	15-17	18-19	20-21	22-24	25 ou +			
15-19	70,2	3,7	19,7	6,5	a	a	a	100,0	1 716	b
20-24	15,4	10,3	35,2	25,4	10,4	3,2	a	100,0	1 368	18,3
25-29	4,4	11,8	36,1	20,6	15,4	9,3	2,4	100,0	1 349	18,2
30-34	2,7	11,6	34,1	18,7	16,0	11,3	5,4	100,0	978	18,4
35-39	2,7	10,5	35,4	19,7	14,4	11,4	6,1	100,0	872	18,4
40-44	4,0	15,0	32,1	17,2	9,4	12,7	9,5	100,0	595	18,3
45-49	4,3	13,2	33,0	13,0	13,1	10,7	12,6	100,0	576	18,6

^a Sans objet
^b Non applicable : moins de 50% de femmes ont eu un enfant.

Ces résultats montrent, une fois de plus, que la fécondité des femmes du Tchad est précoce. Ainsi, parmi les femmes de 20-24 ans, seulement 15 % étaient encore sans enfant au moment de l'enquête, 46 % avaient eu leur premier enfant avant d'atteindre 18 ans et 71 % avant d'atteindre leur vingtième anniversaire. En se référant à l'âge médian à la première maternité, on remarque que cet âge n'a pratiquement pas connu de variation d'une génération à l'autre. Cependant, on constate que les femmes les plus âgées, celles des générations 1947-1951, âgées de 45-49 ans à l'enquête, ont un âge médian (18,6 ans) légèrement plus élevé

(de 2 à 4 mois) que les femmes de toutes les autres générations. Pour les femmes des générations les plus récentes, âgées de 20-24 ans à l'enquête, l'âge médian s'établit à 18,3 mois.

Si l'on compare l'âge à la première naissance (médiane de 18,3 ans pour les femmes de 25-49 ans) à l'âge médian à la première union (15,8 ans) et celui aux premiers rapports sexuels (15,5 ans), on constate qu'il existe un long intervalle, de près de 3 ans, entre le début de l'union et celui des rapports sexuels et la venue du premier enfant.

Tableau 3.10 Âge médian à la première naissance

Âge médian à la première naissance (femmes de 20-49 ans) selon l'âge actuel et les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Âge actuel						Âge 25-49
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu de résidence							
N'Djaména	18,6	17,9	18,4	18,6	18,3	19,6	18,3
Autres villes	18,7	18,7	18,8	18,5	18,2	18,4	18,6
Ensemble urbain	18,7	18,4	18,6	18,6	18,2	18,8	18,5
Rural	18,3	18,1	18,4	18,3	18,3	18,5	18,3
Niveau d'instruction							
Aucun	18,1	18,0	18,4	18,4	18,3	18,5	18,3
Primaire ou plus	18,9	19,0	18,8	18,3	18,0	19,5	18,7
- Primaire	18,5	18,8	18,4	18,2	18,0	19,5	18,5
- Secondaire ou plus	a	20,0	19,8	18,6	18,2	19,5	19,6
Ensemble	18,3	18,2	18,4	18,4	18,3	18,6	18,3

Note: L'âge médian pour la cohorte 15-19 ans ne peut être déterminé car de nombreuses femmes peuvent encore avoir une naissance avant d'atteindre 20 ans.

Non applicable : moins de 50 % de femmes ont eu un enfant.

L'âge médian à la première naissance, qui s'établit à 18,3 ans pour l'ensemble des femmes de 25-49 ans, ne présente que peu de variations selon les caractéristiques socio-démographiques (tableau 3.10). Du point de vue du milieu de résidence, l'âge médian ne varie que de 0,3 année, passant d'un minimum de 18,3 ans en zone rurale et à N'Djaména à un maximum de 18,6 dans les Autres Villes. En revanche, on observe une relation positive entre le niveau d'instruction et l'âge médian à la première naissance : les femmes du niveau secondaire ou plus (médiane de 19,6 ans) ayant leur premier enfant 1,3 ans plus tard que celles qui sont sans instruction (18,3 ans) et 1,1 ans plus tard que celles de niveau primaire (18,5 ans). En d'autres termes, la venue au monde d'un enfant survient un peu plus tardivement lorsque la femme a atteint un niveau d'instruction élevé.

3.7 FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES

Les enfants nés de jeunes mères, de moins de 20 ans, courent généralement un risque de décéder plus important que ceux issus de mères plus âgées (voir Chapitre 9 - Mortalité des enfants). De même les accouchements précoces augmentent le risque de décéder chez les adolescentes.

La fécondité des adolescentes est un phénomène important au Tchad en raison des pratiques coutumières qui consistent à marier la jeune fille à un âge très jeune. Ces adolescentes qui constituent 23 %

de l'ensemble des femmes en âge de procréer contribuent pour près de 15 % à la fécondité totale des femmes et l'âge médian à la première naissance (18,3 ans pour les femmes de 25-49 ans) se situe dans cette tranche d'âges. Le tableau 3.11 donne, par âge détaillé entre 15 et 19 ans, les proportions d'adolescentes qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants et celles qui sont enceintes pour la première fois. En considérant que la somme de ces deux pourcentages fournit la proportion des femmes ayant commencé leur vie féconde, on remarque que 39 % des femmes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde : 30 % ont déjà, au moins, un enfant et 9 % sont enceintes pour la première fois. Dès l'âge de 15 ans, 9 % des femmes ont déjà commencé leur vie féconde et cette proportion augmente régulièrement et rapidement avec l'âge (graphique 3.6) : à 17 ans, 40 % des femmes ont déjà, au moins, un enfant ou sont enceintes et, à 19 ans, plus des deux tiers des femmes (68 %) ont déjà commencé leur vie féconde, dont la grande majorité (62 %) a déjà, au moins, un enfant.

Tableau 3.11 Fécondité des adolescentes

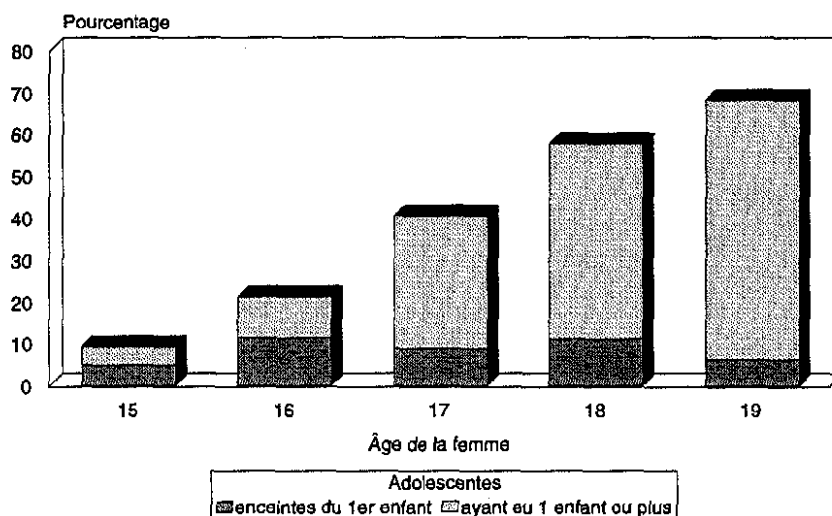
Pourcentage d'adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceintes d'un premier enfant par caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Adolescentes (%) qui sont:		Adolescentes (%) ayant déjà commencé leur vie féconde	Effectif
	Mères	Enceintes d'un premier enfant		
Âge				
15	4,4	4,8	9,1	369
16	9,9	11,3	21,2	344
17	31,7	8,7	40,4	285
18	46,5	11,0	57,5	473
19	62,0	6,1	68,1	245
Milieu de résidence				
N'Djaména	31,9	8,0	39,9	155
Autres villes	31,4	6,6	38,0	244
Ensemble urbain	31,6	7,1	38,7	398
Rural	29,3	9,1	38,4	1 317
Niveau d'instruction				
Aucun	31,6	8,7	40,4	1 128
Primaire ou plus	26,5	8,5	34,9	588
- Primaire	28,2	9,4	37,7	515
- Secondaire ou plus	13,9	1,6	15,5	73
Ensemble	29,8	8,7	38,5	1 716

Selon le milieu de résidence, on constate que les adolescentes résidant dans les zones rurales et dans les Autres Villes ont une fécondité légèrement moins précoce que leurs consoeurs de N'Djaména. En effet, dans la Capitale, 40 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde, dont 32 % sont déjà mères et 8 % enceintes pour la première fois. Dans les Autres Villes, ce sont 38 % des adolescentes qui ont commencé leur vie féconde (31 % déjà mères et 7 % enceintes pour la première fois) et 38 % également en milieu rural (29 % déjà mères et 9 % enceintes). De façon générale, ces écarts assez faibles signifient que, quel que soit le milieu de résidence, les adolescentes ont un comportement quasiment similaire en matière de procréation.

En revanche, le niveau d'instruction est associé négativement à la précocité de la fécondité : les adolescentes sans instruction et celles de niveau primaire (respectivement, 40 % et 38 % ont commencé leur

Graphique 3.6
Proportion d'adolescentes ayant
commencé leur vie féconde



EDST 1996-97

vie féconde) ont une fécondité nettement plus précoce que celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus (16 %).

3.8 PARITÉ DES HOMMES

Comme on l'a indiqué précédemment, au cours de l'enquête auprès des hommes, on a recueilli des informations sur leur fécondité totale, en leur posant une série de questions sur le nombre total d'enfants qu'ils ont eus, en distinguant les garçons des filles, ceux vivant avec eux de ceux vivant ailleurs, et ceux encore en vie de ceux qui sont décédés. Les informations collectées sont moins précises que celles collectées auprès des femmes dans la mesure où les enquêteurs n'ont pas reconstitué l'historique complet des naissances des hommes. Ainsi, l'enregistrement d'enfants dont l'homme n'est pas le père biologique pourrait entraîner une surestimation des parités; à l'inverse la non déclaration d'enfants qui sont décédés en bas âge pourrait entraîner certaines sous-estimations.

Le tableau 3.12 donne la répartition de l'ensemble des hommes et celle des hommes actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, ainsi que le nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre d'enfants survivants selon l'âge des hommes. On constate tout d'abord une augmentation régulière et rapide du nombre moyen avec l'âge de l'homme : ainsi de 0,5 enfant en moyenne à 20-24 ans, ce nombre moyen atteint 3,9 enfants à moins de 35 ans et, à 50 ans, un homme a déjà eu 9,7 enfants en moyenne. Comme pour les femmes, les résultats concernant les hommes actuellement en union diffèrent peu de ceux concernant l'ensemble des hommes, si ce n'est qu'aux jeunes âges (20-29 ans), les valeurs moyennes sont nettement supérieures.

Tableau 3.12 Enfants nés vivants et enfants survivants des hommes

Répartition (en %) de tous les hommes et des hommes actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon l'âge des hommes, EDS Tchad 1996-97

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Effectif Total d'hommes	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 ou +				
TOUS LES HOMMES															
15-19	97,1	2,3	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	490	0,04	0,03
20-24	73,3	14,1	6,9	3,4	1,4	0,4	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	100,0	373	0,49	0,40
25-29	34,0	19,7	16,9	13,5	8,6	4,1	1,2	1,6	0,4	0,0	0,0	100,0	342	1,70	1,39
30-34	10,3	7,8	14,9	12,6	20,2	11,2	7,7	7,1	5,2	0,0	2,9	100,0	306	3,90	3,04
35-39	4,2	3,9	6,3	12,3	10,6	15,0	13,3	11,4	7,1	4,6	11,3	100,0	274	5,73	4,35
40-44	3,3	1,4	3,3	3,4	8,1	9,2	12,0	9,0	10,0	11,3	29,2	100,0	200	8,14	6,15
45-49	0,8	0,8	2,6	0,9	4,3	5,5	8,0	11,0	11,6	10,8	43,7	100,0	155	9,66	7,03
50-59	0,8	1,4	1,5	1,4	2,4	3,4	1,4	8,5	10,7	10,3	58,2	100,0	180	11,31	7,87
Ensemble	39,6	7,4	6,9	6,2	6,6	5,3	4,5	4,8	4,1	3,0	11,7	100,0	2 320	3,76	2,80
HOMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	51,2	37,9	5,5	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	25	0,65	0,60
20-24	37,9	32,4	16,3	8,1	3,0	0,9	0,4	0,9	0,0	0,0	0,0	100,0	150	1,15	0,95
25-29	13,0	24,3	22,8	18,0	11,9	5,7	1,6	2,2	0,5	0,0	0,0	100,0	248	2,29	1,86
30-34	5,2	7,9	15,0	13,9	21,1	12,3	8,0	7,8	5,7	0,0	3,1	100,0	279	4,17	3,25
35-39	2,2	4,0	6,1	12,2	11,0	15,3	13,6	11,8	7,4	4,8	11,7	100,0	265	5,88	4,46
40-44	2,0	0,7	2,4	3,6	7,8	9,7	12,6	8,1	10,5	11,9	30,7	100,0	190	8,42	6,36
45-49	0,9	0,4	2,2	0,9	4,4	5,7	7,3	10,4	11,9	11,1	44,9	100,0	151	9,79	7,12
50-59	0,8	0,8	1,5	1,5	2,5	3,4	1,4	8,7	9,4	10,6	59,6	100,0	176	11,43	7,94
Ensemble	8,7	10,4	10,2	9,4	9,9	8,3	6,8	7,2	6,2	4,8	18,3	100,0	1 483	5,78	4,31

Si l'on compare ces résultats avec ceux trouvés pour les femmes en union, on constate que, chez les femmes, le nombre moyen d'enfants augmente beaucoup plus rapidement avec l'âge que chez les hommes mais que, finalement, aux âges élevés, les hommes en union ont une parité moyenne nettement supérieure à celle de leurs épouses (9,8 enfants en atteignant 50 ans, contre 7,3 chez les femmes en union du même âge). L'augmentation des parités plus rapide chez les femmes vient du fait qu'elles entrent en union beaucoup plus tôt que les hommes (voir Chapitre 5 - Nuptialité). Chez les hommes, par contre, la multiplicité des unions par le biais de la polygamie, explique le fait qu'aux âges élevés, ils finissent par avoir plus d'enfants que les femmes.

CHAPITRE 4

PLANIFICATION FAMILIALE

Ningam Ngakoutou

Comme dans la plupart des pays africains, la population du Tchad a un comportement pro-nataliste lié au prestige et à la satisfaction économique que procure une descendance nombreuse. Ce comportement pro-nataliste a été officiellement exprimé par les représentants du Tchad à la conférence internationale sur la population de Bucarest en 1974. De ce fait, les questions liées à la planification familiale ont été considérées pendant longtemps comme tabous et la planification des naissances était synonyme de dépravation des moeurs. Mais, sous l'effet de la crise économique à laquelle le pays est confronté depuis plus d'une dizaine d'années, les autorités sont à la recherche de voies et moyens efficaces pour sortir de cette crise. L'un des axes de cette recherche est la maîtrise de la variable population par l'élaboration et l'adoption d'une politique de population.

Les mesures pour favoriser la planification familiale font partie de cette politique. La première de ces mesures a consisté en la création, en 1984, du service de Santé Maternelle et Infantile (SMI). En mai 1988, deux séminaires de sensibilisation sur les problèmes de population ont été organisés. Ce sont ces séminaires qui ont recommandé d'intégrer les activités du Bien-être Familial dans le Programme National de SMI. C'est également au cours de ces séminaires qu'a été défini le concept du bien-être familial comme étant « un moyen de promotion de la santé maternelle et infantile par l'espacement des naissances, la lutte contre la stérilité, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le sida et l'éducation pour la santé ». En octobre 1988, la première Conférence Internationale sur le Bien-être Familial au Tchad a été organisée (Ministère de la Santé Publique, 1988). Toutes les composantes de la société tchadienne y étaient invitées, ainsi que les experts internationaux, pour faire connaître leur position sur la planification familiale. En décembre de la même année, s'est tenue, à N'Djaména, la première conférence sous-régionale sur les politiques de population au Sahel. Au cours de cette conférence, les gouvernements des pays sahéliens ont été invités à suivre certaines recommandations visant à adopter et à mettre en oeuvre les politiques de population en conformité avec leurs stratégies et politiques de développement. Selon ces recommandations, les gouvernements devaient « mettre à la disposition de tout couple ou individu les moyens et l'information nécessaires pour lui permettre de choisir librement et en toute connaissance de cause l'espacement et le nombre de ses enfants ». Les gouvernements devraient favoriser l'accès des couples ou des individus aux services de planification familiale, gratuitement ou en bénéficiant de tarif subventionné. En avril 1991, a été créée l'Association Tchadienne pour le Bien-être Familial (ASTBEF). En décembre 1992, a été créée une Unité de Coordination des Activités en matière de Population. En avril 1993, le Tchad a abrogé la loi française de 1920 qui interdisait l'importation, la vente des contraceptifs et la propagande anticonceptionnelle et, en juillet 1994, la Déclaration de la Politique de Population a été adoptée. En septembre 1995, ont démarré les activités du projet de Marketing Social de Condom au Tchad (MASOCOT) dont l'un des objectifs est de promouvoir des comportements susceptibles de limiter la transmission des MST/VIH/SIDA à travers une campagne de communication et de marketing social axée sur la vente des condoms.

Comme on le constate, les activités en matière de planification familiale ont commencé à se systématiser avec le développement du Programme SMI/BEF et avec la création de l'ASTBEF. L'introduction des méthodes modernes de contraception est donc un phénomène récent au Tchad. Jusqu'à l'Enquête Démographique et de Santé de 1996-1997, le niveau d'utilisation de la contraception n'était pas connu au niveau national. Les données recueillies au cours de l'EDST vont permettre de faire l'état de la

situation actuelle en matière de planification familiale et d'envisager les nouvelles orientations à prendre dans ce domaine. Ces données collectées donnent des informations sur :

- la connaissance et la pratique de la contraception;
- la connaissance de la période féconde;
- les sources d'approvisionnement en contraceptifs;
- l'utilisation future de la contraception;
- les sources d'information sur la contraception;
- les opinions et les attitudes vis à vis de la planification familiale.

4.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

La connaissance des méthodes contraceptives ainsi que celle du lieu où se les procurer sont les conditions préalables à toute utilisation de la contraception. Les différentes méthodes retenues dans le questionnaire sont classées en trois catégories :

- les méthodes modernes, comprenant la pilule, le stérilet ou DIU, les injections, les méthodes vaginales (spermicides, diaphragmes, mousses et gelées), le condom, la stérilisation féminine, la stérilisation masculine et les implants (Norplant);
- les méthodes traditionnelles, incluant la continence périodique et le retrait;
- les méthodes dites « populaires », comme les herbes, les racines, etc.

Lors de l'EDST, les enquêtrices demandaient aux femmes interviewées quelles méthodes de contraception elles connaissaient puis elles décrivaient les méthodes non citées spontanément et demandaient aux femmes interrogées si elles en avaient déjà entendu parler. Si l'enquêtée connaissait une méthode, on lui demandait si elle l'avait déjà utilisée. Par ailleurs, des questions du même type ont été posées aux hommes, ainsi que des questions sur l'utilisation passée et actuelle de la contraception, l'intention de l'utiliser dans l'avenir et la connaissance d'un lieu où se procurer une méthode.

Le niveau de connaissance contraceptive est extrêmement faible au Tchad; de plus, on constate des écarts importants selon le sexe (tableau 4.1 et graphique 4.1), les hommes connaissant mieux les méthodes contraceptives que les femmes. En effet, 45 % de l'ensemble des femmes et 72 % de l'ensemble des hommes ont déclaré connaître, au moins, une méthode. Les méthodes modernes sont relativement mieux connues que les méthodes traditionnelles et populaires, puisque quatre femmes sur dix (42 %) et sept hommes sur dix (67 %) ont déclaré en connaître, au moins, une, alors que les méthodes traditionnelles et populaires ne sont connues que par 19 % des femmes et 40 % des hommes.

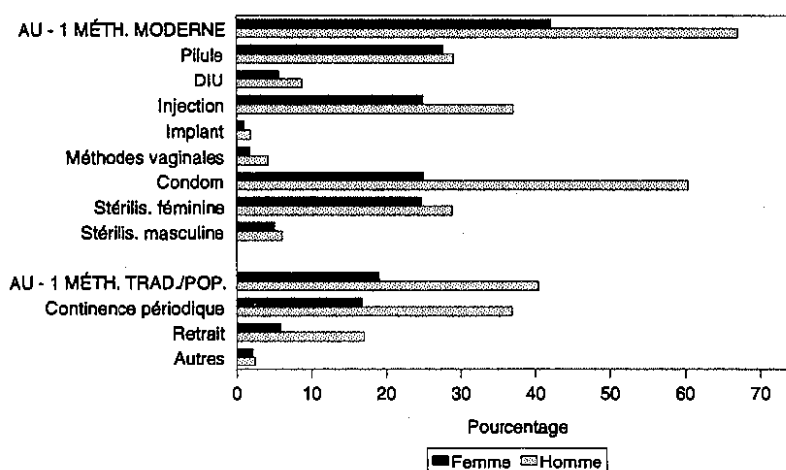
Les femmes en union ont le même niveau de connaissance que l'ensemble des femmes, et cela quelle que soit la méthode : 45 % de l'ensemble des femmes et 46 % des femmes en union connaissent, au moins, une méthode. Les méthodes modernes sont connues par 42 % de l'ensemble des femmes et 43 % des femmes en union et les méthodes populaires/traditionnelles par 19 % de l'ensemble des femmes et par 20 % des femmes en union. Les femmes, qu'elles soient en union ou pas, connaissent, en moyenne, le même nombre de méthodes (1,4 méthode par femme). Par contre, les femmes qui ne sont pas en union mais sexuellement actives ont un niveau de connaissance de la contraception supérieur aux autres catégories de femmes : 58 % d'entre elles connaissent une méthode et 57 % une méthode moderne; en moyenne, ces femmes connaissent 2,3 méthodes. À l'opposé, les femmes qui n'ont jamais eu de rapports sexuels, c'est-à-dire essentiellement des jeunes filles célibataires, connaissent très peu la contraception : seulement 32 % d'entre elles connaissent ou ont entendu parler d'une méthode moderne et, en moyenne, elles connaissent 0,9 méthode.

Tableau 4.1 Connaissance des méthodes contraceptives

Pourcentages de femmes et d'hommes, de femmes et d'hommes actuellement en union, de femmes et d'hommes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actifs, et de femmes et d'hommes qui n'ont jamais eu de rapports sexuels, qui connaissent une méthode contraceptive selon les méthodes spécifiques, EDS Tchad 1996-97

Méthode contraceptive	Femmes				Hommes			
	Ensemble	En union	Pas en union et sexuellement actives	N'ayant jamais eu de rapports sexuels	Ensemble	En union	Pas en union et sexuellement actifs	N'ayant jamais eu de rapports sexuels
N'importe quelle méthode	44,6	45,7	57,9	32,3	71,5	75,9	78,8	45,9
Méthode moderne	42,1	42,8	56,5	31,7	67,1	69,5	78,1	45,5
Pilule	27,7	27,8	47,0	18,5	29,1	32,2	32,2	12,8
DIU	5,6	5,5	12,6	3,4	8,7	9,3	12,7	3,5
Injection	25,0	25,8	33,5	14,5	37,1	42,0	39,1	17,1
Implant	1,0	1,0	1,5	0,5	1,9	2,1	3,2	0,3
Méthodes vaginales	1,7	1,5	3,5	1,9	4,2	4,1	8,7	1,2
Condom	25,1	24,8	44,9	20,2	60,4	60,8	73,4	43,3
Stérilisation féminine	24,8	26,0	30,5	14,7	28,9	33,9	28,5	10,0
Stérilisation masculine	5,0	5,2	9,1	3,4	6,0	6,5	9,9	1,4
Méthode traditionnelle	17,8	18,3	31,0	9,4	39,7	48,4	35,8	8,2
Contenance périodique	16,7	17,2	26,2	8,8	36,9	45,4	31,2	7,2
Retrait	5,8	5,8	15,5	2,8	17,0	19,5	20,9	4,5
Méthode populaire	2,1	2,3	2,4	0,5	2,4	3,0	2,3	0,2
Méthode traditionnelle ou populaire	19,0	19,7	31,3	9,5	40,4	49,5	35,8	8,2
Nombre moyen de méthodes connues	1,4	1,4	2,3	0,9	2,3	2,6	2,6	1,0
Effectif	7 454	5 832	176	858	2 320	1 483	189	424

**Graphique 4.1
Connaissance des méthodes contraceptives**



EDST 1996-97

Les résultats concernant les hommes montrent que, dans l'ensemble, 72 % connaissent, au moins, une méthode; parmi ceux qui sont en union, cette proportion est de 76 %. Ici aussi, on constate que l'écart de niveau de connaissance entre ces deux catégories est très faible. En outre, comme chez les femmes, la connaissance des méthodes modernes est plus élevée que celle des méthodes traditionnelles. En effet, 67 % de l'ensemble des hommes et 70 % des hommes mariés connaissent, au moins, une méthode moderne. Quant aux méthodes populaires et traditionnelles, 40 % de l'ensemble des hommes et 50 % des hommes mariés, ont déclaré en connaître, au moins, une. Le nombre moyen de méthodes connues par homme est de 2,3 pour l'ensemble des hommes et de 2,6 pour les hommes en union. Les hommes qui ne sont pas en union mais sexuellement actifs ont un niveau de connaissance de la contraception supérieur à celui des autres catégories d'hommes : 79 % d'entre eux connaissent une méthode et, surtout, 78 % connaissent une méthode moderne; cependant, en moyenne, ces hommes connaissent le même nombre de méthodes que les autres catégories (2,6 méthodes). Par contre, comme chez les femmes, les hommes qui n'ont jamais eu de rapports sexuels connaissent peu la contraception : 46 % d'entre eux connaissent ou ont entendu parler d'une méthode quelconque ou d'une méthode moderne et, en moyenne, ils connaissent 1,0 méthode.

Le tableau 4.1 donne également les proportions de femmes et d'hommes ayant déclaré connaître chaque méthode contraceptive spécifique. Globalement, quelle que soit la sous-population et quel que soit le sexe, les méthodes modernes sont, en général, mieux connues que les méthodes traditionnelles et populaires. Parmi les méthodes modernes, c'est la pilule qui est la méthode la plus connue par les femmes, près d'une sur trois (28 %) l'ayant citée. Le condom, les injections et la stérilisation féminine viennent en deuxième position, une femme sur quatre ayant déclaré connaître chacune de ces méthodes (25 %). Quelle que soit la catégorie de femmes, la pilule, le condom, les injections et la stérilisation féminine sont les méthodes les plus connues. Il faut noter cependant que les femmes non en union et sexuellement actives ont beaucoup plus fréquemment que les autres déclaré connaître le condom (45 %) et la pilule (47 %). Le degré de connaissance des autres méthodes est bien plus faible : 6 % seulement de l'ensemble des femmes connaissant le DIU, 5 % la stérilisation masculine. La connaissance des méthodes vaginales (2 %) et des implants (1 %) est négligeable. D'autre part, chez les hommes, les résultats montrent que la méthode moderne la plus connue est le condom (60 %), suivie des injections (37 % parmi l'ensemble des hommes et 42 % parmi ceux en union) et de la pilule (29 % et 32 % chez les hommes en union). Le DIU (9 %), la stérilisation masculine (6 %), les méthodes vaginales (4 %) et les implants (2 %) sont les méthodes modernes les moins connues par les hommes.

Le tableau 4.2 présente, pour les hommes et les femmes en union, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives selon différentes caractéristiques socio-démographiques. Chez les femmes en union, le niveau de connaissance des méthodes diffère selon l'âge : c'est dans le groupe d'âges 20-39 ans que l'on constate le niveau de connaissance le plus élevé (48 % des femmes connaissent une méthode et 45 % une méthode moderne). À partir de 40 ans, le niveau de connaissance diminue, qu'il s'agisse d'une méthode quelconque ou d'une méthode moderne.

Chez les hommes, ce sont ceux du groupe d'âges 15-19 ans qui connaissent le plus fréquemment une méthode (81 % pour l'ensemble des méthodes et pour les méthodes modernes). Au-delà de cet âge, il ne se dégage pas une tendance nette, sauf à partir de 45 ans où l'on constate des proportions plus faibles d'hommes connaissant une méthode contraceptive.

Si l'on examine les données selon le milieu de résidence, on constate que les femmes qui vivent à N'Djaména (82 %) connaissent mieux que celles des Autres Villes (66 %) et que celles du milieu rural (39 %) les méthodes de planification familiale. Par ailleurs, le niveau d'instruction des femmes a également un impact important sur le niveau de connaissance de la contraception; ainsi pratiquement toutes les femmes ayant, au moins, un niveau d'instruction secondaire ou plus ont cité une méthode moderne (99 %), contre 72 % de celles ayant le niveau primaire et 35 % de celles sans niveau d'instruction. Chez les hommes, les

Tableau 4.2. Connaissance des méthodes contraceptives modernes par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes actuellement en union qui connaissent au moins une méthode de contraception moderne, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Femmes			Hommes		
	Connaît une méthode	Connaît méthode moderne	Effectif	Connaît une méthode	Connaît méthode moderne	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	42,0	40,4	801	81,0	81,0	25
20-24	47,6	45,2	1 190	78,5	68,5	150
25-29	49,6	46,2	1 249	77,3	73,4	248
30-34	46,2	43,7	890	78,8	73,5	279
35-39	48,1	43,8	782	75,9	70,8	265
40-44	41,9	38,7	501	78,6	69,4	190
45-49	35,2	31,9	420	72,5	65,1	151
50-59	-	-	-	66,3	59,1	176
Milieu de résidence						
N'Djaména	81,6	81,1	512	90,2	88,5	175
Autres villes	66,3	64,9	726	81,8	78,3	202
Ensemble urbain	72,6	71,6	1 238	85,7	83,0	377
Rural	38,5	35,1	4 594	72,5	65,0	1 106
Niveau d'instruction						
Aucun	37,9	34,7	4 678	67,0	58,5	932
Primaire ou plus	77,4	75,9	1 154	90,9	88,3	551
- Primaire	74,1	72,3	999	87,0	82,9	368
- Secondaire ou plus	98,9	98,9	155	98,9	98,9	183
Ensemble	45,7	42,8	5 832	75,9	69,5	1 483

tendances sont les mêmes, mais les écarts n'ont pas la même ampleur que chez les femmes. Pratiquement tous les hommes vivant à N'Djaména ainsi que la grande majorité de ceux qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus connaissent une méthode moderne (respectivement, 89 % et 99 %).

Dans seulement deux couples¹ sur cinq, les deux conjoints connaissent, au moins, une méthode (39 %) et, dans 35 % des cas, ils connaissent une méthode moderne (tableau 4.3 et graphique 4.2). Les méthodes modernes les mieux connues par les deux conjoints sont, par ordre d'importance, le condom (19 %), la pilule (14 %), les injections (14 %) et la stérilisation féminine (10 %). Les méthodes populaires/traditionnelles ne sont connues que par 12 % des couples.

À l'opposé, dans près d'un couple sur quatre (23 %), ni le mari ni la femme ne connaissent une méthode moderne : dans de nombreux couples, les implants (98 %), les méthodes vaginales (95 %), la stérilisation masculine (91 %), la pilule (54 %) et la stérilisation féminine (52 %) ne sont pas connus par les deux conjoints. Il en est de même en ce qui concerne la connaissance de certaines méthodes traditionnelles : dans 96 % des couples, aucune méthode populaire n'est connue par les deux conjoints; cette proportion est de 77 % pour le retrait et de 45 % pour la continence périodique. En outre, quand la connaissance diffère dans le couple, on constate que les maris connaissent plus fréquemment que leur épouse une méthode

¹ Voir Chapitre 2 - Caractéristiques des couples, Section 2.2.2 - sur la façon dont ont été recomposés les 1 293 couples à partir des informations collectées au niveau de l'enquête femme et de l'enquête homme.

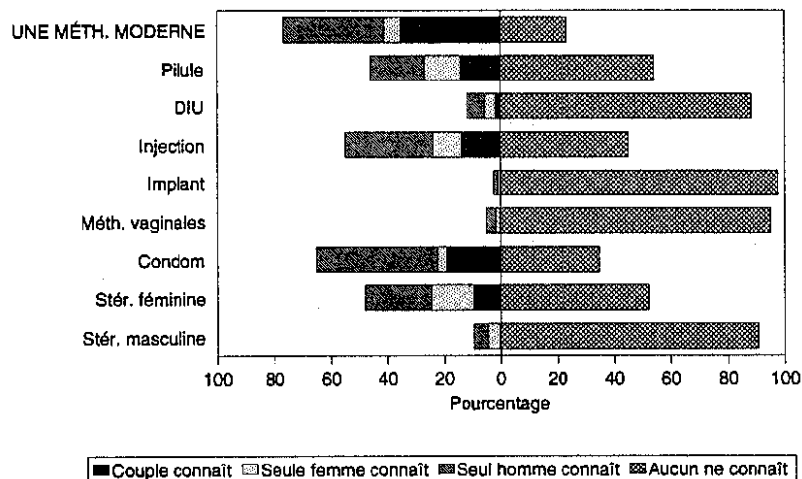
Tableau 4.3 Connaissance des méthodes contraceptives par les couples

Répartition (en %) des couples par connaissance de la contraception, selon les méthodes contraceptives spécifiques, EDS Tchad 1996-97

Méthode	L'homme et la femme connaissent	L'homme connaît, la femme non	La femme connaît, l'homme non	Aucun des deux ne connaît	Total
N'importe quelle méthode	38,7	39,4	5,3	16,7	100,0
Méthode moderne	35,3	35,6	5,7	23,4	100,0
Pilule	14,2	19,2	12,7	53,9	100,0
DIU	1,8	6,5	3,6	88,1	100,0
Injection	14,0	31,2	9,8	45,0	100,0
Implant	0,0	1,5	0,9	97,6	100,0
Méthodes vaginales	0,3	3,3	1,4	95,0	100,0
Condom	19,2	42,8	3,2	34,8	100,0
Stérilisation féminine	9,5	23,4	15,1	52,0	100,0
Stérilisation masculine	0,5	4,8	4,0	90,8	100,0
Méthode traditionnelle	10,9	40,7	6,9	41,6	100,0
Contenance périodique	9,9	38,5	6,9	44,7	100,0
Retrait	2,3	16,8	4,0	76,9	100,0
Méthode populaire	0,2	2,9	1,3	95,7	100,0
Méthode traditionnelle ou populaire	11,5	41,2	7,1	40,3	100,0

Note : Ce tableau porte sur les 1 293 couples identifiés

**Graphique 4.2
Connaissance de la contraception moderne par les couples**



EDST 1996-97

contraceptive : dans 39 % des cas, le mari connaît, au moins, une méthode alors que la femme n'en connaît aucune et, à l'opposé, dans seulement 5 % des cas, la femme connaît une méthode alors que l'époux n'en connaît aucune. Des écarts importants apparaissent au niveau de la connaissance du condom (dans 43 % des couples, le mari connaît et la femme non, et les couples dans lesquels la femme connaît et le mari non ne représentent que 3 %), de la continence périodique (39 % contre 7 %), des injections (31 % contre 10 %), de la stérilisation féminine (23 % contre 15 %) et du retrait (17 % contre 4 %).

4.2 UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Le niveau d'utilisation de la contraception par la population est l'un des indicateurs du degré de succès de tout programme de planification familiale.² L'EDST a permis d'estimer le niveau d'utilisation de la contraception à un moment quelconque ainsi que son niveau d'utilisation actuelle.

Aux femmes et aux hommes qui avaient déclaré connaître une méthode contraceptive, l'enquêteur a demandé s'ils l'avaient déjà utilisée afin de mesurer le niveau de pratique de la contraception à un moment quelconque de leur vie selon la méthode spécifique. En outre, on a demandé aux femmes qui n'étaient pas enceintes mais qui connaissaient, au moins, une méthode, si elles en utilisaient actuellement une pour éviter de tomber enceinte. De même, on a demandé aux hommes s'ils utilisaient actuellement une méthode pour éviter à leur partenaire de tomber enceinte. Ces informations permettent de mesurer le niveau de pratique actuelle ou prévalence de la contraception.

4.2.1 Utilisation passée de la contraception

Les pourcentages des femmes et des hommes ayant utilisé une méthode contraceptive à un moment quelconque sont présentés au tableau 4.4. Parmi l'ensemble des femmes, 8 % seulement ont déjà utilisé, au moins, une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie. Bien que le niveau de connaissance des méthodes modernes soit plus élevé que celui des méthodes traditionnelles ou populaires, sur le plan de l'utilisation, les méthodes populaires/traditionnelles sont celles auxquelles les femmes ont eu le plus fréquemment recours (6 % contre 3 % pour les méthodes modernes). La continence périodique a été utilisée par 5 % des femmes. Parmi les méthodes modernes, la pilule (1,6 %) et le condom (1,0 %) sont les méthodes les plus utilisées. Il faut noter que l'utilisation des DIU (0,1 %), des injections (0,4 %) ainsi que la pratique de la stérilisation féminine (0,1 %) sont totalement négligeables.

L'analyse des données selon l'âge met en évidence des différences dans le niveau de pratique de la contraception. L'utilisation de la contraception est plus élevée dans les générations âgées de moins de 35 ans que dans celles âgées de 35 ou plus.

Le tableau 4.4 présente également les données pour les femmes en union. On ne constate pas d'écart significatif dans le niveau d'utilisation de la contraception à un moment quelconque entre les deux catégories de femmes : 9 % pour les femmes en union contre 8 % pour l'ensemble des femmes. S'agissant des méthodes modernes, le niveau d'utilisation est de 3 % pour les femmes en union et pour l'ensemble des femmes. Par contre, la pratique de la contraception à un moment quelconque est beaucoup plus élevée chez les femmes qui ne sont pas en union mais sexuellement actives que chez les autres catégories de femmes. Ainsi, 19 % d'entre elles ont pratiqué la contraception à un moment quelconque : 10 % ont utilisé une méthode moderne et 12 % une méthode traditionnelle ou populaire. On peut également noter que 7 % de cette catégorie de femmes ont déclaré avoir déjà utilisé le condom.

² Dans le document de la Politique de Population (Division de la Population, 1994a), le gouvernement a retenu un certain axe stratégique pour relever le taux de prévalence contraceptive. C'est ainsi que le niveau de prévalence contraceptive, estimé à 1 % en 1990, devrait passer à 10 % en l'An 2000 et à 30 % en l'An 2015.

Tableau 4.4 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Pourcentages de femmes et d'hommes, de femmes et d'hommes actuellement en union et de femmes et d'hommes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actifs, qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode spécifique, selon l'âge (pour les femmes), EDS Tchad 1996-97

Groupe d'âges	N'im- porte quelle méth.	N'im- porte quelle méthode moderne	Méthodes modernes						N'im- porte quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles		N'im- porte quelle méthode pop.	N'im- porte quelle méth. trad. ou pop.	Effectif
			Pi- lule	DIU	Injec- tion	Con- dom	Sté- ril. fémin.	Autre		Conti- n. péri- odique	Retrait			
TOUTES LES FEMMES														
15-19	3,6	1,4	0,6	0,0	0,2	0,9	0,0	0,0	2,6	2,4	0,3	0,1	2,7	1 716
20-24	10,7	3,9	2,2	0,0	0,1	2,0	0,0	0,0	7,6	6,8	1,7	0,6	8,1	1 368
25-29	11,6	3,8	2,4	0,1	0,7	1,3	0,1	0,1	7,8	7,0	1,9	1,1	8,8	1 349
30-34	10,4	4,2	2,8	0,6	0,9	0,8	0,2	0,0	6,5	5,8	1,7	1,2	7,6	978
35-39	8,2	1,9	1,2	0,2	0,5	0,2	0,0	0,1	5,1	4,4	1,0	1,8	6,8	872
40-44	7,8	2,8	1,6	0,2	0,2	0,5	0,8	0,1	5,4	4,9	1,0	0,3	5,7	595
45-49	3,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	2,1	2,0	0,1	1,3	3,3	576
Ensemble	8,1	2,8	1,6	0,1	0,4	1,0	0,1	0,0	5,5	4,9	1,2	0,8	6,2	7 454
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION														
15-19	5,3	1,8	1,1	0,0	0,3	0,5	0,0	0,0	3,8	3,5	0,5	0,2	4,0	801
20-24	10,3	3,5	2,0	0,0	0,1	1,7	0,0	0,0	7,5	6,6	1,8	0,6	8,0	1 190
25-29	10,8	3,3	2,3	0,1	0,7	0,8	0,0	0,1	7,2	6,6	1,9	1,1	8,3	1 249
30-34	10,1	3,8	2,7	0,6	0,7	0,7	0,2	0,0	6,1	5,6	1,4	1,3	7,3	890
35-39	8,4	1,9	1,1	0,2	0,5	0,1	0,0	0,2	5,1	4,6	1,0	2,0	7,1	782
40-44	8,4	3,3	1,8	0,2	0,2	0,6	0,9	0,1	5,8	5,2	1,2	0,3	6,1	501
45-49	4,3	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	2,5	2,3	0,1	1,5	3,7	420
Ensemble	8,9	2,8	1,8	0,2	0,4	0,8	0,2	0,0	5,9	5,3	1,3	1,0	6,8	5 832
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES														
Ensemble	18,5	10,3	3,6	0,0	1,3	7,3	0,0	0,3	12,1	10,6	3,1	0,4	12,1	176
HOMMES														
Ensemble	22,1	9,8	1,6	0,2	0,7	9,2	0,2	0,1	15,8	14,7	2,7	1,0	16,2	2 320
Ensemble en union	25,8	7,9	1,8	0,3	0,4	7,0	0,2	0,1	21,3	20,1	3,1	1,4	21,9	1 483
Non en union et sexuellement actifs	40,2	36,2	2,9	0,6	4,4	35,9	0,3	0,6	12,8	10,4	3,9	0,6	12,8	189

Les résultats du tableau 4.4 montrent également que 22 % des hommes (26 % de ceux en union et 40 % de ceux qui ne sont pas en union mais sexuellement actifs) ont utilisé une méthode à un moment quelconque. Ce niveau d'utilisation des méthodes contraceptives est nettement plus élevé (22 %) que celui des femmes (8 %). En outre, comme chez les femmes, la pratique des méthodes modernes (8 % des hommes en union) est plus faible que celle des méthodes traditionnelles/populaires (22 % des hommes en union), en particulier la continence périodique qui a été utilisée par un homme sur cinq (20 % des hommes en union), contre seulement 5 % des femmes en union. Ces résultats sont cependant à interpréter avec prudence : il semble en effet que les hommes aient une mauvaise connaissance de ce qu'est la continence périodique et, de ce fait, les niveaux d'utilisation de cette méthode et donc les niveaux d'utilisation d'ensemble sont certainement surestimés. Chez les hommes qui ne sont pas en union mais sexuellement actifs, l'utilisation

de la contraception à un moment quelconque est relativement élevée (40 %), en particulier l'utilisation des méthodes modernes (36 %), du fait d'un recours important au condom (36 %).

4.2.2 Utilisation actuelle de la contraception

La prévalence contraceptive correspond à la proportion de femmes qui utilisent une méthode de contraception au moment de l'enquête. Le tableau 4.5 fournit le niveau de prévalence par âge pour l'ensemble des femmes et pour celles en union ainsi que la prévalence totale pour les femmes qui ne sont pas en union, mais sexuellement actives. Si 8 % de l'ensemble des femmes interrogées ont déclaré avoir pratiqué

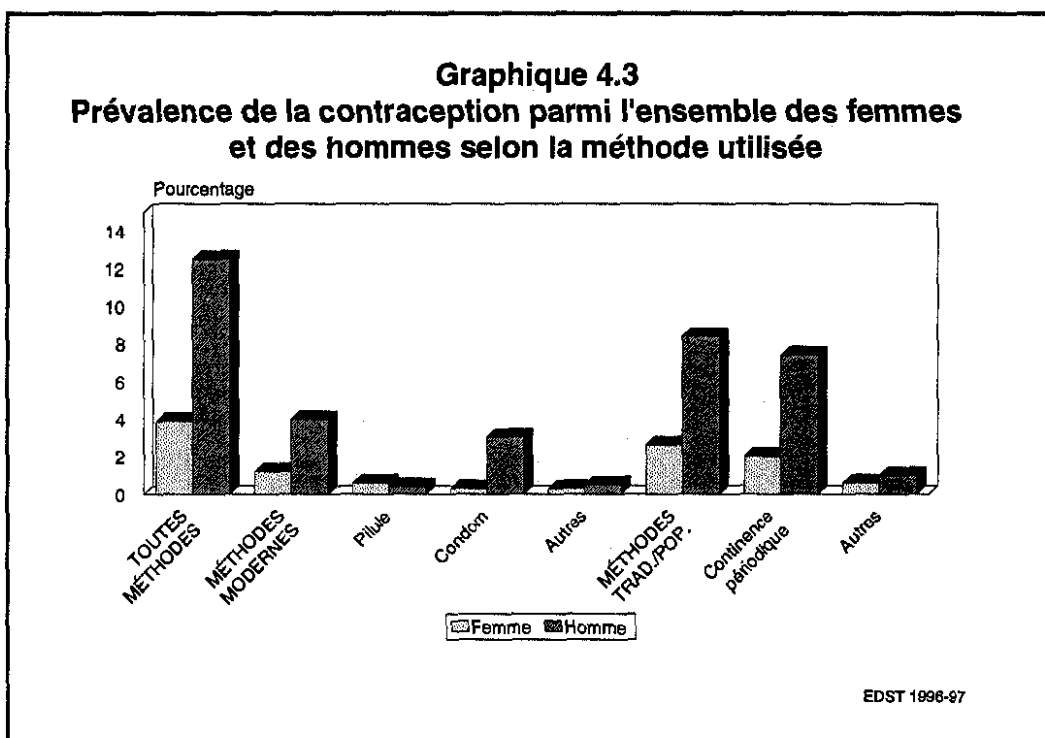
Tableau 4.5 Utilisation actuelle de la contraception

Pourcentages de femmes et d'hommes, et de femmes et d'hommes actuellement en union et de femmes et d'hommes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actifs, qui utilisent actuellement une méthode contraceptive, par méthode spécifique, selon l'âge (pour les femmes), EDS Tchad 1996-97

Groupe d'âges	N'im- porte quelle méth.	N'im- porte quelle méthode moderne	Méthodes modernes				N'im- porte quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles			N'im- porte quelle méthode pop.	N'im- porte quelle méth. trad. ou pop.	N'utilise pas actuelle- ment	Total	Effectif
			Pi- lule	Injec- tion	Con- dom	Sté- ril. fémin.		Conti- n. pé- rio- dique	Retrait						
TOUTES LES FEMMES															
15-19	2,4	0,8	0,3	0,1	0,5	0,0	1,5	1,4	0,1	0,1	1,6	97,6	100,0	1 716	
20-24	5,0	1,5	0,6	0,0	0,8	0,0	3,2	2,9	0,3	0,3	3,5	95,0	100,0	1 368	
25-29	5,8	1,6	1,0	0,3	0,2	0,1	3,5	3,0	0,5	0,7	4,2	94,2	100,0	1 349	
30-34	4,7	1,7	0,9	0,3	0,1	0,2	2,3	2,0	0,2	0,7	3,0	95,3	100,0	978	
35-39	4,1	0,9	0,4	0,3	0,0	0,0	2,3	2,3	0,0	0,9	3,2	95,9	100,0	872	
40-44	2,6	1,3	0,4	0,1	0,0	0,8	1,1	1,1	0,0	0,2	1,3	97,4	100,0	595	
45-49	1,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,6	0,2	0,2	0,0	0,3	0,5	98,9	100,0	576	
Ensemble	3,9	1,2	0,6	0,2	0,3	0,1	2,2	2,0	0,2	0,4	2,6	96,1	100,0	7 454	
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	3,1	0,8	0,5	0,2	0,2	0,0	2,1	1,9	0,2	0,2	2,3	96,9	100,0	801	
20-24	4,4	1,2	0,4	0,0	0,7	0,0	2,8	2,5	0,4	0,4	3,2	95,6	100,0	1 190	
25-29	5,6	1,4	0,9	0,3	0,1	0,0	3,5	2,9	0,6	0,8	4,3	94,4	100,0	1 249	
30-34	4,5	1,4	0,8	0,2	0,1	0,2	2,3	2,0	0,3	0,8	3,1	95,5	100,0	890	
35-39	4,4	1,0	0,3	0,3	0,0	0,0	2,5	2,5	0,0	1,0	3,5	95,6	100,0	782	
40-44	3,0	1,5	0,5	0,1	0,0	0,9	1,2	1,2	0,0	0,3	1,5	97,0	100,0	501	
45-49	1,3	0,6	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3	0,3	0,0	0,5	0,8	98,7	100,0	420	
Ensemble	4,1	1,2	0,6	0,2	0,2	0,2	2,4	2,2	0,3	0,6	3,0	95,9	100,0	5 832	
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES															
Ensemble	14,4	7,9	3,6	0,7	3,6	0,0	6,6	6,3	0,3	0,0	6,6	85,6	100,0	176	
HOMMES															
Ensemble	12,5	4,0	0,4	0,4	3,0	0,1	8,0	7,4	0,5	0,5	8,5	87,5	100,0	2 320	
Ensemble en union	15,1	3,0	0,5	0,3	2,0	0,2	11,3	10,6	0,8	0,8	12,1	84,9	100,0	1 483	
Non en union et sexuellement actifs	22,9	17,9	0,9	2,5	14,5	0,0	5,0	5,0	0,0	0,0	5,0	77,1	100,0	189	

une méthode quelconque de contraception au cours de leur vie, seulement la moitié d'entre elles (3,9 %) en utilisaient une au moment de l'enquête : 2,6 % utilisaient une méthode traditionnelle ou populaire, presque exclusivement la continence périodique (2,0 %), et 1,2 % utilisaient une méthode moderne, essentiellement la pilule (0,6 %) et le condom (0,3 %) (graphique 4.3).

Les données du tableau 4.5 indiquent que la prévalence contraceptive n'est pratiquement pas différente entre l'ensemble des femmes (3,9 %) et les femmes en union (4,1 %). Malgré un très faible taux d'utilisation, la méthode moderne la plus utilisée par les femmes reste la pilule (0,6 %). Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique est la plus pratiquée (2,2 % des femmes en union et 2,0 % pour l'ensemble des femmes). Ce sont les femmes qui ne sont pas en union mais sexuellement actives qui pratiquent le plus la contraception (14,4 %), les méthodes modernes (7,9 %, essentiellement la pilule et le condom), étant légèrement plus utilisées que les méthodes populaires ou traditionnelles (6,6 %), essentiellement la continence périodique.



Selon l'âge, le tableau 4.5 montre que la prévalence contraceptive chez les femmes en union augmente légèrement et régulièrement du groupe d'âges 15-19 ans (3,1 %) au groupe d'âge 25-29 ans (5,6 %). Au-delà de cet âge, les proportions baissent de manière continue pour atteindre 1,3 % à 45-49 ans. Concernant les méthodes modernes, quel que soit le groupe d'âges, les proportions sont très faibles et restent toujours inférieures à 2 %. Cependant, on peut remarquer que, excepté pour le groupe d'âges 20-24 ans où le condom est la méthode la plus utilisée (0,7 %), les femmes ont plus fréquemment recours à la pilule.

Chez les hommes, le niveau d'utilisation actuelle des méthodes contraceptives est nettement plus élevé (12,5 %) que chez les femmes (3,9 %) du fait, essentiellement, d'une utilisation beaucoup plus importante de la continence périodique (7,4 % contre 2,0 %) et du condom (3,0 % contre 0,3 %). Comme cela a été mentionné précédemment, ces résultats sont cependant à interpréter avec prudence dans la mesure où le niveau d'utilisation de la continence périodique par les hommes semble anormalement élevé par rapport aux déclarations des femmes : les niveaux d'utilisation de cette méthode par les hommes et donc la prévalence contraceptive totale des hommes sont certainement surestimés.

La prévalence contraceptive est de 15,1 % chez les hommes en union et de 12,5 % pour l'ensemble des hommes (tableau 4.5). Mais ces derniers utilisent moins fréquemment une méthode traditionnelle ou populaire que ceux en union (8,5 % contre 12,1 %). Si le condom est un peu plus utilisé par l'ensemble des hommes (3,0 %) que par les hommes en union (2,0 %), on ne constate que très peu de différence dans l'utilisation des autres méthodes modernes qui, du reste, est négligeable. Comme chez les femmes, ce sont les hommes qui ne sont pas en union mais sexuellement actifs qui pratiquent le plus la contraception (22,9 %), les méthodes modernes (17,9 %) et surtout le condom (14,5 %) étant nettement plus utilisés que les méthodes populaires ou traditionnelles (5,0 %).

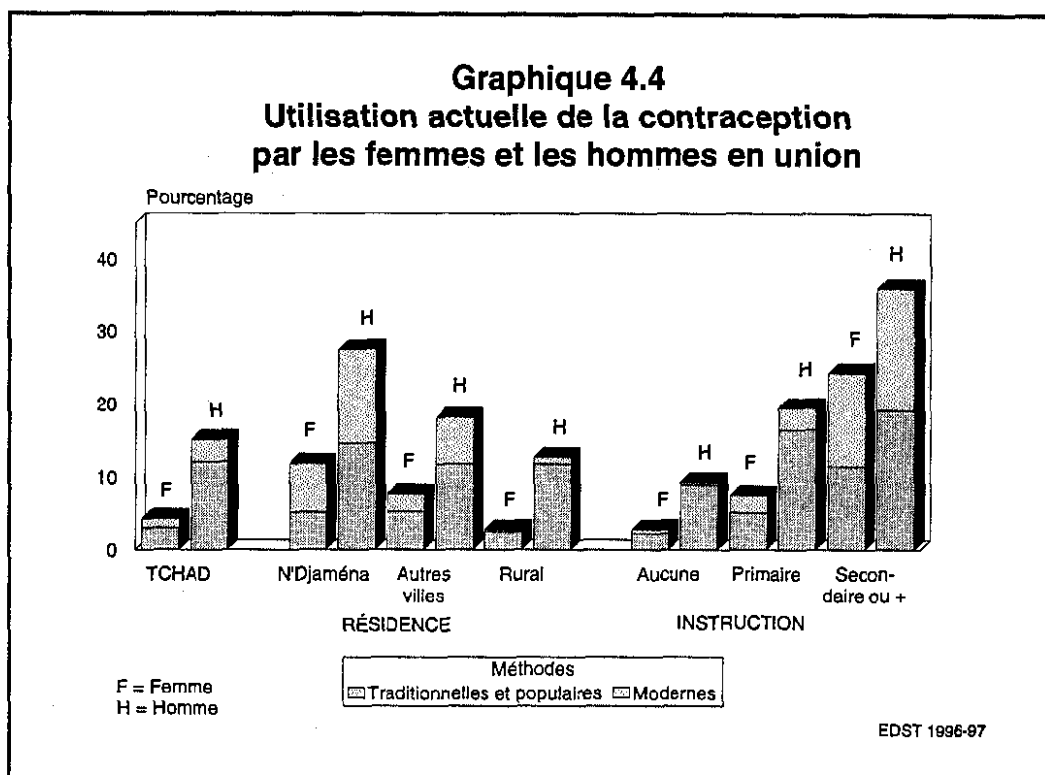
Le tableau 4.6 montre que la prévalence contraceptive varie selon certaines caractéristiques socio-démographiques tels que le milieu de résidence, le niveau d'instruction, la religion et le nombre d'enfants vivants.

Tableau 4.6 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques (femmes)

Repartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques, socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	N'importe quelle méth.	N'importe quelle méthode moderne	Méthodes modernes				N'importe quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles		N'importe quelle méthode pop.	N'importe quelle méth. trad. ou pop.	N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes
			Pilule	Injection	Condom	Stéril. fémin.		Contin. périodique	Retrait					
Milieu de résidence														
N'Djaména	11,8	6,7	4,4	0,8	0,6	0,4	4,9	4,7	0,2	0,2	5,1	88,2	100,0	512
Autres villes	7,6	2,5	0,8	0,8	0,4	0,3	4,0	3,8	0,2	1,2	5,2	92,4	100,0	726
Ens. urbain	9,4	4,2	2,3	0,8	0,5	0,4	4,4	4,2	0,2	0,8	5,2	90,6	100,0	1 238
Rural	2,7	0,3	0,1	0,0	0,1	0,1	1,9	1,6	0,3	0,5	2,4	97,3	100,0	4 594
Niveau d'instruction														
Aucun	2,7	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	1,7	1,5	0,2	0,5	2,2	97,3	100,0	4 678
Primaire ou +	9,8	3,9	2,2	0,5	0,7	0,3	5,1	4,7	0,4	0,8	5,9	90,2	100,0	1 154
- Primaire	7,5	2,5	1,3	0,3	0,6	0,3	4,2	3,9	0,4	0,8	5,0	92,5	100,0	999
- Secondaire ou plus	24,3	12,8	7,9	1,8	1,4	0,7	10,8	10,4	0,4	0,7	11,5	75,7	100,0	155
Religion														
Musulmane	3,2	0,9	0,6	0,2	0,0	0,0	1,7	1,7	0,0	0,6	2,3	96,8	100,0	3 172
Catholique	5,7	1,2	0,6	0,2	0,4	0,0	3,8	3,1	0,7	0,7	4,5	94,3	100,0	1 375
Protestante	6,1	2,3	0,8	0,2	0,5	0,7	3,3	2,7	0,6	0,5	3,8	93,9	100,0	914
Autres/ND	2,0	0,5	0,0	0,0	0,1	0,3	1,2	1,2	0,0	0,3	1,5	98,0	100,0	371
No. d'enfants vivants														
Aucun	1,6	0,6	0,2	0,0	0,2	0,3	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	98,4	100,0	664
1	4,0	1,2	0,6	0,1	0,3	0,1	2,5	2,2	0,2	0,3	2,8	96,0	100,0	1 035
2	4,6	0,8	0,3	0,1	0,3	0,1	3,5	3,1	0,4	0,3	3,8	95,4	100,0	910
3	5,0	1,9	1,1	0,1	0,5	0,2	2,3	1,9	0,4	0,8	3,1	95,0	100,0	823
4	4,0	1,0	0,6	0,1	0,0	0,1	2,1	1,9	0,2	0,9	3,0	96,0	100,0	778
5 ou plus	4,7	1,2	0,5	0,3	0,0	0,3	2,6	2,3	0,3	0,8	3,4	95,3	100,0	1 623
Ensemble des femmes														
	4,1	1,2	0,6	0,2	0,2	0,2	2,4	2,2	0,3	0,6	3,0	95,9	100,0	5 832

Pour les femmes en union, la prévalence contraceptive est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural : en milieu rural, seulement 2,7 % des femmes en union utilisent une méthode contre 7,6 % dans les Autres Villes et 11,8 % à N'Djaména. On retrouve des écarts aussi importants en ce qui concerne les méthodes modernes, la prévalence étant de 0,3 % en milieu rural, 2,5 % dans les Autres Villes et de 6,7 % à N'Djaména (graphique 4.4). La pilule est, quel que soit le milieu, la méthode moderne la plus utilisée et son taux d'utilisation atteint 4,4 % à N'Djaména. Excepté à N'Djaména, l'utilisation des méthodes traditionnelles et, notamment celle de la continence périodique, est plus importante que celle des méthodes modernes.



Le niveau d'instruction a une influence importante sur l'utilisation de la contraception. En effet, qu'il s'agisse des méthodes modernes ou traditionnelles, la prévalence de la contraception augmente de façon très importante avec le niveau d'instruction : 2,7 % des femmes sans instruction utilisent une méthode quelconque et 0,5 % seulement une méthode moderne. Chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire, la prévalence est plus élevée et atteint 7,5 %, dont 4,2 % pour les méthodes traditionnelles, essentiellement la continence périodique (3,9 %). C'est chez les femmes ayant atteint le niveau d'instruction secondaire ou plus que le taux de prévalence contraceptive est le plus élevé (24,3 %) dont 12,8 % pour les méthodes modernes (7,9 % pour la pilule) et 10,8 % pour les méthodes traditionnelles, presque exclusivement la continence périodique (10,4 %). Il faut noter que ces femmes utilisent plus fréquemment les méthodes modernes que les méthodes traditionnelles; on observe la situation inverse chez les femmes de niveau d'instruction primaire et surtout chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction.

Le degré d'utilisation de la contraception varie également avec la religion aussi bien pour les méthodes modernes que traditionnelles. Ainsi, la prévalence de la contraception est plus élevée chez les femmes protestantes (6,1 % pour une méthode quelconque et 2,3 % pour les méthodes modernes) et les catholiques (5,7 % pour une méthode quelconque et 1,2 % pour les méthodes modernes) que chez les autres. Chez les femmes musulmanes, cette prévalence est beaucoup plus faible : 3,2 % des femmes musulmanes utilisent la contraception dont 0,9 % pour les méthodes modernes. Quant aux méthodes traditionnelles et

populaires, la prévalence est plus élevée chez les femmes catholiques (4,5 %) et chez les protestantes (3,8 %) que chez les musulmanes (2,3 %).

L'utilisation de la contraception ne présente pas de variation significative selon le nombre d'enfants, la prévalence oscillant de 4,0 % à 5,0 %, sauf chez les nullipares dont une très faible proportion utilise une méthode (1,6 %).

Le tableau 4.7 présente les résultats concernant la prévalence contraceptive des hommes en union selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Comme chez les femmes, l'utilisation de la contraception est beaucoup plus élevée chez les hommes en union vivant à N'Djaména (27,5 %) et dans les Autres Villes (18,2 %) que chez ceux vivant en milieu rural (12,6 %) (graphique 4.4). Tout comme chez les femmes, la prévalence contraceptive des hommes augmente sensiblement avec le niveau d'instruction : elle est de 9,3 % chez ceux sans instruction, de 19,5 % chez ceux ayant un niveau d'instruction primaire et elle atteint 36,0 % chez ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Contrairement aux femmes, les hommes de niveau d'instruction secondaire ou plus utilisent plus fréquemment que les autres les méthodes

Tableau 4.7 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques (hommes)

Repartition (en %) des hommes actuellement en union par méthode actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques, socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	N'im- porte quelle méth.	N'im- porte quelle méthode moderne	Méthodes modernes				N'im- porte quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles		N'im- porte quelle méthode pop.	N'im- porte quelle méth. trad. ou pop.	N'utilise pas actuelle- ment	Total	Effectif d'hommes
			Pi- lule	Injec- tion	Con- dom	Sté- ril. fémin.		Contin. péri- odique	Retrait					
Milieu de résidence														
N'Djaména	27,5	12,9	3,7	1,4	7,5	0,0	14,6	14,6	0,0	0,0	14,6	72,5	100,0	175
Autres villes	18,2	6,4	0,3	1,0	4,5	0,6	11,5	11,2	0,3	0,3	11,8	81,8	100,0	202
Ens. urbain	22,5	9,4	1,9	1,1	5,9	0,3	12,9	12,8	0,2	0,2	13,1	77,5	100,0	377
Rural	12,6	0,9	0,0	0,0	0,7	0,1	10,8	9,8	1,0	1,0	11,8	87,4	100,0	1 106
Niveau d'instruction														
Aucun	9,3	0,3	0,0	0,1	0,2	0,1	8,3	7,9	0,4	0,7	9,0	90,7	100,0	932
Primaire +	25,0	7,6	1,3	0,7	5,1	0,4	16,4	15,1	1,3	1,0	17,4	75,0	100,0	551
- Primaire	19,5	3,0	0,2	0,0	2,5	0,4	15,0	14,1	0,9	1,5	16,5	80,5	100,0	368
- Secondaire ou plus	36,0	16,8	3,6	2,0	10,5	0,4	19,2	17,0	2,2	0,0	19,2	64,0	100,0	183
Religion														
Musulmane	10,3	1,7	0,4	0,4	1,0	0,0	8,0	7,9	0,2	0,5	8,5	89,7	100,0	843
Catholique	19,7	4,6	0,6	0,2	3,4	0,4	13,8	12,6	1,3	1,3	15,1	80,3	100,0	317
Protestante	24,7	6,2	1,1	0,3	4,1	0,6	17,0	15,4	1,6	1,6	18,6	75,3	100,0	214
Autres/ND	20,9	2,3	0,0	0,0	2,3	0,0	18,5	16,0	2,5	0,0	18,5	79,1	100,0	109
No. d'enfants vivants														
Aucun	9,3	5,9	0,4	0,0	5,6	0,0	2,5	1,6	0,9	0,9	3,4	90,7	100,0	154
1	15,9	5,2	0,6	0,3	4,3	0,0	10,7	10,1	0,7	0,0	10,7	84,1	100,0	204
2	16,6	2,8	1,2	0,0	1,3	0,0	13,8	13,1	0,7	0,0	13,8	83,4	100,0	196
3	17,2	1,7	0,7	0,0	0,6	0,4	13,3	13,3	0,0	2,2	15,5	82,8	100,0	183
4	18,5	2,1	0,4	0,0	1,7	0,0	15,6	14,8	0,8	0,8	16,4	81,5	100,0	160
5 ou plus	14,3	2,3	0,2	0,6	1,1	0,3	11,2	10,2	1,0	0,8	12,0	85,7	100,0	585
Ensemble des hommes														
	15,1	3,0	0,5	0,3	2,0	0,2	11,3	10,6	0,8	0,8	12,1	84,9	100,0	1 483

traditionnelles (19,2 % contre 15,0 % chez ceux de niveau primaire ou plus). Par ailleurs, on constate que la prévalence contraceptive augmente également avec la parité, passant de 9,3 % chez les hommes sans enfant à 15,9 % chez les hommes ayant un enfant et à 18,5 % chez ceux ayant 4 enfants. Au-delà de 4 enfants, la prévalence contraceptive baisse. Cependant, là encore, ces différences sont dues, en partie, à des différences d'utilisation de la continence périodique dont le niveau de prévalence réel peut être mis en doute.

Les résultats de l'EDST mettent en évidence une très faible utilisation de la contraception, plus particulièrement par les femmes. Ces résultats expliquent, entre autres, le niveau encore élevé de la fécondité (voir Chapitre 3 - Fécondité).

4.3 CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE

Pour pouvoir mesurer le degré de connaissance des femmes de la période de fécondabilité au cours du cycle menstruel, on leur a demandé si elles pensaient qu'au cours du cycle, il existait une période pendant laquelle elles avaient plus de chance de tomber enceinte et, si oui, à quel moment du cycle se situait cette période. La connaissance de cette période est particulièrement importante pour les femmes utilisant la continence périodique comme moyen contraceptif. Compte tenu des très nombreuses nuances que peuvent comporter les réponses à cette dernière question, on a essayé de regrouper les réponses en trois grandes catégories (tableau 4.8) :

- *connaissance* : « milieu du cycle »;
- *connaissance douteuse* : « juste après la fin des règles », « juste avant le début des règles ». Ces réponses sont trop vagues pour pouvoir être considérées comme exactes mais, selon l'idée que se font les femmes du « juste après » et du « juste avant », elles peuvent correspondre à la période de fécondabilité;
- *méconnaissance* : « pendant les règles », « n'importe quand », « autre » ou « ne sait pas ».

Dans la majorité des cas, les femmes ne connaissent pas avec exactitude leur période féconde. En effet, seulement une femme sur huit (13 %) a pu identifier correctement la période de fécondabilité, un quart des femmes (25 %) en ont une connaissance douteuse et 62 % des femmes n'ont aucune idée de l'existence d'une période particulière ou ne savent pas la situer correctement. Parmi les utilisatrices de la continence périodique, la connaissance de cette période est nettement meilleure (23 %), tout en restant très faible, puisque 22 % n'en ont qu'une connaissance douteuse et que la majorité des utilisatrices (53 %) ne savent pas situer ou ne savent même pas qu'il existe une période au cours de laquelle elles doivent s'abstenir des rapports sexuels pour éviter de tomber enceinte.

Quand on sait qu'au Tchad, plus de la moitié des utilisatrices de la contraception pratiquent la continence périodique (2,2 %), ces résultats mettent en évidence le fait que l'utilisation de la contraception,

Tableau 4.8 Connaissance de la période féconde

Répartition (en %) des femmes selon leur connaissance de la période féconde au cours du cycle menstruel, pour toutes les femmes et pour celles pratiquant la continence périodique, EDS Tchad 1996-97

Connaissance de la période féconde	Utilisatrices de la continence périodique	Ensemble des femmes
Connaissance		
Au milieu du cycle	23,2	13,3
Connaissance douteuse		
Juste après les règles	20,5	21,5
Juste avant les règles	1,3	3,1
Ne connaît pas		
Pendant les règles	1,2	2,4
À n'importe quel moment	35,5	23,0
Autre	0,3	0,1
Ne sait pas	16,2	36,1
Non déclaré	1,7	0,4
Total	100,0	100,0
Effectif de femmes	151	7 454

déjà très faible (4,1 %), est très souvent vouée à l'échec. Une éducation des femmes pour améliorer la connaissance et la maîtrise de leur cycle menstruel s'avère nécessaire.

4.4 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION

L'une des recommandations du Programme d'Action de N'Djaména (CERPOD, 1989) concernant la Population et le Développement au Sahel est de tester les différentes alternatives pour la prestation des services de planification familiale, telles que la distribution par les agents de santé communautaire et la distribution commerciale. Au Tchad, au niveau national, c'est le Programme SMI/BEF qui assure la distribution des contraceptifs. Cette distribution se fait de façon gratuite à travers les centres de santé, les maternités, les hôpitaux régionaux et les Organisations Non Gouvernementales (ONG).

Pour évaluer la contribution des secteurs public et privé dans la distribution ou la vente des différentes méthodes de contraception, on a demandé aux utilisatrices d'indiquer l'endroit où elles obtiennent leur méthode. Les résultats du tableau 4.9 montrent, qu'au Tchad, le secteur médical public est le secteur privilégié d'approvisionnement en méthodes contraceptives. Plus de la moitié des femmes utilisatrices de la contraception s'approvisionnent auprès du secteur médical public (59 %), essentiellement dans les hôpitaux (30 %) et dans les centres de santé ou dispensaires (18 %), 25 % s'adressent au secteur privé non médical (boutique, vendeur ambulant, amis/parents), surtout pour l'approvisionnement en condoms (56 %).

Source d'approvisionnement	Pilule	Condom	Autres	Ensemble
Secteur public	60,5	22,7	87,5	59,3
Hôpital	22,1	10,5	58,7	30,2
Centre de santé/ Dispensaire/Gamison	23,0	5,0	20,7	17,8
Polyclinique	7,7	0,0	2,2	4,2
Pharmacie de l'hôpital/ du centre de santé	7,7	7,3	5,9	7,1
Secteur médical privé	11,7	10,0	12,5	11,5
Hôpital/Cabinet de médecin	1,2	0,0	10,6	3,8
Pharmacie/Dépôt pharmaceutique	10,4	10,0	1,9	7,7
Secteur privé/public	3,1	11,4	0,0	4,2
Pharmacie/centre de santé villageois	3,1	11,4	0,0	4,2
Autre secteur privé	24,7	56,0	0,0	25,0
Boutique/marché	11,9	23,0	0,0	11,1
Vendeur ambulant	8,3	13,4	0,0	7,1
Parents/voisins	4,4	19,6	0,0	6,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	41	23	28	92

Les sources d'approvisionnement des femmes varient selon les méthodes. Parmi les utilisatrices de la pilule, 61 % s'adressent au secteur médical public, dont 23 % dans les centres de santé et 22 % dans les hôpitaux. Le secteur privé non médical contribue pour 25 % à l'approvisionnement en pilules, particulièrement les boutiques (12 %); en outre, la part du secteur privé médical s'élève à 12 %, essentiellement les pharmacies (10 %). Par ailleurs, le secteur privé non médical constitue la première source d'approvisionnement du condom avec 56 % d'utilisatrices, essentiellement les boutiques (23 %) les parents et les voisins (20 %). Le secteur médical public vient en deuxième position (23 %). Par contre, la part du secteur médical privé est très faible (10 %). Les autres méthodes contraceptives sont principalement obtenues auprès du secteur médical public (88 %) dont 59 % dans les hôpitaux et 21 % dans les centres de santé.

4.5 UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION

Les femmes et les hommes qui n'utilisent pas actuellement la contraception peuvent envisager de l'utiliser dans le futur. Aussi, a-t-on demandé aux femmes et aux hommes qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, s'ils avaient l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Le tableau 4.10 et le graphique 4.5 présentent la distribution des femmes et des hommes en union selon l'intention d'utiliser une méthode de contraception dans le futur.

Selon les résultats du tableau 4.10, on constate que 79 % des femmes en union non utilisatrices de la contraception n'ont pas l'intention de l'utiliser dans l'avenir. À l'opposé, 15 % des femmes ont manifesté leur intention de l'utiliser dans le futur (graphique 4.5). Parmi ces femmes, la majorité (10 %) ont déclaré vouloir utiliser une méthode dans un avenir très proche (dans les 12 mois suivant l'interview). Les femmes sans enfant ne sont que 7 % à avoir l'intention d'utiliser la contraception; de plus, dans leur majorité (5 %), elles n'ont pas l'intention de la faire dans un avenir proche. Par contre, parmi les femmes ayant déjà, au moins, un enfant, un peu plus d'une sur sept (15 %) a l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir et

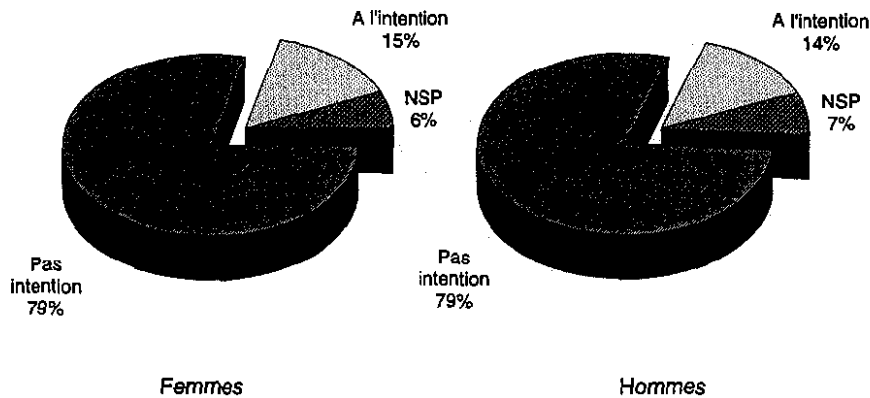
Tableau 4.10 Utilisation future de la contraception

Répartition (en %) des femmes et des hommes actuellement en union n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive, par intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, selon le nombre d'enfants vivants (pour les femmes), EDS Tchad 1996-97

Intention d'utiliser dans le futur	Femmes					Ensemble	Ensemble des hommes
	Nombre d'enfants vivants ¹						
	0	1	2	3	4 ou +		
Intention d'utiliser dans les 12 prochains mois	1,9	7,8	11,6	9,9	11,1	9,7	7,9
Intention d'utiliser plus tard	5,0	6,7	6,9	4,6	3,0	4,7	5,6
Intention NSP quand	0,5	0,4	0,5	0,7	0,5	0,5	0,3
N'est pas sûr(e) d'utiliser	6,2	8,6	5,8	5,3	6,1	6,4	7,4
N'a pas l'intention d'utiliser	86,1	76,5	75,1	79,5	79,2	78,6	78,6
ND	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	429	1 041	882	802	2 437	5 591	1 259

¹ Y compris la grossesse actuelle.

Graphique 4.5
Intention d'utiliser la contraception par les femmes et les hommes actuellement en union



EDST 1996-97

plus de la moitié de ces femmes (8 %) ont l'intention de le faire rapidement. À la parité 2, la proportion de femmes ayant l'intention d'utiliser la contraception est légèrement plus importante (19 %), puis elle baisse pour atteindre 15 % avec les parités 3 et plus.

Parmi les hommes non utilisateurs de la contraception, une proportion identique à celle des femmes (79 %) n'a pas l'intention de pratiquer la contraception. À l'opposé, environ un homme sur sept (14 %) a manifesté son intention de pratiquer une méthode de contraception dans le futur, et la majorité (8 %) a exprimé son intention de le faire dans un avenir très proche.

Aux femmes et aux hommes non utilisateurs de la contraception et qui ont déclaré ne pas avoir l'intention de l'utiliser dans l'avenir, on a demandé quelle était la raison de leur décision. Les données du tableau 4.11 montrent que, quel que soit l'âge, le désir d'avoir des enfants est la principale raison évoquée par les femmes (41 %), suivie de raisons relatives au manque de connaissance (29 %), soit des méthodes (22 %) soit des sources d'approvisionnement (7 %), et des raisons relatives à des convictions personnelles (opposition à la planification familiale, 10 %, religion, 4 %). Les raisons avancées par les jeunes femmes et celles de 30 ans ou plus diffèrent assez peu sauf pour les raisons relatives à la stérilité, à la ménopause ou à la fréquence des rapports sexuels qui sont citées par 17 % des femmes de 30 ans et plus, contre moins de 1 % des femmes de moins de 30 ans. En outre, les jeunes femmes manifestent beaucoup plus le désir d'avoir des enfants que les femmes plus âgées (49 % contre 32 %).

Tout comme chez les femmes, la principale raison de non utilisation de la contraception par les hommes est le désir d'enfants (53 %). Les autres raisons citées sont relatives aux convictions personnelles (15 %) et 14 % des hommes ont cité des interdits liés à la religion. En outre, on constate que la religion est mentionnée plus fréquemment par les hommes de 30 ans et plus que par les hommes plus jeunes (15 % contre 10 %). Enfin, le manque de connaissance de la contraception est une raison avancée par 10 % des hommes : il s'agit d'un manque de connaissance, soit des méthodes (6 %), soit des sources d'approvisionnement (3 %).

Tableau 4.11 Raison de non-utilisation de la contraception

Répartition (en %) des femmes et des hommes en union n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive et n'ayant pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, selon la principale raison pour laquelle elles/ils n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception, selon l'âge, EDS Tchad 1996-97

Raison de non-utilisation de la contraception	Femmes			Hommes		
	Âge		Tous les âges	Âge		Tous les âges
	15-29	30-49		15-29	30-59	
Non marié(e)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Veut des enfants	48,6	32,2	40,8	60,3	49,8	52,7
Ne connaît aucune méthode	21,4	23,1	22,2	8,0	5,8	6,4
Ne connaît aucune source	7,9	6,3	7,1	3,0	3,5	3,4
Pas accessible/Trop loin	2,0	1,4	1,7	0,0	0,2	0,1
Trop chère	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Rapports sexuels peu fréquents	0,3	3,1	1,6	0,5	1,2	1,0
Ménopausée/hystérectomie	0,0	10,9	5,2	0,0	3,8	2,8
Sous-féconde/stérile	0,4	2,5	1,4	1,0	2,4	2,0
Peur des effets secondaires	1,4	1,3	1,3	1,5	0,8	1,0
Problèmes pour la santé	0,1	0,8	0,4	0,7	0,4	0,5
Enquêté(e) opposé(e)	9,8	9,2	9,5	11,9	15,6	14,6
Mari/conjoint opposé(e)	1,5	1,3	1,4	0,5	0,5	0,5
Autres personnes opposées	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Interdits religieux	3,7	5,0	4,3	10,0	14,9	13,6
Pas pratique à utiliser	0,4	0,4	0,4	1,5	0,1	0,5
Interfère avec le corps	0,4	1,4	0,9	0,7	0,2	0,3
Autres	0,8	0,9	0,9	0,5	0,6	0,5
Ne sait pas	0,7	0,2	0,5	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	99,8	99,9
Effectif	2 305	2 091	4 396	269	720	990

4.6 SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

L'information constitue un moyen indispensable pour sensibiliser la population à la planification familiale; elle constitue aussi un support important pour vulgariser et développer la pratique contraceptive. Dans cette optique, on a demandé à l'ensemble des femmes et des hommes si elles/ils avaient entendu un message quelconque sur la planification familiale à la radio ou à la télévision durant le mois ayant précédé l'enquête. Les données du tableau 4.12 révèlent que durant le mois précédant l'enquête, près des trois quarts des femmes (73 %) et plus de la moitié des hommes (53 %) n'ont entendu aucun message, ni à la radio, ni à la télévision. À l'opposé, un peu plus d'un quart des femmes (26 %) et plus de deux hommes sur cinq (46 %) ont déclaré avoir entendu un message sur la planification familiale à la radio au cours du mois précédant l'enquête. Il faut signaler que seulement 5 % des femmes interrogées et 11 % des hommes ont déclaré regarder la télévision, au moins, une fois par semaine et que 23 % des femmes et 39 % des hommes ont déclaré écouter la radio, au moins, une fois par jour (voir Chapitre 2 - Section 2.2.3 - Accès aux média).

On constate d'importantes disparités selon les caractéristiques des femmes : 81 % des femmes rurales et 78 % des femmes n'ayant aucun niveau d'instruction n'ont entendu aucun message. Ces proportions sont, respectivement, de 35 % à N'Djaména et de 29 % pour les femmes de niveau d'instruction secondaire ou

Tableau 4.12 Messages sur la planification familiale diffusés à la radio et à la télévision

Répartition (en %) des femmes et des hommes selon qu'ils ont entendu ou non un message diffusé par la radio ou la télévision sur la planification familiale dans le mois précédant l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Message sur la planification familiale				Total	Effectif
	Aucun	À la radio seulement	À la télé. seulement	À la radio et à la télé.		
FEMMES						
Groupe d'âges						
< 30 ans	73,7	22,1	0,5	3,7	100,0	4 433
30 ans ou +	72,1	24,7	0,3	2,8	100,0	3 021
Milieu de résidence						
N'Djaména	34,5	37,9	3,1	24,5	100,0	696
Autres villes	52,6	44,3	0,2	2,9	100,0	1 023
Ensemble urbain	45,3	41,7	1,4	11,6	100,0	1 720
Rural	81,4	17,6	0,2	0,9	100,0	5 734
Niveau d'instruction						
Aucun	78,0	20,2	0,2	1,6	100,0	5 738
Primaire ou plus	56,5	33,1	1,2	9,2	100,0	1 716
- Primaire	61,8	31,3	0,9	5,9	100,0	1 436
- Secondaire ou plus	29,2	42,0	2,8	26,0	100,0	281
Ensemble des femmes	73,0	23,1	0,4	3,3	100,0	7 454
HOMMES						
Groupe d'âges						
< 30 ans	67,8	25,4	0,7	6,2	100,0	490
30 ans ou +	49,2	42,4	0,4	8,0	100,0	1 830
Milieu de résidence						
N'Djaména	27,6	28,2	2,7	41,4	100,0	303
Autres villes	40,4	53,4	0,0	6,2	100,0	396
Ensemble urbain	34,9	42,5	1,2	21,5	100,0	699
Rural	61,0	37,2	0,2	1,6	100,0	1 621
Niveau d'instruction						
Aucun	59,3	38,0	0,0	2,7	100,0	1 265
Primaire ou plus	45,7	39,8	1,0	13,4	100,0	1 055
- Primaire	56,2	39,7	0,2	3,8	100,0	669
- Secondaire ou plus	27,6	39,9	2,6	30,0	100,0	386
Ensemble des hommes	53,1	38,8	0,5	7,6	100,0	2 320

plus. Par rapport à l'âge, les résultats ne font pas apparaître de différence significative, puisque 74 % des femmes de moins de 30 ans et 72 % de celles de plus de 30 ans n'ont entendu aucun message sur la planification familiale.

En ce qui concerne les hommes, on constate également des disparités selon les caractéristiques socio-démographiques : moins des deux tiers des hommes du milieu rural (61 %) et de ceux n'ayant aucun niveau d'instruction (59 %), n'ont entendu aucun message sur la planification familiale. Les hommes de N'Djaména (41 %) et ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (30 %) sont ceux qui ont le plus fréquemment accès à l'information, par la radio et/ou la télévision.

4.7 OPINIONS ET ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

La pratique de la contraception par les femmes est non seulement influencée par leurs opinions et attitudes vis-à-vis de la planification familiale, mais aussi par les opinions et les attitudes de leur mari. Dans la société tchadienne, le pouvoir de décision en ce qui concerne la famille est surtout le fait du mari et quelquefois des autres membres de la famille. Une prise conjointe de décision par le couple peut modifier le comportement de l'homme et le rendre favorable à la planification familiale. L'attitude de l'homme est également déterminante dans le choix de la méthode de contraception et la durée de son utilisation. L'EDST s'est donc penchée sur les opinions et les attitudes des femmes concernant la planification familiale, ainsi que sur celles de leur conjoint. Pour cela, on a posé tout d'abord des questions relatives à la discussion éventuelle sur la contraception avec le conjoint.

Le tableau 4.13 indique que la planification familiale ne fait pas souvent l'objet de discussion au sein du couple. En effet, parmi les femmes mariées connaissant la contraception, deux sur trois (65 %) n'ont jamais discuté avec leur conjoint de la planification familiale. Parmi celles qui ont discuté avec leur mari (35 %), 18 % en ont discuté une ou deux fois et 17 % plus souvent. C'est chez les femmes âgées de 20 à 34 ans que la proportion de celles ayant discuté de la planification familiale avec leur mari est la plus élevée, en particulier chez les femmes de 20-24 ans (40 %) et chez celles de 25-29 ans (39 %). Chez les femmes les plus jeunes (15-19 ans) et chez les plus âgées (45-49 ans), moins de 27 % ont abordé les problèmes de contraception avec leur mari.

Tableau 4.13 Discussion de la planification familiale avec le conjoint

Répartition (en %) des femmes actuellement en union connaissant une méthode contraceptive par nombre de fois qu'elles ont discuté de la planification familiale avec leur conjoint au cours de l'année ayant précédé l'enquête, selon l'âge actuel, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Nombre de discussions sur la planification familiale			Total	Effectif de femmes
	Jamais	Une ou deux fois	Trois fois ou plus		
Groupe d'âges					
15-19	73,9	15,9	10,2	100,0	336
20-24	60,5	20,5	19,1	100,0	567
25-29	60,8	21,2	18,0	100,0	619
30-34	62,7	21,1	16,2	100,0	410
35-39	67,6	14,8	17,6	100,0	375
40-44	66,9	16,3	16,8	100,0	205
45-49	73,9	11,1	15,0	100,0	145
Religion					
Musulmane	70,8	16,0	13,1	100,0	1 139
Catholique	58,5	22,1	19,4	100,0	826
Protestante	59,3	19,9	20,8	100,0	586
Autres/ND	79,4	10,1	10,4	100,0	107
Ensemble	64,8	18,5	16,6	100,0	2 657

Du point de vue de la religion, les résultats font apparaître que sept femmes musulmanes sur dix (71 %) n'ont jamais discuté des problèmes de contraception avec leur mari. Par contre, les femmes catholiques (42 %) et protestantes (41 %) discutent plus fréquemment de la planification familiale avec leur conjoint.

Lors de l'enquête, on a posé la question suivante aux femmes et aux hommes : « *En général, est-ce que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?* » Cette question a permis de déterminer l'opinion des couples en matière de planification familiale (tableau 4.14). Dans 43 % des couples, les deux conjoints partagent la même opinion (quelle qu'elle soit) sur la planification familiale : le plus souvent, les deux conjoints sont d'accord et désapprouvent la planification familiale (29 %), alors que seulement 13 % l'approuvent. Les couples dans lesquels le mari et la femme ont de l'instruction (31 %) sont plus fréquemment en accord pour approuver la planification familiale que les couples sans instruction (7 %). De même, les couples dans lesquels la différence d'âge entre le mari et la femme n'excède pas 5 ans sont ceux qui sont le plus fréquemment en accord pour approuver la planification familiale (17 %).

Près d'un tiers des couples (29 %) ont une opinion différente en matière de planification familiale : dans la majorité des cas (17 %) la femme l'approuve mais le mari est contre, et dans 12 % des cas, le mari est pour et sa femme contre. En outre, on notera que, quelles que soient les caractéristiques des couples, lorsque les opinions des conjoints divergent, les cas où la femme approuve la planification familiale et le mari est contre sont toujours nettement plus fréquents que les cas contraires.

Tableau 4.14. Opinion des couples face à la planification familiale

Répartition (en %) des couples selon qu'ils approuvent ou désapprouvent la planification familiale, selon les caractéristiques différentielles du couple, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique différentielle du couple	L'homme et la femme approuvent	L'homme et la femme désapprouvent	La femme approuve et l'homme désapprouve	L'homme approuve et la femme désapprouve	Sans opinion/ Non déterminé	Total	Pourcentage de couples ayant la même opinion	Effectif de couples
Âge								
Femme plus âgée	14,5	8,4	18,7	8,4	49,9	100,0	22,9	32
Homme plus âgé de:	17,1	23,5	16,8	12,4	30,2	100,0	40,6	292
0-4 ans	12,0	30,6	16,4	14,5	26,5	100,0	42,6	475
5-9 ans	13,5	32,8	15,7	10,4	27,5	100,0	46,3	296
10-14 ans	10,6	32,6	18,2	7,6	31,1	100,0	43,2	199
15 ans ou plus								
Niveau d'instruction								
Homme et femme: aucun	7,2	34,1	16,0	10,8	31,9	100,0	41,3	755
Femme instruite, homme non	17,5	22,2	21,8	9,7	28,8	100,0	39,7	42
Homme instruit, femme non	15,1	26,9	16,4	13,6	28,1	100,0	42,0	272
Homme et femme instruits	31,0	17,2	18,2	14,0	19,6	100,0	48,2	224
Ensemble	13,3	29,3	16,7	11,9	28,9	100,0	42,6	1 293

CHAPITRE 5

NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Keumaye Ignégongba

La reproduction humaine est régie par un certain nombre de facteurs que l'on qualifie de déterminants. Ces déterminants se regroupent en trois catégories : indépendants, intermédiaires et proches. Toute modification d'un déterminant (ou variable) intermédiaire à travers lequel les déterminants ou variables indépendantes agissent sur le niveau de la fécondité entraîne un changement de niveau de fécondité. Les variables intermédiaires régissent les circonstances d'entrée dans la vie reproductive, déterminent les intervalles entre les naissances et affectent les circonstances de la fin de la vie reproductive. Dans ce chapitre les deux premiers groupes de facteurs seront analysés à travers la nuptialité, l'activité sexuelle, l'aménorrhée, l'abstinence et l'insusceptibilité post-partum.

5.1 ÉTAT MATRIMONIAL

Le mariage est le cadre socialement admis pour la reproduction. Par ailleurs, les sociétés tchadiennes valorisent la virginité jusqu'au mariage à tel point que la sexualité pré-nuptiale des filles est fortement réprouvée. Cependant, les changements liés à la modernité ont favorisé les rapports sexuels avant le mariage et il en résulte parfois des grossesses non désirées et des avortements clandestins. Selon le degré de relâchement des pressions sociales et familiales relatives à la virginité, la jeune fille connaîtra un mariage plus ou moins précoce.

Le tableau 5.1 donne la répartition des femmes et des hommes selon leur état matrimonial au moment de l'enquête. Les personnes en union sont celles qui cohabitent dans le cadre d'un mariage ou non. Dans ce chapitre, toutes les formes de mariage (civil, religieux et coutumier) et les unions de fait sont prises en compte.

Près de quatre femmes sur cinq (78 %) sont en union (tableau 5.1). Les femmes qui n'ont jamais contracté un mariage représentent environ 14 %, soit une femme sur sept. Les femmes qui ne sont plus en union constituent 8 %; parmi elles, 5 % sont divorcées ou séparées et 3 % sont veuves.

La proportion des femmes célibataires chute fortement de 15-19 ans à 20-24 ans passant de 51 % à 8 %. À 30-34 ans moins de 1 % des femmes sont encore célibataires (graphique 5.1). La proportion des femmes en union augmente assez rapidement de 15-19 ans à 25-29 ans où elle atteint son maximum; elle décroît ensuite régulièrement. L'augmentation de la proportion des femmes en union est parallèle à la baisse brutale de la proportion des célibataires. Quant à la baisse de cette même proportion, elle est liée à l'augmentation avec l'âge des ruptures d'union alors qu'à ces âges, les proportions des célibataires sont négligeables.

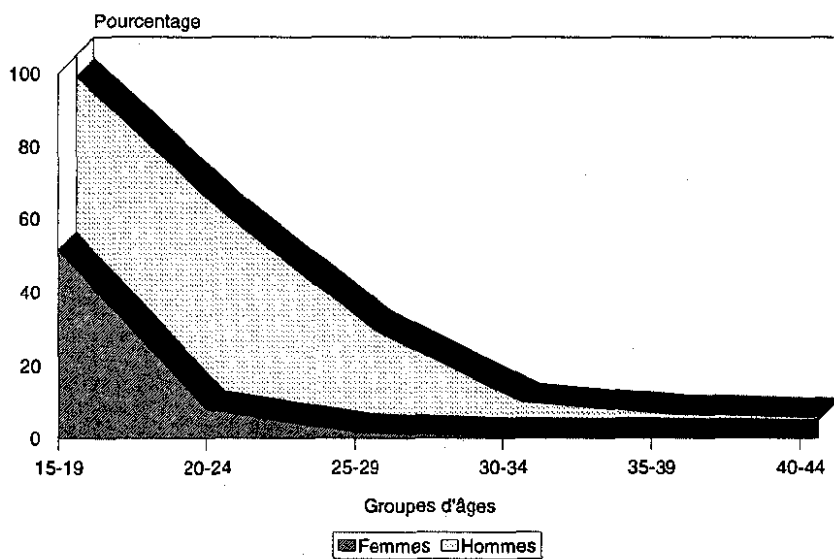
Le célibat touche 34 % des hommes âgés de 15 à 59 ans (tableau 5.1) tandis que ceux qui sont en union représentent 64 %, soit près du double des célibataires. Les veufs, les divorcés et les séparés constituent moins de 3 %. À 15-19 ans, les hommes célibataires sont proportionnellement très nombreux (94 %) et, environ, un homme sur quatre est encore célibataire à 25-29 ans. Au-delà de cet âge, le célibat masculin décline considérablement pour atteindre moins de 1 % à 40-44 ans. La proportion d'hommes en union augmente continuellement jusqu'à 50-59 ans, exception faite du groupe d'âges 40-44 ans qui enregistre un fléchissement par rapport au groupe d'âges qui le précède. La polygamie doit largement contribuer à cette évolution. En effet, les proportions des célibataires déjà faibles à 30-34 ans (5 %) deviennent pratiquement nulles à partir de 44-45 ans. Or, les hommes en rupture d'union sont peu nombreux (3 %) alors que les femmes de cette catégorie représentent 8 %.

Tableau 5.1 État matrimonial

Répartition (en %) des femmes et des hommes par état matrimonial actuel, selon l'âge, EDS Tchad 1996-97

Groupe d'âges	Célibataire	En union	Veuve/ Veuf	Séparé(e)/ Divorcée	Total	Effectif
FEMMES						
15-19	51,4	46,7	0,0	1,9	100,0	1 716
20-24	7,8	87,0	0,7	4,6	100,0	1 368
25-29	1,6	92,6	1,1	4,7	100,0	1 349
30-34	0,4	90,9	2,4	6,2	100,0	978
35-39	0,3	89,7	3,9	6,1	100,0	872
40-44	0,0	84,2	8,3	7,5	100,0	595
45-49	0,1	72,9	17,2	9,8	100,0	576
Tous âges	13,7	78,2	3,1	5,0	100,0	7 454
HOMMES						
15-19	94,1	5,1	0,0	0,8	100,0	490
20-24	56,3	40,2	0,0	3,5	100,0	373
25-29	24,8	72,5	0,2	2,5	100,0	342
30-34	4,9	91,0	0,4	3,6	100,0	306
35-39	1,6	96,6	0,7	1,1	100,0	274
40-44	0,7	94,9	1,4	3,0	100,0	200
45-49	0,0	97,4	1,8	0,8	100,0	155
50-59	0,0	97,8	0,8	1,4	100,0	180
Tous âges	33,5	63,9	0,5	2,1	100,0	2 320

Graphique 5.1
Proportion de femmes et d'hommes
célibataires selon l'âge



EDST 1996-97

5.2 POLYGAMIE

La polygamie est très répandue au Tchad : plus de 39 % des femmes ont, au moins, une co-épouse (tableau 5.2). Elle est pratiquée un peu plus fréquemment en milieu rural (40 %) qu'à N'Djaména (34 %) et que dans les Autres Villes (38 %); de plus, elle concerne plus fréquemment les femmes sans instruction (40 %) que celles qui ont un niveau d'instruction primaire ou plus (36 %). Les femmes catholiques sont plus fréquemment impliquées dans des unions polygames (47 %) que les musulmanes (36 %) et que les protestantes (35 %). Ce dernier résultat est paradoxal car dans les religions chrétiennes, contrairement à l'islam, la polygamie¹ n'est pas autorisée. La proportion des femmes ayant, au moins, une co-épouse augmente régulièrement avec l'âge passant de 21 % à 15-19 ans à 49 % à 45-49 ans. On remarque qu'à partir de 30-34 ans, alors que la proportion des femmes ayant une seule co-épouse plafonne autour de 33 %, les femmes cohabitant avec deux co-épouses ou plus sont, proportionnellement, de plus en plus nombreuses lorsque l'âge augmente.

Tableau 5.2 Nombre d'épouses et de co-épouses

Répartition (en %) des femmes et des hommes actuellement en union par nombre d'épouses ou de co-épouses, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Femmes					Hommes					
	Pas de co-épouse	Nombre de co-épouses			Effectif de femmes	Nombre de femmes			Effectif d'hommes		
		1	2 ou +	ND		1	2	3 ou +			
Groupe d'âges											
15-19	79,2	15,3	5,3	0,2	100,0	801	89,1	10,9	0,0	100,0	25
20-24	68,6	24,9	6,5	0,0	100,0	1 190	93,5	6,5	0,0	100,0	150
25-29	60,7	28,3	10,9	0,0	100,0	1 249	89,7	10,3	0,0	100,0	248
30-34	52,5	33,6	13,7	0,1	100,0	890	78,2	19,2	2,6	100,0	279
35-39	51,6	33,3	14,9	0,2	100,0	782	68,9	25,9	5,1	100,0	265
40-44	50,4	33,8	15,8	0,0	100,0	501	67,7	22,6	9,6	100,0	190
45-49	50,7	33,4	15,9	0,0	100,0	420	64,5	31,6	3,9	100,0	151
50-59	-	-	-	-	-	-	58,2	28,9	12,9	100,0	176
Milieu de résidence											
N'Djaména	65,6	23,3	11,1	0,0	100,0	512	82,0	14,9	3,1	100,0	175
Autres villes	61,6	27,2	11,0	0,2	100,0	726	77,6	17,6	4,8	100,0	202
Ensemble urbain	63,2	25,6	11,1	0,1	100,0	1 238	79,7	16,3	4,0	100,0	377
Rural	60,1	28,8	11,0	0,1	100,0	4 594	73,5	21,7	4,8	100,0	1 106
Niveau d'instruction											
Aucun	60,0	28,9	11,0	0,1	100,0	4 678	73,6	22,2	4,2	100,0	932
Primaire ou plus	64,0	24,9	11,0	0,1	100,0	1 154	77,7	17,2	5,2	100,0	551
- Primaire	63,5	24,9	11,6	0,1	100,0	999	75,1	18,0	6,9	100,0	368
- Secondaire ou plus	67,3	25,2	7,5	0,0	100,0	155	82,8	15,4	1,7	100,0	183
Religion											
Musulmane	64,4	28,4	7,2	0,1	100,0	3 172	73,9	22,9	3,3	100,0	843
Catholique	53,2	30,3	16,4	0,1	100,0	1 375	77,5	16,1	6,3	100,0	317
Protestante	64,7	23,5	11,8	0,0	100,0	914	83,8	11,2	5,0	100,0	214
Autres/ND	48,6	29,6	21,7	0,0	100,0	371	60,3	31,0	8,7	100,0	109
Ensemble	60,8	28,1	11,0	0,1	100,0	5 832	75,1	20,3	4,6	100,0	1 483

¹ En fait les femmes peuvent être chrétiennes et se retrouver dans une union polygame de plusieurs manières : soit parce que leur mari épouse une autre femme après leur mariage et bien que chrétiennes elles ne rompent pas leur union; soit du fait qu'après avoir contracté une union polygame, elles se convertissent au christianisme.

Chez les hommes, le taux de polygamie (rapport des hommes en union polygame à l'ensemble des hommes mariés) est de 25 % (tableau 5.2). La polygamie est également plus répandue parmi les hommes du milieu rural (26 %) qu'à N'Djaména (18 %) et que dans les Autres Villes (22 %); de même, les unions polygames sont plus fréquentes parmi les hommes sans instruction (26 %) que parmi ceux ayant une instruction primaire ou plus (22 %). Lorsque le niveau d'instruction atteint ou dépasse le secondaire, les hommes polygames ne représentent plus que 17 %. Selon la religion, la polygamie est moins courante chez les hommes protestants (16 %) que chez les catholiques (22 %) et que chez les musulmans (26 %).

La proportion d'hommes polygames augmente avec l'âge (11 % à 15-19 ans et 42 % à 50-59 ans) et le nombre de leurs épouses s'élève également. Toutefois ceux qui ont trois femmes ou plus (5 %) sont, en proportion, moins nombreux que ceux qui en ont deux (20 %).

5.3 ÂGE D'ENTRÉE EN PREMIÈRE UNION

Dans les sociétés tchadiennes où la tradition impose que les relations sexuelles n'aient lieu que dans le cadre du mariage, l'entrée en première union marque le début de l'exposition au risque de conception.

L'âge d'entrée en union des femmes tchadiennes est très précoce : 36 % des femmes âgées de 25 à 49 ans avaient déjà contracté une union à 15 ans exacts (tableau 5.3). Presque toutes les femmes sont déjà mariées à 25 ans exacts (98 %). L'âge médian auquel 50 % des femmes de 25-49 ans ont contracté une union est de 15,8 ans. Une différence de comportement est perceptible à 15 ans exacts où les proportions des femmes mariées tendent vers des valeurs plus élevées lorsque l'âge augmente. Le calendrier de la primo-nuptialité est resté quasi-stable entre les différentes générations âgées de 25-29 ans à 35-39 ans avec un âge médian de 15,9 ans. Les générations âgées de plus de 40 ans ont un âge médian au premier mariage légèrement plus bas : 15,6 ans. Les générations 20-24 ans se marient, quant à elles, à 16,4 ans. On relève donc que les plus jeunes générations se marient moins précocement que les générations les plus âgées.

Le milieu de résidence influence très peu le calendrier de la primo-nuptialité des femmes tchadiennes lorsqu'on oppose l'ensemble urbain au milieu rural. L'âge médian au premier mariage des femmes de 25-49 ans est de 16,0 ans dans l'ensemble urbain contre 15,8 ans en milieu rural (tableau 5.4 et graphique 5.2). Par contre, les femmes se marient un peu plus tôt à N'Djaména (âge médian des femmes de 25-49 ans de 15,6 ans) que dans les Autres Villes (âge médian de 16,4 ans) et le calendrier nuptial des femmes de la capitale est presque le même que celui des femmes rurales. Par ailleurs, il est admis qu'une plus grande instruction favorise le recul de l'âge au premier mariage. On constate, au tableau 5.4 que l'âge médian des femmes sans instruction est de 15,7 ans contre 16,4 ans chez les femmes ayant le niveau d'instruction primaire et de 18,0 ans chez celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus. Les femmes musulmanes se marient plus jeunes que les chrétiennes et se caractérisent par un âge médian au premier mariage de 15,6 ans (femmes de 25-49 ans) contre 16,3 ans chez les catholiques et 16,1 ans chez les protestantes.

Les hommes contractent leur première union à un âge plus tardif que celui des femmes (tableau 5.3). Parmi les hommes dont l'âge est compris entre 25 et 59 ans, seul un sur quatre (25 %) est marié à 20 ans. À 30 ans, environ 14 % des hommes n'ont toujours pas contracté d'union. Leur âge médian au premier mariage est de 22,7 ans et il est supérieur de 7 ans à celui des femmes. L'âge médian au premier mariage des hommes de plus de 40 ans est plus élevé que celui des hommes de 30-39 ans. Ce résultat pourrait laisser penser que les hommes se marient de plus en plus jeunes.

Tableau 5.3 Âge à la première union

Pourcentage de femmes qui étaient déjà en première union aux âges exacts 15, 18, 20, 22 et 25 ans, pourcentage d'hommes qui étaient déjà en première union aux âges 20, 22, 25, 28 et 30 ans, et âge médian à la première union, par âge actuel, EDS Tchad 1996-97

FEMMES								
Groupe d'âges	Pourcentage déjà en première union à l'âge exact de :					Pourcentage jamais en union	Effectif	Âge médian à la 1 ^{ère} union
	15	18	20	22	25			
15-19	18,7	a	a	a	a	51,4	1 716	b
20-24	28,8	71,8	86,6	a	a	7,8	1 368	16,4
25-29	36,0	72,2	86,2	93,4	97,7	1,6	1 349	15,9
30-34	34,9	70,8	85,3	93,6	97,8	0,4	978	15,9
35-39	34,2	72,7	86,0	93,0	97,6	0,3	872	15,9
40-44	38,8	77,5	87,1	92,8	96,8	0,0	595	15,6
45-49	37,8	73,9	85,5	92,8	97,0	0,1	576	15,7
20-49	34,3	72,7	86,1	92,7	96,2	2,4	5 738	15,9
25-49	36,0	72,9	86,0	93,2	97,5	0,7	4 370	15,8
HOMMES								
Groupe d'âges	Pourcentage déjà en première union à l'âge exact de :					Pourcentage jamais en union	Effectif	Âge médian à la 1 ^{ère} union
	20	22	25	28	30			
20-24	25,7	37,2	43,7	a	a	56,3	373	b
25-29	23,4	43,1	66,2	a	a	24,8	342	22,7
30-34	26,1	47,2	69,7	87,6	92,5	4,9	306	22,4
35-39	26,2	46,3	72,0	87,7	91,5	1,6	274	22,3
40-44	26,1	42,4	65,2	81,8	90,2	0,7	200	23,1
45-49	21,8	42,5	65,6	82,9	88,8	0,0	155	22,9
50-59	25,6	42,2	62,6	77,9	82,7	0,0	180	22,8
25-59	25,0	44,3	67,4	82,0	86,3	7,3	1 457	22,7
30-59	25,4	44,6	67,7	84,3	89,8	1,9	1 116	22,6

^a Sans objet

^b Non calculé parce que moins de 50 % des femmes ou des hommes du groupe d'âges x, x+4 sont en union à l'âge x.

Tableau 5.4 Âge médian à la première union

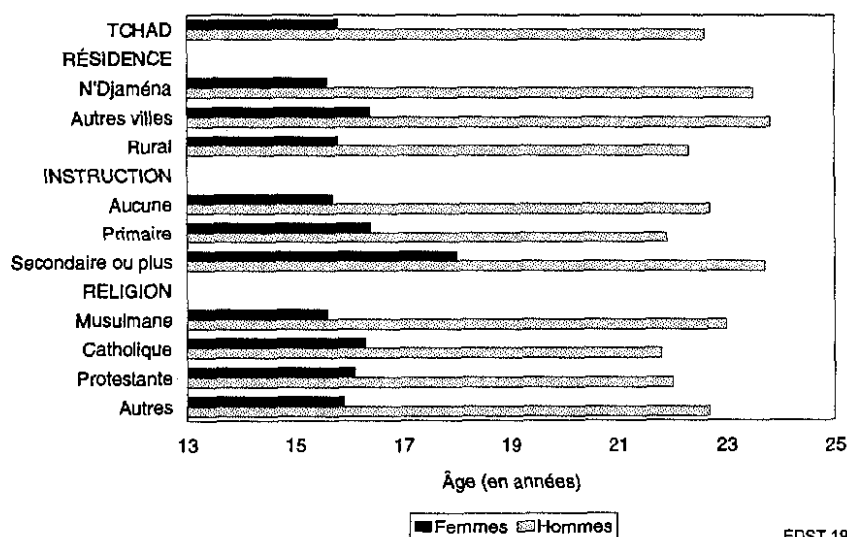
Âge médian à la première union des femmes de 25-49 ans et des hommes de 25-59 ans, par âge actuel, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Groupe d'âges						Femmes de 25-49 ans	Hommes de 25-59 ans
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45+		
Milieu de résidence								
N'Djaména	16,3	15,5	15,7	15,9	15,1	15,8	15,6	24,3
Autres villes	17,0	16,7	16,6	16,4	15,8	15,8	16,4	24,0
Ensemble urbain	16,7	16,2	16,2	16,2	15,6	15,8	16,0	24,2
Rural	16,3	15,8	15,8	15,8	15,6	15,6	15,8	22,3
Niveau d'instruction								
Aucun	16,0	15,7	15,8	15,8	15,5	15,6	15,7	22,6
Primaire ou plus	17,3	16,9	16,5	16,5	16,2	17,3	16,7	22,7
- Primaire	16,9	16,7	16,0	16,5	16,2	17,3	16,4	21,8
- Secondaire ou plus	19,2	18,2	18,6	16,4	16,3	17,1	18,0	24,6
Religion								
Musulmane	16,1	15,5	15,6	15,6	15,6	15,8	15,6	23,0
Catholique	16,5	16,8	16,6	16,3	15,7	15,5	16,3	21,7
Protestante	17,0	16,4	16,6	16,2	15,8	15,4	16,1	22,2
Autres/ND	16,5	17,0	15,8	16,5	15,1	15,7	15,9	22,5
Ensemble des femmes	16,4	15,9	15,9	15,9	15,6	15,7	15,8	-
Ensemble des hommes	a	22,7	22,4	22,3	23,1	22,8	-	22,7

Note : L'âge médian n'est pas calculé pour les femmes et les hommes de 15-19 ans parce que certains d'entre eux peuvent encore entrer en union avant d'atteindre 20 ans.

a Non calculé parce que moins de 50 % des hommes du groupe d'âges x, x+4 sont en union à l'âge x.

Graphique 5.2
Âge médian des femmes et des hommes à la première union



EDST 1996-97

Selon le milieu de résidence (tableau 5.4), il apparaît que l'âge médian au premier mariage des hommes de 25-59 ans est plus élevé à N'Djaména (24,3 ans) et dans les Autres Villes (24,0 ans) qu'en milieu rural (22,3 ans). De même que chez les femmes, le niveau d'instruction retarde aussi l'entrée en union des hommes à condition qu'il soit supérieur au niveau primaire : l'âge médian est de 22,6 ans pour les hommes n'ayant aucune instruction contre 24,6 ans pour le secondaire ou plus. Par contre, les hommes n'ayant que le niveau d'instruction primaire (âge médian de 21,8 ans) se marient plus tôt que ceux qui n'ont aucune instruction. En ce qui concerne la religion, on constate que l'islam favorise une entrée en union plus tardive que les religions chrétiennes. En effet, l'âge médian au premier mariage des hommes musulmans âgés de 25-59 ans est de 23,0 ans contre 21,7 ans chez les catholiques et 22,2 ans chez les protestants.

5.4 ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

Les rapports sexuels constituent un déterminant direct de la fécondité. Bien qu'ils soient traditionnellement acceptés dans le seul cadre du mariage, l'évolution de la société a largement favorisé les rapports sexuels extra-nuptiaux. Ces rapports sexuels peuvent avoir lieu avant le mariage et l'âge auquel ils ont lieu marque déjà le début de l'exposition au risque de grossesse de la jeune femme.

Les rapports sexuels sont relativement précoces chez les femmes tchadiennes : 40 % des femmes de 25-49 ans avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels à 15 ans, 95 % à 22 ans et 98 % à 25 ans (tableau 5.5). Parmi les femmes âgées de 25-29 ans, seulement 1 % d'entre elles n'ont jamais eu des rapports sexuels. L'âge médian aux premiers rapports sexuels est 15,5 ans alors que l'âge à la première union est de 15,8 ans. En outre, on constate une légère tendance au vieillissement de l'âge aux premiers rapports sexuels, l'âge médian passant de 15,3 ans pour les femmes des générations âgées de 40-44 ans à 15,6 ans pour celles de 25-29 ans. Les proportions de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels à un âge donné sont plus élevées que celles des femmes déjà mariées au même âge, ce qui dénote l'existence des rapports sexuels pré-nuptiaux. On relève ainsi que 40 % des femmes ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans alors qu'à cet âge, seulement 36 % des femmes sont déjà mariées, ce qui signifie que 4 % des femmes ont des rapports sexuels avant de se marier; cette proportion est de 6 % avant l'âge de 18 ans et elle tombe à 1 % pour les rapports ayant lieu avant 25 ans.

Tableau 5.5 Âge des femmes aux premiers rapports sexuels

Pourcentage de femmes ayant eu leurs premiers rapports sexuels aux âges exacts 15, 18, 20, 22 et 25 ans, pourcentage de femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels et âge médian aux premiers rapports sexuels, par âge actuel, EDS Tchad 1996-97

Groupe d'âges	Pourcentage de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels à l'âge exact					Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels	Effectif	Âge médian aux 1 ^{ers} rapports sexuels
	15	18	20	22	25			
15-19	21,9	a	a	a	a	45,2	1 716	b
20-24	32,5	77,2	91,1	a	a	4,9	1 368	16,0
25-29	39,6	78,5	90,2	95,8	98,6	1,0	1 349	15,6
30-34	39,5	77,3	89,4	95,6	98,9	0,1	978	15,6
35-39	37,5	79,3	89,7	95,1	98,4	0,1	872	15,6
40-44	43,5	81,0	89,1	94,5	97,3	0,0	595	15,3
45-49	41,6	79,3	89,2	95,2	98,0	0,1	576	15,5
20-49	38,2	78,5	90,0	95,1	97,6	1,4	5 738	15,6
25-49	39,9	78,8	89,6	95,4	98,4	0,4	4 370	15,5

^a Sans objet

^b Non calculé parce que moins de 50 % des femmes du groupe d'âges x, x+4 ont eu des rapports sexuels à l'âge x.

La sexualité des hommes est moins précoce que celle des femmes : 4 % ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels à 15 ans, 80 % à 22 ans et 92 % à 25 ans (tableau 5.6). Parmi les hommes de 25-29 ans, 7 % n'avaient encore jamais eu de rapports sexuels. L'âge médian aux premiers rapports sexuels des hommes est de 18,7 ans, et il est supérieur de 3 ans à celui des femmes. L'évolution de l'âge médian aux premiers rapports sexuels des hommes n'est pas nette. Mis à part chez les hommes de 50-59 ans pour lesquels il se situe à 19,2 ans, l'âge médian ne varie qu'assez peu entre 18,4 et 18,8 ans.

Tableau 5.6 Âge des hommes aux premiers rapports sexuels

Pourcentage d'hommes ayant eu leurs premiers rapports sexuels aux âges exacts 15, 18, 20, 22 et 25 ans, pourcentage d'hommes n'ayant jamais eu de rapports sexuels, et âge médian aux premiers rapports sexuels, par âge actuel, EDS Tchad 1996-97

Groupe d'âges	Pourcentage d'hommes ayant déjà eu des rapports sexuels à l'âge exact					Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels	Effectif	Âge médian aux 1 ^{ers} rapports sexuels
	15	18	20	22	25			
15-19	7,9	a	a	a	a	64,4	490	b
20-24	6,7	45,2	66,3	a	a	22,1	373	18,4
25-29	5,2	39,1	63,9	81,0	92,3	6,9	342	18,7
30-34	5,5	42,0	65,0	82,3	92,9	0,6	306	18,5
35-39	5,5	44,3	68,3	81,8	93,7	0,2	274	18,4
40-44	2,9	39,6	61,3	79,4	90,1	0,0	200	18,7
45-49	1,7	39,7	59,2	83,1	94,9	0,0	155	18,8
50-59	1,9	30,0	57,0	71,6	83,4	0,0	180	19,2
20-59	4,7	40,8	63,9	79,4	88,8	5,9	1 830	18,6
25-59	4,2	39,7	63,2	80,3	91,6	1,8	1 457	18,7

^a Sans objet

^b Non calculé parce que moins de 50 % d'hommes du groupe d'âges x, x+4 ont eu des rapports sexuels à l'âge x.

En ce qui concerne le milieu de résidence, on constate, en milieu urbain et en milieu rural, que l'activité sexuelle des femmes débute pratiquement au même âge. L'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 15,5 ans en milieu rural contre 15,6 ans dans l'ensemble urbain; il s'établit à 15,4 ans à N'Djaména et à 15,8 ans dans les Autres Villes (tableau 5.7 et graphique 5.3). Bien que l'écart soit très faible, c'est dans les villes autres que la capitale que cet âge est le plus élevé (15,8 ans). En ce qui concerne le niveau d'instruction des femmes, les résultats montrent que plus leur niveau d'instruction est élevé, plus leur âge aux premiers rapports sexuels est tardif : les femmes sans niveau d'instruction ont un âge médian aux premiers rapports sexuels de 15,4 ans contre 15,8 ans pour celles ayant un niveau d'instruction primaire et de 16,9 ans pour celles de niveau d'instruction secondaire ou plus. Les rapports sexuels sont plus précoces chez les musulmanes que chez les chrétiennes; les âges médians sont, respectivement, de 15,4 ans et 15,7 ans.

Les hommes débutent plus tardivement leur vie sexuelle lorsqu'ils vivent en milieu rural (tableau 5.7) : leur âge médian aux premiers rapports sexuels est de 18,8 ans en milieu rural contre 18,3 ans en milieu urbain (que ce soit la capitale N'Djaména ou les Autres Villes). Il semble qu'un niveau d'instruction plus élevé favorise un début plus précoce de la vie sexuelle (âge médian de 18,7 ans pour les hommes sans niveau d'instruction ou ayant un niveau d'instruction primaire et 18,3 ans pour ceux du niveau d'instruction secondaire ou plus). Les hommes musulmans débutent leur vie sexuelle un peu plus tardivement que les

Tableau 5.7 Âge médian aux premiers rapports sexuels

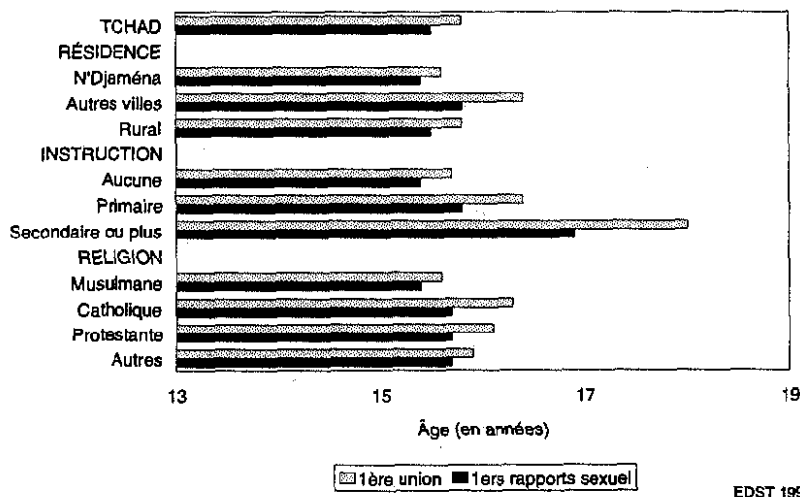
Âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 25-49 ans et des hommes de 25-59 ans, par âge actuel, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Groupe d'âges des femmes						Femmes de 25-49 ans	Hommes de 25-59 ans
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45+		
Milieu de résidence								
N'Djaména	15,8	15,2	15,5	15,6	15,1	15,8	15,4	18,3
Autres villes	16,2	15,9	15,9	16,0	15,4	15,6	15,8	18,3
Ensemble urbain	16,0	15,6	15,7	15,8	15,3	15,7	15,6	18,3
Rural	15,9	15,5	15,5	15,5	15,3	15,4	15,5	18,8
Niveau d'instruction								
Aucun	15,7	15,4	15,5	15,5	15,2	15,4	15,4	18,7
Primaire ou plus	16,7	16,1	15,9	16,0	15,8	16,8	16,0	18,5
- Primaire	16,4	15,8	15,7	16,0	15,8	16,5	15,8	18,7
- Secondaire ou plus	17,9	17,2	17,2	16,0	15,9	17,1	16,9	18,3
Religion								
Musulmane	15,8	15,3	15,3	15,4	15,3	15,6	15,4	18,8
Catholique	16,0	15,9	16,0	15,6	15,4	15,3	15,7	18,5
Protestante	16,4	15,8	16,0	15,9	15,5	14,9	15,7	18,6
Autres/ND	16,3	16,7	15,5	15,8	15,0	15,6	15,7	18,3
Ensemble des femmes	16,0	15,6	15,6	15,6	15,3	15,5	15,5	-
Ensemble des hommes	a	18,7	18,5	18,4	18,7	19,0	-	18,7

Note : L'âge médian n'est pas calculé pour les femmes et les hommes de 15-19 ans parce que certains d'entre eux peuvent encore avoir leurs premiers rapports avant d'atteindre 20 ans.

a Non calculé parce que moins de 50 % des hommes du groupe d'âges x, x+4 sont en union à l'âge x.

Graphique 5.3
Âge médian des femmes à la première union et aux premiers rapports sexuels



EDST 1996-97

chrétiens (âge médian de 18,8 ans chez les musulmans contre 18,5 ans chez les catholiques et 18,6 ans chez les protestants).

5.5 ACTIVITÉ SEXUELLE RÉCENTE

La fréquence des rapports sexuels augmente les risques de conception en l'absence de contraception et constitue donc un déterminant direct de la fécondité. L'étude de l'activité sexuelle récente permet de connaître la proportion des femmes sexuellement actives au moment de l'enquête. Le tableau 5.8 donne la répartition (en pourcentage) des femmes par activité sexuelle au cours des quatre dernières semaines précédant l'enquête selon certaines caractéristiques socio-démographiques. La majorité des femmes (54 %) ont eu des relations sexuelles durant la période considérée. L'activité sexuelle augmente avec l'âge pour atteindre un maximum à 25-29 ans (66 %) et décroître ensuite.

L'activité sexuelle des femmes n'ayant jamais été mariées est très faible (9 %). Par ailleurs, l'activité sexuelle des femmes en union augmente avec la durée de l'union jusqu'à un maximum de 66 % (10-14 ans), puis décroît progressivement. C'est à N'Djaména que les femmes sont les plus actives sexuellement (57 %); à l'opposé, dans les Autres Villes moins de la moitié des femmes (48 %) avaient eu des rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines. En milieu rural, l'activité sexuelle est plus importante que dans l'ensemble urbain. En effet, 54 % des femmes rurales ont déclaré avoir été sexuellement actives au cours de la période contre 52 % en milieu urbain.

Au premier abord, il semblerait que le niveau d'instruction joue un rôle négatif sur la fréquence des rapports sexuels. En effet, proportionnellement, les femmes sans instruction seraient sexuellement plus actives que celles instruites : 56 % des femmes sans instruction contre 46 % des femmes de niveau d'instruction primaire et 44 % des femmes de niveau d'instruction secondaire. En fait, il s'agit ici beaucoup plus d'un problème de structure par âge que d'influence du niveau d'instruction sur la fréquence des rapports sexuels. Les jeunes femmes, dont une part importante n'a pas encore eu de rapports sexuels, sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses parmi les femmes ayant de l'instruction que parmi celles sans instruction. Ainsi, parmi les femmes ayant de l'instruction, 34 % ont moins de 20 ans et 57 % ont moins de 25 ans, alors que parmi celles sans instruction, les femmes de moins de 20 ans ne représentent que 20 % et celle de moins de 25 ans 37 %. On constate au Tableau 5.8 que 20 % des femmes instruites, et donc jeunes, n'ont pas encore eu de rapports sexuels, alors que seulement 9 % des femmes sans instruction, et plus âgées, n'ont pas encore commencé leur vie sexuelle.

Par ailleurs, on constate que l'activité sexuelle semble influencée par la pratique contraceptive. En effet, les femmes utilisant une méthode contraceptive moderne efficace comme la pilule sont sexuellement très actives (86 %) alors que celles pratiquant la continence périodique ne le sont qu'à 71 %. Par contre, les femmes n'utilisant aucune méthode contraceptive ont moins fréquemment déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours de la période précédant l'enquête (53 %).

Les femmes sexuellement inactives sont considérées comme étant en abstinence, soit à la suite d'une naissance (abstinence post-partum : 14 %), soit pour d'autres raisons (abstinence prolongée : 20 %). Quelle que soit la raison de l'abstinence, elle dure depuis moins de deux ans pour la majorité des femmes : ainsi, les femmes en abstinence post-partum depuis moins d'un an représentent 12 %. On constate que la proportion de femmes en abstinence post-partum décroît avec l'âge, à partir de 25 ans. Elle décroît également avec l'augmentation de la durée de mariage. Les femmes rurales pratiquent plus fréquemment l'abstinence post-partum que leurs sœurs de la ville (14 % contre 10 % à N'Djaména et 12 % dans les Autres Villes). De même, les femmes de niveau d'instruction primaire s'abstiennent plus fréquemment (16 %) que celles n'ayant aucun niveau d'instruction (13 %). En outre, on constate que, de manière générale, les femmes qui utilisent une méthode contraceptive sont moins fréquemment en abstinence post-partum que celles qui n'utilisent pas la contraception.

Tableau 5.8 Activité sexuelle récente des femmes

Répartition (en %) des femmes par activité sexuelle dans les quatre semaines précédant l'enquête et par durée d'abstinence (post-partum ou non), selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Sexuellement active dans les 4 dernières semaines	Non sexuellement active dans les 4 dernières semaines					N'a jamais eu de rapports sexuels	Total	Effectif de femmes
		En abstinence (post-partum)		En abstinence (non-post-partum)		ND			
		0-1 an	2 ans ou +	0-1 an	2 ans ou +				
Groupe d'âges									
15-19	33,3	9,9	0,5	10,2	0,3	0,6	45,2	100,0	1 716
20-24	57,3	16,8	1,9	17,5	0,8	0,7	4,9	100,0	1 368
25-29	65,7	16,3	1,4	13,1	1,3	1,2	1,0	100,0	1 349
30-34	63,2	13,7	2,4	16,7	2,1	1,9	0,1	100,0	978
35-39	62,6	10,3	2,8	18,1	5,0	1,1	0,1	100,0	872
40-44	58,3	5,2	2,3	19,3	13,8	1,2	0,0	100,0	595
45-49	43,9	1,6	1,1	23,4	28,7	1,2	0,1	100,0	576
Durée de mariage (en années)									
Jamais mariée	8,8	0,9	0,1	5,3	0,3	0,4	84,3	100,0	1 018
0-4	59,5	21,6	1,4	16,0	0,5	0,9	0,0	100,0	1 322
5-9	62,2	17,2	1,6	17,1	1,2	0,8	0,0	100,0	1 324
10-14	66,1	14,0	1,9	14,7	1,6	1,7	0,0	100,0	1 164
15-19	63,9	12,4	2,5	17,1	2,5	1,5	0,0	100,0	957
20-24	61,3	8,0	3,1	17,4	9,3	1,0	0,0	100,0	730
25-29	56,9	3,5	2,0	21,2	14,9	1,5	0,0	100,0	547
30+	42,5	0,5	0,3	23,6	32,7	0,5	0,0	100,0	392
Milieu de résidence									
N'Djaména	57,1	8,1	1,4	16,8	5,2	1,0	10,5	100,0	696
Autres villes	48,3	10,6	1,5	19,5	5,8	1,4	12,8	100,0	1 023
Ensemble urbain	51,9	9,6	1,5	18,4	5,5	1,2	11,9	100,0	1 720
Rural	54,3	12,5	1,7	14,7	4,3	1,0	11,4	100,0	5 734
Niveau d'instruction									
Aucun	56,1	11,3	1,6	15,8	5,2	1,0	9,0	100,0	5 738
Primaire ou plus	45,8	13,8	1,7	15,0	2,7	1,3	19,8	100,0	1 716
- Primaire	46,1	14,6	1,7	14,1	2,6	1,4	19,5	100,0	1 436
- Secondaire ou plus	44,3	9,7	1,2	19,6	2,9	0,8	21,5	100,0	281
Méthode contraceptive utilisée									
Aucune	53,1	12,0	1,6	15,4	4,8	1,1	12,0	100,0	7 163
Pilule	85,8	0,0	0,0	14,2	0,0	0,0	0,0	100,0	41
Contenance périodique	71,1	9,5	0,9	17,2	0,3	0,7	0,3	100,0	151
Autre	61,7	7,0	2,6	25,4	3,2	0,0	0,0	100,0	99
Ensemble des femmes	53,7	11,9	1,6	15,6	4,6	1,1	11,5	100,0	7 454

Le tableau 5.9 présente l'activité sexuelle récente des hommes selon les mêmes caractéristiques socio-démographiques que pour les femmes. Au moment de l'enquête, 18 % des hommes n'avaient jamais eu de rapports sexuels (notamment 64 % de ceux de 15-19 ans et 55 % des célibataires). Cependant, la majorité des hommes (59 %) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels dans les quatre semaines précédant l'enquête. En outre, il faut remarquer qu'avant 30 ans l'activité sexuelle des femmes est plus élevée que celle des hommes et qu'à l'opposé, à partir de 30 ans, on observe la situation inverse. De plus, à partir de 30 ans, âge auquel tous les hommes ont déjà eu des rapports sexuels, l'activité sexuelle masculine reste élevée (75 % et plus), même aux âges les plus avancés : ainsi, 77 % des hommes de 50-59 ans ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des quatre semaines précédant l'enquête. En outre, comme l'on pouvait s'y attendre, les hommes mariés sont sexuellement plus actifs (79 %) que les célibataires (22 %) ou que ceux

Tableau 5.9 Activité sexuelle récente des hommes

Répartition (en %) des hommes par activité sexuelle dans les quatre semaines précédant l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Sexuellement actif dans les 4 dernières semaines	Non sexuellement actif dans les 4 dernières semaines	N'a jamais eu de rapports sexuels	Total	Effectif d'hommes
Groupe d'âges					
15-19	19,1	16,5	64,4	100,0	490
20-24	46,6	31,3	22,1	100,0	373
25-29	64,3	28,8	6,9	100,0	342
30-34	75,0	24,3	0,6	100,0	306
35-39	83,5	16,3	0,2	100,0	274
40-44	77,1	22,9	0,0	100,0	200
45-49	78,3	21,7	0,0	100,0	155
50-59	77,4	22,6	0,0	100,0	180
État matrimonial					
Jamais en union	22,2	23,2	54,6	100,0	777
En union	79,0	21,0	0,0	100,0	1 483
Union rompue	26,8	73,2	0,0	100,0	60
Milieu de résidence					
N'Djaména	53,1	33,1	13,7	100,0	303
Autres villes	48,0	31,8	20,2	100,0	396
Ensemble urbain	50,3	32,4	17,4	100,0	699
Rural	62,3	19,1	18,6	100,0	1 621
Niveau d'instruction					
Aucune	64,4	21,0	14,6	100,0	1 265
Primaire ou plus	51,8	25,5	22,6	100,0	1 055
- Primaire	51,4	22,7	25,9	100,0	669
- Secondaire ou plus	52,6	30,4	17,0	100,0	386
Ensemble des hommes	58,7	23,1	18,3	100,0	2 320

qui sont en rupture d'union (27 %). Le comportement sexuel des hommes varie selon le milieu de résidence : en milieu rural, les hommes ont déclaré plus fréquemment avoir eu des rapports sexuels qu'en milieu urbain (62 % contre 50 %). Enfin, on constate que la proportion d'hommes qui ont déclaré ne pas avoir été sexuellement actifs aux cours des quatre dernières semaines est d'autant plus importante que le niveau d'instruction est élevé : 21 % pour les sans instruction contre 23 % pour le niveau primaire et 30 % pour le niveau secondaire ou plus.

5.6 EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

L'exposition au risque de grossesse après une naissance dépend essentiellement, en l'absence de pratique contraceptive moderne, de la durée de l'aménorrhée post-partum et de celle de l'abstinence post-partum. L'aménorrhée post-partum est la période qui s'étend de l'accouchement jusqu'au retour de l'ovulation. Elle peut être plus ou moins longue selon les femmes et l'allaitement au sein la prolonge. Durant la période de l'aménorrhée, les risques de grossesse sont quasi-nuls; la femme est alors en période d'insusceptibilité. Elle l'est aussi tant qu'elle n'a pas repris ses rapports sexuels après l'accouchement.

Les données du tableau 5.10 se rapportent aux naissances des trois dernières années précédant l'enquête et dont les mères sont encore en aménorrhée ou en abstinence, c'est-à-dire non susceptibles de devenir enceintes. Au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la naissance, la proportion des femmes encore

Tableau 5.10 Aménorrhée, abstinence et insusceptibilité post-partum

Pourcentage de naissances dont les mères sont en aménorrhée, en abstinence et en insusceptibilité post-partum, par nombre de mois écoulés depuis la naissance, et durées médianes et moyennes, EDS Tchad 1996-97

Nombre de mois depuis la naissance	Pourcentage de naissances dont les mères sont en:			Effectif de naissances
	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Insusceptibilité post-partum	
< 2	99,2	94,0	99,8	226
2-3	90,9	58,8	93,2	327
4-5	84,9	34,5	87,7	304
6-7	81,4	32,8	84,7	282
8-9	75,8	27,8	78,8	269
10-11	65,4	28,7	70,8	202
12-13	69,4	15,5	72,6	289
14-15	50,6	14,9	55,8	286
16-17	43,1	11,9	47,2	238
18-19	39,0	15,7	46,6	197
20-21	29,9	13,6	35,6	186
22-23	27,7	10,9	33,1	150
24-25	15,5	5,8	18,2	297
26-27	10,5	5,9	15,0	261
28-29	10,0	6,5	13,6	216
30-31	3,7	3,8	6,8	202
32-33	7,9	5,3	11,2	226
34-35	2,8	3,5	6,3	220
Ensemble	47,8	22,8	51,6	4 377
Médiane	15,5	3,6	16,6	-
Moyenne	16,4	8,1	17,8	-
Prévalence/incidence	17,0	8,1	18,3	-

en aménorrhée ou en abstinence diminue, ce qui réduit concomitamment la part des femmes en période d'insusceptibilité.

Deux mois après la naissance, moins de 1 % des femmes ont déjà eu leurs règles et 6 % n'observent plus l'abstinence post-partum. À 36 mois, environ 3 % des femmes sont toujours en aménorrhée et 4 % en abstinence. La durée moyenne de l'aménorrhée post-partum est de 16,4 mois alors que, pour 50 % des femmes, le retour de l'ovulation a eu lieu avant 15,5 mois. La durée moyenne d'abstinence est de 8,1 mois et la médiane n'est plus que de 3,6 mois. Les durées moyennes et médianes de la période d'insusceptibilité sont, respectivement, de 17,8 et 16,6 mois.

Les durées médianes d'aménorrhée, d'abstinence post-partum et d'insusceptibilité selon certaines caractéristiques socio-démographiques sont présentées dans le tableau 5.11. La durée médiane d'aménorrhée de 15,5 mois est légèrement plus courte lorsque les femmes sont jeunes : chez les femmes de moins de 30 ans, la durée médiane d'aménorrhée est de 14,7 mois contre 16,7 mois chez les femmes de plus de 30 ans. Parallèlement, la période d'insusceptibilité est plus longue chez les femmes de 30 ans ou plus (18,1 mois contre 15,8 mois chez celles de moins de 30 ans) qui sont donc moins susceptibles de tomber enceinte. La période d'aménorrhée est plus courte à N'Djaména (11,2 mois) et dans les Autres Villes (12,3 mois) qu'en milieu rural (16,4 mois), ce qui est certainement à relier au fait que les femmes rurales allaitent plus longtemps que celles du milieu urbain (voir Chapitre 8 - Allaitement et état nutritionnel des enfants et des femmes). Du point de vue du niveau d'instruction des femmes, on constate que la durée d'aménorrhée des femmes sans instruction est plus longue (16,0 mois) que celles des femmes instruites (12,3 mois) : là encore

il s'agit certainement d'une différence de pratique de l'allaitement au sein. La durée d'aménorrhée des femmes musulmanes est presque identique à celle des catholiques (respectivement, 15,6 et 15,9 mois) et supérieure à celle des protestantes (14,4 mois).

La durée médiane d'abstinence des femmes tchadiennes est de 3,6 mois et cette durée varie peu selon l'âge. La durée médiane de l'abstinence est relativement courte à N'Djaména (2,5 mois); elle est presque identique dans les Autres Villes et dans le milieu rural (respectivement 3,7 et 3,8 mois). L'abstinence est donc très peu pratiquée à N'Djaména où l'utilisation de la contraception est relativement plus élevée qu'ailleurs. Paradoxalement, la durée d'abstinence des femmes sans instruction, qui pratiquent moins fréquemment la contraception moderne, est légèrement plus courte (3,5 mois) que celle des femmes ayant, au moins, un niveau primaire (4,3 mois). L'abstinence est beaucoup moins pratiquée chez les femmes musulmanes (2,4 mois) que chez les catholiques (7,2 mois) ou les protestantes (7,4 mois).

La période d'insusceptibilité persiste pendant 16,6 mois chez l'ensemble des femmes. Elle est plus élevée en milieu rural (17,9 mois) qu'à N'Djaména (11,7 mois) et dans les Autres Villes (12,9 mois). De même, la durée de la période d'insusceptibilité est plus longue chez les femmes sans instruction (17,1 mois) que chez celles de niveau d'instruction primaire (15,0 mois) et secondaire ou plus (8,4 mois). Par ailleurs, les femmes catholiques ont une longue durée de 17,8 mois alors que la durée médiane chez les musulmanes et les protestantes s'établit, respectivement, à 16,1 et 16,0 mois.

Tableau 5.11 Durée médiane de l'insusceptibilité post-partum

Durées médianes (en mois) d'aménorrhée, d'abstinence et d'insusceptibilité post-partum, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Insusceptibilité post-partum	Effectif de naissances
Groupe d'âges				
< 30	14,7	3,7	15,8	2 896
30 ou plus	16,7	3,5	18,1	1 481
Milieu de résidence				
N'Djaména	11,2	2,5	11,7	385
Autres villes	12,3	3,7	12,9	580
Ensemble urbain	11,7	3,2	12,3	966
Rural	16,4	3,8	17,9	3 411
Niveau d'instruction				
Aucun	16,0	3,5	17,1	3 379
Primaire ou plus	12,3	4,3	15,0	998
- Primaire	12,4	4,4	15,0	856
- Secondaire ou plus	7,5	3,3	8,4	142
Religion				
Musulmane	15,6	2,4	16,1	2 280
Catholique	15,9	7,2	17,8	1 047
Protestante	14,4	7,4	16,0	774
Autres/ND	15,4	5,1	16,4	276
Ensemble des femmes	15,5	3,6	16,6	4 377

CHAPITRE 6

PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

Ningam Ngakoutou

Les questions sur les préférences en matière de fécondité permettent d'évaluer les tendances futures de la fécondité ainsi que les besoins futurs en matière de contraception au Tchad. Ces informations sont utiles au Programme National de Santé Maternelle et Infantile et du Bien-être Familial. Elles devraient d'abord permettre aux responsables de ce programme d'évaluer les efforts fournis et d'améliorer leurs services de manière plus efficace. Les sujets abordés dans ce chapitre sont : le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires, les besoins en matière de planification familiale, le nombre total d'enfants désirés et la planification de la fécondité.

L'interprétation des données sur les attitudes et opinions vis-à-vis de la procréation a toujours fait l'objet de controverses. En effet, il y a des limites à l'utilisation des données provenant des enquêtes car celles-ci sont recueillies auprès d'un échantillon de femmes de différents âges et vivant des moments différents de leur histoire génésique. Pour les femmes en début d'union, les réponses sont certainement liées à des objectifs à moyen ou long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont incertaines. Pour les femmes en fin de vie féconde, les réponses sont inévitablement influencées par leur passé.

Malgré les problèmes d'interprétation concernant l'analyse de ces données sur les préférences en matière de fécondité, les résultats présentés dans ce chapitre peuvent aider à expliquer les forces qui affectent la fécondité au Tchad, où la prévalence contraceptive est encore négligeable et où la fécondité et la natalité restent élevées. L'analyse qui suit porte uniquement sur les femmes et les hommes en union au moment de l'enquête.

6.1 DÉSIR D'AVOIR DES ENFANTS (SUPPLÉMENTAIRES)

Le désir d'avoir ou non des enfants (supplémentaires) dans l'avenir est généralement lié au nombre d'enfants actuellement en vie et à l'âge de la femme. Le tableau 6.1 montre que seulement une femme sur dix (10 %)¹ a déclaré qu'elle ne désirait plus d'enfants tandis que plus des trois quarts des femmes (77 %) en voulaient davantage. La plupart des femmes ne voulant plus d'enfants, ont en principe atteint leur descendance souhaitée. Il est à noter que parmi les femmes qui désirent avoir des enfants (supplémentaires) dans l'avenir, 39 % voudraient espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus, et 32 % voudraient avoir un enfant rapidement (avant deux ans). Au total, 49 % des femmes en union peuvent être considérées comme candidates potentielles à la planification familiale, soit 10 % ne voulant plus d'enfants et 39 % désirant espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans.

Les proportions des femmes qui ne veulent plus d'enfant augmentent selon le nombre d'enfants survivants (graphique 6.1) : elles passent de 1 % chez les femmes qui ont un seul enfant à 5 % chez celles qui ont trois enfants et atteignent 29 % chez celles qui en ont six ou plus. Contrairement à ce qu'on observe ailleurs, les femmes ayant déjà un enfant (93 %) et deux enfants (90 %) sont, proportionnellement, légèrement plus nombreuses à souhaiter avoir un enfant supplémentaire que les nullipares (89 %). Mais, après la parité 1, au fur et à mesure que le nombre d'enfants augmente, la proportion des femmes désirant

¹ Y compris les femmes stérilisées.

Tableau 6.1 Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes et des hommes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, EDS Tchad 1996-97

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
FEMMES								
Veut un autre								
Veut un autre bientôt ²	80,6	36,7	32,6	33,4	29,0	24,3	15,8	32,5
Veut un autre plus tard ³	3,9	48,9	51,9	45,6	43,0	36,3	25,7	39,0
Veut un autre, NSP quand	4,1	7,4	5,6	6,3	5,6	4,8	3,8	5,5
Indécise	1,8	4,0	4,4	5,4	7,5	9,1	10,9	6,4
Ne veut plus d'enfants	0,1	1,1	1,5	5,2	9,6	16,1	29,3	9,8
Stérilisée	0,4	0,1	0,1	0,2	0,3	0,0	0,4	0,2
S'est déclarée stérile	8,4	1,9	3,9	4,0	5,2	9,3	14,0	6,5
Non déterminé	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	440	1 083	924	842	815	635	1 094	5 832
HOMMES								
Veut un autre								
Veut un autre bientôt ²	55,3	48,2	47,8	48,8	52,3	49,6	41,2	47,3
Veut un autre plus tard ³	27,3	41,7	41,3	41,4	36,0	33,5	31,4	35,6
Veut un autre, NSP quand	14,1	6,2	7,2	6,7	6,5	8,1	9,8	8,5
Indécis	0,0	0,7	0,0	0,4	0,0	2,5	2,8	1,2
Ne veut plus d'enfants	0,4	0,3	1,3	0,6	1,5	4,1	5,9	2,7
Homme/femme stérilisé(e)	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,4	0,2
Homme/femme déclaré stérile	2,9	2,7	2,3	1,4	3,8	2,1	8,4	4,4
Non déterminé	0,0	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif d'hommes	154	204	196	183	160	125	460	1 483

¹ Pour les femmes, y compris la grossesse actuelle

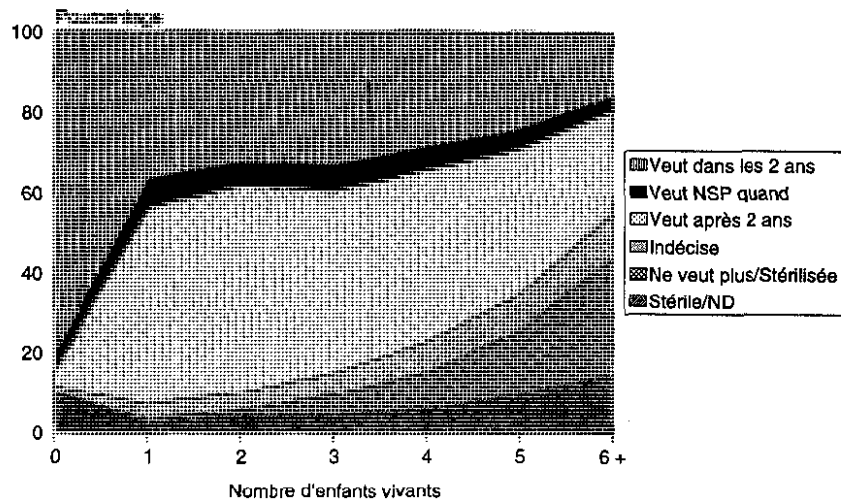
² Veut un autre dans les deux ans

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

un autre enfant diminue passant de 90 % chez celles ayant deux enfants à 78 % chez celles ayant quatre enfants, puis à 45 % chez celles ayant six enfants et plus. Parmi les femmes qui souhaitent avoir un enfant supplémentaire, à l'exception des nullipares qui, dans leur grande majorité, veulent avoir un enfant immédiatement, à partir de la parité 1, plus de la moitié de ces femmes expriment le désir d'avoir un enfant à un intervalle de plus de deux ans. La proportion des femmes indécises sur leur désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires est relativement faible (6 %), mais augmente avec le rang, passant de 4 % chez les femmes de parité 1 à 5 % chez celles de parité 3 et atteint 11 % chez celles ayant six enfants et plus.

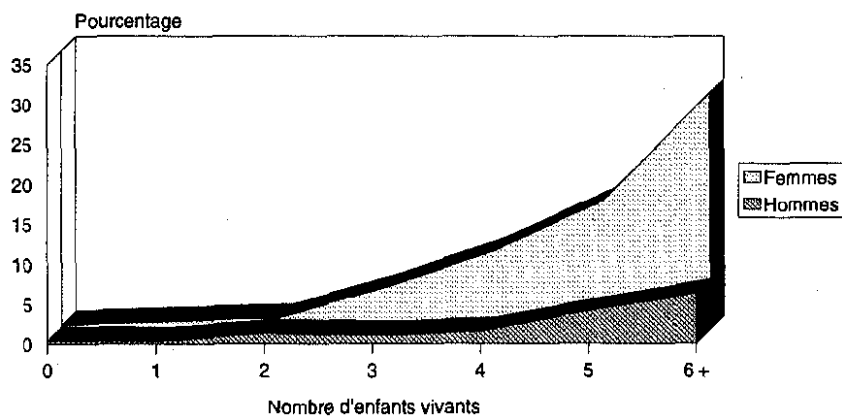
Chez les hommes, la proportion de ceux qui ne souhaitent plus avoir d'enfant supplémentaire (3 %) est un peu plus de trois fois plus faible que chez les femmes (10 %) (graphique 6.2). À l'inverse, 91 % des hommes en union souhaiteraient avoir des (d'autres) enfants, contre 77 % chez les femmes : ainsi, comme cela a déjà été relevé précédemment (voir Chapitre 4 - Planification familiale), au Tchad, les hommes sont

Graphique 6.1
Désir d'enfants supplémentaires des femmes en union, selon le nombre d'enfants vivants



EDST 1996-97

Graphique 6.2
Proportion de femmes et d'hommes en union ne voulant plus d'enfants, selon le nombre d'enfants vivants



EDST 1996-97

plus pronatalistes que les femmes. Contrairement à ce qu'on observe chez les femmes, chez les hommes, le désir d'avoir des enfants ne varie pratiquement pas de la parité 0 à la parité 3 (environ 97 %), puis diminue très légèrement pour atteindre un minimum de 82 % chez les hommes ayant 6 enfants ou plus (contre 45 % chez les femmes de la même parité). Par ailleurs, quelle que soit la parité, parmi les hommes ayant des enfants survivants, les proportions de ceux qui veulent espacer la venue de leur enfant, sont toujours plus faibles que les proportions de ceux qui veulent leur naissance dans l'immédiat. Le besoin potentiel en matière de planification familiale chez les hommes en union peut être évalué, au total, à 39 %, parmi lesquels 3 % ne veulent plus d'enfants et 36 % veulent espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans.

plus pronatalistes que les femmes. Contrairement à ce qu'on observe chez les femmes, chez les hommes, le désir d'avoir des enfants ne varie pratiquement pas de la parité 0 à la parité 3 (environ 97 %), puis diminue

Le tableau 6.2 indique qu'il existe une forte relation entre les préférences en matière de fécondité et l'âge actuel des femmes. Tout comme pour la parité, la proportion de femmes actuellement en union voulant un autre enfant diminue avec l'âge : elle passe de 97 % pour les femmes âgées de 15-19 ans, à 79 % pour celles de 30-34 ans et à 19 % pour celles de la tranche d'âges 45-49 ans. Inversement, le désir de ne plus avoir d'enfants augmente avec l'âge jusqu'à 40-44 ans, puis décroît du fait de la forte proportion de femmes qui se sont déclarées stériles. La proportion de femmes ne voulant plus d'enfants passe de moins de 1 % chez les femmes de 15-19 ans actuellement en union, à 29 % chez celles âgées de 40-44 ans et à 22 % chez celles âgées de 45-49 ans. Avant 35 ans, la majorité des femmes qui souhaitent un autre enfant le veulent dans plus de deux ans. Par contre, après cet âge, les femmes qui désirent avoir un autre enfant le veulent rapidement, c'est-à-dire dans les deux ans à venir.

Tableau 6.2 Préférences en matière de fécondité selon l'âge

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires, selon l'âge, EDS Tchad 1996-97

Désir d'enfants	Âge de la femme							Ensemble des femmes
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Veut un autre								
Veut un autre bientôt ¹	40,4	33,7	33,0	34,9	33,5	26,1	13,9	32,5
Veut un autre plus tard ²	48,0	54,7	49,6	40,0	26,6	7,6	3,8	39,0
Veut un autre, NSP quand	8,6	6,1	7,2	4,0	4,0	3,4	1,7	5,5
Indécise	2,4	3,6	4,7	8,5	11,0	13,5	5,8	6,4
Ne veut plus d'enfants								
Stérilisée	0,5	1,7	4,5	11,0	19,5	29,3	22,2	9,8
S'est déclarée stérile	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,9	0,6	0,2
Non déterminé								
S'est déclarée stérile	0,1	0,2	1,1	1,5	5,1	18,6	51,8	6,5
Non déterminé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,5	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	801	1 190	1 249	890	782	501	420	5 832

¹ Veut un autre enfant dans les deux ans

² Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

Le tableau 6.3 présente les préférences en matière de fécondité au niveau des couples monogames selon que l'homme et/ou la femme veulent ou non des enfants supplémentaires selon le nombre d'enfants vivants de l'homme ou de la femme. Dans l'ensemble, 79 % des couples monogames souhaitent avoir d'autres enfants contre seulement 1 % qui n'en veulent plus. D'autre part, dans 7 % des couples, l'homme et la femme sont en désaccord; le plus souvent (6 %) il s'agit de couples dans lesquels l'homme souhaite plus d'enfants que la femme.

Il apparaît dans ce même tableau que plus la parité est élevée, moins les partenaires sont d'accord sur leur désir d'avoir d'autres enfants. Ainsi, 95 % des hommes et des femmes en union monogame qui n'ont pas d'enfant désirent en avoir un, contre 43 % de ceux qui en ont 7 ou plus. À l'inverse, plus la parité augmente, plus le décalage entre l'avis des hommes et celui des femmes est important, le plus souvent, l'homme souhaitant d'autres enfants alors que la femme n'en veut plus. Au-delà de la parité 6, on n'observe aucun couple dans lequel la femme désirerait plus d'enfants supplémentaires et le mari non, alors que dans 22 % de ces couples l'homme veut plus d'enfants et la femme non. Enfin, dans les couples où l'homme et la femme n'ont pas le même nombre d'enfants, les proportions de ceux dans lesquels les partenaires expriment tous les deux le désir d'avoir d'autres enfants restent élevées et très proches, que ce soit l'homme ou la femme qui ait plus d'enfants que son conjoint (respectivement, 71 % et 69 %). La proportion des couples dans lesquels l'un des deux conjoints ou les deux conjoints sont indécis sur le désir d'avoir des enfants supplémentaires est faible (6 %).

Tableau 6.3 Préférences des couples monogames en matière de fécondité

Répartition (en %) des couples monogames selon que l'homme et/ou la femme veulent ou non des enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants de l'homme et de la femme, EDS Tchad 1996-97

Nombre d'enfants vivants	Homme et femme veulent d'autres enfants	Homme veut, femme ne veut pas	Femme veut, homme ne veut pas	Homme et femme ne veulent plus d'autres enfants	Homme et/ou femme stérile	Un ou les deux indécis/ND	Total	Effectif
Même nombre								
0	94,6	0,0	0,0	0,0	4,4	1,0	100,0	62
1-3	91,3	1,3	0,2	0,0	2,1	5,1	100,0	315
4-6	71,7	7,5	1,6	4,4	6,1	8,8	100,0	166
7 ou +	42,6	22,3	0,0	3,3	25,2	6,6	100,0	61
Nombre différent								
Homme > femme	71,0	11,5	1,7	0,4	7,9	7,6	100,0	150
Femme > homme	68,5	9,0	0,0	1,9	11,4	9,3	100,0	34
Ensemble	78,8	6,4	0,7	1,3	6,4	6,3	100,0	788

Le tableau 6.4 fournit la répartition des femmes et des hommes en union ne souhaitant plus d'enfants supplémentaires (y compris les femmes stérilisées), selon le nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Il ressort de ce tableau que le pourcentage des femmes ne désirant plus d'enfants augmente régulièrement avec le nombre d'enfants survivants passant de 1 % chez les femmes de parité 1 à 10 % chez celles de parité 4 et à 30 % chez celles de parité 6 et plus. Les femmes résidant dans les Autres Villes (12 %) et à N'Djaména (11 %) sont, proportionnellement, légèrement plus nombreuses que celles du milieu rural (10 %) à souhaiter limiter leur descendance. Bien que l'écart selon le milieu de résidence ne soit pas important, on notera qu'à parité égale, excepté pour la parité 5, la proportion de femmes voulant limiter leur descendance est toujours plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Comme pour

Tableau 6.4 Désir de limiter les naissances

Pourcentage de femmes et d'hommes actuellement en union ne voulant plus d'enfants par nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
FEMMES								
Milieu de résidence								
N'Djaména	1,3	2,4	4,3	5,1	9,4	15,0	34,9	10,8
Autres villes	1,2	1,3	0,0	9,1	11,9	14,8	36,0	11,6
Ensemble urbain	1,2	1,7	1,8	7,5	10,9	14,9	35,6	11,3
Rural	0,4	0,9	1,4	4,8	9,6	16,5	28,1	9,6
Niveau d'instruction								
Aucun	0,7	1,0	1,2	4,5	9,7	15,2	25,8	9,3
Primaire ou plus	0,0	1,5	2,4	8,9	10,8	20,9	49,3	12,7
- Primaire	0,0	1,2	1,3	9,6	8,3	20,4	49,5	12,7
- Secondaire ou plus	0,0	2,9	8,6	4,7	25,7	25,1	47,0	12,9
Religion								
Musulmane	0,2	1,0	1,0	4,2	6,4	9,9	20,7	6,6
Catholique	0,0	1,0	1,0	6,9	12,9	27,8	45,4	15,0
Protestante	1,2	1,4	2,0	5,4	13,7	11,6	34,9	12,3
Autres/ND	4,4	1,7	5,9	11,0	22,8	31,8	26,3	14,1
Ensemble des femmes	0,6	1,1	1,5	5,4	9,9	16,1	29,7	10,0
HOMMES								
Milieu de résidence								
N'Djaména	2,2	2,6	0,0	5,1	11,8	6,1	14,1	6,4
Autres villes	0,0	0,0	3,4	2,8	0,0	8,0	11,8	5,4
Ensemble urbain	1,3	1,2	2,1	4,0	6,7	6,9	12,6	5,9
Rural	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0	4,6	1,8
Niveau d'instruction								
Aucun	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	1,6	3,7	1,5
Primaire ou plus	1,0	0,7	1,7	2,6	3,7	9,6	11,5	5,2
- Primaire	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	2,3	9,0	3,0
- Secondaire ou plus	2,5	2,6	4,3	6,2	9,4	22,9	17,5	9,6
Religion								
Musulmane	0,0	0,5	1,1	0,5	1,3	0,9	1,9	1,0
Catholique	0,0	0,0	1,7	2,8	1,9	7,9	11,2	4,9
Protestante	2,7	0,0	2,3	0,0	2,3	15,1	17,6	8,5
Autres/ND	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ensemble des hommes	0,4	0,3	1,3	1,0	1,5	4,1	6,4	2,9

Note: Les femmes/hommes stérilisés sont considérés comme ne voulant plus d'enfant.
¹ Pour les femmes, y compris la grossesse actuelle.

le milieu de résidence, on n'observe qu'assez peu d'écarts en ce qui concerne le niveau d'instruction. En effet, si 9 % des femmes sans instruction veulent limiter leur descendance, cette proportion passe à 13 % aussi bien pour les femmes de niveau d'instruction primaire que pour celles de niveau d'instruction secondaire ou plus. Enfin, il semble que la religion soit un facteur discriminant : les femmes de religion catholique (15 %) sont, proportionnellement, plus nombreuses que les protestantes (12 %) et surtout que les musulmanes (7 %) à ne plus vouloir d'enfants supplémentaires.

Les hommes en union qui ne désirent plus d'enfant sont, proportionnellement, beaucoup moins nombreux que les femmes. En effet, seulement 3 % des hommes ont exprimé le désir de ne plus avoir d'enfant contre 10 % des femmes et, quelle que soit la caractéristique considérée, les proportions d'hommes ne voulant plus d'enfant, restent toujours inférieures aux proportions correspondantes de femmes. Par contre, il faut remarquer que chez les hommes, si les différences selon les caractéristiques socio-démographiques suivent les mêmes tendances que chez les femmes, les écarts observés sont beaucoup plus importants chez ces derniers. Ainsi, seulement 2 % des hommes vivant en milieu rural ont exprimé le désir de ne plus avoir d'enfant, contre 6 % de ceux vivant en milieu urbain. L'effet du niveau d'instruction ne joue qu'après l'école primaire. En effet, on relève que 2 % des hommes sans instruction ont exprimé le désir de ne plus avoir d'enfants, contre 3 % de ceux ayant un niveau primaire et 10 % de ceux ayant un niveau secondaire ou supérieur. Comme chez les femmes, la religion semble également joué un rôle important dans les intentions des hommes en matière de limitation des naissances. En effet, si 1 % seulement des musulmans ont exprimé le désir de ne plus avoir d'enfant supplémentaire, cette proportion passe à 5 % chez les catholiques et à 9 % chez les protestants.

6.2 BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes actuellement en union non utilisatrices de la contraception qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (elles souhaitent limiter leurs naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la naissance de l'enfant suivant (elles souhaitent espacer leurs naissances), sont considérées comme ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception.² Les femmes ayant des besoins insatisfaits et celles utilisant actuellement la contraception constituent la demande potentielle totale en planification familiale.

Le tableau 6.5 donne des estimations des besoins non-satisfaits et satisfaits en matière de contraception des femmes actuellement en union selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Ce tableau donne également l'estimation des besoins non-satisfaits et satisfaits pour les femmes non en union et pour l'ensemble des femmes. Si le niveau d'utilisation actuelle de la contraception est très faible chez les femmes en union (4 %), les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale sont également peu importants, puisque 9 % de femmes sont concernées. Parmi ces femmes, la grande majorité (7 %) aurait besoin d'utiliser la contraception comme moyen d'espacement des naissances.

Si les besoins non satisfaits des femmes en union étaient assurés, c'est-à-dire si elles utilisaient effectivement la contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 14 %. Cette demande potentielle totale en planification familiale aurait pour objectif principal l'espacement des naissances (10 %). À l'heure actuelle, chez les femmes en union, 31 % de la demande potentielle totale en planification familiale se trouve satisfaite au Tchad.

Les besoins en matière de planification familiale varient selon les caractéristiques socio-démographiques. Quand on considère l'âge, c'est entre 35-44 ans que les besoins non-satisfaits sont les plus élevés et particulièrement à 35-39 ans (13 %). Les femmes de 20-24 ans viennent en troisième position par leurs besoins non-satisfaits. Comme les besoins non-satisfaits en planification familiale, la demande potentielle totale est plus élevée entre 35-44 ans et particulièrement à 35-39 ans (17 %). En outre, on peut noter que jusqu'à 39 ans, les besoins non-satisfaits et la demande potentielle totale en matière de planification familiale sont essentiellement orientés vers l'espacement des naissances. Par contre, à 40 ans et plus, les femmes ont beaucoup plus des besoins pour limiter que pour espacer leurs naissances.

² Le calcul exact des besoins non-satisfaits est expliqué en note du tableau 6.5.

Tableau 6.5 Besoins en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement en union ayant des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentage de demande potentielle totale de services de planification familiale par caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Besoins en planification familiale non-satisfaits ¹ pour:			Besoins en planification familiale satisfaits (utilisation actuelle) ² pour:			Demande potentielle totale en planification familiale ³ pour:			Pourcentage de demande satisfaite Effectif	
	Espacer	Limiter	Total	Espacer	Limiter	Total	Espacer	Limiter	Total		
Groupe d'âges											
15-19	7,6	0,0	7,6	3,0	0,1	3,1	10,6	0,1	10,7	29,0	801
20-24	9,6	0,5	10,2	4,2	0,2	4,4	13,8	0,7	14,5	30,0	1 190
25-29	7,6	1,2	8,8	4,7	0,8	5,6	12,4	2,0	14,4	38,7	1 249
30-34	5,6	2,7	8,4	3,3	1,2	4,5	8,9	4,0	12,9	34,9	890
35-39	6,4	6,6	13,0	2,3	2,2	4,4	8,7	8,7	17,4	25,4	782
40-44	1,6	10,1	11,7	0,2	2,7	3,0	1,8	12,9	14,7	20,2	501
45-49	1,5	3,3	4,8	0,3	1,1	1,3	1,8	4,4	6,2	21,7	420
Milieu de résidence											
N'Djaména	9,5	2,2	11,7	9,1	2,7	11,8	18,7	4,9	23,6	50,2	512
Autres villes	9,9	3,5	13,3	6,1	1,5	7,6	16,0	5,0	21,0	36,4	726
Ensemble urbain	9,7	3,0	12,7	7,4	2,0	9,4	17,1	5,0	22,1	42,5	1 238
Rural	5,8	2,7	8,5	2,0	0,7	2,7	7,8	3,5	11,2	24,3	4 594
Niveau d'instruction											
Aucun	5,9	2,5	8,5	2,0	0,7	2,7	7,9	3,3	11,2	24,5	4 678
Primaire ou plus	9,4	3,7	13,1	7,7	2,1	9,8	17,1	5,8	22,9	42,7	1 154
- Primaire	8,7	3,8	12,5	5,9	1,7	7,5	14,5	5,5	20,0	37,5	999
- Secondaire ou plus	14,0	3,0	17,0	19,7	4,6	24,3	33,7	7,6	41,3	58,9	155
Religion											
Musulmane	6,3	1,7	8,0	2,6	0,5	3,2	8,9	2,3	11,2	28,2	3 172
Catholique	6,3	5,0	11,3	4,5	1,2	5,7	10,8	6,2	16,9	33,5	1 375
Protestante	8,3	2,9	11,3	3,8	2,3	6,1	12,1	5,3	17,4	35,2	914
Autres/ND	6,1	3,3	9,3	1,0	1,0	2,0	7,0	4,3	11,3	17,8	371
Ensemble des femmes en union	6,6	2,8	9,4	3,1	1,0	4,1	9,7	3,8	13,5	30,6	5 832
Ensemble des femmes qui ne sont pas en union	2,0	0,1	2,1	2,7	0,3	3,1	4,8	0,4	5,2	59,5	1 622
Ensemble des femmes	5,6	2,2	7,8	3,0	0,9	3,9	8,7	3,0	11,7	33,4	7 454

¹ Les besoins non-satisfaits pour espacer concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Les besoins non-satisfaits pour limiter concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Sont également exclues les femmes qui sont en ménopause ou en période d'infécondabilité.

² L'utilisation pour espacer concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. L'utilisation pour limiter concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants.

³ Besoins non-satisfaits et utilisation actuelle

Les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale varient selon le milieu de résidence (9 % en milieu rural et 13 % en milieu urbain). Les besoins non-satisfaits dans les Autres Villes (13 %) sont pratiquement identiques à ceux de N'Djaména (12 %). La demande potentielle en matière de planification familiale, par contre, varie du simple au double : de 11 % en milieu rural, elle passe à 22 % en milieu urbain. Elle est légèrement plus élevée à N'Djaména (24 %) que dans les Autres Villes (21 %). Quel que soit le milieu, les besoins pour l'espacement sont toujours nettement plus importants que les besoins pour la limitation des naissances (respectivement, 10 % et 3 % en milieu urbain et 6 % et 3 % en milieu rural). En milieu urbain, pour 43 % des femmes, les besoins en matière de planification familiale se trouvent satisfaits, contre seulement 24 % en milieu rural. À N'Djaména, la moitié de la demande en matière de contraception est satisfaite (50 %).

En ce qui concerne le niveau d'instruction, on constate que la demande totale concerne 41 % des femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur contre 20 % des femmes de niveau d'instruction primaire et seulement 11 % des femmes sans instruction. De plus, dans 59 % des cas, cette demande est satisfaite pour les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus, alors qu'elle n'est satisfaite que dans 37 % des cas pour les femmes de niveau primaire et 24 % pour les femmes sans instruction.

Les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale selon la religion varient de 8 % chez les femmes musulmanes en union à 11 % chez les femmes catholiques et les femmes protestantes en union. Quelle que soit la religion, les besoins pour l'espacement sont légèrement plus importants que pour ceux concernant la limitation des naissances. La demande potentielle totale en planification familiale est plus élevée pour les femmes protestantes et catholiques (17 %) que pour les femmes musulmanes (11 %). De même, pour 35 % des femmes protestantes et 34 % des femmes catholiques, leur demande en planification familiale est satisfaite, alors qu'elle n'est satisfaite que pour 28 % des femmes musulmanes.

Pour les femmes qui ne sont pas en union, seulement 2 % ont des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale et 60 % de leur demande en planification familiale est déjà satisfait. Ainsi, leur demande potentielle totale (5 %) est peu différente de leur niveau d'utilisation actuelle (3 %).

Alors que 4 % de l'ensemble des Tchadiennes utilisent actuellement la contraception, 8 % ont des besoins non-satisfaits. Globalement, la demande potentielle totale en matière de planification familiale pourrait atteindre 12 % si l'ensemble des femmes arrivaient à satisfaire leurs besoins. À l'heure actuelle, 33 % seulement de la demande en planification familiale est satisfaite. Les besoins non-satisfaits de l'ensemble des femmes et leur demande potentielle en planification familiale sont surtout orientés vers l'espacement des naissances. Ainsi, parmi les 12 % de femmes susceptibles d'utiliser la contraception, 9 % le feraient en vue d'espacer leurs naissances contre seulement 3 % pour les limiter.

6.3 NOMBRE TOTAL D'ENFANTS DÉSIRÉS

Pour essayer de déterminer quel est le nombre idéal d'enfants des femmes et des hommes tchadiens, on leur a posé l'une des deux questions suivantes, selon leur situation au moment de l'enquête :

- Aux femmes et aux hommes sans enfant : « *Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir en tout ?* »
- Aux femmes et aux hommes ayant des enfants : « *Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir au total ?* »

Ces questions, simples en apparence, peuvent être embarrassantes, en particulier pour les femmes et les hommes ayant déjà des enfants, parce qu'ils doivent se prononcer sur le nombre d'enfants qu'ils souhaiteraient avoir, dans l'absolu, indépendamment du nombre d'enfants qu'ils ont déjà eus. Or il peut être difficile pour une femme ou un homme de déclarer un nombre idéal d'enfants inférieur à la taille actuelle de sa famille.

On remarque tout d'abord au tableau 6.6 que 22 % des femmes et 18 % des hommes n'ont pas pu déclarer un nombre idéal d'enfants et ont fourni des réponses telles que "Ce que Dieu me donne", "Je ne sais pas" ou "N'importe quel nombre". En moyenne, le nombre idéal d'enfants est de 8,3 pour l'ensemble des femmes et il atteint 8,5 pour les femmes en union. Quel que soit l'état matrimonial des femmes, cette valeur est largement supérieure à l'ISF (6,6 enfants). Si l'on examine la distribution des tailles idéales déclarées, il apparaît que, pour près de deux tiers des femmes (61 %), le nombre idéal est de 6 enfants et plus. Ce pourcentage varie de 58 % chez les femmes nullipares et celles de parité 1 à 67 % chez les femmes ayant 4 enfants vivants. Chez les hommes, le nombre idéal d'enfants est beaucoup plus élevé que chez les femmes : il varie de 13,4 enfants pour l'ensemble des hommes à 15,1 enfants pour les hommes en union. Ces résultats confirment l'attachement des Tchadiens à une descendance très nombreuse.

Par ailleurs, on peut noter une association entre la taille actuelle de la famille et la taille idéale qui passe de 7,8 chez les femmes sans enfant à 9,5 chez celles qui ont déjà 6 enfants et plus. Chez les hommes, la taille idéale passe de 10,8 enfants chez ceux n'ayant pas d'enfants à 18,5 enfants chez ceux de parité 6 et plus. Quand on considère les hommes mariés, cette taille passe de 11,6 à 18,4 enfants. Il est difficile de savoir si ces variations résultent d'une modification réelle de l'idéal allant dans le sens d'une famille de taille plus réduite chez les femmes des générations les plus récentes (et à parité faible), ou s'il s'agit, au contraire, d'une évolution de l'idéal de la femme dans le sens de la hausse au fur et à mesure qu'elle vieillit et que se constitue sa descendance. De façon générale, les hommes ont un désir plus élevé d'avoir des enfants que les femmes.

Le désir d'enfant est plus prononcé chez les polygames (nombre idéal de 19,9 enfants, en moyenne) que chez les monogames (13,6 enfants). Quand on rapproche la taille idéale souhaitée par les hommes du nombre réel des enfants qu'ils ont eus, on constate un décalage important. En effet, à 55-59 ans, la descendance moyenne des hommes est de 11,3 enfants pour tous les hommes et de 11,4 enfants pour les hommes mariés (voir Chapitre 3 - Fécondité) alors que la taille idéale est de 13,4 enfants pour tous les hommes et de 15,1 enfants pour les hommes en union.

Pour les femmes comme pour les hommes, et quelles que soient les caractéristiques étudiées, la taille idéale de la famille tend à augmenter selon l'âge (tableau 6.7) de la même manière qu'elle augmente avec la parité. Elle passe de 7,6 enfants chez les femmes de 15-19 ans, à 9,3 chez celles de 45-49 ans. Là encore, il est difficile de conclure que ces variations résultent d'une modification réelle de l'idéal allant dans le sens d'une famille de taille plus réduite chez les femmes des générations les plus récentes ou, au contraire, d'une évolution de l'idéal de la femme dans le sens de la hausse au fur et à mesure qu'elle vieillit. On constate la même tendance chez les hommes, le nombre idéal passant de 10,7 à 15-19 ans, à 17,4 à 45-49 ans et à 20,1 au-delà de 49 ans. En outre, à tous les âges, le nombre idéal d'enfants des hommes reste nettement supérieur à celui des femmes.

Pour l'ensemble des femmes et l'ensemble des hommes, le nombre idéal moyen d'enfants présente des variations assez importantes selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et la religion (tableau 6.7 et graphique 6.3). Les femmes et les hommes du milieu urbain ont pour idéal une famille moins nombreuse que ceux du milieu rural, l'écart absolu observé entre les deux milieux est de 1,2 enfant chez les femmes et de 4,3 enfants chez les hommes. Quand on considère uniquement le milieu urbain, chez les

Tableau 6.6 Nombre idéal d'enfants

Répartition (en %) des femmes et des hommes par nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et l'ensemble des hommes et pour celles/ceux actuellement en union selon le nombre d'enfants vivants, EDS Tchad 1996-97

Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
FEMMES								
0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
1	0,2	0,3	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1
2	1,4	0,8	1,0	0,2	0,1	0,4	0,6	0,7
3	2,2	3,2	0,9	1,9	0,2	0,7	1,0	1,6
4	9,5	9,3	7,7	4,2	4,1	2,9	2,7	6,2
5	9,7	11,3	10,8	8,1	5,6	4,1	4,0	8,0
6 ou plus	57,6	57,9	62,6	63,3	66,5	62,2	63,0	61,4
Réponses non-numériques	19,1	17,3	16,9	22,4	23,4	29,3	28,5	21,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1 504	1 232	111	922	919	697	1 170	7 454
Nombre idéal moyen ²								
Ensemble des femmes	7,8	7,6	8,1	8,4	8,7	8,8	9,5	8,3
Femmes en union	8,4	7,5	8,2	8,4	8,8	8,8	9,4	8,5
HOMMES								
0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2	2,1	0,0	0,6	0,0	0,4	0,0	0,3	1,0
3	3,3	1,9	0,9	1,0	1,1	0,0	0,5	1,9
4	6,2	7,5	3,1	1,8	1,1	1,5	1,1	4,0
5	8,9	8,6	6,2	3,0	5,0	2,5	1,6	6,1
6 ou plus	65,6	69,6	72,3	75,7	74,3	78,5	68,1	69,2
Réponses non-numériques	13,8	12,4	16,9	18,5	18,1	17,5	28,3	17,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des hommes	946	221	207	188	164	131	463	2 320
Nombre idéal moyen ²								
Ensemble des hommes	10,8	11,4	13,7	15,6	14,8	16,0	18,5	13,4
Hommes en union	11,6	11,6	14,0	15,6	14,9	15,8	18,4	15,1
- En union monogame	11,7	11,5	14,3	14,4	13,4	15,2	15,5	13,6
- En union polygame	9,4	12,8	11,7	20,8	19,4	17,7	21,6	19,9

¹ Pour les femmes, y compris la grossesse actuelle

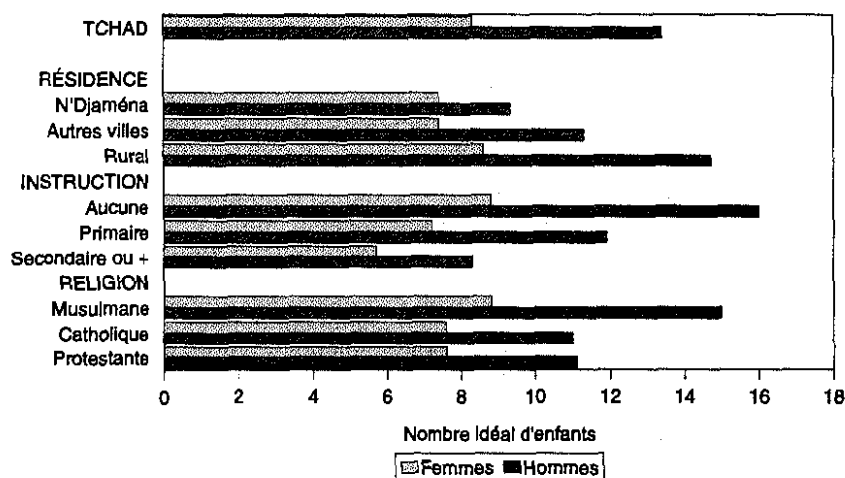
² Les moyennes sont calculées en excluant les femmes et les hommes ayant donné des réponses non-numériques.

Tableau 6.7 Nombre idéal d'enfants par caractéristiques socio-démographiques

Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et l'ensemble des hommes, par âge et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Âge actuel								Ensemble des femmes	Ensemble des hommes
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 +		
Milieu de résidence										
N'Djaména	6,5	6,7	7,7	7,5	8,7	8,7	9,3	-	7,4	9,3
Autres villes	6,8	7,2	7,2	7,9	8,5	8,1	8,5	-	7,4	11,3
Ensemble urbain	6,7	6,9	7,4	7,7	8,6	8,3	8,8	-	7,4	10,4
Rural	7,9	8,0	8,6	8,9	9,2	9,6	9,4	-	8,6	14,7
Niveau d'instruction										
Aucun	8,1	8,2	8,7	9,0	9,5	9,6	9,4	-	8,8	16,0
Primaire ou plus	6,7	6,8	7,1	7,0	7,4	7,1	8,0	-	6,9	10,5
- Primaire	6,9	7,1	7,3	7,4	7,7	7,5	8,4	-	7,2	11,9
- Secondaire ou plus	5,5	5,8	6,0	5,6	5,9	4,8	4,9	-	5,7	8,3
Religion										
Musulmane	7,9	8,2	8,8	9,1	9,7	9,7	9,6	-	8,8	15,0
Catholique	7,1	7,0	7,6	8,1	7,9	8,7	8,7	-	7,6	11,0
Protestante	6,9	7,2	7,6	7,5	8,5	9,0	9,1	-	7,6	11,1
Autres/ND	8,2	8,5	8,6	9,5	10,5	9,3	10,2	-	9,0	14,0
Ensemble des femmes	7,6	7,7	8,4	8,6	9,1	9,3	9,3	-	8,3	-
Ensemble des hommes	10,7	11,3	12,2	14,0	15,7	15,4	17,4	20,1	-	13,4

Graphique 6.3
Nombre idéal d'enfants pour les femmes et les hommes



EDST 1996-97

femmes, le nombre idéal d'enfants est le même à N'Djaména que dans les Autres Villes (7,4 enfants), alors que les hommes de N'Djaména souhaitent moins d'enfants (9,3) que ceux des Autres Villes (11,3). Par rapport au niveau d'instruction, on constate que le nombre idéal d'enfants est d'autant moins important que le niveau d'éducation est élevé : il passe de 8,8 enfants chez les femmes sans instruction à 7,2 enfants chez celles ayant un niveau d'instruction primaire et à 5,7 enfants chez celles de niveau d'instruction secondaire ou plus. Chez les hommes, la variation est beaucoup plus importante, puisque le nombre idéal d'enfants passe de 16 chez les hommes n'ayant aucun niveau d'instruction à 11,9 chez ceux de niveau primaire et à 8,3 chez ceux de niveau secondaire ou plus. Entre les hommes sans instruction et ceux ayant le niveau secondaire ou plus, l'écart absolu est de 7,7 enfants. La religion joue également un rôle important dans la détermination du nombre idéal d'enfants. Si les catholiques et les protestants ont la même taille idéale (7,6 enfants chez les femmes et, respectivement, 11,0 enfants et 11,1 enfants chez les hommes), les musulmans souhaitent une famille de taille plus élevée (8,8 enfants chez les femmes et 15,0 enfants chez les hommes). En outre, on peut noter que, quelles que soient les caractéristiques étudiées, les variations du nombre idéal d'enfants sont assez similaires à celles observées pour les niveaux de fécondité (voir Chapitre 3 - Fécondité).

Après avoir demandé aux enquêté(e)s quel était leur nombre idéal d'enfants, on leur a demandé pour quelle raison ils/elles souhaitaient avoir ce nombre d'enfants. Il convient de préciser qu'à cette question, une seule réponse était enregistrée; de ce fait les résultats présentés au tableau 6.8 portent seulement sur la raison principale qui a été avancée.

Chez les femmes, les raisons les plus couramment évoquées sont d'ordre économiques (75 %), à savoir, principalement, le soutien dans la vieillesse (38 %), l'aide au travail (16 %) et des raisons économiques ou financières non précisées (9 %). Viennent ensuite des raisons d'ordre socio-culturel (11 %), telles que la "Volonté de Dieu" (6 %) ou le "Prestige de la famille/statut social" (5 %). En outre, 7 % des femmes ont cité "l'affection/compagnie", 4 % ont avancé la "maladie/mort des enfants" comme raison principale et, enfin, 2 % ont cité les "problèmes de santé liés à la maternité".

Comme l'on pouvait s'y attendre, les raisons mentionnées varient nettement selon la taille idéale de la famille. Quelle que soit cette taille, les raisons économiques viennent en tête. Cependant, pour les femmes désirant beaucoup d'enfants, en particulier 10 ou plus, ceux-ci sont essentiellement perçus comme des supports économiques, soit en tant que soutien pendant la vieillesse (46 %), soit en tant qu'aide dans le travail (19 %). Par contre, les femmes qui désirent relativement peu d'enfants (1 à 4) avancent surtout des raisons qui tiennent au coût des enfants, soit des raisons économiques et financières (32 %), soit elles souhaitent "assurer un bon avenir/éducation" à leurs enfants (26 %). Les raisons d'ordre socio-culturel sont beaucoup plus fréquemment citées par les femmes qui souhaitent beaucoup d'enfants (14 % pour 10 enfants ou plus) que par celles qui en souhaitent peu (7 % pour 1 à 4 enfants). Par ailleurs, les problèmes de santé liés à la maternité sont une raison surtout évoqués par les femmes qui veulent peu d'enfants (5 % pour 1 à 4 enfants). Paradoxalement, il est surprenant de constater que seulement 4 % de l'ensemble des femmes et 5 % de celles désirant 10 enfants ou plus ont mentionné la maladie ou la mort des enfants pour expliquer leur nombre idéal d'enfants, alors que souvent on avance la forte mortalité des enfants pour expliquer la fécondité élevée des femmes africaines.

Les raisons avancées par les hommes sont très proches de celles données par les femmes (tableau 6.8). Ici aussi, les raisons les plus couramment avancées sont d'ordre économiques (76 %), à savoir, principalement, l'aide au travail (23 %), le soutien dans la vieillesse (19 %) et des raisons économiques ou financières non précisées (15 %). Les raisons d'ordre socio-culturel ont été plus couramment citées par les hommes que par les femmes (16 %, contre 11 %); il s'agit surtout du "Prestige de la famille/statut social" (9 %), des "Obligations religieuses ou sociales" (4 %) et de la "Volonté de Dieu" (3 %). Enfin, comme chez les femmes, 4 % des hommes ont avancé la "maladie/mort des enfants" comme raison principale.

Tableau 6.8 Raisons du nombre idéal d'enfants

Répartition (en %) des femmes et des hommes ayant donné une réponse numérique pour le nombre idéal d'enfants selon la principale raison avancée pour justifier ce nombre, par nombre idéal d'enfants, EDS Tchad 1996-97

Idéal d'enfants	Nombre idéal d'enfants : Femmes					Nombre idéal d'enfants : Hommes				
	1-4	5-9	10 ou +	Ensemble	Effectif	1-4	5-9	10 ou +	Ensemble	Effectif
Raisons économiques										
Raison économiques/ financières	31,5	11,9	0,5	9,2	537	58,5	33,8	3,2	15,4	293
Soutien dans la vieillesse	15,9	35,2	46,2	37,7	2 197	2,4	11,8	24,0	19,2	366
Aide dans le travail	6,8	15,9	18,9	16,2	941	2,8	12,4	29,3	22,9	437
Travail supplémentaire	0,5	1,3	1,5	1,3	75	0,0	0,1	2,6	1,8	34
Pour pouvoir travailler	1,1	2,9	3,0	2,7	159	0,0	0,8	5,1	3,6	69
Inquiétude de l'avenir/pour assurer bon avenir/éducation aux enfants	25,7	9,6	0,5	7,5	435	33,5	26,5	6,2	13,5	258
Raisons socio-culturelles										
Prestige de la famille/statut social	1,8	3,2	6,5	4,5	260	1,2	3,3	11,9	8,9	169
Volonté de Dieu	4,7	5,9	6,6	6,1	352	0,4	2,2	3,8	3,1	60
Obligation religieuse/sociale	0,2	0,5	0,5	0,5	27	0,0	2,2	5,0	3,9	74
Affection/compagnie	3,4	6,1	8,0	6,6	385	*	*	*	*	12
Problèmes de santé liés à la maternité	4,9	2,8	0,1	1,9	110	*	*	*	*	7
Maladie/mort des enfants	1,0	2,7	5,0	3,5	203	0,0	3,3	5,4	4,4	84
Autre	1,0	0,3	1,2	0,8	46	0,4	0,6	2,2	1,6	31
Ne sait pas	1,6	1,2	1,0	1,1	66	0,0	0,3	0,4	0,3	6
Non déterminé	0,1	0,6	0,6	0,5	30	0,8	1,4	0,0	0,4	8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	5 824	100,0	100,0	100,0	100,0	1 908
Effectif	648	2 685	2 487	5 824	5 824	161	470	1 277	1 908	1 908

¹ Les résultats portent sur trop peu de cas pour être présentés.

Tout comme chez les femmes, les raisons avancées par les hommes varient nettement selon la taille idéale de la famille. Quelle que soit cette taille, les raisons économiques viennent en tête. Cependant, pour les hommes qui désirent beaucoup d'enfants, en particulier 10 ou plus, l'aide dans le travail (29 %) et le soutien dans la vieillesse (24 %) sont les raisons les plus fréquemment avancées, alors que les hommes qui souhaitent relativement peu d'enfants (1 à 4) évoquent principalement des raisons qui tiennent au coût des enfants, soit des raisons économiques et financières (59 %), soit parce qu'ils souhaitent "assurer un bon avenir/éducation" à leurs enfants (34 %). Par ailleurs, comme chez les femmes, les raisons d'ordre socio-culturel sont beaucoup plus fréquemment citées par les hommes qui souhaitent beaucoup d'enfants (21 % pour 10 enfants ou plus) que par ceux qui en souhaitent peu (2 % pour 1 à 4 enfants). En particulier, le prestige de la famille et la statut social est une raison très fréquemment donnée par les hommes qui souhaitent 10 enfants ou plus (12 %).

6.4 PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ

On a déjà souligné que l'un des axes d'action du gouvernement pour sortir de la crise économique est la maîtrise de la variable population par l'élaboration et l'adoption d'une politique de population (voir Chapitre 4 - Planification familiale). La mise en oeuvre de cette politique suppose la connaissance du niveau de contrôle de la fécondité par les couples. Ainsi, pendant l'enquête, pour chaque enfant né au cours des cinq dernières années et pour la grossesse actuelle (si l'enquêtée était enceinte), on a demandé à la mère si elle souhaitait être enceinte à ce moment-là, plus tard, ou s'il s'agissait d'une grossesse non désirée. Les réponses à ces questions permettent de mesurer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité.

De telles questions exigent de la femme un effort de concentration pour se souvenir avec exactitude de ses désirs à un ou plusieurs moments précis des cinq dernières années. En outre, il existe un risque de rationalisation dans la mesure où, souvent, une grossesse non désirée peut devenir par la suite un enfant auquel on s'est attaché.

D'après le tableau 6.9, la presque totalité des naissances des cinq dernières années (98 %) étaient désirées : la plupart de ces naissances (90 %) se sont produites au moment voulu et dans 8 % des cas, les femmes souhaitaient cette naissance mais auraient préféré qu'elle se produise plus tard. Les grossesses non désirées représentent à peine 1 %. Quel que soit le rang de naissance, la grande majorité des naissances sont voulues et arrivent au moment voulu. Cependant, on peut noter que les naissances de rang élevé (4 et plus) sont moins bien planifiées que les naissances de rangs inférieurs : en effet, 9 % des naissances de rang 4 ou plus se sont produites trop tôt et 2 % sont des naissances non désirées.

Rang de naissance et âge de la mère	Statut de la naissance:				Total	Effectif des naissances
	Voulue au moment	Voulue plus tard	Non désirée	Non déterminé		
Rang de naissance						
1	93,3	4,9	0,1	1,6	100,0	1 623
2	90,5	8,4	0,2	1,0	100,0	1 374
3	91,3	7,3	0,1	1,3	100,0	1 224
4 ou plus	88,2	9,0	1,6	1,2	100,0	4 296
Âge de la mère						
< 20	91,8	6,8	0,1	1,3	100,0	1 847
20-24	90,4	8,0	0,2	1,3	100,0	2 382
25-29	90,1	8,5	0,5	0,9	100,0	2 078
30-34	89,1	8,1	1,1	1,7	100,0	1 267
35-39	86,3	8,8	3,6	1,4	100,0	706
40-44	87,4	5,0	6,4	1,2	100,0	216
45-49	84,8	2,5	6,3	6,3	100,0	20
Ensemble	90,0	7,9	0,9	1,3	100,0	8 517

Par rapport à l'âge de la mère, c'est chez les femmes ayant eu leurs enfants à moins de 25 ans que les naissances sont les mieux planifiées (tableau 6.9). En effet, la proportion des naissances non désirées est insignifiante à ces âges (0,2 %). Cependant, c'est dans le groupe d'âges ayant la fécondité la plus élevée (20-39 ans) que la proportion de naissances qui étaient désirées mais qui ne se sont pas produites au moment voulu sont les plus fréquentes (8 %).

Le tableau 6.10 et le graphique 6.4 présentent une comparaison entre l'Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et l'Indice Synthétique de Fécondité actuelle (ISF). Le calcul de l'ISFD est analogue à celui de l'ISF; les naissances considérées comme non désirées étant éliminées du numérateur. Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, l'ISF des femmes tchadiennes serait de 6,3 enfants au lieu de 6,6 enfants, soit 0,3 enfant de moins. L'ISFD est donc pratiquement le même que la fécondité réelle, ce qui explique la faible demande en matière de planification familiale.

Quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques des femmes, l'ISFD est toujours inférieur à l'ISF, mais l'écart entre les deux indicateurs est toujours très faible (graphique 6.4). Les écarts les plus importants entre la fécondité réelle et la fécondité désirée s'observent chez les femmes de niveau primaire et plus (5,7 contre 6,5, soit 0,8 enfant par femme de moins) et chez celles de religion catholique (6,4 contre 7,0, soit 0,6 enfant de moins). Pour les autres catégories de femmes, l'écart est plus limité, variant de 0,3 à 0,5 enfant.

Il semble donc que la fécondité des femmes tchadiennes n'ait que très peu varié au cours des dernières années (voir Chapitre 3 - Fécondité) et que, dans l'avenir immédiat, rien ne laisse présager un changement de tendance.

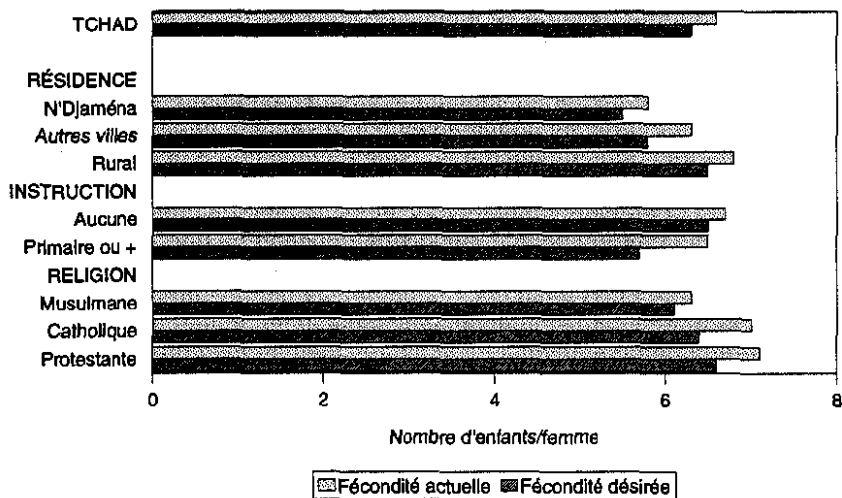
Tableau 6.10. Taux de fécondité désirée

Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et Indice Synthétique de Fécondité (ISF) pour les cinq années ayant précédé l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	ISFD	ISF
Milieu de résidence		
N'Djaména	5,5	5,8
Autres villes	5,8	6,3
Ensemble urbain	5,7	6,1
Rural	6,5	6,8
Niveau d'instruction		
Aucun	6,5	6,7
Primaire ou plus	5,7	6,5
Religion		
Musulmane	6,1	6,3
Catholique	6,4	7,0
Protestante	6,6	7,1
Ensemble des femmes	6,3	6,6

Note: Les indices sont basés sur les naissances des femmes de 15-49 ans durant la période 1-59 mois précédant l'enquête. L'ISF est le même que celui présenté au Tableau 3.2.

Graphique 6.4
Indice synthétique de fécondité et
indice synthétique de fécondité désirée



EDST 1996-97

CHAPITRE 7

SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Monique Barrère

L'un des objectifs de l'EDST est d'évaluer l'état de santé des mères et de leurs enfants. À cet effet, des données sur les soins prénatals, les conditions d'accouchement, la couverture vaccinale, la couverture de la Vitamine A et la prévalence et le traitement des infections respiratoires et de la diarrhée ont été recueillies. Ces données ont été collectées pour toutes les naissances vivantes qui se sont produites durant les cinq années ayant précédé l'enquête. L'analyse de ces données permet d'évaluer les politiques et les programmes de santé et d'identifier les groupes les plus vulnérables pour la planification de programmes de santé au Tchad.

7.1 SOINS PRÉNATALS ET ACCOUCHEMENT

7.1.1 Soins prénatals

Pendant l'enquête, pour chaque naissance survenue au cours des cinq dernières années, on a demandé aux femmes si, au cours de la grossesse, elles avaient été en consultation prénatale. On a aussi enregistré le nombre de visites prénatales effectuées et la durée de la grossesse au moment de la première visite, ainsi que le nombre d'injections antitétaniques que les femmes avaient reçues.

Le tableau 7.1 présente les résultats concernant les soins prénatals. Lors de l'enquête, toutes les catégories de personnes consultées par la mère, pendant la grossesse, ont été enregistrées mais, au tableau 7.1, seule la personne la plus qualifiée a été retenue lorsque plusieurs personnes avaient été consultées. On observe que parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, plus des deux tiers (64 %) n'ont fait l'objet d'aucune consultation prénatale. Pour environ un tiers des naissances, la mère a consulté un professionnel de la santé¹ (32 %). Ces consultations ont été principalement effectuées par les sages-femmes (16 %) et les matrones ou agents de santé (9 %), les infirmières n'étant intervenues que dans 6 % des cas. Enfin, dans très peu de cas, les consultations ont été dispensées par des médecins (2 %).

Les résultats du tableau 7.1 font apparaître des écarts importants selon les caractéristiques socio-démographiques des mères. Dans environ sept cas sur dix, les naissances issues des mères les plus âgées (68 %), celles de rangs élevés (66 %), celles issues de mères du milieu rural (72 %), celles de mères n'ayant aucune instruction (71 %) et enfin celles issues de mères de religion musulmane (75 %) n'ont fait l'objet d'aucune consultation prénatale. À l'opposé, ce sont les naissances de mères résidant à N'Djaména et celles de mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus qui ont le plus fréquemment donné lieu à des consultations prénatales (respectivement, 72 % et 89 %) (graphique 7.1). Ces naissances sont aussi celles dont le suivi prénatal a été le plus fréquemment effectué par un médecin (respectivement, 9 % et 12 % des cas).

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au

¹ Sont classés dans cette catégorie : les médecins, sages-femmes, infirmières, matrones, agents de santé de l'hôpital ou du centre de santé et les accoucheuses traditionnelles formées.

Tableau 7.1 Soins prénatals

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par type de personne consultée par la mère durant la grossesse, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Médecin	Sage-femme	Infirmière	Matrone/ Agent de santé/ Accoucheuse tradition- nelle formée	En- semble personnel formé	Accoucheuse tradition- nelle non formée/ Autre	Personne	Total ¹	Effectif de naissances ¹
Âge de la mère à la naissance									
< 20	1,7	17,6	6,6	10,6	36,6	4,8	58,2	100,0	1 650
20-34	2,1	15,7	5,2	8,8	31,7	3,8	64,4	100,0	5 044
35 ou plus	2,0	13,3	6,0	7,2	28,5	3,1	68,4	100,0	804
Rang de naissance									
1	1,7	18,1	5,9	10,4	36,2	5,3	58,6	100,0	1 424
2-3	1,7	16,0	5,8	9,4	33,0	3,9	62,9	100,0	2 302
4-5	2,6	15,2	4,2	8,2	30,1	4,0	65,6	100,0	1 808
6 ou plus	1,9	14,6	6,3	8,3	31,2	3,0	65,7	100,0	1 964
Milieu de résidence									
N'Djaména	8,9	50,4	7,8	5,0	72,1	0,5	27,3	100,0	658
Autres villes	2,6	40,9	6,2	13,9	63,6	0,9	35,4	100,0	982
Ensemble urbain	5,2	44,7	6,9	10,3	67,0	0,8	32,1	100,0	1 641
Rural	1,1	7,8	5,2	8,7	22,8	4,9	72,2	100,0	5 857
Niveau d'instruction									
Aucun	1,3	10,7	5,2	7,4	24,6	3,9	71,3	100,0	5 883
Primaire ou plus	4,4	34,5	7,1	14,9	60,9	4,3	34,8	100,0	1 615
- Primaire	3,3	30,9	7,4	15,1	56,6	4,5	38,8	100,0	1 401
- Secondaire ou plus	11,6	58,2	5,0	13,7	88,6	2,7	8,8	100,0	214
Religion									
Musulmane	2,0	12,2	4,1	4,6	22,9	1,8	75,1	100,0	3 948
Catholique	1,2	18,7	7,9	13,1	40,9	6,3	52,7	100,0	1 805
Protestante	3,5	26,3	5,3	17,4	52,3	6,8	40,8	100,0	1 280
Autres/ND	1,1	7,1	9,8	7,7	25,7	5,0	69,3	100,0	465
Ensemble des naissances	2,0	15,8	5,6	9,0	32,4	4,0	63,5	100,0	7 498

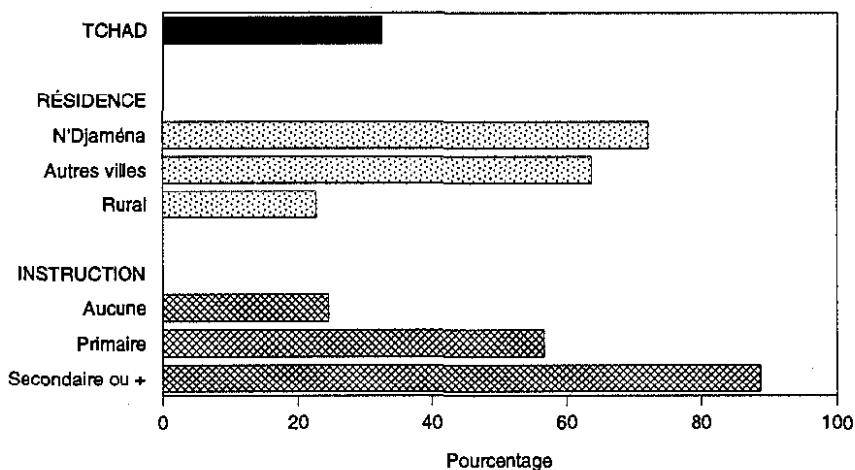
Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête. Si différentes personnes ont été consultées, seule la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.

¹ Y compris les non-déterminés

long de la grossesse. Au tableau 7.2 figurent les données sur le nombre de visites prénatales effectuées et le stade de la grossesse à la première visite. Environ 15 % des naissances ont fait l'objet de 4 visites prénatales ou plus, ce qui est en accord avec les recommandations de l'OMS. Par ailleurs, on note que 17 % des naissances ont été précédées de 2 à 3 visites et que pour 4 % des naissances, les mères n'ont effectué qu'une seule visite. Le nombre médian de visites est de 3,7 ce qui est donc en-deçà des recommandations de l'OMS.

Par ailleurs, toujours selon les données du tableau 7.2, on constate que, pour près d'une naissance sur trois (29 %), la première visite prénatale a eu lieu à un stade précoce de la grossesse, c'est-à-dire à moins de 6 mois; par contre, pour 7 % des naissances, la première visite n'a été effectuée qu'à partir de 6 mois de grossesse, compromettant ainsi le nombre et l'espacement régulier des visites prénatales préconisées par l'OMS. Dans seulement 1 % des cas, les femmes ont attendu le huitième mois pour effectuer la première visite. La durée médiane de grossesse à la première visite s'établit à 4,3 mois.

Graphique 7.1 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans pour lesquels la mère a bénéficié de soins prénatals* pendant la grossesse



* Par un médecin, infirmière, sage-femme, agent de santé de l'hôpital/centre de santé, ou accoucheuse traditionnelle formée

EDST 1996-97

Le tableau 7.3 présente les résultats concernant la vaccination antitétanique des mères pour toutes les naissances survenues durant les cinq années ayant précédé l'enquête. Le tétanos néonatal est une cause importante de décès des nouveau-nés dans la plupart des pays en développement (voir Chapitre 10 - Causes décès des enfants). L'injection antitétanique faite à la mère pendant la grossesse permet, non seulement de la protéger, mais aussi de protéger l'enfant contre cette maladie. Pour une protection complète, une femme enceinte devrait recevoir deux doses de vaccin pendant la grossesse; cependant, si elle a déjà été vaccinée, par exemple lors d'une grossesse précédente, une seule dose est nécessaire.

Seulement 31 % des naissances ont été protégées par, au moins, une dose de vaccin reçue par les mères durant la grossesse : dans 24 % des cas, les femmes ont reçu deux doses de vaccin ou plus et, dans 7 % des cas, elles n'ont reçu qu'une dose. Ces niveaux de vaccination sont faibles puisque ce sont plus de deux naissances sur trois qui n'ont pas été du tout protégées contre le tétanos néonatal (68 %). On notera que la proportion des naissances pour lesquelles la mère n'a reçu aucune vaccination antitétanique est sensiblement la même que la proportion de celles qui n'ont bénéficié d'aucun suivi prénatal (64 %), ce qui n'est guère surprenant dans la mesure où les vaccinations antitétaniques se font au cours des visites prénatales.

Selon les caractéristiques socio-démographiques, on constate des disparités importantes de la couverture antitétanique des mères pendant la grossesse. Les naissances les mieux

Tableau 7.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par nombre de visites prénatales durant la grossesse et par stade de la grossesse au moment de la première visite, EDS Tchad 1996-97

Visite prénatale	Ensemble des naissances
Nombre de visites	
0	63,5
1	3,8
2-3	17,4
4 ou plus	14,8
NSP/ND	0,5
Total	100,0
Nombre médian de visites ¹	3,7
Stade de la grossesse à la première visite	
Pas de visite	63,5
Moins de 6 mois	28,5
6-7 mois	6,5
8 mois ou plus	1,1
NSP/ND	0,4
Total	100,0
Nombre médian de mois de grossesse à la première visite ¹	4,3
Effectif de naissances	7 498

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête.

¹ Les médianes sont calculées pour les naissances ayant donné lieu à des visites prénatales.

Tableau 7.3 Vaccination antitétanique

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par nombre d'injections antitétaniques reçues par la mère pendant la grossesse, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Nombre d'injections antitétaniques				Total	Effectif de naissances
	0	1	2 ou +	NSP/ND		
Âge de la mère à la naissance						
< 20	65,0	7,6	26,5	0,9	100,0	1 650
20-34	69,0	7,0	23,6	0,4	100,0	5 044
35 ou plus	70,4	8,9	20,6	0,2	100,0	804
Rang de naissance						
1	64,8	8,6	26,0	0,6	100,0	1 424
2-3	69,1	6,9	23,4	0,6	100,0	2 302
4-5	70,0	6,2	23,4	0,4	100,0	1 808
6 ou plus	68,2	8,0	23,4	0,5	100,0	1 964
Milieu de résidence						
N'Djaména	28,5	7,8	63,6	0,1	100,0	658
Autres villes	39,0	10,9	49,3	0,8	100,0	982
Ensemble urbain	34,8	9,6	55,1	0,5	100,0	1 641
Rural	77,6	6,7	15,2	0,5	100,0	5 857
Niveau d'instruction						
Aucun	75,6	6,7	17,3	0,4	100,0	5 883
Primaire ou plus	41,3	9,9	48,0	0,8	100,0	1 615
- Primaire	45,9	10,2	43,2	0,7	100,0	1 401
- Secondaire ou plus	11,0	8,0	79,2	1,8	100,0	214
Ensemble des naissances	68,2	7,3	23,9	0,5	100,0	7 498

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête.

protégées sont les naissances issues de mères qui vivent à N'Djaména (71 %), et celles de mères qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus (87 %). À l'opposé, c'est en milieu rural (22 %) et parmi les naissances de femmes sans instruction (24 %) que l'on trouve les proportions les plus faibles de naissances ayant été protégées par, au moins, une dose de vaccin antitétanique. Par contre, l'âge de la mère et le rang de naissance ne font apparaître aucune variation importante dans la couverture vaccinale, bien que les enfants de mère jeune (moins de 20 ans) et de rang 1 (généralement issus de jeune mère), soient légèrement mieux couverts que les autres (respectivement, 34 % et 35 % avec, au moins, une dose de vaccin antitétanique).

7.1.2 Accouchement

Au Tchad, au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête, la majorité des naissances (88 %) ont eu lieu à la maison contre seulement 11 % dans les établissements sanitaires (tableau 7.4). En outre, le lieu d'accouchement varie de façon importante selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes. Le milieu de résidence et le niveau d'instruction font apparaître les écarts les plus importants. En effet, 35 % des naissances du milieu urbain ont eu lieu en établissement sanitaire contre seulement 5 % en milieu rural : cette proportion atteint 40 % à N'Djaména. En ce qui concerne le niveau d'instruction, plus de la moitié des naissances issues de mères ayant un niveau secondaire ou plus se sont déroulées dans un établissement sanitaire (53 %); cette proportion est de 22 % pour les naissances dont la mère a un niveau primaire et seulement 7 % pour les naissances de femmes qui n'ont pas d'instruction. La concentration des infrastructures

sanitaires en milieu urbain, où résident la plupart des femmes ayant fréquenté l'école, explique très certainement, en grande partie, les disparités constatées selon la résidence et le niveau d'instruction.

Par ailleurs, on constate que les femmes les plus jeunes accouchent un peu plus fréquemment en formation sanitaire que leurs aînées : 14 % pour les naissances de femmes de moins de 20 ans contre 10 % environ pour celles de mères de 35 ans et plus. De même, la fréquentation des établissements sanitaires pour l'accouchement diminue avec le rang de naissance de l'enfant : d'un maximum de 16 % pour le rang 1, elle diminue au fur et à mesure que le rang augmente pour ne concerner que 10 % des naissances de rang 4 et plus. En outre, on constate que le nombre de visites prénatales effectuées par la mère influe sur le lieu d'accouchement : en effet, les naissances pour lesquelles la mère n'a effectué aucune visite prénatale se déroulent beaucoup moins fréquemment en établissement sanitaire (2 %) que lorsqu'il y a eu des consultations prénatales, en particulier lorsqu'il y en a eu 4 ou plus (38 %).

Tableau 7.4 Lieu de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Établissement sanitaire	À la maison	Autre/ ND	Total	Effectif de naissances
Âge de la mère à la naissance					
< 20	13,8	84,6	1,6	100,0	1 650
20-34	10,6	88,2	1,2	100,0	5 044
35 ou plus	9,7	89,7	0,6	100,0	804
Rang de naissance					
1	15,9	82,5	1,7	100,0	1 424
2-3	10,8	87,8	1,4	100,0	2 302
4-5	9,6	89,3	1,1	100,0	1 808
6 ou plus	9,7	89,5	0,9	100,0	1 964
Milieu de résidence					
N'Djaména	40,1	59,7	0,2	100,0	658
Autres villes	31,5	67,6	1,0	100,0	982
Ensemble urbain	34,9	64,4	0,6	100,0	1 641
Rural	4,5	94,1	1,3	100,0	5 857
Niveau d'instruction					
Aucun	7,1	91,9	1,0	100,0	5 883
Primaire ou plus	26,2	71,9	2,0	100,0	1 615
- Primaire	22,1	76,0	1,8	100,0	1 401
- Secondaire ou plus	53,1	44,5	2,4	100,0	214
Visites prénatales					
Aucune	1,8	97,6	0,6	100,0	4 759
1 à 3	20,5	77,6	2,0	100,0	1 590
4 ou plus	37,6	60,1	2,3	100,0	1 108
NSP/ND	24,1	58,8	17,1	100,0	41
Ensemble des naissances	11,2	87,6	1,3	100,0	7 498

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête.

Le tableau 7.5 présente la répartition des naissances par type d'assistance à l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques des mères. On constate tout d'abord que, parmi les naissances des cinq dernières années, seulement une sur quatre a été assistée par un professionnel de la santé² (24 %) : dans la majorité des cas, ce sont des sages-femmes (10 %) ou les accoucheuses traditionnelles formées (9 %) qui ont aidé à l'accouchement, les matrones et les agents de santé n'étant intervenus que dans 4 % des cas; quant aux médecins, leur contribution a été négligeable (1 %). Cependant, près d'une naissance sur trois (29 %) s'est déroulée avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle non formée et deux naissances sur cinq (41 %) ont eu lieu avec, simplement, l'aide de parents ou amis. Enfin, dans près de 7 % des cas, la mère a accouché sans aucune aide.

Tableau 7.5 Assistance lors de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance lors de l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

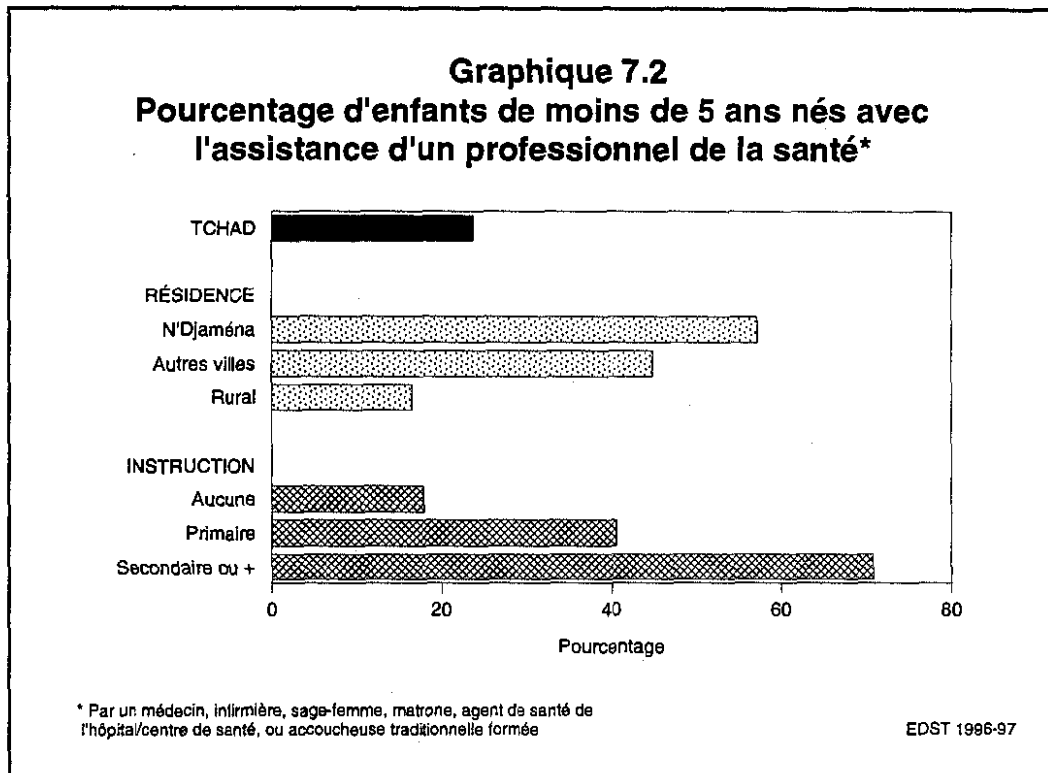
Caractéristique	Médecin	Sage-femme	Infirmière/ Matrone/ Agent de Santé	Accoucheuse traditionnelle formée	Ensemble personnel formé	Accoucheuse traditionnelle non formée	Parents/ Autres	Personne	Total ¹	Effectif de naissances ¹
Âge de la mère à la naissance										
< 20	0,9	11,7	5,3	9,0	26,9	26,5	43,5	2,8	100,0	1 650
20-34	1,0	9,4	4,0	8,3	22,8	29,5	40,1	7,2	100,0	5 044
35 ou plus	0,7	8,8	3,4	10,0	22,9	27,3	39,9	9,7	100,0	804
Rang de naissance										
1	1,3	13,4	5,3	8,0	28,0	25,5	44,0	2,4	100,0	1 424
2-3	0,7	10,2	3,9	8,4	23,1	30,3	41,3	4,9	100,0	2 302
4-5	1,4	7,8	4,1	8,1	21,4	29,2	41,8	7,1	100,0	1 808
6 ou plus	0,7	8,7	4,0	10,0	23,4	28,2	37,1	10,9	100,0	1 964
Milieu de résidence										
N'Djaména	4,0	44,2	5,5	3,6	57,2	12,3	25,1	5,2	100,0	658
Autres villes	1,7	28,9	9,7	4,6	44,9	19,6	29,1	6,2	100,0	982
Ensemble urbain	2,6	35,0	8,0	4,2	49,9	16,7	27,5	5,8	100,0	1 641
Rural	0,5	2,8	3,2	9,9	16,4	31,9	44,6	6,7	100,0	5 857
Niveau d'instruction										
Aucun	0,6	5,6	3,1	8,6	17,9	30,8	44,2	6,7	100,0	5 883
Primaire ou plus	2,2	25,2	8,3	8,9	44,6	20,5	28,8	6,0	100,0	1 615
- Primaire	1,9	20,6	8,5	9,6	40,6	22,0	31,1	6,3	100,0	1 401
- Secondaire ou plus	4,2	55,6	6,9	4,0	70,8	10,4	14,0	4,2	100,0	214
Visites prénatales										
Aucune	0,2	1,5	1,3	7,7	10,7	33,5	48,2	7,3	100,0	4 759
1 à 3	1,3	17,5	8,2	12,7	39,7	23,6	31,1	5,5	100,0	1 590
4 ou plus	3,6	34,5	10,8	7,4	56,3	15,2	23,8	4,5	100,0	1 108
NSP/ND	1,3	14,6	11,0	3,2	30,1	15,7	24,5	12,7	100,0	41
Ensemble des naissances ¹	1,0	9,8	4,2	8,7	23,7	28,6	40,9	6,5	100,0	7 498

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête. Si différentes personnes ont assisté l'accouchement, seule la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.

¹ Y compris les non-déterminés

² Sont classés dans cette catégorie : les médecins, sages-femmes, infirmières, matrones, agents de santé de l'hôpital ou du centre de santé et les accoucheuses traditionnelles formées.

L'examen des données par caractéristiques socio-démographiques de la mère (graphique 7.2) met en évidence le même type de variations que celles observées à propos des soins prénatals et du lieu d'accouchement. Les naissances qui ont été le plus fréquemment assistées par du personnel de santé sont celles des mères de moins de 20 ans (27 %), celles de rang 1 (28 %), celles des mères résidant à N'Djaména (57 %) et celles dont la mère a effectué, au moins, 4 visites prénatales (56 %). De même, quand la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus, sept naissances sur dix ont été assistées par un professionnel de la santé (71 %).



Les naissances assistées par des accoucheuses traditionnelles non formées sont plus fréquentes en milieu rural (32 % contre 17 % en milieu urbain), chez les femmes n'ayant aucune instruction (31 % contre 22 % pour le primaire et seulement 10 % pour le niveau d'instruction secondaire) et chez celles qui n'ont effectué aucune visite prénatale (34 % contre 15 % des naissances dont la mère a bénéficié de 4 visites prénatales). Les parents et amis jouent un rôle non négligeable puisque deux accouchements sur cinq se déroulent avec leur assistance : ce sont surtout les femmes qui n'ont effectué aucune visite prénatale (48 %), celles qui vivent en milieu rural (45 %) et celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (44 %) qui y ont eu le plus fréquemment recours. Enfin, on constate que la forte proportion d'accouchements qui ont eu lieu sans aucune assistance (7 %) atteint son maximum chez les femmes les plus âgées (10 % chez les femmes de 35 ans et plus) et pour les naissances de rang élevé (11 % pour les rangs 6 et plus).

Parmi les naissances des cinq années ayant précédé l'enquête, un peu plus de 3 % étaient des naissances multiples (tableau 7.6). En outre, on constate que ce type de naissances est beaucoup plus fréquent chez les femmes de 35 ans ou plus (6 %) que chez les jeunes mères (seulement 1 % chez les moins de 20 ans) et lorsque le rang de naissance est élevé (5 % pour les rangs 6 ou plus, contre moins de 1 % parmi les naissances de rang 1).

Moins de 1 % des naissances des cinq dernières années ont eu lieu par césarienne (tableau 7.6). Cette faible proportion n'est pas surprenante puisque seulement 1 % des accouchements sont assistés par des médecins qui sont les seuls à pouvoir pratiquer ce genre d'intervention. Comme il fallait s'y attendre, les césariennes qui nécessitent un environnement hospitalier, sont plus fréquemment pratiquées à N'Djaména (2 %) et parmi les femmes de niveau secondaire ou plus (3 %).

Tableau 7.6 Caractéristiques de l'accouchement : naissances multiples, césariennes, poids et grosseur à la naissance

Parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage de naissances multiples, pourcentage de césariennes, répartition (en %) des naissances par poids et par grosseur (estimée par la mère) de l'enfant à la naissance, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Pourcentage de naissances multiples	Pourcentage de césariennes	Poids à la naissance				Grosseur à la naissance				Effectif de naissances	
			<2,5 kg	2,5 kg ou +	NSP/ND	Total	Très petit	Plus petit que la moyenne	Moyen ou gros	NSP/ND		Total
Âge de la mère à la naissance												
Moins de 20	1,0	0,5	1,2	7,4	91,4	100,0	15,6	17,6	66,2	0,6	100,0	1 650
20-34	3,9	0,4	0,6	6,9	92,5	100,0	14,0	18,8	66,6	0,6	100,0	5 044
35 ou plus	5,6	0,9	0,6	7,2	92,2	100,0	13,5	17,2	68,9	0,4	100,0	804
Rang de naissance												
1	0,7	1,1	1,2	9,0	89,9	100,0	14,9	17,5	67,0	0,6	100,0	1 424
2-3	3,5	0,1	0,8	7,1	92,1	100,0	14,0	19,1	66,1	0,8	100,0	2 302
4-5	3,5	0,5	0,4	6,5	93,1	100,0	14,9	18,1	66,5	0,5	100,0	1 808
6 ou plus	5,2	0,4	0,6	6,2	93,2	100,0	13,6	18,4	67,6	0,4	100,0	1 964
Milieu de résidence												
N'Djaména	2,7	1,7	3,0	27,6	69,4	100,0	16,0	18,7	63,7	1,6	100,0	658
Autres villes	3,8	1,0	2,7	21,7	75,6	100,0	15,2	20,5	64,2	0,1	100,0	982
Ensemble urbain	3,3	1,3	2,8	24,0	73,1	100,0	15,5	19,8	64,0	0,7	100,0	1 641
Rural	3,4	0,2	0,1	2,3	97,6	100,0	13,9	18,0	67,5	0,6	100,0	5 857
Niveau d'instruction												
Aucun	3,7	0,3	0,5	3,5	96,0	100,0	16,0	19,4	63,9	0,7	100,0	5 883
Primaire ou plus	2,4	0,8	1,6	20,1	78,4	100,0	8,0	14,6	77,1	0,3	100,0	1 615
- Primaire	2,5	0,5	1,1	16,0	82,9	100,0	7,4	14,7	77,6	0,3	100,0	1 401
- Secondaire ou plus	2,2	3,2	4,5	46,9	48,6	100,0	12,1	14,0	73,4	0,5	100,0	214
Ensemble	3,4	0,5	0,7	7,1	92,2	100,0	14,3	18,4	66,8	0,6	100,0	7 498

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête.

D'après les carnets de santé ou les déclarations de la mère, on ne connaît le poids à la naissance des enfants que dans 8 % des cas (tableau 7.6) : parmi ces derniers, 7 % avaient un poids égal ou supérieur à 2 500 grammes alors que moins de 1 % étaient de faible poids (moins de 2 500 grammes). À la question, très subjective, concernant la *grosseur* de leur bébé à la naissance, 67 % des mères ont déclaré qu'il était *moyen ou gros*, dans 18 % des cas, elles ont déclaré qu'il était *plus petit que la moyenne* et, dans 14 % des cas, elles ont déclaré qu'il était *très petit*.

Pour 8 % d'enfants, on dispose à la fois du poids à la naissance et de l'opinion de leur mère sur leur *grosseur*. En combinant ces deux types d'informations pour les 8 % d'enfants, il est possible de déterminer quel est le pourcentage de chaque catégorie (moyen ou gros, plus petit que la moyenne et très petit) qui correspond à des faibles poids à la naissance (moins de 2 500 grammes). En appliquant cette classification

à l'ensemble des enfants nés durant les 5 dernières années et pour lesquels on connaît la *grosseur* d'après leur mère, on estimerait à 15 % la proportion d'enfants de faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes). Bien qu'il ne s'agisse ici que d'une estimation très approximative qui est, peut-être, excessive et demanderait des investigations supplémentaires, ce résultat est moins biaisé que celui (7 %) concernant les seuls enfants qui ont été pesés.

7.2 VACCINATION

Au cours de l'enquête, on a enregistré, pour tous les enfants nés au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête, les informations pouvant permettre une évaluation de la couverture vaccinale du Programme Élargi de Vaccination (PEV). Conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole et trois doses de vaccin contre la polio et le DTCoq (diphtérie, tétanos et coqueluche). En outre, depuis quelques années, une première dose de vaccin contre la polio (Polio 0) est donnée à la naissance. D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés avant l'âge d'un an. Enfin, au Tchad, la vaccination anti-amarile fait partie du PEV.

Au Tchad, il existe deux différentes stratégies de vaccination : la stratégie fixe et la stratégie mobile. En stratégie fixe, suivie en milieu urbain et en milieu rural situé à proximité des formations sanitaires, les enfants reçoivent les vaccinations décrites ci-dessus. En stratégie mobile, qui couvre les zones rurales éloignées des formations sanitaires et où les vaccinations sont pratiquées par des équipes mobiles, les trois doses d'anti-polio et de DTCoq sont administrées sous forme d'un vaccin combiné (appelé DTCP) qui est administré en deux injections. Dans les deux cas, comme le recommande l'OMS, il est prévu que l'ensemble des vaccinations soient reçues avant l'âge de 1 an. Précisons que, pour faciliter les mesures de la couverture vaccinale, le DTCP n'est pas présenté en tant que tel dans les résultats qui suivent, mais les enfants l'ayant reçu ont été comptabilisés avec ceux ayant reçu les vaccinations classiques contre le DTCoq et la polio.

Selon les recommandations de l'OMS (OMS, 1991), la collecte des données sur la vaccination a été faite de deux manières différentes. Les informations ont été, soit recopiées à partir du carnet de vaccination, soit enregistrées selon les déclarations de la mère. Ainsi, lorsque le carnet de vaccination n'était pas disponible, l'enquêtrice demandait à la mère si l'enfant avait reçu le BCG (caractérisé par la cicatrice que laisse généralement la vaccination), le vaccin contre la polio (y compris le nombre de doses), et celui contre la rougeole. La question sur le DTCoq n'a pas été posée mais cette vaccination étant généralement faite en même temps que celle de la polio, on suppose que sa couverture est la même.

Le tableau 7.7 présente les résultats sur la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon les différentes sources d'information : le carnet de vaccination, les déclarations de la mère et les deux sources combinées. Seul le groupe d'âges 12-23 mois a été retenu puisque, selon les recommandations de l'OMS, tous les enfants de ce groupe d'âges devraient déjà être complètement vaccinés. Dans près de trois quarts des cas (73 %), les données relatives à la couverture vaccinale proviennent des déclarations des mères et dans, environ, un quart des cas seulement (27 %) des carnets de vaccination.

Tableau 7.7 Vaccinations selon les sources d'information

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu chaque vaccination spécifique, quel que soit l'âge à la vaccination, selon que l'information provienne d'une carte de vaccination ou de la déclaration de la mère, et pourcentage de ceux qui ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois, EDS Tchad 1996-97

Source d'information	BCG	DTCoq ¹			Polio ¹			Rou-geole	Fièvre jaune	Toutes ²		Effectif		
		1	2	3	0	1	2			3	avec fièvre jaune		sans fièvre jaune	Aucune
Vaccinés à n'importe quel âge avant l'enquête														
Selon la carte de vaccination	23,9	25,9	19,2	13,7	7,9	26,6	19,3	13,6	15,1	18,3	8,5	8,7	0,1	331
Selon la déclaration de la mère	14,9	13,2	9,9	5,8	3,8	26,9	14,4	4,5	7,6	6,4	2,5	2,6	44,2	880
Selon les deux sources	38,8	39,1	29,1	19,5	11,7	53,4	33,6	18,1	22,8	24,7	11,1	11,3	44,3	1 211
Vaccinés avant l'âge de 12 mois														
	36,3	34,2	24,8	16,0	11,6	46,7	29,3	15,0	17,2	19,6	8,1	8,8	50,0	1 211

Note : On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio. Chez les enfants pour lesquels l'information est basée sur la déclaration de la mère, on a supposé que la proportion de vaccins reçus durant leur première année était la même que chez ceux ayant une carte de vaccination.

¹ Y compris les enfants ayant reçu le DTCP

² Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole, les trois doses de DTCoq et de polio, non compris polio 0).

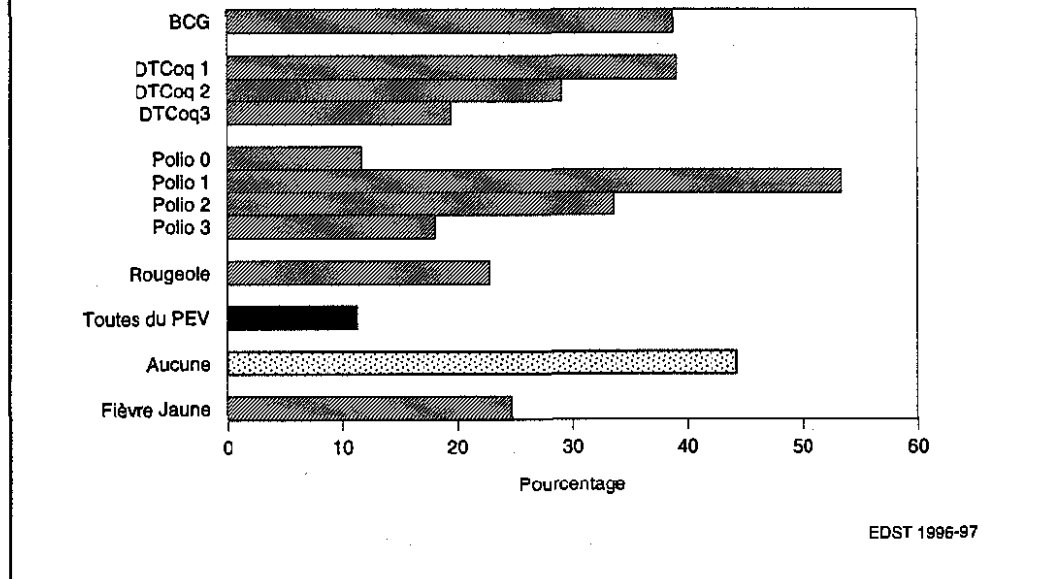
La couverture vaccinale est extrêmement faible au Tchad, puisque seulement un peu plus d'un enfant de 12 -23 mois sur dix (11 %) avait reçu toutes les vaccinations du PEV au moment de l'enquête, alors qu'à l'inverse, 44 % des enfants n'avaient reçu aucun des vaccins du PEV (graphique 7.3).

Si l'on considère chaque vaccination spécifique, 39 % des enfants ont reçu le BCG, 23 % ont été vaccinés contre la rougeole, 20 % des enfants ont reçu les trois doses de DTCoq et 18 % ont été protégés contre la polio en recevant les trois doses de ce vaccin. Enfin, 25 % des enfants ont été vaccinés contre la fièvre jaune. On constate, par ailleurs, une très importante déperdition de la couverture vaccinale du DTCoq et de la polio. En effet, dans le cas du DTCoq, par exemple, si 39 % des enfants ont reçu la première dose, ils ne sont que 20 % à être complètement protégés en ayant reçu les trois doses de ce vaccin. Les taux de déperdition³ entre la première et la troisième dose de ce vaccin sont donc très importants (50 %).

Étant donné que le vaccin contre la polio est, en principe, administré en même temps que celui du DTCoq, on s'attend à trouver des taux de couverture assez voisins pour ces deux types de vaccination. Ceci est le cas pour les deuxième (29 % de DTCoq 2 contre 34 % de Polio 2) et troisième doses (20 % de DTCoq 3 contre 18 % de Polio 3). Par contre, on constate une couverture vaccinale très différente en ce qui concerne le DTCoq 1 et la Polio 1 (39 % contre 53 %) : il s'agit ici très certainement d'une surestimation de Polio 1. En effet, lorsque les cartes de vaccination n'étaient pas disponibles, les mères ont souvent confondu les vaccinations de Polio 0 et Polio 1, déclarant que leurs enfants avaient reçu Polio 1 au lieu de Polio 0, ce qui

³ Le taux de déperdition pour le DTCoq, par exemple, est la proportion d'enfants qui, ayant reçu la première dose du vaccin, ne reçoivent pas la troisième.

Graphique 7.3
Vaccinations des enfants de 12-23 mois
selon le type de vaccin



a provoqué une surestimation de la couverture de Polio 1 et une sous-estimation de Polio 0.⁴ Une correction de ces “transferts” entre les deux doses de vaccin donnerait un taux de couverture de Polio 1 d’environ 40-45 % et de Polio 0 d’environ 20-25 %.

Parmi les 11 % d’enfants qui ont reçu toutes les vaccinations, pratiquement les trois quarts ont été vaccinés selon le calendrier recommandé, c’est-à-dire avant l’âge de 12 mois.

La couverture vaccinale présente de fortes disparités selon les caractéristiques socio-démographiques des enfants et de leur mère (tableau 7.8). Au niveau du sexe, on n’observe que très peu de différence, même si les garçons semblent légèrement mieux vaccinés que les filles (respectivement, 12 % de couverture complète contre 10 %).

⁴ Par contre, dans les cas où les informations sur la vaccination se basent en grande partie sur les cartes de vaccination (à N’Djaména, par exemple, où 43 % des données ont été recopiées à partir des cartes), les couvertures vaccinales de DTC0q 1 et de Polio 1 sont très voisines (environ 80 %) et la proportion d’enfants ayant reçu Polio 0 est extrêmement plus élevée que partout ailleurs (39 %).

Tableau 7.8 Vaccinations selon les caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu chaque vaccination spécifique (selon la carte de vaccination ou les déclarations de la mère) et pourcentage de ceux pour lesquels une carte de vaccination a été présentée à l'enquêtrice, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	BCG	DTCoq ¹			Polio ¹				Rou-geole	Fièvre jaune	Toutes ² avec fièvre jaune	Toutes sans fièvre jaune	Aucune	Pourcentage avec carte de vaccination	Effectif d'enfants
		1	2	3	0	1	2	3							
Âge de la mère à la naissance															
< 20 ans	41,7	39,8	33,0	21,5	12,8	59,5	37,7	19,5	23,4	24,6	11,0	11,4	39,1	27,2	267
20-34 ans	37,6	38,0	27,2	18,5	11,7	50,5	30,6	17,0	21,4	24,1	10,2	10,4	47,0	26,2	815
35 ans ou +	40,3	44,3	33,0	21,7	9,9	59,3	44,0	22,1	30,5	28,6	16,9	16,9	38,3	34,6	129
Sexe															
Masculin	39,2	40,1	30,4	21,1	13,3	54,5	33,6	19,3	25,2	27,3	12,4	12,5	43,6	27,8	589
Féminin	38,4	38,2	27,8	17,9	10,2	52,4	33,6	17,0	20,5	22,2	9,9	10,2	45,1	26,9	622
Rang de naissance															
1	45,6	43,3	37,0	25,7	15,7	59,8	41,3	22,8	26,9	27,5	14,3	14,6	38,7	29,2	220
2-3	35,6	35,2	24,2	16,0	10,5	51,1	29,7	15,7	19,8	22,9	9,2	9,4	46,3	24,2	388
4-5	35,6	38,3	27,0	19,6	10,7	49,7	27,6	17,2	21,3	24,5	9,3	10,0	48,3	25,9	287
6 ou plus	40,9	41,7	31,4	19,3	11,4	55,1	38,6	18,7	24,9	25,1	12,7	12,7	42,3	31,2	316
Milieu de résidence															
N'Djaména	81,2	79,6	70,2	53,9	38,7	80,1	66,0	46,1	46,6	52,4	30,4	30,9	16,8	43,5	98
Autres villes	64,9	64,9	48,8	33,5	25,6	76,9	53,7	29,3	33,9	35,1	12,8	13,6	18,2	40,9	149
Ensemble urbain	71,3	70,7	57,2	41,6	30,8	78,1	58,6	36,0	38,9	42,0	19,8	20,5	17,6	41,9	248
Rural	30,4	31,0	21,8	13,8	6,8	47,1	27,2	13,5	18,6	20,2	8,8	9,0	51,2	23,6	963
Niveau d'instruction															
Aucun	32,3	33,1	23,9	14,9	7,7	48,2	29,2	13,8	19,0	20,1	8,4	8,6	50,1	24,3	929
Primaire ou plus	60,0	58,9	46,1	34,4	25,1	70,6	48,2	32,2	35,2	39,9	19,9	20,3	25,3	37,2	282
- Primaire	55,2	54,5	41,8	31,2	21,3	67,2	43,4	29,1	31,9	35,7	17,0	17,3	28,3	34,2	244
- Secondaire ou plus	90,5	87,0	73,3	55,1	49,1	92,1	78,2	52,5	55,7	66,4	38,1	39,5	6,6	56,7	38
Ensemble des enfants	38,8	39,1	29,1	19,5	11,7	53,4	33,6	18,1	22,8	24,7	11,1	11,3	44,3	27,3	1 211

Note : On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carte de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio.

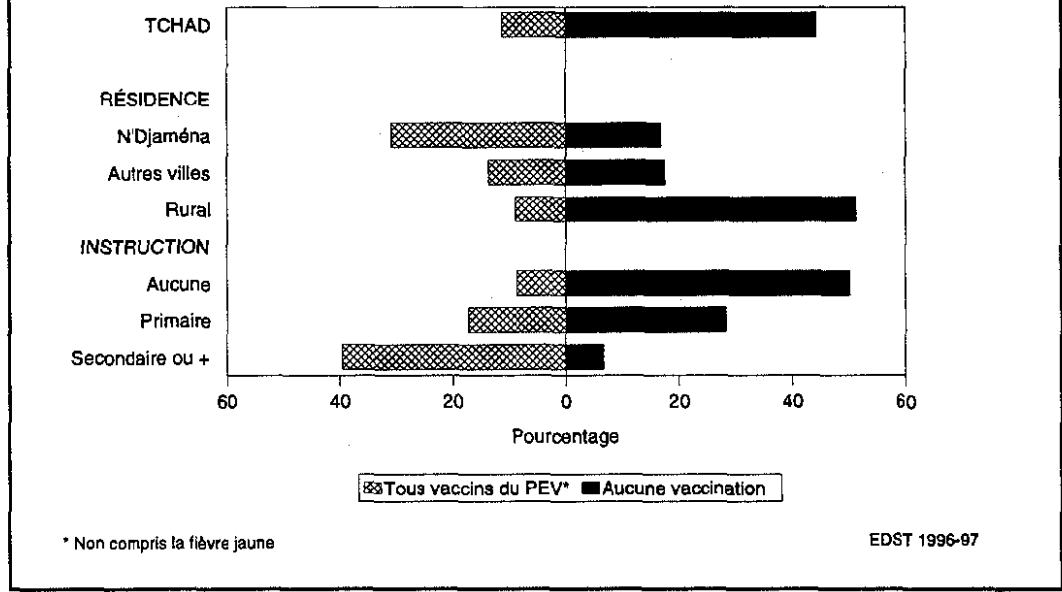
¹ Y compris les enfants ayant reçu le DTCP

² Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole, les trois doses de DTCoq et de polio).

Par milieu de résidence (graphique 7.4), on constate, comme on pouvait s'y attendre, que la couverture vaccinale des enfants du milieu rural est nettement inférieure à celle des enfants du milieu urbain : 9 % seulement des enfants du milieu rural sont complètement vaccinés, contre 14 % dans les Autres Villes et 31 % à N'Djaména. Plus d'un enfant sur deux (51 %), vivant en milieu rural, n'a reçu aucune vaccination du PEV; cette proportion est de 18 % en milieu urbain. En outre, il faut noter la très forte déperdition entre vaccination qui caractérise le milieu rural (55 % pour le DTCoq et 71 % pour la polio).

Le niveau d'instruction de la mère joue également un grand rôle dans la couverture vaccinale des enfants. En effet, le niveau de couverture vaccinale est nettement plus élevé chez les enfants dont la mère a un niveau primaire ou plus (20 %) que chez ceux dont la mère n'a pas d'instruction (8 %). Dans le cas des enfants dont la mère a atteint un niveau d'instruction secondaire, la couverture vaccinale atteint 38 %.

Graphique 7.4
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois avec tous
les vaccins du PEV* et sans vaccination



7.3 AVITAMINOSE A

Les carences en vitamine A (ou avitaminose A) qui résultent d'une alimentation pauvre et peu variée ainsi que d'une consommation insuffisante d'aliments contenant cette vitamine se manifestent, à un certain stade, par une affection connue sous le nom de cécité crépusculaire. Les enfants atteints de cette affection éprouvent des difficultés pour voir au crépuscule ou dans une pièce mal éclairée. Au cours de l'EDST, on a demandé à toutes les femmes si elles connaissaient cette affection. Une femme sur dix a déclaré connaître cette affection ou en avoir entendu parler (tableau 7.9); en outre, 86 % des femmes qui avaient déclaré en avoir entendu parler ont été capables de donner le nom (dans la langue locale, le plus souvent) de cette affection (résultat non présenté au tableau 7.9). Le fait qu'il existe un nom local et connu de cette affection démontre, d'une certaine façon, qu'il s'agit d'un problème réel et connu dans la population considérée.

Les femmes du milieu rural (11 %) ont déclaré plus fréquemment que celles des Autres Villes (9 %) et que celles de N'Djaména (8 %) qu'elles connaissaient la cécité crépusculaire. Cependant, c'est selon le niveau d'instruction que l'on constate les écarts les plus importants mais, de manière surprenante, ce sont les femmes qui n'ont pas d'instruction qui ont le plus fréquemment déclaré connaître cette maladie (12 %); elles sont proportionnellement deux fois plus nombreuses que celles qui ont un niveau primaire (7 %) et trois fois plus nombreuses que celles qui ont un niveau secondaire ou plus (4 %).

Aux femmes qui avaient déclaré connaître cette affection, on a ensuite demandé, pour chacun de leurs enfants nés au cours des cinq dernières années, si un ou plusieurs d'entre eux souffraient de cette affection. Parmi les 728 enfants dont la mère connaissait la maladie, près de 5 % en souffraient, d'après leur mère (tableau 7.9). Selon l'âge, semble se dessiner une tendance à l'augmentation de la prévalence "déclarée"

Tableau 7.9 Connaissance et prévalence déclarée de la cécité crépusculaire

Pourcentage de l'ensemble des femmes qui ont déclaré connaître ou avoir entendu parler de la cécité crépusculaire et parmi les enfants de moins de cinq ans dont la mère connaît la cécité crépusculaire, pourcentage de ceux qui sont atteints de cette maladie selon les déclarations de la mère par caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Connaissance de la cécité crépusculaire		Prévalence de la cécité crépusculaire	
	Pourcentage	Effectif de femmes	Pourcentage	Effectif d'enfants
Âge de l'enfant				
< 6 mois	9,1	267	1,6	81
6-11 mois	8,6	209	12,0	65
12-23 mois	10,8	1 048	1,9	135
24-35 mois	9,1	1 445	3,9	126
36-47 mois	10,9	2 316	6,4	167
48-59 mois	10,7	2 169	4,9	154
Âge de la mère à la naissance				
< 20 ans	9,7	1 936	3,6	121
20-34 ans	10,5	4 659	4,4	512
35 ans ou plus	10,7	859	8,2	94
Sexe				
Masculin	10,1	3 773	5,3	364
Féminin	10,5	3 681	4,2	364
Rang de naissance				
1	8,2	2 137	4,4	100
2-3	11,3	1 891	1,9	195
4-5	12,3	1 543	5,6	206
6 ou plus	10,2	1 883	6,6	227
Milieu de résidence				
N'Djaména	7,7	696	7,0	44
Autres villes	8,6	1 023	2,2	83
Ensemble urbain	8,2	1 720	3,9	128
Rural	11,0	5 734	4,9	600
Niveau d'instruction				
Aucun	11,6	5 738	4,4	616
Primaire ou plus	6,2	1 716	6,5	112
- Primaire	6,6	1 436	6,6	103
- Secondaire ou plus	3,8	281	5,3	10
Ensemble des enfants	10,3	7 454	4,8	728

d'avitaminose A : de 1,6 % à moins de 6 mois⁵, à 3,9 % à 24-35 mois, la proportion atteint 6,4 % à 36-47 mois. Ce résultat n'est guère surprenant du fait qu'aux âges les plus jeunes (surtout avant deux ans) l'allaitement protège les enfants contre le manque de vitamine A. En outre, il est plus facile pour la mère de repérer les symptômes de la cécité crépusculaire quand l'enfant grandit.

Les proportions selon les autres caractéristiques socio-démographiques ne mettent en évidence aucun écart statistiquement significatif du fait des faibles effectifs correspondant à certains sous-groupes.

⁵ La très forte proportion trouvée à 6-11 mois (12 %) est extrêmement improbable et n'est pas statistiquement significative du fait du très faible effectif d'enfants à partir duquel elle a été calculée.

Pour lutter contre l'avitaminose A, les services de santé fournissent aux enfants des capsules de vitamine A. Le tableau 7.10 présente les proportions d'enfants de moins de cinq ans qui ont reçu, au moins, une dose de vitamine A. Comme pour les vaccinations, ces informations ont été obtenues de deux manières : soit à partir de la carte de vaccination, soit à partir des déclarations de la mère. On constate que, toutes sources confondues, seulement 2 % des enfants de moins de cinq ans ont reçu, au moins, une dose de vitamine A. Les enfants dont la mère a, au moins, un niveau secondaire (7 %) et ceux vivant à N'Djaména (5 %) sont ceux qui ont le plus fréquemment reçu, au moins, une dose de vitamine A.

Tableau 7.10 Vitamine A				
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu, au moins, une dose de vitamine A au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête d'après la carte et les déclarations de la mère, selon certaines caractéristiques, EDS Tchad 1996-97				
Caractéristique	Selon la carte	Selon la mère	Selon les deux	Effectif d'enfants de moins de 5 ans
Âge de l'enfant				
< 6 mois	0,0	0,0	0,0	87
6-11 mois	2,0	0,0	2,0	93
12-23 mois	0,6	1,6	2,2	1 409
24-35 mois	0,8	1,9	2,7	1 518
36-47 mois	0,4	1,6	2,0	1 732
48-59 mois	0,7	0,7	1,4	1 607
Âge de la mère à la naissance				
< 20 ans	0,8	2,3	3,1	1 564
20-34 ans	0,5	1,2	1,7	4 254
35 ans ou plus	0,6	0,8	1,3	628
Sexe				
Masculin	0,6	1,6	2,2	3 220
Féminin	0,6	1,2	1,8	3 226
Rang de naissance				
1	0,7	1,8	2,5	1 499
2-3	0,5	1,3	1,8	1 898
4-5	0,6	1,3	1,9	1 514
6 ou plus	0,6	1,2	1,8	1 535
Milieu de résidence				
N'Djaména	1,1	3,4	4,5	555
Autres villes	0,9	1,0	1,9	851
Ensemble urbain	1,0	2,0	2,9	1 406
Rural	0,5	1,2	1,7	5 040
Niveau d'instruction				
Aucun	0,5	1,0	1,4	5 032
Primaire ou plus	1,0	2,9	4,0	1 414
- Primaire	0,8	2,7	3,5	1 227
- Secondaire ou plus	2,5	4,7	7,2	187
Ensemble des enfants	0,6	1,4	2,0	6 446

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête.

Étant donné que la consommation de certains aliments riches en vitamine A permet d'éviter et de lutter contre les carences en cette vitamine, les programmes nutritionnels ont entrepris de promouvoir leur consommation. Pour cette raison, on a demandé aux mères d'enfants de moins de cinq ans si elles avaient entendu des messages faisant la promotion de ces aliments et, si elles avaient entendu ces messages, on leur a demandé de citer certains de ces aliments. Selon les résultats du tableau 7.11, on constate que, parmi les mères d'enfants de moins de cinq ans, 17 % avaient entendu ce type de message et ce sont les femmes de N'Djaména (28 %) et celles de niveau secondaire ou plus (43 %) qui ont, le plus fréquemment, entendu ces messages. Parmi les aliments contenant de la vitamine A, c'est la viande qui a été la plus fréquemment citée (8 %); le poisson, les oeufs et la carotte (respectivement, 6 % et 5 %) sont aussi connus pour leur richesse en vitamine A.

7.3 MALADIES DES ENFANTS

7.3.1 Infections respiratoires et fièvre

Les infections respiratoires aiguës et, en particulier, la pneumonie constituent l'une des principales causes de décès d'enfants dans les pays en développement (voir Chapitre 10 - Causes de décès des enfants). Pour évaluer la prévalence de ces maladies, on a demandé aux mères si leurs enfants nés au cours des cinq dernières années avaient souffert de toux et de respiration courte et rapide pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Bien qu'insuffisante pour établir un véritable diagnostic, la présence de ces deux symptômes n'en demeure pas moins, dans de nombreux cas, révélatrice d'infections respiratoires aiguës et même de pneumonie. Les soins précoces pouvant éviter des complications des infections respiratoires et même le décès, on a également demandé aux mères si l'enfant malade avait été conduit en consultation dans un établissement sanitaire.

On constate que 13 % des enfants âgés de moins de cinq ans ont souffert de toux, accompagnée de respiration courte et rapide au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête (tableau 7.12). C'est chez les enfants de moins de deux ans (15 %, en moyenne) et, en particulier, chez ceux de 12-23 mois (16%) que les infections respiratoires sont les plus fréquentes (graphique 7.5). La prévalence des infections respiratoires diffère aussi sensiblement selon le rang de naissance de l'enfant : les enfants de rang élevé (4 et plus) sont légèrement plus touchés que les autres (14 % contre 11 %, en moyenne, pour les rangs 1 à 3). Par contre, il n'y a pas d'écart significatif de la prévalence selon le sexe de l'enfant.

Du point de vue de la résidence, les enfants vivant à N'Djaména sont sensiblement plus touchés par les infections respiratoires (16 %) que ceux du milieu rural (13 %) et que ceux des Autres Villes (10 %). Le fait que certaines couches de la population de la capitale vivent dans des conditions économiques, sanitaires et d'hygiène particulièrement difficiles explique, peut-être, en partie, cette situation.

Selon le niveau d'instruction des mères, on constate que les enfants de mère ayant un niveau d'instruction secondaire (17 %) sont légèrement plus touchés par ces infections que ceux dont la mère a un niveau primaire (14 %) et que ceux dont la mère n'a aucune instruction (12 %). Il est possible que ces différences proviennent du fait que les femmes les plus instruites, étant mieux informées que les autres, sont, peut-être, aussi plus conscientes de la gravité des symptômes des infections respiratoires et les déclarent plus facilement.

Parmi les enfants ayant présenté des symptômes d'infections respiratoires, environ un sur cinq (19 %) a été conduit dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical pour traitement ou conseil, et la fréquence des consultations diffère selon les caractéristiques socio-démographiques de l'enfant et de la mère (tableau 7.12). Les garçons sont proportionnellement plus nombreux à être conduits en consultation que les filles (21 % contre 17%). De même, les enfants de rang 1 sont un peu plus fréquemment menés en consultation (21 %) que ceux de rangs supérieurs (18 %, en moyenne).

Tableau 7.11 Messages sur la promotion d'aliments pour lutter contre les carences en vitamine A

Pourcentage de mères d'enfants de moins de 5 ans ayant entendu des messages faisant la promotion de certains aliments pour lutter contre les carences en vitamine A et pourcentage de mères ayant entendu parler de certains aliments spécifiques recommandés pour lutter contre les carences en vitamine A, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Pourcentage de femmes ayant entendu des messages	Pourcentage de femmes connaissant :											Effectif de femmes	
		Carotte	Oseille	Chou	Feuille de manioc	Mangue	Papaye	Melon	Viande	Foie	Poisson	Oeuf		Autres
Milieu de résidence														
N'Djaména	28,2	16,8	1,6	1,9	3,7	7,2	2,8	2,1	10,3	2,8	10,1	10,9	8,1	398
Autres villes	25,1	10,0	3,0	2,0	3,0	6,6	3,6	1,9	10,4	3,4	8,4	10,5	9,7	612
Ensemble Urbain	26,3	12,7	2,4	2,0	3,3	6,8	3,3	2,0	10,4	3,2	9,0	10,6	9,1	1 009
Rural	14,3	2,5	1,3	0,9	2,2	2,7	1,4	1,0	7,6	1,4	5,3	4,7	5,0	3 597
Niveau d'instruction														
Aucun	13,5	3,2	1,2	0,7	1,8	2,6	1,0	1,0	6,7	1,6	4,6	4,7	4,6	3 610
Primaire ou plus	29,4	10,1	3,0	2,6	4,8	7,1	4,8	2,0	13,5	2,6	11,8	11,0	10,6	997
- Primaire	27,1	8,0	2,8	2,4	4,4	6,7	3,9	1,7	14,0	2,5	11,8	10,5	10,1	857
- Secondaire ou plus	43,0	23,0	3,7	3,7	7,0	9,3	10,2	3,3	10,4	3,3	11,2	13,6	13,2	140
Ensemble	16,9	4,7	1,5	1,1	2,5	3,6	1,8	1,2	8,2	1,8	6,2	6,0	5,9	4 607

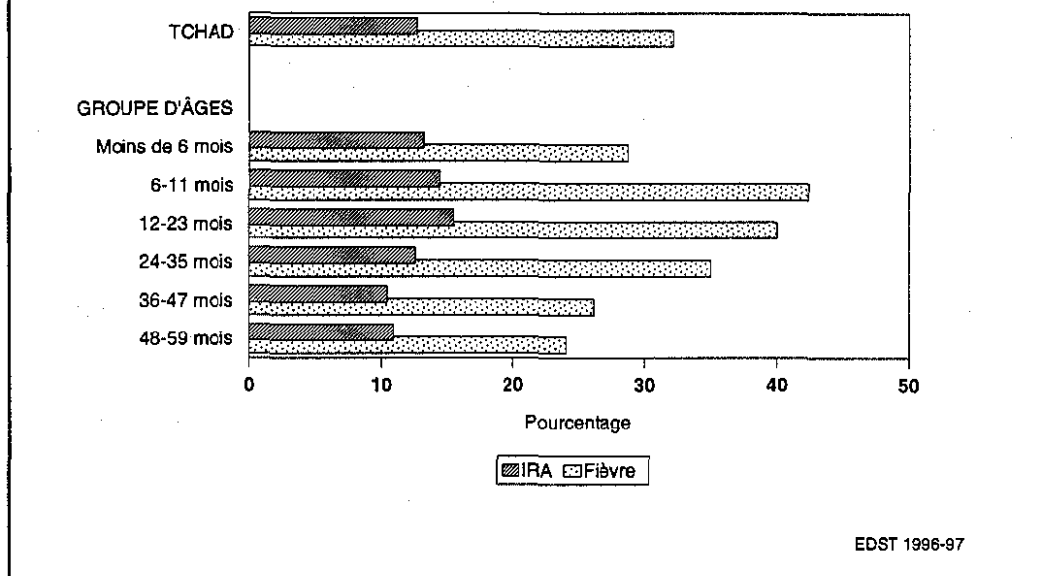
Tableau 7.12 Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës et de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre et pourcentage de ceux qui ont souffert de toux et de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Infections respiratoires aiguës (IRA)			Effectif d'enfants
	Pourcentage d'enfants avec toux et respira- tion courte et rapide	Parmi les enfants avec IRA, % menés en consultation	Pourcentage d'enfants ayant eu la fièvre	
Âge de l'enfant				
< 6 mois	13,2	14,5	28,7	818
6-11 mois	14,4	22,9	42,4	690
12-23 mois	15,5	18,3	40,0	1 211
24-35 mois	12,6	21,3	35,0	1 222
36-37 mois	10,4	22,0	26,1	1 315
48-59 mois	10,9	16,0	24,0	1 190
Sexe				
Masculin	12,9	21,4	32,7	3 216
Féminin	12,5	16,8	31,5	3 230
Rang de naissance				
1	11,4	20,9	29,9	1 206
2-3	10,7	19,4	32,2	1 971
4-5	13,6	19,4	31,8	1 589
6 ou plus	15,0	17,8	33,8	1 679
Milieu de résidence				
N'Djaména	16,0	34,1	36,0	555
Autres villes	10,4	42,0	30,3	851
Ensemble urbain	12,6	38,0	32,6	1 406
Rural	12,7	13,9	32,0	5 040
Niveau d'instruction				
Aucun	12,1	16,1	30,5	5 032
Primaire ou plus	14,6	28,3	37,6	1 414
- Primaire	14,2	26,9	36,9	1 227
- Secondaire ou plus	17,3	35,5	42,7	187
Ensemble des enfants	12,7	19,2	32,1	6 446

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête.

Graphique 7.5
Prévalence des infections respiratoires aiguës (IRA) et de la
fièvre chez les enfants de moins de 5 ans



La fréquentation des établissements sanitaires est nettement plus importante dans les Autres Villes (42 %) qu'en milieu rural (14 %), mais aussi qu'à N'Djaména (34 %). C'est pourtant, dans les Autres Villes que la proportion d'enfants atteints par des infections respiratoires est la plus faible. Par ailleurs, les enfants dont la mère a, au moins, un niveau d'instruction secondaire sont plus fréquemment conduits en établissement sanitaire (36 %) que ceux dont la mère a un niveau primaire (27 %) ou que ceux dont la mère n'a pas d'instruction (16 %).

La fièvre pouvant être un des principaux symptômes de nombreuses maladies, dont le paludisme et la rougeole qui provoquent de nombreux décès en Afrique, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview.

D'après le tableau 7.12, on constate qu'au niveau national, un enfant de moins de cinq ans sur trois (32 %) a eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. En outre, la prévalence de la fièvre présente des écarts importants selon l'âge de l'enfant (graphique 7.5). Comme pour les infections respiratoires aiguës, ce sont les enfants de 6 à 23 mois qui sont les plus touchés : 42 % des enfants de 6-11 mois et 40 % de ceux de 12-23 mois. La fièvre a touché les filles et les garçons dans des proportions pratiquement identiques (respectivement, 32 % et 33 %).

Selon le milieu d'habitat et le niveau d'instruction de la mère, on constate les mêmes tendances que celles rencontrées pour les infections respiratoires : la prévalence de la fièvre est nettement plus élevée chez les enfants dont la mère a, au moins, un niveau d'instruction secondaire (43 %, contre 37 % pour le primaire et 31 % pour aucun niveau d'instruction) et chez ceux vivant à N'Djaména (36 %, contre 30 % dans les Autres Villes et 32 % en rural).

7.3.2 Diarrhée

De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la sous-nutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement (voir Chapitre 10 - Causes de décès des enfants). Suivant les recommandations de l'OMS, pour lutter contre les effets de la déshydratation, le Tchad s'est engagé dans un programme de Traitement de Réhydratation par voie Orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel.

Au cours de l'EDST, afin de mesurer la prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'interview. En ce qui concerne le traitement de la diarrhée, on a demandé aux mères si elles connaissaient les SRO et si, durant les épisodes diarrhéiques, elles avaient utilisé soit les SRO, soit une solution d'eau sucrée et salée.

Selon les données du tableau 7.13, environ un enfant sur cinq (22 %) a eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. De plus, on constate que, parmi les enfants qui ont eu de la diarrhée, près d'un quart (5 % par rapport à 22 %) avaient du sang dans les selles, ce qui est un symptôme de dysenterie.

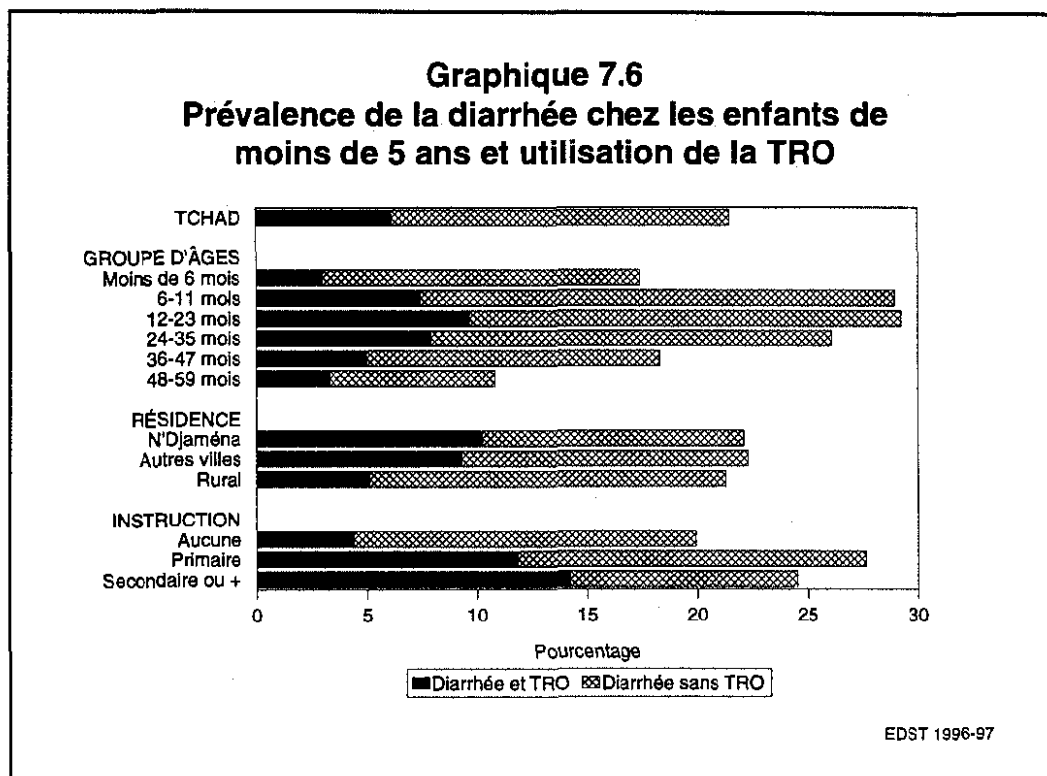
Tableau 7.13 Prévalence de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée et pourcentage de ceux ayant eu la diarrhée avec présence de sang dans les selles durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Diarrhée durant les 2 semaines précédant l'enquête		Effectif d'enfants
	Toute diarrhée	Avec sang dans selles	
Âge de l'enfant (mois)			
< 6	17,4	1,9	818
6-11	28,9	5,3	690
12-23	29,2	6,2	1 211
24-35	26,1	7,5	1 222
36-47	18,3	5,2	1 315
48-59	10,8	3,0	1 190
Sexe			
Masculin	22,1	4,9	3 216
Féminin	20,8	5,2	3 230
Rang de naissance			
1	20,9	4,3	1 206
2-3	21,4	4,4	1 971
4-5	21,6	5,2	1 589
6 ou plus	21,9	6,1	1 679
Milieu de résidence			
N'Djaména	22,1	5,6	555
Autres villes	22,3	3,8	851
Ensemble urbain	22,2	4,5	1 406
Rural	21,3	5,2	5 040
Niveau d'instruction			
Aucun	19,9	4,5	5 032
Primaire ou plus	27,2	7,0	1 414
- Primaire	27,6	7,1	1 227
- Secondaire ou plus	24,5	5,7	187
Ensemble des enfants	21,5	5,0	6 446

Note : Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête.

Comme on peut le constater au graphique 7.6, la prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les enfants de 6-23 mois puisque, à ces âges, pratiquement un enfant sur trois a eu un épisode diarrhéique durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Ces âges de forte prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. D'autre part, nous verrons, dans le chapitre suivant consacré à la nutrition que, très peu d'enfants sont exclusivement allaités et que dès la naissance pratiquement tous les enfants reçoivent d'autres liquides que le lait maternel. De plus, ces âges correspondent aussi aux âges auxquels les enfants commencent à explorer leur environnement et sont, de ce fait, davantage exposés à la contamination par des agents pathogènes. Cependant, il faut remarquer que la prévalence de la diarrhée reste relativement élevée après 2 ans puisque plus d'un enfant de 24-35 mois sur quatre a eu la diarrhée (26 %) et que, dans le groupe 36-47 mois, pratiquement un enfant sur cinq a eu un épisode diarrhéique durant les deux semaines ayant précédé l'enquête.



Du point de vue du sexe de l'enfant et de son rang de naissance, on n'observe que peu de différences de prévalence de la diarrhée. En outre, et à la différence de ce que l'on avait observé pour les infections respiratoires et la fièvre, le milieu de résidence ne fait pas apparaître d'écart significatif de prévalence de la diarrhée.

Par rapport aux femmes sans instruction, les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus ont, généralement, une meilleure connaissance des pratiques alimentaires et des mesures d'hygiène appropriées. On s'attend donc à ce que la prévalence de la diarrhée chez les enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction de la mère. Ce n'est pas le cas au Tchad puisque c'est chez les enfants dont la mère a, au moins, un niveau d'instruction primaire que la prévalence de la diarrhée est la plus élevée : 28 % d'enfants dont la mère a le niveau primaire et 25 % de ceux dont la mère a, au moins, un niveau secondaire, contre 20 % de ceux dont la mère n'a aucune instruction.

Parmi les femmes ayant eu des enfants dans les cinq années ayant précédé l'enquête, 66 % ont déclaré connaître les sachets de SRO (tableau 7.14). La connaissance des SRO est très répandue à N'Djaména et chez les femmes ayant, au moins, un niveau d'instruction secondaire (respectivement, 92 % et 96 %). Par contre, c'est en milieu rural et chez les femmes n'ayant aucune instruction que les SRO sont les moins connues (60 % dans les deux cas).

D'autre part, on a demandé aux mères d'enfants de moins de cinq ans comment, d'après elles, il fallait nourrir son enfant pendant les épisodes diarrhéiques. Plus de la moitié des femmes (53 %) ont déclaré qu'il fallait augmenter les quantités, ce qui permet de compenser les pertes hydriques lors des épisodes diarrhéiques (tableau 7.14). Cependant, près d'une femme sur trois (31 %) a déclaré qu'il fallait réduire la quantité de liquides quand l'enfant était malade et une femme sur sept (14 %) a déclaré qu'il ne fallait pas modifier la quantité de liquides donnés. En ce qui concerne la quantité de nourriture, on constate que plus de la moitié des femmes (54 %) considèrent qu'il faut la diminuer, alors que 19 % pensent qu'il faut l'augmenter; par ailleurs, 25 % des femmes pensent qu'il ne faut apporter aucun changement dans la quantité

Tableau 7.14 Connaissance du traitement de la diarrhée

Pourcentage de mères ayant eu des naissances au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui connaissent les sachets de SRO et les pratiques alimentaires adéquates durant les épisodes diarrhéiques, selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Entendu parler des sachets de SRO	Liquides donnés pendant la diarrhée			NSP/ND	Nourriture donnée pendant la diarrhée			Effectif de mères	
		Moins	Même quantité	Plus		Moins	Même quantité	Plus		
Groupe d'âges										
15-19	63,9	34,8	13,9	48,3	3,0	51,0	22,6	21,8	4,6	509
20-24	63,9	32,3	13,6	52,2	1,9	52,5	25,5	19,3	2,6	1 127
25-29	70,1	28,8	16,3	53,3	1,7	53,9	26,2	18,0	2,0	1 189
30-34	64,9	29,3	13,3	56,2	1,1	55,1	24,8	18,6	1,5	817
35 ou plus	65,3	30,3	13,9	54,4	1,4	56,3	24,0	18,2	1,4	965
Milieu de résidence										
N'Djaména	91,6	18,1	13,2	67,4	1,3	41,5	26,2	30,4	1,9	398
Autres villes	87,6	21,1	16,5	61,8	0,6	47,1	29,5	21,9	1,5	612
Ensemble urbain	89,2	19,9	15,2	64,0	0,9	44,9	28,2	25,2	1,7	1 009
Rural	59,5	33,8	14,1	50,2	1,9	56,5	24,0	17,1	2,4	3 597
Niveau d'instruction										
Aucun	59,8	33,5	14,8	50,0	1,7	55,5	24,8	17,4	2,3	3 610
Primaire ou plus	88,5	20,8	12,6	64,8	1,7	48,3	25,4	24,3	2,0	997
- Primaire	87,2	22,4	13,4	62,5	1,8	50,3	26,3	21,7	1,8	857
- Secondaire ou plus	96,3	11,5	7,7	79,4	1,3	36,2	20,3	40,2	3,3	140
Ensemble	66,0	30,7	14,4	53,2	1,7	54,0	24,9	18,9	2,2	4 607

de nourriture donnée. Globalement, ce sont les femmes urbaines, et surtout celles de N'Djaména, ainsi que les femmes les plus instruites qui connaissent le mieux les comportements appropriés à adopter dans l'alimentation des enfants durant les épisodes diarrhéiques.

Parmi les enfants ayant eu la diarrhée dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, un sur cinq (20 %) ont été menés en consultation (tableau 7.15). Les enfants de 6-24 mois, qui sont ceux qui ont le plus souffert de la diarrhée, ont été menés plus fréquemment que les autres en consultation. Par ailleurs, les enfants de rang 1 (24 %), ceux qui résident en milieu urbain (30 %) et ceux dont la mère a, au moins, un niveau secondaire (32 %) sont plus susceptibles d'être menés en consultation que les autres.

Pendant les épisodes diarrhéiques, près d'un enfant sur trois (29 %) a reçu une SRO ou une solution maison : plus précisément, un quart des enfants de moins de cinq ans ont reçu des sachets de SRO. Globalement, 59 % des enfants ont reçu davantage de liquides lorsqu'ils avaient la diarrhée; par contre, dans un cas sur trois (33 %) les enfants malades n'ont reçu aucune forme de TRO ni davantage de liquides. Ce sont les enfants du milieu urbain (62 %) et ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (76 %) qui ont reçu le plus fréquemment davantage de liquides pendant la diarrhée. Par contre, en milieu rural et parmi les enfants de mère sans instruction, moins d'un enfant sur quatre a bénéficié d'une TRO.

D'autres types de traitement ont été parfois utilisés durant les épisodes diarrhéiques (tableau 7.15). Ainsi, plus de deux enfants sur cinq (43 %) ont été soignés avec des comprimés ou du sirop. Ce type de traitement est plus fréquent parmi les enfants de 6-11 mois (50 %) que chez ceux des autres groupes d'âges, chez ceux vivant en milieu urbain (55 %) que chez ceux du milieu rural (39 %) et chez ceux dont la mère a de l'instruction (57 %), en particulier chez ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus (64 %), que chez ceux dont la mère n'a pas fréquenté l'école (37 %). Par ailleurs, une proportion négligeable d'enfants (1,4 %) ont été soignés à l'aide d'injection. Enfin, on constate que les remèdes traditionnels ont été utilisés dans 25 % des cas.

Tableau 7.15 Traitement de la diarrhée

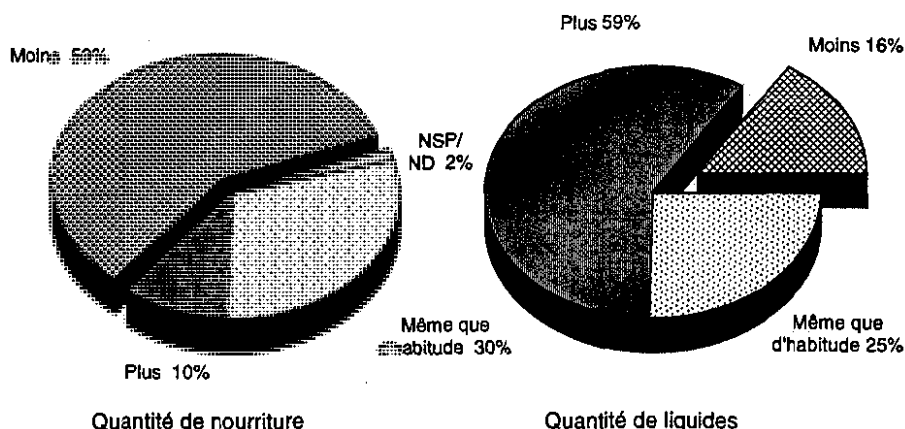
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête pour lesquels la mère a consulté un établissement sanitaire ou du personnel de santé, pourcentage de ceux ayant suivi une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO), pourcentage de ceux qui ont reçu davantage de liquides, pourcentage de ceux qui n'ont reçu ni TRO ni davantage de liquides, et pourcentage de ceux ayant reçu d'autres traitements, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Réhydratation orale						Autres traitements reçus					Effectif d'enfants avec diarrhée
	Pourcentage pour lequel la mère a consulté	Sachets de SRO	Solution préparée à la maison	SRO/ solution maison	Ayant reçu davantage de liquides	N'ayant reçu ni TRO, ni davantage de liquides	Pilule ou sirop	Injection	Remèdes tradit.	Autre	Rien/ NSP/ND	
Âge de l'enfant												
< 6 mois	16,1	14,1	7,0	17,1	52,6	41,7	23,3	1,7	26,6	0,9	24,3	143
6-11 mois	24,8	22,5	6,2	25,7	57,4	33,4	49,8	1,0	28,3	1,2	14,7	199
12-23 mois	22,9	27,2	10,2	33,1	59,6	30,9	41,7	1,3	26,3	0,4	15,1	354
24-35 mois	17,3	24,0	11,3	30,4	58,7	32,0	46,1	2,1	23,1	0,0	16,5	319
36-47 mois	18,9	23,5	8,2	27,2	58,4	31,9	47,5	0,7	19,7	0,0	16,7	241
48-59 mois	12,2	23,0	12,9	30,5	63,0	29,4	39,3	2,0	25,1	0,4	14,5	129
Sexe												
Masculin	20,4	25,2	9,4	29,4	61,3	31,0	43,7	1,5	23,5	0,6	15,8	712
Féminin	18,6	21,5	9,5	27,5	55,4	34,4	41,7	1,4	25,8	0,2	17,3	672
Rang de naissance												
1	24,1	25,0	6,7	29,2	62,3	30,9	43,5	0,7	24,7	0,0	18,9	252
2-3	18,3	22,5	6,4	25,7	57,0	34,1	43,5	1,7	24,0	0,7	15,6	421
4-5	15,4	18,6	14,4	27,0	56,5	33,9	37,4	1,7	23,5	0,8	17,9	343
6 ou plus	21,5	27,8	10,3	32,6	59,4	31,0	46,4	1,4	26,3	0,0	14,7	368
Âge de la mère à la naissance												
< 20	20,7	23,3	7,0	28,0	61,4	29,5	42,0	1,1	27,5	0,2	14,3	312
20-34	19,5	22,7	10,1	28,1	57,3	33,7	41,9	1,6	23,5	0,5	17,1	921
35 ou plus	17,0	27,7	10,5	31,9	59,6	32,7	49,3	0,9	25,6	0,0	17,5	151
Milieu de résidence												
N'Djaména	31,0	41,8	19,7	46,4	59,8	23,8	53,1	3,8	25,5	0,8	9,6	123
Autres villes	29,6	36,8	11,4	41,7	63,2	24,1	56,4	1,3	16,9	0,3	13,0	189
Ensemble urbain	30,2	38,8	14,7	43,6	61,9	24,0	55,1	2,3	20,3	0,5	11,7	312
Rural	16,4	18,9	8,0	24,1	57,5	35,2	39,2	1,2	25,9	0,4	18,0	1 072
Niveau d'instruction												
Aucun	16,8	19,1	6,0	22,2	56,2	36,6	37,4	1,3	24,0	0,3	19,3	999
Primaire ou plus	26,4	34,5	18,4	44,7	64,3	22,3	56,5	1,7	26,2	0,8	9,4	385
- Primaire	25,7	32,8	17,6	42,9	62,7	23,5	55,5	1,2	25,9	0,4	9,6	339
- Secondaire ou plus	32,2	46,6	24,4	58,1	75,7	13,9	64,3	5,3	28,7	3,6	7,9	46
Ensemble des enfants avec diarrhée	19,5	23,4	9,5	28,5	58,5	32,7	42,8	1,4	24,6	0,4	16,5	1 384

Note : La TRO comprend la solution préparée à partir des sachets de Sels de Réhydratation par voie orale (SRO) et/ou le liquide recommandé et préparé à la maison. Les données concernent les naissances de la période 0-59 mois précédant l'enquête.

Le graphique 7.7 présente les résultats concernant l'alimentation des enfants de moins de cinq ans durant les épisodes diarrhéiques. Dans 59 % des cas, les enfants ont reçu un supplément de liquides pendant leur épisode diarrhéique; par contre, 25 % des enfants ont reçu la même quantité de liquides et 16 % en ont reçu moins qu'en période normale. Par ailleurs, 30 % des enfants qui ont eu la diarrhée ont continué d'être nourris de la même façon pendant les épisodes diarrhéiques; dans 10 % des cas seulement la quantité de nourriture a été augmentée et pour 59 % des enfants l'alimentation a été réduite ou stoppée. Ces résultats démontrent que les mères devraient être beaucoup mieux informées sur la nécessité d'augmenter la quantité de liquides et d'aliments à donner aux enfants durant les épisodes diarrhéiques de façon à éviter les risques de déshydratation et d'affaiblissement et, ainsi, de réduire la mortalité qui peut en résulter.

Graphique 7.7
Alimentation des enfants ayant la diarrhée



EDST 1996-97

CHAPITRE 8

ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

Joël S. Tokindang

Ce chapitre est consacré à l'analyse des données collectées sur l'alimentation et l'état nutritionnel des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, à l'évaluation de l'état nutritionnel de ces enfants et des mères. Dans une première partie, sont présentés les résultats sur les pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément; la deuxième partie est consacrée aux données anthropométriques des enfants (taille et poids) à partir desquelles a été évalué leur état nutritionnel. Enfin, la dernière partie est consacrée à l'état nutritionnel des mères.

8.1 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

Les pratiques d'alimentation constituent l'un des facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui affecte à son tour, la morbidité et la mortalité des enfants. Le lait maternel est le premier élément d'alimentation et constitue à bien des égards un aliment irremplaçable pour le nouveau-né. Il a des propriétés particulières puisqu'il est stérile et parce qu'il transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires aux enfants pendant les premiers mois d'existence. Il permet également d'éviter les déficiences nutritionnelles et de limiter la prévalence de la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, l'allaitement maternel par son intensité et par sa fréquence, prolonge l'infécondité post-partum et par conséquent, en affectant l'intervalle entre naissances, il influe sur le niveau de la fécondité et sur l'état de santé des mères et des enfants.

Du fait de l'importance des pratiques d'allaitement, on a demandé aux femmes si elles avaient allaité leurs enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et, plus précisément, à quel moment elles avaient commencé à les allaiter, pendant combien de temps elles les avaient allaités, quelle était la fréquence de l'allaitement, à quel âge avaient été introduits des aliments de complément et enfin de quel type d'aliments il s'agissait. On a également demandé aux femmes si elles avaient utilisé le biberon.

Les données collectées indiquent que la presque totalité (98 %) des enfants ont été allaités (tableau 8.1). On observe très peu de différence quels que soient le sexe des enfants et les caractéristiques de la femme. Cependant, on constate que seulement deux nouveau-nés sur cinq (38 %) ont été mis au sein, pour la première fois, dans les vingt-quatre heures suivant la naissance et que parmi ces enfants, la majorité (24 %), ont été allaités dès la première heure suivant la naissance. Ainsi, si la pratique de l'allaitement est très répandue au Tchad, il ressort néanmoins qu'une proportion importante d'enfants (62 %) ne sont pas allaités durant leur premier jour d'existence. Ce comportement peut, sur le plan nutritionnel se révéler néfaste pour l'enfant. En effet, c'est lors des premiers allaitements, dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance que l'enfant reçoit le colostrum qui contient les anticorps de la mère et qui lui sont indispensables pour éviter de nombreuses maladies. De plus, si le nouveau-né n'est pas allaité dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance, il reçoit, à la place du lait maternel, divers liquides pouvant le mettre en contact avec des agents pathogènes.

Bien que la pratique de l'allaitement soit largement répandue à l'échelle du pays, le moment de la mise au sein de l'enfant pour la première fois varie selon les caractéristiques socio-démographiques. Concernant le sexe des enfants, on constate que les filles sont plus fréquemment allaitées que les garçons le

Tableau 8.1 Allaitement initial

Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui ont été allaités, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités dans l'heure qui a suivi la naissance et pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités le jour de la naissance, selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Pourcentage ayant été allaités	Début de l'allaitement		Effectif d'enfants
		Dans l'heure suivant la naissance	Durant le jour suivant la naissance ¹	
Sexe de l'enfant				
Masculin	97,0	22,4	36,8	3 776
Féminin	98,3	24,8	39,9	3 722
Milieu de résidence				
N'Djaména	95,5	27,8	50,6	658
Autres villes	98,2	30,0	45,2	982
Ensemble urbain	97,1	29,1	47,3	1 641
Rural	97,8	22,0	35,8	5 857
Niveau d'instruction				
Aucun	97,7	24,9	39,7	5 883
Primaire ou plus	97,5	18,6	33,3	1 615
- Primaire	97,7	18,1	32,5	1 401
- Secondaire ou +	96,2	22,2	39,0	214
Assistance à l'accouchement				
Personnel de santé	97,2	21,7	41,8	1 776
Accoucheuse traditionnelle	98,0	26,4	37,9	2 143
Autre ou personne	97,6	22,8	36,9	3 578
Lieu d'accouchement				
Établissement sanitaire	96,5	23,7	38,7	838
À la maison	97,8	23,8	38,5	6 568
Autre	100,0	7,8	23,4	49
ND	93,9	11,1	17,6	42
Ensemble	97,6	23,6	38,3	7 498

Note: Le tableau est basé sur tous les enfants nés dans les 5 années ayant précédé l'enquête, qu'ils soient vivants ou décédés au moment de l'enquête.

¹ Y compris les enfants allaités dans l'heure qui a suivi la naissance.

jour qui suit la naissance (40 % contre 37 %). Concernant le milieu de résidence, c'est à N'Djaména que la proportion de nouveau-nés allaités durant les premières vingt-quatre heures est la plus élevée (51 %); comparativement, cette proportion est de 45 % dans les Autres Villes et de 36 % en milieu rural. Paradoxalement, le niveau d'instruction des femmes joue de façon négative sur le début de l'allaitement. En effet, il apparaît que 40 % des enfants nés de femmes sans instruction ont été allaités durant le premier jour contre 33 % de ceux dont la femme a un niveau primaire ou plus.

La catégorie de personnel qui a assisté la mère lors de l'accouchement n'influe que légèrement sur le début de l'allaitement : quand la naissance a été assistée par du personnel médical, la proportion d'enfants allaités le jour ayant suivi la naissance est de 42 % contre 38 % quand la naissance a été assistée par une accoucheuse traditionnelle et 37 % quand c'est une autre personne qui a aidé à l'accouchement. Par contre, c'est lorsque la femme a été assistée par une accoucheuse traditionnelle que la proportion d'enfants allaités

au cours de la première heure est la plus élevée (26 %). Par ailleurs, que l'accouchement ait eu lieu dans un établissement sanitaire ou à la maison, la proportion d'enfants allaités durant le jour qui a suivi la naissance est identique et concerne environ deux enfants sur cinq (39 %). Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent tout d'abord une méconnaissance par les femmes des avantages de la mise au sein de leurs enfants dès la naissance; mais ces résultats mettent aussi en évidence un manque d'information et de conseil de la part du personnel de santé.

La pratique de l'allaitement des enfants de moins de 36 mois au moment de l'enquête est présentée au tableau 8.2 et représentée au graphique 8.1. On constate que, dès leur naissance, la quasi-totalité des enfants sont allaités (plus de 98 %) et cette pratique se maintient très longtemps après la naissance : à 12-13 mois, 18-19 mois et 26-27 mois, on constate que, respectivement, 95 %, 75 % et 30 % des enfants sont toujours allaités.

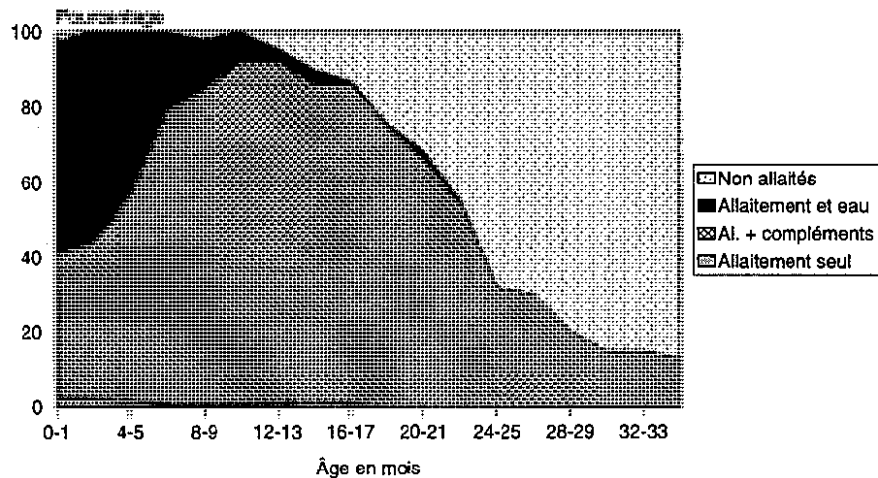
Tableau 8.2 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des enfants survivants par type d'allaitement, selon l'âge de l'enfant en mois, EDS Tchad 1996-97

Âge en mois	Situation face à l'allaitement				Total	Effectif d'enfants vivants
	Non allaité	Allaitement seul	Allaitement et eau seulement	Allaitement, aliments et autres liquides		
0-1	2,5	2,2	56,4	38,8	100,0	221
2-3	0,0	1,9	56,1	42,0	100,0	310
4-5	0,0	1,6	43,6	54,8	100,0	287
6-7	0,7	0,4	20,4	78,5	100,0	264
8-9	2,0	0,4	13,5	84,1	100,0	248
10-11	0,3	0,6	7,9	91,2	100,0	178
12-13	4,6	0,7	3,4	91,3	100,0	275
14-15	10,1	1,3	4,1	84,5	100,0	264
16-17	13,1	0,8	1,2	84,9	100,0	214
18-19	24,7	0,0	0,8	74,5	100,0	171
20-21	31,6	0,0	2,5	65,9	100,0	155
22-23	45,0	0,0	1,0	54,0	100,0	131
24-25	68,4	0,0	0,0	31,6	100,0	272
26-27	70,1	0,0	0,0	29,9	100,0	238
28-29	79,9	0,0	0,0	20,1	100,0	187
30-31	85,1	0,0	0,0	14,9	100,0	158
32-33	85,0	0,0	0,0	15,0	100,0	188
34-35	87,1	0,0	0,0	12,9	100,0	180
Moins de 4 mois	1,1	2,0	56,3	40,7	100,0	531
4 à 6 mois	0,1	1,4	37,6	60,9	100,0	413
7 à 9 mois	1,6	0,3	14,9	83,2	100,0	386

Note : La situation face à l'allaitement fait référence aux dernières 24 heures. Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent pas d'autres compléments.

Graphique 8.1
Pratique d'allaitement des enfants de moins de 3 ans



EDST 1996-97

Dans l'une de leurs recommandations, l'OMS et l'Unicef suggèrent¹ que les enfants doivent être uniquement nourris au sein jusqu'à 6 mois. Or, au Tchad, les résultats de l'enquête révèlent que cette recommandation est ignorée ou n'est pas du tout respectée car dès les premiers jours qui suivent la naissance, il est très fréquent de constater que les parents donnent à l'enfant autre chose que le lait maternel (tableau 8.2 et graphique 8.1). En effet, entre 0 et 1 mois, 56 % des nouveau-nés reçoivent de l'eau en plus du lait et 39 % reçoivent des compléments au lait maternel (liquides autres que l'eau ou aliments solides ou bouillie). À partir du troisième mois, la proportion des enfants nourris à l'eau en plus de l'allaitement diminue alors que la proportion des enfants qui reçoivent, en plus du lait, d'autres compléments augmente. Dans l'ensemble, il ressort que seulement 2 % des enfants de 0-3 mois sont nourris selon les recommandations de l'OMS et de l'Unicef (c'est-à-dire un allaitement exclusif au sein) alors que 56 % reçoivent de l'eau en plus du lait et 41 % reçoivent d'autres types de liquides ou d'aliments en plus du sein.

L'OMS recommande également qu'à partir de 6 mois, âge auquel le lait maternel n'est plus suffisant pour assurer la meilleure croissance possible des enfants, des aliments solides de complément soient introduits dans l'alimentation. Les résultats du tableau 8.2 et du graphique 8.1 indiquent qu'à 6-7 mois et 8-9 mois, respectivement 22 % et 16 % des enfants ne reçoivent pas encore d'aliments solides de complément et de ce fait, ne sont pas nourris de manière adéquate.

Les résultats du tableau 8.3 concernent uniquement les enfants allaités de moins de 36 mois, selon le type d'aliments qu'ils reçoivent en complément au lait maternel (plusieurs types de complément pouvant être donnés à la fois, la somme des pourcentages peut excéder 100 %).

Comme nous l'avons souligné précédemment, et contrairement aux recommandations de l'OMS, une très large proportion d'enfants de 0-3 mois reçoivent autre chose, en plus du lait maternel : 6 % reçoivent des

¹ OMS et Unicef (1990); OMS (1994).

Tableau 8.3 Type d'aliments selon l'âge de l'enfant

Pourcentage d'enfants allaités de moins de 36 mois par type d'aliments reçus au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'interview et pourcentage de ceux utilisant un biberon, selon l'âge en mois, EDS Tchad 1996-97

Âge en mois	Aliments de complément								Utilise biberon	Effectif d'enfants
	Lait maternel seul	Préparation pour bébé	Autre lait	Autres liquides	Solides/purées					
					Viande, poisson, oeuf	Farine, céréales	Tubercule, plantain	Autre		
0-1	2.2	6.1	2.9	35.1	0.5	0.5	0.3	0.0	3.9	216
2-3	1.9	6.1	6.3	30.2	2.5	6.2	2.5	1.9	3.4	310
4-5	1.6	4.7	7.9	34.2	4.6	31.8	4.4	3.9	3.7	287
6-7	0.4	5.1	10.5	36.8	13.5	65.1	6.7	15.6	1.9	263
8-9	0.4	12.2	18.1	32.8	32.2	75.9	10.3	21.0	2.3	243
10-11	0.6	12.1	13.7	36.6	38.2	87.0	19.5	31.4	1.9	177
12-13	0.7	14.8	23.4	30.0	52.5	89.0	17.0	37.1	1.3	262
14-15	1.4	12.8	23.8	35.2	53.9	87.4	23.0	41.8	1.0	238
16-17	1.0	11.0	28.8	34.2	56.8	89.1	19.8	42.4	1.0	186
18-23	0.0	8.2	22.7	28.4	58.8	92.3	22.4	47.6	0.5	307
24-29	0.0	5.7	23.1	27.8	56.1	93.9	19.4	53.1	0.0	195
30-35	0.0	2.5	23.9	28.0	75.1	97.5	21.8	44.9	1.7	75
0-3	2.0	6.1	4.9	32.2	1.7	3.9	1.6	1.1	3.6	525
4-6	1.4	4.5	7.2	34.8	6.2	39.5	4.6	6.0	3.0	413
7-9	0.3	9.9	16.9	34.4	26.6	74.5	9.6	20.6	2.3	380
Ensemble	0.9	8.6	16.2	32.5	33.4	64.1	13.0	26.2	2.0	2 758

Note : Le statut d'allaitement fait référence aux dernières 24 heures. La somme des pourcentages par type d'aliments reçus par un enfant peut dépasser 100 % car un enfant peut recevoir plusieurs types d'aliments.

préparations pour bébé, 5 % du lait, 32 % d'autres liquides, 4 % des aliments à base de farines ou de céréales, 2 % des préparations à base de tubercules et 2 % des enfants mangent également des aliments contenant de la viande, du poisson ou des oeufs.

Par ailleurs, on constate qu'au Tchad, les mères utilisent très rarement le biberon : moins de 4 % des enfants prennent le biberon à 0-1 mois et cette proportion chute ensuite rapidement avec l'âge. Globalement, 2 % des enfants de moins de 3 ans ont été nourris avec un biberon.

Les résultats ont montré qu'au Tchad, l'allaitement exclusif est très peu pratiqué aux très jeunes âges. Il apparaît aussi que l'introduction d'une alimentation de complément, absolument indispensable à la bonne croissance de l'enfant à partir du sixième mois, n'est pas non plus effectuée de façon réellement adéquate par les mères tchadiennes puisque, à 6-7 mois, plus de 20 % des enfants ne reçoivent pas encore des aliments de complément. En outre, les pratiques qui consistent à ne pas donner le colostrum aux nouveau-nés et celles qui consistent à introduire, de manière précoce, des liquides et des aliments de complément dans l'alimentation des jeunes enfants peuvent avoir des implications néfastes sur leur état de santé et sur leur état nutritionnel. Les pratiques observées au Tchad ont pour conséquence d'exposer les nouveau-nés aux agents pathogènes, facteurs de maladies infectieuses et, en particulier, les maladies diarrhéiques. En outre, les enfants qui reçoivent autre chose que le lait maternel, sont en partie rassasiés et ont tendance à moins téter, ce qui les prive du lait maternel et par conséquent réduit une bonne production du lait par les mères. En somme, l'introduction précoce de compléments nutritionnels entraîne une réduction de l'intensité et de la fréquence de l'allaitement maternel qui, à son tour, réduit la durée de l'aménorrhée post-partum et finalement de l'intervalle intergénéral.

Les résultats du tableau 8.4 présentent les durées médianes de l'allaitement maternel. Au niveau national, cette durée est estimée à 21,4 mois. Si le sexe de l'enfant n'induit pas de différences quant à la durée de l'allaitement (21,2 mois pour les garçons et 21,6 mois pour les filles), on constate de légers écarts selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Par rapport à leurs frères de rang 2 à 6 (médiane d'environ 21 mois), les enfants de rang 1 sont ceux qui ont la durée médiane d'allaitement la plus longue (22,0 mois). On observe aussi des différences selon le milieu de résidence. Estimée à 21,9 mois en milieu rural et à 19,3 mois dans les Autres Villes, c'est à N'Djaména que l'allaitement atteint la durée la plus courte (médiane de 17,9 mois). Globalement, la durée de l'allaitement est plus longue en milieu rural (21,9 mois) qu'en milieu urbain (18,8 mois). Pour ce qui est de l'instruction de la femme, on note que plus la femme est instruite, plus la durée d'allaitement est courte : 17,9 mois pour les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus contre 20,6 mois pour les femmes de niveau d'instruction primaire et 21,8 mois pour celles n'ayant aucun niveau instruction. Enfin, les enfants dont les mères ont accouché avec l'assistance d'un personnel médical ont une durée d'allaitement légèrement plus courte (20,0 mois) que celles qui ont accouché avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle (22,0 mois).

Tableau 8.4 Durée médiane et fréquence de l'allaitement

Durée médiane de l'allaitement, de l'allaitement exclusif et de l'allaitement et eau, et pourcentage d'enfants de moins de 6 mois qui ont été allaités six fois ou plus au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'interview, selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Durées médianes d'allaitement			Effectif d'enfants	Enfants de moins de 6 mois	
	Ensemble de l'allaitement	Allaitement seul	Allaitement seul ou allaitement et eau seulement		Pourcentage allaité 6 fois ou + dans les dernières 24 heures	Effectif d'enfants
Sexe de l'enfant						
Masculin	21,2	0,4	2,1	2 239	92,0	386
Féminin	21,6	0,4	2,9	2 211	92,2	432
Rang de naissance						
1	22,0	0,4	2,8	1 237	94,9	214
2-3	21,4	0,4	1,2	1 205	85,3	210
4-5	21,2	0,4	3,0	969	93,9	205
6 ou +	20,9	0,4	3,0	1 039	94,5	189
Milieu de résidence						
N'Djaména	17,9	0,4	0,6	390	88,2	74
Autres villes	19,3	0,4	2,8	589	94,0	113
Ensemble urbain	18,8	0,4	0,7	979	91,7	187
Rural	21,9	0,4	2,8	3 471	92,2	631
Niveau d'instruction						
Aucun	21,8	0,4	3,3	3 438	92,2	641
Primaire ou plus	20,3	0,4	0,7	1 012	91,6	178
- Primaire	20,6	0,4	0,7	868	91,6	152
- Secondaire ou+	17,9	0,4	0,5	144	92,1	26
Assistance à l'accouchement						
Personnel de santé	20,0	0,4	0,7	1 050	88,4	186
Accoucheuse traditionnelle	22,0	0,4	3,3	1 290	93,4	255
Autre ou personne	21,6	0,4	2,6	2 110	93,0	377
Ensemble	21,4	0,4	2,6	4 450	92,1	818
Moyenne	21,6	0,9	4,6	-	-	-
Moyenne prévalence/incidence	22,0	0,2	4,6	-	-	-

Note : Les médianes et les moyennes sont basées sur le statut d'allaitement au moment de l'enquête.

On constate aussi à la lecture des données du tableau 8.4 que 92 % des enfants de moins de six mois ont été allaités six fois ou plus au cours des dernières vingt-quatre heures. La proportion d'enfants allaités aussi fréquemment varie assez peu en fonction des caractéristiques des femmes. C'est parmi les enfants de rang 2-3 (85 %), parmi ceux vivant à N'Djaména (88 %) et parmi ceux dont la mère a accouché avec l'assistance d'un personnel formé (88 %) que l'on constate les proportions les plus faibles d'enfants allaités six fois ou plus.

En ce qui concerne la « Prévalence/Incidence »² (tableau 8.4), la valeur obtenue pour le Tchad est de 22,0 mois. Comparativement à certains pays d'Afrique sub-saharienne pour lesquels les durées moyennes d'allaitement ont été calculées selon le même procédé (voir le tableau ci-dessous), on peut constater que la durée moyenne d'allaitement au Tchad se situe parmi les plus élevées.

Pays	Date de l'enquête	Durée moyenne d'allaitement (en mois)
Cameroun	1991	18,2
Zambie	1992	18,3
Côte d'Ivoire	1994	20,0
Nigéria	1990	20,1
Niger	1992	20,4
Sénégal	1992-1993	20,4
Tanzanie	1991-1992	21,1
Mali	1995-1996	21,4
Ghana	1993	21,6
Tchad	1996-1997	22,0
Togo	1988	22,6
Burundi	1987	23,4
Burkina Faso	1993	25,0
Rwanda	1992	25,9

8.2 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

8.2.1 Méthodologie

L'évaluation de l'état nutritionnel des jeunes enfants est un des objectifs de l'EDST. L'état nutritionnel résulte à la fois, de l'histoire nutritionnelle (ancienne et récente) de l'enfant et des maladies ou infections qu'il a pu avoir. Par ailleurs, cet état influe sur la probabilité qu'a l'enfant de contracter des maladies. En effet, un enfant mal nourri est en situation de faiblesse physique qui favorise les infections qui, à leur tour, influent sur les risques de décéder. L'état nutritionnel est évalué au moyen d'indices

² En épidémiologie, on estime la durée moyenne d'un événement en divisant sa prévalence par son incidence. Ici, l'événement est l'allaitement, la prévalence est le nombre d'enfants que les mères sont encore en train d'allaiter au moment de l'enquête, et l'incidence est le nombre moyen de naissances par mois. Ce nombre moyen est estimé à partir des naissances d'une période de 36 mois pour éviter les problèmes de *saisonnalité* et les erreurs possibles de période de référence. En divisant le nombre de mères qui allaitent au moment de l'enquête par le nombre mensuel moyen de naissances, on obtient une estimation de la durée moyenne d'allaitement en mois.

anthropométriques calculés à partir de l'âge et des mesures de la taille³ et du poids de l'enfant prises au cours de l'enquête. Le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge).

Au cours de l'enquête, tous les enfants de moins de cinq ans des femmes de 15-49 ans interviewées devaient être pesés et mesurés : les données devraient donc porter sur les 6 446 enfants répondant à ces critères. Cependant, les résultats présentés ci-dessous ne concernent que 5 665 enfants, soit 88 % des enfants éligibles. Sont exclus des résultats 7 % d'enfants pour lesquels le poids et/ou la taille ne sont pas connus (l'enfant n'a pas été mesuré parce qu'il était malade ou absent au moment de l'enquête, ou encore parce qu'il a refusé), 3 % d'enfants pour lesquels le poids et/ou la taille sont manifestement improbables (du fait d'erreurs de report, ou encore d'erreurs de mesure, particulièrement délicates chez les enfants les plus jeunes), et enfin 2 % d'enfants pour lesquels l'âge en mois est inconnu ou incomplet. Il faut préciser que les indices taille-pour-âge et poids-pour-âge n'ont de sens que lorsqu'ils sont calculés à partir d'informations très précises sur l'âge.

Selon les recommandations de l'OMS, l'état nutritionnel des enfants observés pendant l'enquête est comparé à celui d'une population de référence internationale, connu sous le nom de standard NCHS/CDC/OMS.⁴ Cette référence internationale a été établie à partir de l'observation d'enfants américains de moins de cinq ans en bonne santé et elle est utilisable pour tous les enfants de cet âge dans la mesure où, quel que soit le groupe de population, ils suivent un modèle de croissance similaire. Les données de la population de référence internationale ont été normalisées pour suivre une distribution normale où la médiane et la moyenne sont identiques. Pour les différents indices étudiés, on compare la situation des enfants dans l'enquête avec le standard de référence internationale, en calculant la proportion d'enfants observés qui se situent à moins de deux et à moins de trois écarts type en-dessous de la médiane de la population de référence.

La taille-pour-âge est un indice de *retard de croissance* : un enfant trop petit pour son âge est la manifestation de ce retard de croissance. Un enfant qui a eu un problème de nutrition et/ou qui a été malade de façon chronique pendant une période relativement longue ou encore de façon répétée, peut accuser un retard de croissance staturale: il a alors une taille inférieure à la moyenne de son âge. Cependant, son poids peut rester en correspondance avec sa taille réelle, donnant ainsi un indice poids-pour-taille normal; c'est pourquoi cette forme de malnutrition n'est pas toujours "visible" dans une population: un enfant de trois ans présentant cette forme de malnutrition peut ressembler à un enfant de deux ans bien nourri. La taille-pour-âge est donc une mesure des effets à long terme de la malnutrition et ne varie que très peu en fonction de la saison de la collecte des données. Les enfants pour lesquels la taille-pour-âge se situe à moins de deux écarts-type en-dessous de la médiane taille-pour-âge de la population de référence (-2 écarts-type) sont considérés comme petits pour leur âge et atteints de *malnutrition chronique*, ceux pour lesquels la taille-pour-âge se situe à moins de trois écarts-type en-dessous de la médiane taille-pour-âge de la population de référence (-3 écarts-type) sont considérés comme atteints de *malnutrition chronique sévère*.

L'indice poids-pour-taille reflète la situation nutritionnelle actuelle (*Émaciation/Maigreur*) au moment de l'enquête. Cette forme de malnutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant

³ Les enfants de moins de 24 mois ont été mesurés en position couchée, alors que ceux de 24 mois et plus ont été mesurés en position debout. Cependant, pour faciliter la compréhension du texte, le même terme *taille* sera utilisé ici pour tous les enfants, quelle que soit la façon dont ils ont été mesurés.

⁴ NCHS : National Center for Health Statistics (Centre national des statistiques sanitaires, des États-Unis); CDC : Centers for Disease Control (Centres de contrôle des maladies, des États-Unis); OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

la période ayant précédé l'observation, elle peut être le résultat de maladies ayant provoqué une perte de poids (diarrhée sévère, anorexie associée à une maladie, par exemple); un enfant souffrant de cette forme de malnutrition est maigre ou émacié. L'indice poids-pour-taille reflète donc une situation actuelle qui n'est pas nécessairement une situation de longue durée. En particulier, la malnutrition aiguë peut être fortement influencée par la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données, étant donné que la plupart des facteurs susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant (épidémie, sécheresse, période de soudure, etc.) sont très sensibles à la saison. Les enfants dont le poids-pour-taille se situe à moins 2 écarts-type en dessous de la médiane poids-pour-taille de la population de référence sont considérés comme souffrant de *malnutrition aiguë*, ceux se situant à moins 3 écarts-type souffrent de *malnutrition aiguë sévère*.

Le poids-pour-âge est un indice qui reflète, à la fois et sans les différencier, les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë (*Insuffisance pondérale*). C'est la mesure la plus souvent utilisée par les services de santé pour suivre les progrès nutritionnels et la croissance des enfants, mais sa valeur en tant qu'indice est limitée quand il n'en existe qu'une seule mesure. Il est présenté ici essentiellement pour permettre des comparaisons avec les résultats des études ou des suivis nutritionnels des enfants qui utilisent cette mesure. Comme le poids-pour-taille, le poids-pour-âge est sensible aux variations saisonnières. Les enfants dont le poids-pour-âge se situe à moins 2 écarts-type en dessous de la médiane poids-pour-âge de la population de référence sont considérés comme présentant une *insuffisance pondérale*, ceux se situant à moins 3 écarts-type présentent une *insuffisance pondérale sévère*.

Dans une population en bonne santé et bien nourrie, on s'attend à ce que seulement 2,3 % des enfants se situent à moins 2 écarts-type, dont 0,1 % à moins 3 écarts-type, en dessous de la médiane pour chacun des trois indices de nutrition.

8.2.2 Résultats

Le tableau 8.5 présente les pourcentages d'enfants souffrant de malnutrition selon les trois indices anthropométriques et selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Retard de croissance

Le tableau 8.5 présente les proportions d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent de malnutrition chronique. La malnutrition chronique qui se manifeste par une taille trop petite pour l'âge traduit un *retard de croissance*. Cette situation est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se sont manifestées à plusieurs reprises. L'indice taille-pour-âge, qui rend compte de la taille d'un enfant par rapport à son âge, est donc une mesure des effets à long terme de la malnutrition et elle ne varie que très peu en fonction de la saison au cours de laquelle les enfants ont été mesurés. De plus, on considère qu'après l'âge de deux ans, il y a peu de chance pour qu'une intervention, quelle qu'elle soit, puisse améliorer la croissance. Ainsi, le retard de croissance staturale acquis dès les plus jeunes âges n'est pratiquement plus rattrapable. La taille-pour-âge est révélatrice de la qualité de l'environnement et, d'une manière générale, du niveau de développement socio-économique d'une population.

La situation nutritionnelle des enfants au Tchad (tableau 8.5) est assez alarmante puisque quatre enfants sur dix (40 %) souffrent de *malnutrition chronique* (la taille-pour-âge se situe à moins de 2 écarts type en dessous de la médiane de la population de référence) et la moitié d'entre eux (20 %) souffrent de *malnutrition chronique sévère* (la taille-pour-âge se situe à moins de 3 écarts type de la médiane de la population de référence). Ces proportions sont beaucoup plus élevées que celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie, à savoir 2,3 % à -2 écarts type et 0,1 % à -3 écarts type.

Tableau 8.5 État nutritionnel des enfants par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition par caractéristiques socio-démographiques selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel: taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge, EDS Tchad 1996-97

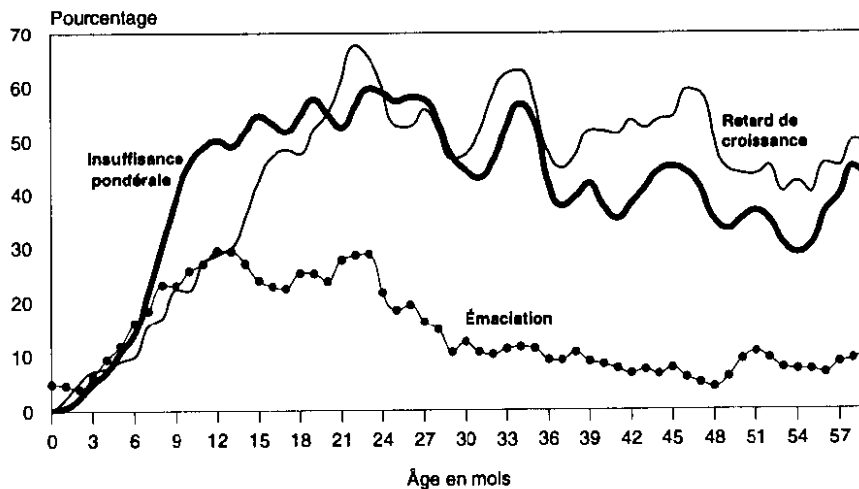
Caractéristique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif
	Inférieur à -3ET	Inférieur à -2 ET ¹	Inférieur à -3 ET	Inférieur à -2 ET ¹	Inférieur à -3 ET	Inférieur à -2 ET ¹	
Âge de l'enfant (mois)							
< 6	1,0	5,6	0,8	6,9	0,5	4,3	739
6-11	5,5	18,1	4,9	21,5	10,5	31,7	664
12-23	20,6	45,9	4,6	26,1	19,3	53,3	1 121
24-35	31,1	54,9	2,8	14,5	25,1	53,5	1 019
36-47	30,0	51,7	1,0	7,7	13,8	40,0	1 118
48-59	23,0	45,4	0,9	7,8	8,7	36,1	1 004
Sexe de l'enfant							
Masculin	20,4	40,9	2,9	15,7	14,0	39,9	2 842
Féminin	20,5	39,3	2,0	12,5	13,8	37,7	2 823
Rang de naissance							
1	18,1	38,3	2,8	14,6	11,3	36,6	1 032
2-3	19,2	39,1	1,9	12,2	12,6	36,0	1 720
4-5	22,3	42,2	2,2	14,3	16,1	41,3	1 421
6 ou plus	21,7	40,4	3,0	15,8	15,1	41,0	1 492
Intervalle entre naissances							
Première naissance	18,1	38,2	2,8	14,7	11,3	36,7	1 035
<24 mois	25,5	48,8	2,5	13,4	16,1	45,0	997
24-47 mois	20,0	39,3	2,2	14,1	13,9	37,9	2 937
48 mois ou plus	18,5	33,6	3,0	14,3	14,8	36,5	696
Milieu de résidence							
N'Djaména	12,0	28,1	1,5	9,3	6,0	26,0	425
Autres villes	16,0	34,8	2,6	13,8	11,8	34,9	747
Ensemble urbain	14,6	32,4	2,2	12,2	9,7	31,7	1 172
Rural	22,0	42,1	2,5	14,6	15,0	40,6	4 492
Niveau d'instruction de la mère							
Aucun	22,7	42,8	2,6	15,4	15,5	42,4	4 413
Primaire ou plus	12,7	30,3	2,0	9,6	8,1	26,1	1 251
- Primaire	13,8	32,0	2,0	9,8	8,9	27,3	1 085
- Secondaire ou +	5,4	19,4	1,8	8,5	3,2	18,2	166
Ensemble des enfants	20,4	40,1	2,5	14,1	13,9	38,8	5 665

Note : Chaque indice est exprimé en terme de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Les enfants sont atteints de malnutrition s'ils se trouvent à moins de -2 ET (-2 ET et -3 ET) de la médiane de la population de référence.

¹ Les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET sont inclus dans cette catégorie.

La prévalence de la malnutrition chronique selon l'âge, qu'elle soit modérée ou sévère, laisse apparaître des variations importantes (tableau 8.5 et graphique 8.2). La proportion d'enfants accusant un retard de croissance augmente très régulièrement et très rapidement avec l'âge : de 6 % à moins de 6 mois, le niveau de prévalence de la malnutrition chronique triple pour atteindre 18% à 6-11 mois; à partir de 12 mois, elle concerne près d'un enfant sur deux (46%) et, en moyenne, plus d'un enfant sur deux (55 %) entre 24 et 35 mois. La forme sévère de ce type de malnutrition suit le même rythme puisque de 1 % à moins de

Graphique 8.2
État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans



Note : Moyenne mobile sur trois mois

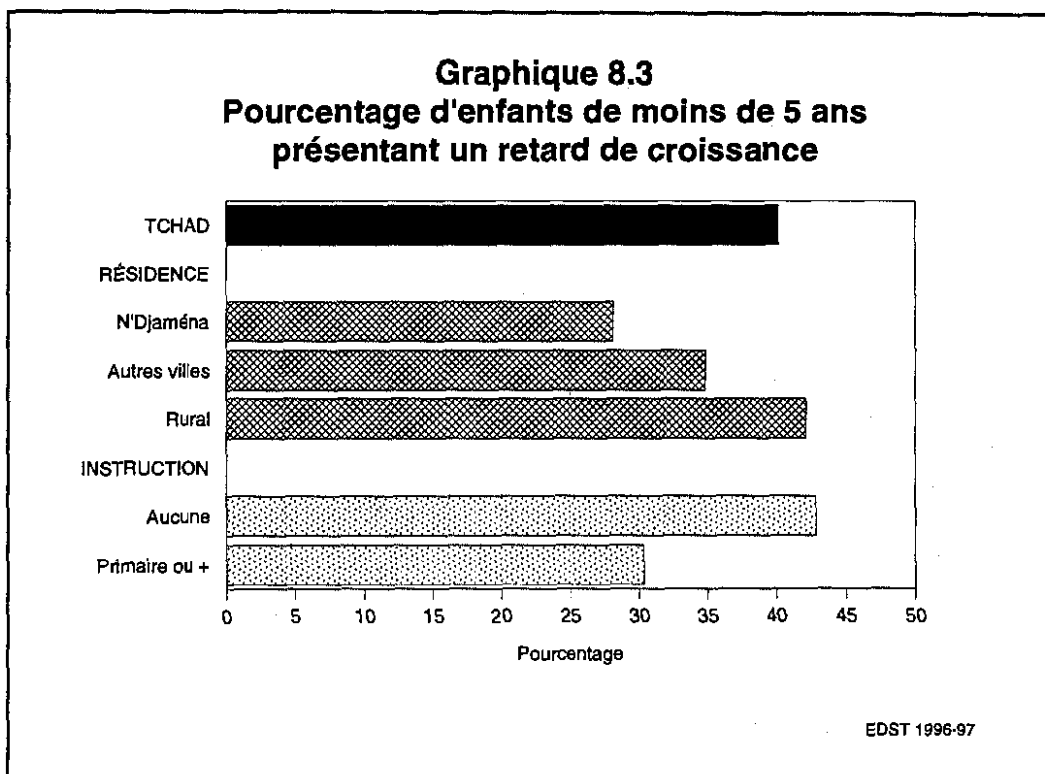
EDST 1996-97

6 mois, elle touche 6 % des enfants de 6-11 mois et concerne ensuite 21 % des enfants à 12-23 mois et 31 % de ceux de 24-35 mois. Pour cette dernière catégorie d'âge, la situation est particulièrement préoccupante car, comme on l'a précisé précédemment, c'est avant deux ans que la plupart des enfants accumulent un retard de croissance staturale et, après cet âge, le retard n'est plus rattrapable.

Au Tchad, le sexe des enfants induit quelques différences lorsqu'il s'agit de malnutrition chronique : les garçons sont plus légèrement touchés (41 %) que les filles (39 %). Du point de vue du rang de naissance, 38 % des enfants de rang un sont affectés et il apparaît que la malnutrition chronique augmente avec le rang de naissance : les enfants de rang 4 ou plus étant les plus touchés (proportion supérieure à 40 %). L'intervalle entre naissances semble aussi influencer de manière significative les niveaux de malnutrition chronique, puisque les enfants qui suivent leur aîné de plus de 48 mois (4 ans) sont moins touchés (34 %) que ceux pour lesquels l'intervalle intergénéral est court (49 % pour un intervalle inférieur à 24 mois).

La prévalence de la malnutrition chronique présente des écarts très importants selon certaines caractéristiques socio-démographiques des femmes (tableau 8.5 et graphique 8.3). Le milieu de résidence joue de façon importante sur le niveau de la malnutrition chronique. En effet, les enfants les plus concernés par un retard de croissance sont en proportion plus nombreux en milieu rural qu'à N'Djaména (42 % contre 28 %). Le niveau de la malnutrition chronique dans les Autres Villes est également préoccupant puisqu'un enfant sur trois y est touché (35 %). En ce qui concerne la forme sévère de malnutrition chronique, on constate qu'il y a, environ, deux fois plus d'enfants atteints en milieu rural (22 %) que dans la ville de N'Djaména (12 %).

Les résultats concernant le niveau d'instruction des femmes mettent en évidence de fortes disparités. En effet, les enfants dont les mères n'ont pas d'instruction accusent plus fréquemment un retard de croissance (43 %) que ceux dont les mères ont un niveau d'instruction primaire (32 %) et secondaire ou plus (19 %). Les résultats sur la malnutrition chronique sévère, font apparaître les mêmes écarts puisque 23 % des enfants



de mère sans instruction sont touchés par cette forme de malnutrition contre 14 % des enfants de mères ayant un niveau d'instruction primaire et 5 % de ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Ce résultat révèle, une fois encore, la nécessité d'éduquer les femmes car avec l'acquisition d'une certaine instruction, elles acquièrent également une meilleure connaissance des règles d'hygiène et des principes de base en matière de nutrition des enfants. Toutefois, il convient de noter que ces écarts peuvent aussi résulter de disparités socio-économiques entre les femmes instruites et celles qui ne le sont pas : en effet, les femmes n'ayant pas d'instruction vivent plus fréquemment dans des conditions précaires, caractérisées par une quantité de nourriture disponible parfois limitée et non diversifiée et par des conditions de logement parfois insalubres.

Émaciation

Le tableau 8.5 présente également les résultats concernant les proportions d'enfants atteints de malnutrition aiguë, exprimée par l'indice poids-pour-taille. Cet indice qui donne donc une mesure de la masse du corps en relation avec sa taille reflète la situation nutritionnelle actuelle (au moment de l'enquête). Il convient de noter que cet indice du moment est fortement influencé par la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données. En effet, la plupart des facteurs susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant, que ce soient des maladies (rougeole, diarrhée...) ou des déficits alimentaires (sécheresses, périodes de soudure) sont très liés à la saison. Ce type de malnutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et/ou d'une perte de poids consécutive à une maladie (diarrhée sévère ou anorexie, par exemple). Un enfant souffrant de cette forme de malnutrition est maigre ou *émacié*. Les enfants dont le poids-pour-taille se situe à moins 2 écarts type en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme étant atteints de *malnutrition aiguë modérée*, ceux se situant à moins 3 écarts type sont considérés comme souffrant de *malnutrition aiguë sévère*.

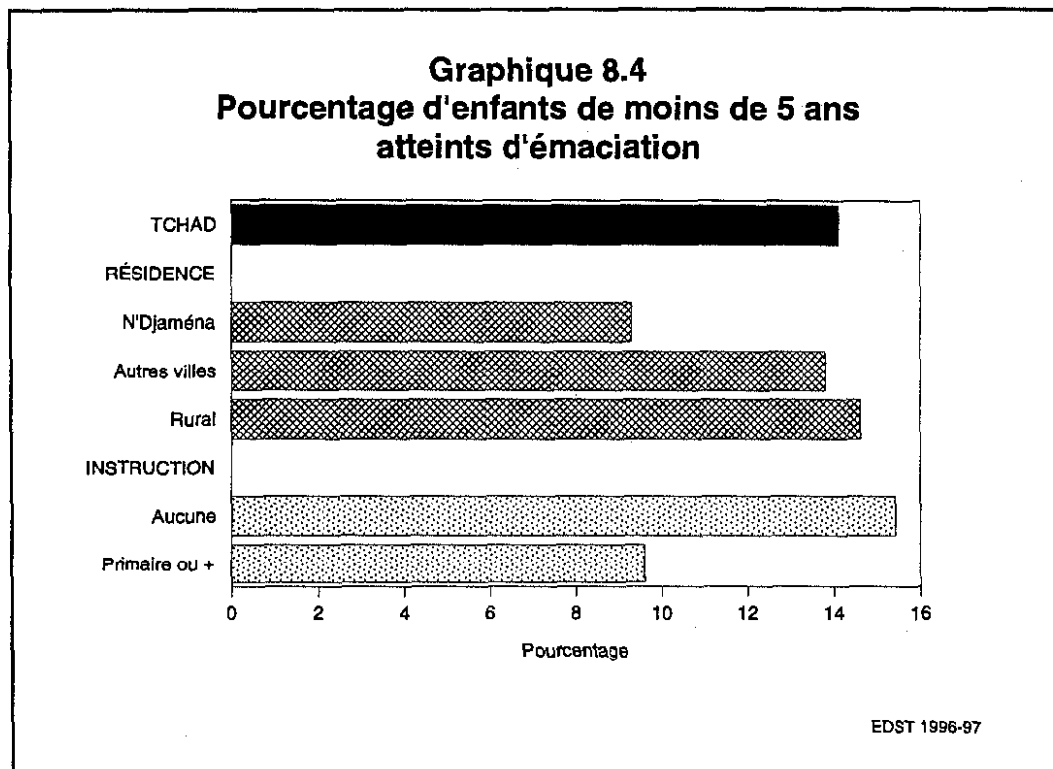
Au Tchad, une proportion extrêmement importante d'enfants souffrent de malnutrition aiguë (14 %) et 3 % sont atteints de la forme sévère. Ces proportions reflètent une situation alimentaire et nutritionnelle

extrêmement préoccupante au moment de la collecte des données ainsi que des pratiques inappropriées d'alimentation des enfants. La proportion d'enfants atteints d'émaciation est 6 fois plus élevée que celle que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (2,3 %) et 25 fois plus élevée pour la forme sévère d'émaciation (0,1 %).

Par ailleurs, les résultats du tableau 8.5 et du graphique 8.2 montrent que ce sont les enfants âgés de 6-11 mois (22 %) et de 12-23 mois (26 %) qui sont les plus touchés par l'émaciation. Ces résultats ne sont pas du tout surprenants puisque c'est à 12-23 mois que la majorité des enfants sont sevrés (la durée médiane de l'allaitement étant de 21,4 mois) et les aliments de sevrage ne sont pas suffisants pour couvrir les besoins de croissance à ces âges, ce qui provoque des carences, une plus grande fragilité aux infections et des états de malnutrition. Ce groupe d'âges correspond également au stade de développement auquel les enfants commencent à explorer leur environnement immédiat et à porter n'importe quel objet à leur bouche : ils sont ainsi particulièrement exposés aux maladies diarrhéiques. Le fait qu'après le troisième anniversaire (36 mois), les proportions d'enfants émaciés diminuent considérablement n'est pas nécessairement le signe d'une amélioration de l'état nutritionnel des enfants à partir de cet âge mais plutôt la conséquence d'une forte mortalité des enfants (voir Chapitre 9 - Mortalité des enfants de moins de 5 ans) : seuls les enfants les moins touchés survivraient après cet anniversaire.

Concernant le sexe des enfants, il apparaît que la proportion d'enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée est légèrement plus élevée pour le sexe masculin (16 %) que pour le sexe féminin (13 %). En ce qui concerne le rang de naissance, il semble que les enfants de rang élevés (6 et plus), soient légèrement plus émaciés que les enfants de rangs inférieurs. Enfin, l'intervalle intergénéral ne semble pas influencer de manière significative les niveaux de malnutrition aiguë, qu'elle soit modérée ou sévère.

Le milieu de résidence de la femme induit des différences assez significatives des niveaux d'émaciation des enfants (graphique 8.4). En effet, à l'exception de la capitale (N'Djaména) qui se caractérise par le niveau de malnutrition le plus faible (9 %), on constate une certaine homogénéité dans le



reste du pays avec une prévalence élevée aussi bien dans les Autres Villes qu'en milieu rural (aux alentours de 14 %). Cette différence de niveau vient probablement du fait que la plupart des populations résidant hors de la capitale vivent dans des conditions économiques et d'hygiène particulièrement difficiles et ce, même si la situation des habitants de la ville de N'Djaména n'est pas très satisfaisante.

En ce qui concerne le niveau d'instruction des femmes, on constate que les enfants dont la mère n'est pas instruite sont plus souvent émaciés (15 %) que ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire ou plus (10 %). Par contre, la lecture des résultats concernant les proportions d'enfants atteints d'émaciation sévère mettent en évidence des niveaux assez proches entre les enfants de mère sans instruction et ceux dont la mère a un niveau d'instruction, au moins, primaire (2 % contre 3 %).

Insuffisance pondérale

L'indice poids-pour-âge qui figure au tableau 8.5 nous renseigne sur l'état nutritionnel des enfants. C'est un *indice combiné* (puisque un faible poids-pour-âge peut être provoqué par la maigreur comme par le retard de croissance) qui traduit une *insuffisance pondérale* chez les enfants. Il est plus souvent utilisé par les services de santé pour suivre les progrès nutritionnels et la croissance des enfants. L'utilisation de cet indice a cependant des limites car il ne permet pas de distinguer entre les déficiences alimentaires de longue durée (retard de croissance) et celles qui sont récentes (émaciation). Comme le poids-pour-taille, il reste sensible aux variations saisonnières.

Les résultats du tableau 8.5 révèlent que 39 % des enfants tchadiens de moins de cinq ans souffrent d'insuffisance pondérale et 14 % d'insuffisance pondérale sévère. Ces résultats permettent de dire, sans risque d'erreur, que la situation du pays est assez alarmante puisque que les niveaux observés sont très largement supérieurs à ceux que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (respectivement, 2,3 % et 0,1 %). Comme pour les deux autres indices, cette forme de malnutrition, assez peu fréquente aux jeunes âges (4 % à moins de six mois), augmente très rapidement pour toucher 32 % des enfants de 6-11 mois et plus de 50 % des enfants à partir de 12 mois (graphique 8.2).

De même que pour les indices précédents, les résultats mettent en évidence des disparités de la prévalence de l'insuffisance pondérale selon les caractéristiques des mères et des enfants. Tout d'abord, en ce qui concerne le sexe de l'enfant, on constate que les garçons (40 %) sont légèrement plus touchés que les filles (38 %). Le rang de naissance fait apparaître de légers écarts entre les enfants de rang 1, 2 et 3 et ceux de rangs plus élevés, l'insuffisance pondérale touchant plus fréquemment les enfants de rangs élevés (environ 41 % pour les rangs 4 ou plus contre 36 % des rangs inférieurs à 4). En outre, on constate que plus l'intervalle intergénésiq ue est court, plus les proportions d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale sont élevées : en effet, 45 % des enfants dont l'intervalle intergénésiq ue est inférieur à 24 mois souffrent d'insuffisance pondérale alors que cette proportion est, d'environ, 37 % pour les enfants dont l'intervalle intergénésiq ue est supérieur à 24 mois.

Avec une prévalence de 41 %, on constate que les enfants du milieu rural souffrent plus fréquemment d'insuffisance pondérale que ceux des Autres villes (35 %) et que ceux de N'Djaména (26 %). Comme pour les autres indices de l'état nutritionnel, le niveau d'instruction de la femme se révèle un des facteurs les plus déterminants : en effet, 18 % des enfants de femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus présentent une insuffisance pondérale contre 27 % de ceux de femmes d'instruction primaire et 42 % de ceux dont les mères n'ont eu aucune instruction.

8.3 ÉTAT NUTRITIONNEL DES FEMMES

L'état nutritionnel des femmes est un des déterminants de la mortalité maternelle puisqu'il joue un rôle important dans l'évolution des grossesses ainsi que sur leur issue. Par conséquent, il influence également la morbidité ainsi que la mortalité des jeunes enfants. L'état nutritionnel des femmes est conditionné, à la fois, par son équilibre énergétique, son état de santé et le temps écoulé depuis la dernière naissance. Il y a donc un lien étroit entre les niveaux de fécondité et de mortalité et l'état nutritionnel des femmes. Ainsi, l'évaluation de l'état nutritionnel des femmes est particulièrement utile pour identifier des groupes à hauts risques.

Dans le cadre de l'EDST, pour déterminer l'état nutritionnel des femmes, on a relevé le poids et la taille de toutes les femmes ayant eu une naissance vivante durant les cinq années ayant précédé l'enquête. Même si ces données ne sont pas totalement représentatives de l'ensemble de la population des femmes de 15-49 ans, les résultats du tableau 8.6 donnent une indication de l'état nutritionnel des femmes en fournissant la moyenne, l'écart type et la distribution de la taille et du poids ainsi que l'*Indice de Masse Corporelle* (IMC)⁵ calculé à partir de la taille et du poids. Par ailleurs, pour éviter d'introduire des biais dans les distributions du poids et de l'IMC, on a exclu les femmes enceintes ainsi que celles qui avaient eu une naissance le mois de l'interview ou le mois précédant.

Même si la taille peut varier dans les populations à cause de facteurs génétiques, elle demeure néanmoins un indice indirect du statut socio-économique de la femme dans la mesure où une petite taille peut résulter d'une malnutrition chronique durant l'enfance. Par ailleurs, d'un point de vue anatomique, la taille des femmes est associée à la largeur du bassin; les femmes de petite taille sont plus susceptibles que les autres d'avoir des complications pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement. Elles sont aussi plus susceptibles que les autres de concevoir des enfants de faible poids. Bien que la taille critique en deçà de laquelle une femme peut être considérée à risque varie selon les populations, on admet généralement que cette taille se situe entre 140 et 150 centimètres.

Les résultats du tableau 8.6 indiquent que la taille moyenne des femmes ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années se situe nettement au-dessus de l'intervalle mentionné : elle est de 162,7 centimètres (avec un écart type très faible de 0,1 centimètre). Moins de 1 % des femmes ont une taille inférieure à 145 centimètres, considérée ici comme taille limite critique. Par ailleurs, les résultats du tableau 8.7 suggèrent que, quelle que soit la caractéristique socio-économique considérée, les proportions de femmes dont la taille est inférieure à 145 centimètres n'atteignent jamais 1 %.

Tableau 8.6 Indicateurs anthropométriques de l'état nutritionnel des mères

Distribution (en %), moyenne et écart type de la taille, du poids et de l'Indice de masse Corporelle (IMC) pour les femmes ayant eu, au moins, une naissance durant les cinq années ayant précédé l'enquête, EDS Tchad 1996-97

Indicateur	Total
Taille des femmes (cm)	
130,0-134,9	0,1
135,0-139,9	0,1
140,0-144,9	0,1
145,0-149,9	1,5
150,0-154,9	8,5
155,0-159,9	22,6
160,0-164,9	29,4
165,0-169,9	23,5
170,0-174,9	9,6
175,0-179,9	2,3
>= 180,0	0,5
ND	1,8
Total	100,0
Effectif de femmes	4 607
Taille moyenne	162,7
Écart type	0,1
Poids des femmes (kg)	
35,0-39,9	1,9
40,0-49,9	28,9
50,0-59,9	45,4
60,0-69,9	17,7
>= 70,0	4,2
ND	1,9
Total	100,0
Effectif de femmes	3 616
Poids moyen	54,6
Écart type	0,2
IMC des femmes (kg/m²)	
12,0-15,9 (Sévère)	2,4
16,0-16,9 (Modéré)	4,5
17,0-18,4 (Léger)	13,8
18,5-20,4 (Normal)	32,2
20,5-22,9 (Normal)	30,1
23,0-24,9 (Normal)	9,9
25,0-26,9 (Surpoids)	3,1
27,0-28,9 (Surpoids)	1,1
29,0-29,9 (Surpoids)	0,1
>= 30,0 (Obèse)	0,8
ND	2,0
Total	100,0
Effectif de femmes	3 616
IMC moyen	20,5
Écart type	0,0

⁵ L'IMC est calculé en divisant le poids (en kilos) par le carré de la taille (en mètres) : il s'exprime donc en kg/m²

L'un des facteurs de risque important pour le déroulement et l'issue de la grossesse est le poids des femmes avant une grossesse, notamment un faible poids. Le poids moyen des femmes tchadiennes est de 54,6 kilos (avec un écart type relativement faible de 0,2 kilo) : 31 % d'entre elles ont un poids inférieur à 50 kilos et 4 % dépassent les 70 kilos (tableau 8.7).

En fait, les analyses séparées sur la taille et le poids ne permettent pas réellement de rendre compte des éventuelles disparités puisque le poids est très variable selon la taille. Ainsi, il est préférable de calculer un indice qui met en relation les deux paramètres poids/taille. L'IMC, ou encore Indice de Quételet, est le plus souvent utilisé pour montrer le manque ou l'excès de poids en contrôlant la taille et, en outre, il présente l'avantage de ne pas nécessiter l'utilisation de tables de référence comme c'est le cas pour le poids-pour-taille. Pour exprimer une malnutrition aiguë, on utilise généralement comme seuil la valeur 18,5; à l'opposé, pour indiquer un surplus de poids, il n'existe pas de seuil unanimement admis.

Au Tchad, la valeur moyenne de l'IMC (tableau 8.6) est de 20,5 (avec un écart type presque nul). Il convient de noter cependant qu'une proportion assez importante de femmes (21 %) se situent en deçà du seuil critique de 18,5 et sont donc atteintes de malnutrition aiguë : 14% sont atteintes de malnutrition aiguë sous une forme légère, 5% sous une forme modérée et 2 % sous une forme sévère. Ces niveaux élevés de malnutrition des femmes sont à mettre en relation avec la forte proportion d'enfants de faible poids à la naissance ainsi qu'avec les fortes proportions d'enfants de moins de cinq ans atteints de malnutrition. Par ailleurs, une proportion non négligeable de femmes (5 %) ont un indice supérieur à 25 et par conséquent font partie de la catégorie des femmes ayant un excès de poids.

Tableau 8.7 Indicateurs anthropométriques des mères par caractéristiques socio-démographiques

Pour les mères d'enfants de moins de cinq ans, taille moyenne et pourcentages de celles dont la taille est inférieure à 145 centimètres, Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen et pourcentages de celles dont l'IMC est inférieur à 18,5, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Taille			Poids-pour-taille ¹		
	Moyenne	Pourcentage <145 cm	Effectif de mères	IMC moyen (kg/m ²)	Pourcentage <18,5	Effectif de mères
Âge de la femme						
15-19	161,3	0,7	500	20,0	23,6	389
20-24	162,6	0,0	1 112	20,5	19,7	843
25-29	162,7	0,3	1 165	20,5	23,5	869
30-34	163,0	0,3	803	20,8	17,1	630
35-49	163,1	0,1	945	20,7	21,8	814
Milieu de résidence						
N'Djaména	162,9	0,3	372	21,3	24,8	294
Autres villes	162,8	0,1	599	21,0	23,6	469
Ensemble urbain	162,8	0,2	971	21,1	24,0	763
Rural	162,6	0,3	3 555	20,4	20,3	2 783
Niveau d'instruction						
Aucun	162,3	0,3	3 556	20,2	23,7	2 790
Primaire ou plus	163,9	0,1	970	21,6	11,4	756
- Primaire	163,8	0,1	836	21,5	10,3	645
- Secondaire ou +	164,6	0,0	134	22,1	18,0	111
Ensemble	162,7	0,2	4 526	20,5	21,1	3 546

¹ Sont exclues les femmes enceintes et celles ayant eu un enfant dans les deux mois ayant précédé l'enquête.

D'une manière générale, l'IMC moyen présente très peu de variations selon certaines caractéristiques étudiées (tableau 8.7). Cependant, on observe des disparités assez remarquables lorsqu'on considère la proportion de femmes qui se situent en deçà du seuil critique de 18,5. Comme l'état nutritionnel des enfants, les écarts les plus manifestes concernent le niveau d'instruction : 24 % de femmes sans instruction se situent en dessous de 18,5 et sont donc plus fréquemment atteintes de malnutrition aiguë que les femmes ayant une instruction primaire ou plus (11 %). Paradoxalement, les femmes du milieu rural sont, en proportion, moins atteintes de malnutrition aiguë (20 % en deçà du seuil critique) que leurs consœurs des Autres Villes (24 %) ou de la Capitale N'Djaména (25 %).

Les analyses faites ici n'apportent pas toutes les explications nécessaires pour comprendre la dégradation de l'état nutritionnel des enfants et des femmes tchadiens. Cependant, par rapport aux normes préétablies et admises, il apparaît que cette situation est très alarmante et cela, malgré les efforts considérables accomplis par les autorités ces dernières années pour améliorer la santé des enfants; un grand nombre d'enfants de moins de 5 ans qui survivent, sont dans un état nutritionnel particulièrement critique. Il convient de noter aussi, qu'en ce qui concerne les enfants, ce sont ceux des Autres Villes et ceux du milieu rural qui souffrent le plus fréquemment de malnutrition alors que chez les femmes, ce sont celles vivant à N'Djaména qui sont le plus fréquemment atteintes de malnutrition aiguë.

CHAPITRE 9

MORTALITÉ DES ENFANTS

Monique Barrère et Bernard Barrère

Les niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants sont fonction des conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population et dans les diverses couches sociales de cette population. C'est pourquoi, le niveau de mortalité des enfants est souvent considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays. La connaissance de la mortalité des enfants est donc indispensable, non seulement, aux spécialistes des questions de population, mais aussi aux responsables de mise en place des programmes de santé et de développement socio-économique. C'est dans cette perspective que s'inscrit l'un des principaux objectifs de l'EDST : collecter des informations sur la mortalité des enfants selon les caractéristiques socio-économiques et démographiques de la mère.

9.1 MÉTHODOLOGIE ET QUALITÉ DES DONNÉES

Les indicateurs de mortalité présentés dans ce chapitre sont calculés à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies dans le questionnaire femme. Dans la Section 2 du questionnaire, l'enquêtrice enregistre toutes les naissances de la femme, en précisant le sexe, l'âge et l'état de survie. Pour les enfants décédés, l'enquêtrice enregistre également l'âge au décès.

L'estimation de la mortalité à partir de l'historique des naissances présente, à la fois, des limites d'ordre méthodologique et des risques d'erreurs d'enregistrement. En premier lieu, dans ce type d'approche rétrospective, on collecte des informations sur le passé (ici, la mortalité des enfants) auprès de personnes vivantes au moment de l'enquête (ici, les femmes de 15-49 ans). On n'a donc aucune information sur la survie ou le décès d'enfants dont la mère est décédée : dans le cas où ces enfants, « orphelins de mère », seraient en nombre important¹ et où leur mortalité serait différente de celle des enfants dont la mère survit (ce qui est certainement le cas), les niveaux de mortalité s'en trouveraient affectés. En outre, en limitant la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans, les informations découlant de l'historique des naissances ne sont pas complètement représentatives des différents intervalles de la période passée. Si, pour les cinq années précédant l'enquête, la presque totalité des naissances (et de la mortalité infanto-juvénile qui peut s'ensuivre) sont issues des femmes de 15-49 ans à l'enquête, il n'en est pas de même pour les intervalles plus anciens : pour la période 10-14 ans avant l'enquête, par exemple, nous ne disposons d'aucune information sur les naissances issues de femmes de 40-49 ans à cette époque.

Du point de vue de la collecte proprement dite, comme cela a été précisé au Chapitre 3 (Fécondité), la validité des données peut être affectée par :

1) le sous-enregistrement des événements, en particulier l'omission d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou jours après la naissance, peut induire une sous-estimation de la mortalité; en outre, si ce sous-enregistrement était d'autant plus important que la période de référence est éloignée de la date de l'enquête, les tendances observées des niveaux de mortalité s'en trouveraient affectées. Une technique d'évaluation succincte du sous-enregistrement des décès des très jeunes

¹ Selon les résultats de l'enquête ménage, 1 % des enfants de moins de 5 ans survivants et identifiés dans les ménages étaient orphelins de mère.

enfants consiste à calculer la proportion d'enfants décédés entre 0 et 6 jours par rapport aux décès survenus au cours du premier mois. Comme, généralement, la mortalité diminue rapidement au cours de l'enfance, on s'attend à ce que cette proportion augmente avec une diminution de la mortalité d'ensemble des enfants et une proportion inférieure à environ 60 % indiquerait un sous-enregistrement important des décès précoces. Dans le cas de l'EDST, les proportions varient d'un minimum de 58 %, 0-4 ans avant l'enquête, à un maximum de 62 % pour la période 10-14 ans avant l'enquête (tableau C.6 en Annexe C), ce qui semble indiquer qu'il n'y a pas eu de sous-enregistrement important des décès précoces. Une faible proportion de mortalité néonatale par rapport à la mortalité infantile peut également être utilisée pour estimer l'importance de la sous-déclaration des décès de jeunes enfants. Comme on peut le constater au tableau C.7 (Annexe C), selon la période quinquennale considérée, les proportions se situent à un niveau à peu près acceptable, variant de 44 % à 51 %, et ne mettent pas en évidence de sous-estimation importante des décès.

2) les déplacements différentiels de dates de naissance des enfants, selon qu'ils sont vivants ou décédés. Ces *déplacements* qui n'affectent pas les niveaux de mortalité de l'ensemble de la période rétrospective considérée, peuvent entraîner une sous-estimation de la mortalité d'un intervalle (par exemple, 0-4 ans avant l'enquête), et par conséquent une surestimation de la mortalité de l'intervalle précédant (par exemple, 5-9 ans avant l'enquête). À l'Annexe C, le tableau C.5 fournit la distribution des naissances, selon leur état de survie, par année de naissance. Comme on l'a précisé au Chapitre 3 (Fécondité), le « rapport de naissances annuelles » semble indiquer un manque de naissances en 1991, et un *surplus* en 1990. Ces déplacements semblent plus prononcés pour les enfants décédés, nés en *sous-nombre* en 1991 (rapport = 61,8 < 100) et en *surnombre* en 1990 (rapport = 155,5 > 100). Cependant, les niveaux de mortalité étant calculés par période quinquennale, soit 1993-1997 pour la plus récente, et 1988-1992 pour la période précédente, ils ne devraient pas être affectés de façon significative par ces transferts, qui se produisent à l'intérieur des intervalles de référence.

3) l'imprécision des déclarations d'âge au décès, en particulier, l'attraction de 12 mois comme âge au décès,² en transformant une partie des décès de jeunes enfants (moins de 12 mois) en décès d'enfants plus âgés (12 à 59 mois), peut engendrer une sous-estimation de la mortalité infantile et, par contre-coup, une surestimation de la mortalité juvénile, la mortalité globale des moins de cinq ans n'étant que très peu affectée. À l'Annexe C, les tableaux C.6 et C.7 fournissent la distribution des décès par âge au décès (jours, mois et années). On remarquera que, pour la période 0-4 ans avant l'enquête, à peu près le même nombre d'enfants seraient morts à 12 mois (33 décès) qu'aux âges 11 et 13 mois encadrants (35 décès). Pour les périodes précédentes, l'attraction pour l'âge au décès 12 mois est plus importante : ainsi, globalement sur la période 0-19 ans avant l'enquête, près de deux fois plus d'enfants seraient décédés à 12 mois (169 décès) qu'aux âges 11 et 13 mois encadrants (95 décès) : l'attraction pour l'âge au décès 12 mois est nette, mais trop négligeable pour affecter réellement les niveaux de mortalité infantile et de mortalité juvénile.³

² Pour essayer de minimiser l'attraction de certains âges (en particulier, un an) les enquêtrices devaient enregistrer en jours, les décès de moins d'un mois, en mois, les décès de moins de deux ans, et en années les décès survenus à deux ans et plus.

³ A titre indicatif, un ajustement des données par le transfert d'une partie des décès déclarés à 12 mois à ceux déclarés à moins de 1 an conduirait, pour la période 0-4 ans avant l'enquête, à une mortalité infantile supérieure d'environ 2 %; pour l'ensemble de la période 0-19 ans avant l'enquête, ce même ajustement conduirait à une mortalité infantile d'environ 3 % plus élevée. Bien entendu, la mortalité juvénile s'en trouverait diminuée dans, à peu près, les mêmes proportions.

Finalement, les limites méthodologiques, inhérentes à l'historique des naissances et, comme nous venons de le voir, les risques d'erreurs ou d'imprécisions de collecte n'induisent généralement qu'une très faible marge d'erreur dans les mesures des événements récents (Sullivan et al., 1990) : dans le cadre de cette analyse, on n'a donc procédé à aucun ajustement des données.

9.2 NIVEAUX ET TENDANCES

À partir des informations recueillies dans l'historique des naissances, on calcule les indicateurs suivants :

- quotient de mortalité néonatale (NN) :** probabilité de décéder avant d'atteindre un mois;
- quotient de mortalité post-néonatale (PNN) :** probabilité de décéder après la période néonatale, mais avant le premier anniversaire;
- quotient de mortalité infantile (${}_1q_0$) :** probabilité de décéder avant le premier anniversaire;
- quotient de mortalité juvénile (${}_4q_1$) :** probabilité de décéder après le premier et avant le cinquième anniversaire;
- quotient de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) :** probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire.

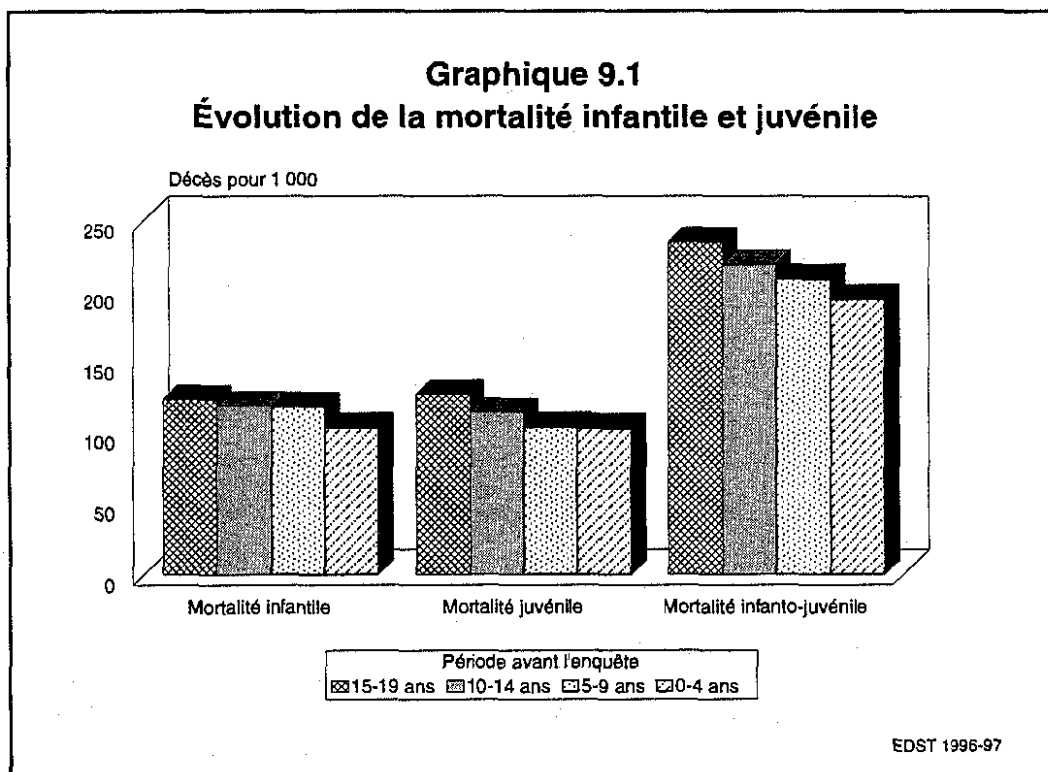
Le tableau 9.1 présente les différents quotients pour les périodes allant de 1977 à 1997. Pour la période la plus récente, allant de 1992-93 à 1996-97, le risque de mortalité infantile est évalué à 103 décès pour 1 000 naissances vivantes; le risque de mortalité juvénile s'établit quant à lui à 102 ‰. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de mortalité avant l'âge de cinq ans, est de 194 ‰. En d'autres termes, au Tchad, environ un enfant sur cinq meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

Contrairement au schéma classique, la mortalité néonatale (durant le premier mois), évaluée à 44 ‰, est inférieure à la mortalité post-néonatale (59 ‰). Ce résultat pourrait indiquer une légère sous-estimation de la mortalité néonatale et, par conséquent, de la mortalité infantile en général, mais pourrait aussi résulter de mauvaises déclarations d'âges au décès : le décès de certains enfants durant le premier mois aurait été déclaré comme survenu au cours du deuxième mois.

Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
0-4	43,9	58,7	102,6	102,2	194,3
5-9	51,3	66,3	117,6	103,0	208,5
10-14	60,0	58,4	118,4	113,9	218,8
15-19	58,8	64,5	123,3	126,8	234,5

Les niveaux de mortalité calculés ici sont nettement supérieurs à ceux déduits de l'observation brute faite lors du RGPH de 1993 (résultats non ajustés qui n'ont pas été publiés). Rappelons que, comme dans la plupart des recensements, le RGPH a estimé le niveau de mortalité à partir de questions posées au chef de ménage sur les décès survenues dans son ménage au cours des douze mois ayant précédé la collecte des données. Les décès enregistrés selon cette méthode de collecte sont très souvent sous-estimés, ce qui semble avoir été le cas en 1993. Par contre, le RGPH a également estimé le niveau de mortalité en utilisant une méthode indirecte, la méthode Brass-Trussell sur la survie des enfants (Nations Unies, 1984). Cette méthode qui permet d'estimer le niveau de mortalité juvénile a donné un quotient ${}_4q_1$ de 105 ‰; à partir de ce quotient, la mortalité infantile a été évaluée à 132 ‰ par le RGPH (BCR, 1996). Globalement, le RGPH propose un niveau de mortalité infanto-juvénile de 222 ‰. Ces quotients sont à comparer avec ceux estimés par l'EDST pour la période 5-9 ans avant l'enquête, centrée environ autour de l'année 1990. On constate que le quotient de mortalité juvénile estimé par le RGPH (105 ‰) est pratiquement identique à celui calculé par l'EDST (103 ‰); par contre le quotient de mortalité infantile estimé par le RGPH (132 ‰) est légèrement supérieur à celui calculé par l'EDST (118 ‰). Globalement, le niveau de mortalité entre la naissance et le cinquième anniversaire estimé par le RGPH (222 ‰) n'est que très légèrement supérieur à celui calculé à l'EDST à partir des observations (209 ‰).

Les données du tableau 9.1, représentées au graphique 9.1 permettent de retracer l'évolution de la mortalité infantile et juvénile au cours des vingt dernières années. On constate que les probabilités de décéder ont peu évolué : ${}_5q_0$ est passé de 235 ‰ 15-19 ans avant l'enquête (période centrée autour de l'année 1980), à 209 ‰ 5-9 ans avant l'enquête (autour de l'année 1990) et à 194 ‰ durant la période la plus récente (centrée autour de 1995) : on aurait donc assisté à une baisse de mortalité de seulement 17 ‰ en 15 ans. De plus, il semblerait que cette baisse se soit ralenti au cours des années les plus récentes. Quand on sait que les périodes 15-19 ans et 10-14 ans avant l'enquête sont celles des troubles politico-militaires, qui ont dû provoquer une certaine hausse de la mortalité, on pourrait dire que la mortalité des enfants n'a connu aucune amélioration au cours des 15 dernières années.



9.3 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE ET GROUPES À HAUTS RISQUES

Le tableau 9.2 présente les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère, pour la période de dix ans précédant l'enquête (1988-1997). La référence à une période de dix ans est utilisée ici pour pouvoir disposer, pour chaque sous-groupe de population, d'un nombre d'événements statistiquement suffisant au calcul des différentes probabilités. Le graphique 9.2 illustre les niveaux de mortalité infanto-juvénile selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère.

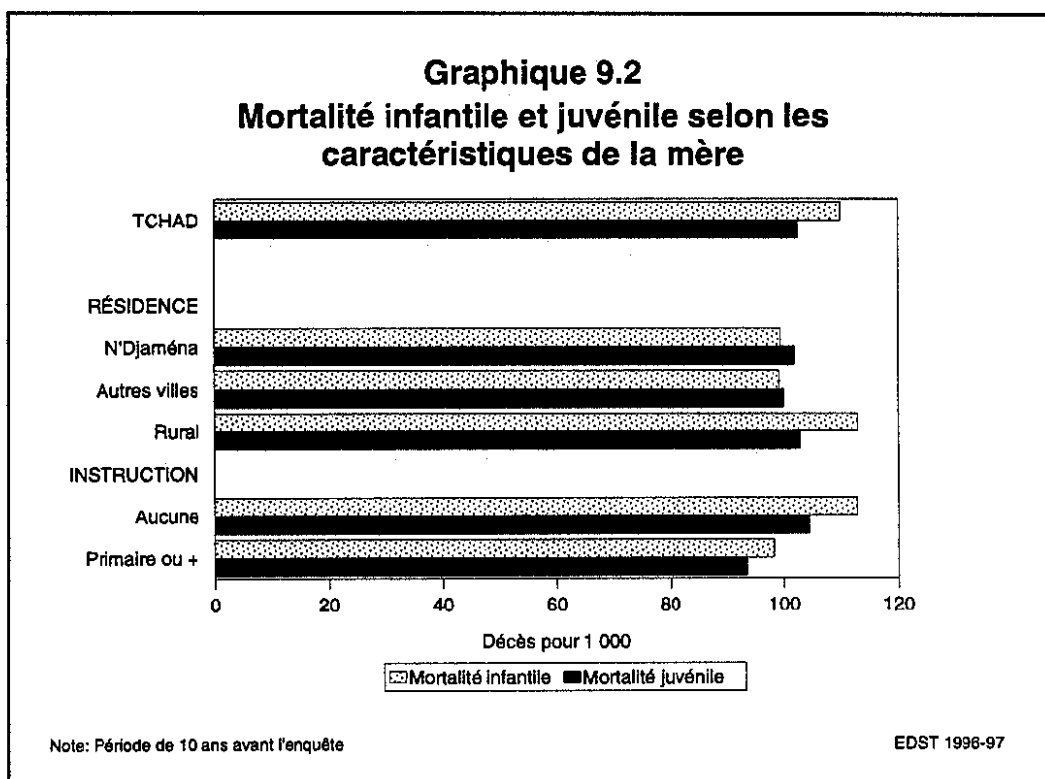
Tableau 9.2 Mortalité des enfants par caractéristiques de la mère					
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques de la mère, EDS Tchad 1996-97					
Caractéristique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
Milieu de résidence					
N'Djaména	39,6	59,8	99,4	101,8	191,1
Autres villes	37,5	61,7	99,2	99,9	189,2
Ensemble urbain	38,3	60,9	99,3	100,7	190,0
Rural	50,0	62,7	112,7	102,8	203,9
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	49,4	63,1	112,6	104,3	205,1
Primaire ou plus	39,0	59,2	98,2	93,3	182,4
Religion					
Musulmane	42,7	57,3	100,0	100,0	190,0
Catholique	47,3	72,3	119,6	111,4	217,7
Protestante	54,3	58,8	113,1	96,1	198,3
Soins prénatals et assistance à l'accouchement¹					
Ni l'un ni l'autre	49,1	60,3	109,4	-	-
L'un ou l'autre	30,2	57,3	87,6	-	-
Les deux	29,9	57,4	87,3	-	-
Ensemble	47,4	62,3	109,8	102,4	200,9

¹ Quotients pour la période de cinq ans précédant l'enquête

Quel que soit le type de mortalité, on ne constate que peu de différence entre les milieux de résidence : la mortalité infantile varie de 99 % à N'Djaména et dans les Autres Villes à 113 % en milieu rural et la mortalité juvénile ne présente pratiquement aucune variation (101 % en milieu urbain contre 103 % en milieu rural). Ces résultats, qui confirment ce qui avait été observé lors du RGPH de 1993, peuvent paraître assez surprenants dans la mesure où la plupart des indicateurs de santé présentés précédemment mettent en évidence une meilleure situation sanitaire (soins prénatals, vaccinations, etc.) en milieu urbain et, en particulier, à N'Djaména par rapport au milieu rural. De même, la malnutrition touche moins les enfants de N'Djaména que ceux des Autres Villes et surtout que ceux du milieu rural (voir Chapitre 8 - Allaitement et

état nutritionnel). Par contre, on a noté au Chapitre 7 (Santé de la mère et de l'enfant) que les maladies respiratoires, la fièvre et la diarrhée touchent légèrement plus les enfants du milieu urbain et, en particulier, ceux de N'Djaména que ceux du milieu rural. Quand on sait que ces maladies sont les principales causes de décès d'enfants (voir Chapitre 10 - Cause de décès des enfants), il est peut-être moins surprenant de constater que les niveaux de mortalité soient si proches dans la Capitale, dans les Autres Villes et en milieu rural.

D'une part, les meilleures infrastructures sanitaires existant en milieu urbain et, en particulier, à N'Djaména ont certainement un impact positif sur la survie des enfants, par le biais de meilleures conditions d'accouchement, d'une meilleure couverture vaccinale, etc., mais, d'autre part, l'insalubrité et les mauvaises conditions d'hygiène prévalentes dans certains quartiers des villes et de N'Djaména, en favorisant le développement des maladies infectieuses, annulent, en partie, les avantages résultant de ces meilleures infrastructures sanitaires.



Les enfants dont la mère est sans instruction ont une probabilité de mourir avant un an (113 %) légèrement plus élevée que celle des enfants dont la mère a fréquenté l'école (98 %). Cette différence de mortalité est du même ordre de grandeur pour les enfants survivants à un an, puisque leur probabilité de mourir avant cinq ans est de 104 % quand leur mère n'a aucune instruction, contre 93 % lorsqu'elle a fréquenté l'école (voir tableau 9.2 et graphique 9.2).⁴ Comme pour le milieu de résidence, les faibles écarts de mortalité observés selon le niveau d'instruction peuvent sembler surprenant. Cependant, les constatations faites pour le milieu de résidence s'appliquent également pour l'instruction des mères : par rapport aux enfants de mère sans instruction, ceux dont la mère a fréquenté l'école ont de meilleurs indicateurs de santé et un meilleur état nutritionnel, mais ils sont plus touchés par la diarrhée, la fièvre et les maladies

⁴ Compte tenu du faible nombre de femmes ayant un niveau d'instruction supérieur au primaire, les niveaux de mortalité des enfants ne peuvent pas être présentés en distinguant les mères de niveau primaire de celles de niveau secondaire ou plus.

respiratoires. Étant donné que les mères ayant fréquenté l'école sont largement concentrées en milieu urbain, les tentatives d'explication des niveaux de mortalité données précédemment à propos des conditions environnementales prévalentes en ville sont très certainement valables ici aussi.

La dernière caractéristique présentée au tableau 9.2 concerne les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement. Lorsque la mère n'a fait aucune visite prénatale pendant sa grossesse et n'a pas été assistée par du personnel médical lors de l'accouchement, son enfant court un risque de décéder de 109 ‰ avant d'atteindre son premier anniversaire, contre 87 ‰ pour un enfant dont la mère a été en consultation prénatale ou/et a été assistée lors de l'accouchement par un professionnel de la santé. On constate, en outre, que lorsque la mère n'a pas eu de soins prénatals ni d'assistance à l'accouchement, la mortalité néonatale (49 ‰) est 1,6 fois plus élevée que lorsqu'il y a eu des visites prénatals et/ou une assistance médicale à l'accouchement (30 ‰).

Le tableau 9.3 présente les quotients de mortalité pour la période de dix ans précédant l'enquête selon certaines caractéristiques biologiques des mères et des enfants. Entre la naissance et le cinquième anniversaire, la mortalité des enfants de sexe masculin est, comme dans la majorité des populations, légèrement plus élevée que celle des enfants de sexe féminin : sur 1 000 garçons, 213 n'atteignent pas le cinquième anniversaire, alors que ce rapport est de 189 pour 1 000 filles à la naissance. Cette différence de

Tableau 9.3 Mortalité des enfants par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête, par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique démographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
Sexe					
Masculin	55,7	64,0	119,7	106,3	213,3
Féminin	39,1	60,7	99,8	98,5	188,5
Âge de la mère à la naissance					
Moins de 20 ans	60,0	67,7	127,8	105,7	220,0
20-29 ans	41,2	61,4	102,7	100,4	192,7
30-39 ans	48,0	57,4	105,4	102,5	197,1
40-49 ans	(51,2)	(79,9)	(131,1)	(117,7)	(233,4)
Rang de naissance					
1	56,5	59,1	115,6	91,6	196,6
2-3	45,6	61,5	107,1	103,4	199,4
4-6	38,0	59,6	97,6	97,8	185,8
7 ou plus	59,0	72,9	131,9	123,5	239,1
Intervalle avec la naissance précédente					
Moins de 2 ans	64,6	84,0	148,7	128,1	257,7
2-3 ans	38,1	57,4	95,5	103,1	188,7
4 ans ou plus	26,2	34,3	60,4	45,2	102,9
Taille à la naissance¹					
Très petit ou petit	51,4	60,1	111,5	-	-
Moyen	42,3	62,7	105,0	-	-
Gros ou très gros	35,7	55,8	91,5	-	-
Ensemble	47,4	62,3	103,8	102,4	200,9

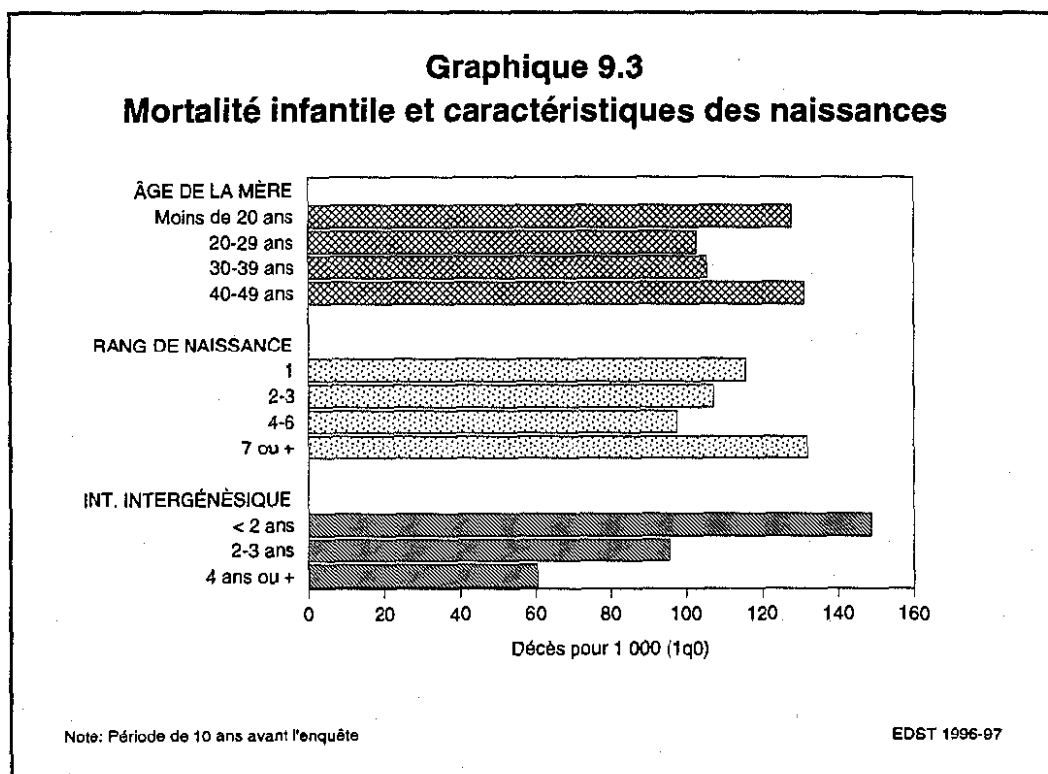
Note : Les quotients calculés sur 250-499 cas figurent entre parenthèses.
¹ Quotients pour la période de cinq ans précédant l'enquête

mortalité entre les sexes s'observe surtout durant la période néonatale (56 ‰ pour les garçons contre 39 ‰ pour les filles) alors que la mortalité post-néonatale diffère peu (64 ‰ pour les garçons contre 61 ‰ pour les filles) ainsi que la mortalité entre 1 et 5 ans (106 ‰ pour les garçons contre 99 ‰ pour les filles).

Par ailleurs, il ressort de ce même tableau que les bébés petits ou très petits (y compris les prématurés) ont une mortalité plus élevée que les bébés moyens ou gros. Sur 1 000 enfants de petite ou très petite taille à la naissance, 51 n'atteignent pas la fin du premier mois d'existence, et 112 n'atteignent pas leur premier anniversaire contre, respectivement, 42 et 105 chez les enfants moyens et 36 et 92 chez les enfants gros à la naissance.

Les trois autres caractéristiques décrivant les niveaux de mortalité et présentées au tableau 9.3 et au graphique 9.3 concernent le comportement procréateur, à savoir l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le rang de naissance et l'intervalle par rapport à la naissance précédente. En ce qui concerne l'âge de la mère, les risques de décéder les plus élevés sont observés chez les enfants nés de mères en début et en fin de vie reproductive (moins de 20 ans et 40-49 ans) : le risque de décéder avant l'âge d'un an est de 20 % plus élevé pour un enfant né d'une mère âgée de moins de 20 ans (128 ‰) que pour un enfant né d'une mère appartenant au groupe d'âges 20-29 ans (103 ‰) ou au groupe d'âges 30-39 ans (105 ‰); de même, le risque de décéder avant l'âge d'un an est plus de 25 % plus élevé pour un enfant né d'une mère âgée de 40-49 ans (131 ‰) que pour un enfant né d'une mère appartenant aux groupes d'âges 20-29 ans ou 30-39 ans (105 ‰).

Selon le rang de naissance, les quotients de mortalité infantile sont, comme il fallait s'y attendre, élevés pour le rang un (116 ‰), ils baissent nettement pour les rangs suivants (107 ‰ pour les rangs 2-3 et 98 ‰ pour les rangs 4 à 6), pour remonter ensuite pour les enfants de rangs les plus élevés (132 ‰ pour les rangs 7 et plus).



La durée de l'intervalle intergénérisique apparaît comme étant le facteur qui influe le plus nettement sur les niveaux de mortalité des enfants. Les intervalles de moins de deux ans, qui réduisent chez la femme le degré de récupération de ses capacités physiologiques, entraînent une mortalité néonatale (65 ‰) 1,7 fois plus élevée que celle estimée pour les naissances qui suivent leur aîné de 2-3 ans (38 ‰) et 2,5 fois plus élevée que celle estimée pour les naissances qui suivent leur aîné de 4 ans ou plus (26 ‰). Par rapport à la naissance dont l'intervalle intergénérisique précédent est inférieur à 24 mois (84 ‰), la mortalité post-néonatale est réduite, environ, dans les mêmes proportions que la mortalité néonatale, lorsque la naissance suit la précédente de 2-3 ans ou de 4 ans ou plus (respectivement, 57 ‰ et 34 ‰). Globalement, la mortalité infantile est réduite de 2,5 lorsque les naissances surviennent plus de quatre ans après la naissance précédente (60 ‰) et de 1,5 lorsque les naissances surviennent 2 à 3 ans après la naissance précédente (96 ‰) par rapport aux naissances dont les intervalles sont inférieurs à 24 mois (149 ‰).

La mortalité différentielle selon ces trois caractéristiques met en évidence les risques importants que fait courir aux enfants une fécondité élevée, caractérisée par des naissances précoces, de rangs élevés et par des intervalles intergénérisiques très courts.

Le tableau 9.4 présente une classification des naissances des cinq dernières années selon les catégories à hauts risques auxquelles elles correspondent :

- les naissances de rang 1 qui présentent un risque élevé de mortalité, mais qui sont inévitables sauf lorsqu'elles sont issues de jeunes mères (âgées de moins de 18 ans). On a donc isolé les naissances de rang 1 et de mères de 18 ans ou plus;
- les naissances issues de mères appartenant à une seule catégorie à haut risque : âge de procréation précoce (moins de 18 ans) ou tardif (35 ans ou plus), intervalle intergénérisique court (moins de 24 mois) et rang élevé de naissance (supérieur à 5);
- les naissances correspondant à une combinaison de catégories de risque selon l'âge de la mère à la naissance, l'intervalle intergénérisique et le rang de naissance;
- et, enfin, les naissances ne correspondant à aucune catégorie à haut risque définie ci-dessus.

Il ressort du tableau 9.4 que 39 % des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête ne correspondent à aucune catégorie à haut risque identifié, 11 % correspondent à des risques élevés parce qu'elles sont de rang un, mais elles sont inévitables, 35 % correspondent à des catégories à haut risque unique et 15 % correspondent à des catégories à hauts risques multiples. Pour évaluer le risque supplémentaire de décéder que font courir aux enfants certains comportements procréateurs des mères, des « rapports de risque » ont été calculés, en prenant comme référence les naissances n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. Le rapport de risque est donc le rapport de la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à haut risque, à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie sans risque.

Les naissances de rang 1 ne sont pas évitables mais, même lorsqu'elles n'interviennent pas à un âge trop précoce, c'est-à-dire avant 18 ans, elles apparaissent ici comme étant des naissances à risque puisque le risque de décéder pour un enfant de rang 1 et dont la mère a 18 ans ou plus est supérieur de 18 % à la catégorie de référence.

Un enfant appartenant à une catégorie quelconque à haut risque unique (non compris les enfants de rang 1 et de mère de 18 ans et plus) court un risque de décéder 1,26 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. La fécondité précoce apparaît ici comme étant un facteur important de risque puisque les enfants issus de ces jeunes femmes courent un risque 1,45 fois plus important de décéder

Tableau 9.4 Comportement procréateur à hauts risques

Répartition (en %) des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, rapport de risque, et répartition (en %) des femmes actuellement en union, à risque de concevoir un enfant à hauts risques de mortalité, selon les catégories à hauts risques de mortalité, EDS Tchad 1996-97

Catégories à hauts risques	Naissances dans les 5 dernières années		Pourcentage de femmes actuellement en union ¹
	Pourcentage de naissances	Rapport de risque	
Dans aucune catégorie à haut risque	39,4	1,00	25,0 ^a
Haut risque inévitable			
Rang (RG) 1 et âge ≥ 18 ans	10,7	1,18	5,7
Un seul haut risque			
Âge < 18 ans	9,8	1,45	2,7
Âge > 34 ans	1,3	(0,42)	5,1
Intervalle intergénérisique (IN) < 24 mois	11,4	1,48	19,9
RG > 5	12,2	1,01	8,0
Ensemble des hauts risques simples	34,7	1,26	35,7
Hauts risques multiples			
Âge < 18 et IN < 24	1,0	2,06	1,0
Âge > 34 et IN < 24	0,2	*	0,2
Âge > 34 et RG > 5	7,5	1,11	19,9
IN < 24 et RG > 5	4,8	1,69	7,7
Âge > 34 et IN < 24 et RG > 5	1,8	(1,86)	4,8
Ensemble des hauts risques multiples	15,2	1,44	33,6
Ensemble des catégories à risques	49,9	1,32	69,3
Total	100,0	-	100,0
Effectif	7 498	-	5 832

Note : Le rapport de risque est le rapport de la proportion d'enfants décédés dans les 5 dernières années dans chaque catégorie à risque, à la proportion d'enfants décédés dans aucune catégorie à haut risque.

* Les ratios sont basés sur trop peu de cas et ont été supprimés.

() Basés sur moins de 200 cas.

¹ Les femmes sont classées dans les catégories à hauts risques selon le statut qu'elles auraient à la naissance de l'enfant, si l'enfant était conçu au moment de l'enquête: âge inférieur à 17 ans et 3 mois ou plus âgé que 34 ans et 2 mois, la dernière naissance a eu lieu dans les 15 derniers mois, et la dernière naissance était de rang 6 ou plus.

^a Y compris les femmes stérilisées

que les enfants de la catégorie de référence. De même, un enfant né rapidement après son aîné (moins de 24 mois après) court un risque de décéder de 1,48 fois plus important que la catégorie de référence. Mais ce sont les enfants appartenant à la catégorie de hauts risques multiples qui sont les plus exposés, puisque leur mortalité est de 1,69 fois plus élevée que celle des enfants n'appartenant à aucune catégorie à risque; les enfants de rang supérieur à 5 et avec un intervalle intergénérisique court et dont la mère a plus de 34 ans sont particulièrement exposés (risque de 1,86 plus élevé que la catégorie de référence).

Ces résultats démontrent qu'un meilleur espacement des naissances n'a pas pour seule conséquence une réduction des niveaux de la fécondité, mais aussi une amélioration des chances de survie des enfants.

À partir de cette analyse du comportement procréateur à haut risque, on a essayé de déterminer la proportion de femmes actuellement en union qui, potentiellement, pourraient avoir un tel comportement. Pour cela, à partir de l'âge actuel des femmes, de l'intervalle écoulé depuis leur dernière naissance et du rang

de leur dernière naissance, on détermine dans quelle catégorie se situerait la prochaine naissance, si chaque femme concevait un enfant au moment de l'enquête. Il s'agit donc d'une simulation ayant pour objectif de déterminer quelles proportions des futures naissances entreraient dans les catégories à risque, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité. Il apparaît (tableau 9.4) que 25 % des enfants à naître seraient alors des enfants n'appartenant à aucune catégorie à haut risque et que 69 % des enfants appartiendraient à une quelconque catégorie à haut risque (simple ou multiple). Cette dernière proportion est supérieure à celle observée chez les enfants déjà nés (50 %). Cette simulation démontre une fois de plus la nécessité de mettre en place des mécanismes régulateurs de la fécondité dans le but de réduire les hauts risques de mortalité encourus par les jeunes enfants.



CHAPITRE 10

CAUSES DE DÉCÈS DES ENFANTS

Bernard Barrère

10.1 INTRODUCTION

Avec près d'un enfant sur cinq qui décède avant d'avoir atteint l'âge de 5 ans (voir Chapitre 8, Mortalité des enfants), la mortalité infanto-juvénile du Tchad est, aujourd'hui, l'une des plus élevées du monde. Au cours de l'EDST, il était donc important d'analyser les causes de décès des jeunes enfants dans le but d'identifier les domaines prioritaires dans les programmes de santé. Pour tenter de déterminer les causes de décès des enfants nés et décédés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, on a adopté la méthode de l'autopsie verbale qui consiste à collecter, auprès des mères, des informations en rapport avec le décès de leurs enfants.

On a tout d'abord demandé à l'enquêtée quelle était, selon elle, la cause principale du décès. La réponse enregistrée par l'enquêtrice était codée ultérieurement au bureau central à partir d'une liste de maladies. Dans la plupart des cas, la cause déclarée correspond à un "diagnostic" établi par la mère sans être pour autant la cause réelle. Cependant, malgré ces limites, lorsque la mère déclare une cause de décès, ceci constitue une première indication importante. La femme enquêtée était ensuite interrogée sur la présence, la gravité et la durée de certains symptômes et signes particuliers durant la période précédant le décès de son enfant. On peut estimer que les déclarations faites sur des symptômes observés sont plus fiables que celles concernant la cause proprement dite du décès. En regroupant les signes et symptômes déclarés, il est possible, grâce à l'utilisation d'algorithmes, de déterminer les causes possibles de décès. Bien entendu, il ne s'agit pas d'un diagnostic certain car cette démarche est basée uniquement sur les signes et symptômes rapportés par la mère, sans aucun examen clinique; de plus, la capacité de l'enquêtée à fournir des informations pertinentes est fonction du degré de mémorisation des événements ayant entouré la mort de l'enfant, de sa capacité d'observation et de son degré de connaissance en la matière.

Pour les décès durant la période néonatale, les symptômes ou signes étaient au nombre de six : difficultés de l'accouchement, malformation congénitale, capacité de l'enfant à boire ou à téter, présence de convulsions ou spasmes, présence de toux et de respiration difficile/rapide. De plus, les informations sur le poids et la taille de l'enfant à la naissance ainsi que celles sur les conditions de l'accouchement, informations qui sont collectées pour toutes les naissances à la section "Grossesse et Allaitement" du questionnaire, ont été également utilisées pour déterminer les causes de décès dans la période néonatale. Pour les décès entre 1 et 59 mois, les symptômes et signes retenus étaient au nombre de neuf : diarrhée, toux, respiration difficile/rapide, fièvre, inconscience, convulsions, éruption de boutons, maigreur extrême et visage et jambes ou pieds enflés.

On dispose donc d'informations sur les causes de décès déclarées et sur les symptômes observés. L'analyse qui suit consiste, dans un premier temps, à déduire des symptômes des causes possibles de décès, indépendantes de celles déclarées. Le diagnostic final sur la cause probable du décès est alors établi à partir soit des symptômes (cas le plus fréquent), soit de la cause déclarée, soit de la combinaison des deux.

L'étude porte sur un total de 1 052 décès survenus au cours des cinq années précédant l'enquête. Ils se répartissent comme suit : 328 décès néonataux (avant 1 mois), 386 post-néonataux (entre 1 et 11 mois) et 338 décès de jeunes enfants de 12-59 mois.

Comparés aux statistiques basées sur les diagnostics du personnel médical, établis au moment même des décès, les résultats présentés ici mettent en évidence une marge d'imprécision importante dans la mesure où la méthodologie utilisée, aussi bien pour collecter les informations que pour établir les "diagnostics", présente d'importantes incertitudes. Cependant, lorsque les statistiques sanitaires sont déficientes, cette méthodologie est la seule disponible pour identifier, au niveau national, les principales maladies responsables d'une part importante de la mortalité des enfants. En outre, il est à noter que cette méthodologie a été validée au cours de différentes études dans de nombreux pays¹ et il est généralement admis qu'elle est suffisamment fiable pour renseigner sur les circonstances probables de décès.

10.2 CAUSES DES DÉCÈS DÉCLARÉES PAR LA MÈRE

Le Tableau 10.1 montre que, dans plus de quatre cas sur cinq (86 %), les mères ont attribué une "cause médicale" au décès de leurs enfants survenu au cours des cinq années précédant l'enquête. Cependant, dans 4 % des cas, les réponses ont été très vagues (« sans symptôme », « mort aussitôt après la naissance », ou « l'enfant est mort subitement ») et dans 7 % des cas la mère n'a pas été capable de donner une réponse. Par ailleurs, 2 % des décès ont été attribués à la sorcellerie et un peu plus de 1 % des décès étaient dus à des accidents. Quarante deux "causes médicales" différentes sont présentées au tableau 10.1 : elles correspondent soit à des signes ou symptômes, soit à des maladies. Dans l'ensemble, les cinq principales "causes" citées sont la diarrhée et la fièvre (environ 12 % dans les deux cas), suivies par la rougeole (9 %), les maladies respiratoires et le paludisme (6 % dans chaque cas). Il convient de souligner que certaines des causes figurant au tableau 10.1 se recoupent et auraient pu être regroupées : par exemple, la toux, la coqueluche, la pneumonie, la tuberculose et l'angine auraient pu être regroupées avec les maladies respiratoires ce qui aurait donné un

Tableau 10.1 Causes des décès déclarées par la mère

Distribution (en %) des décès d'enfants nés et décédés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par cause de décès déclarée par la mère, selon l'âge au décès en mois, EDS Tchad 1996-97

Cause de décès	Âge en mois		
	<1 mois	1-59 mois	Ensemble
Diarrhée	2,2	16,9	12,3
Fièvre	13,0	10,7	11,5
Rougeole	0,9	12,9	9,2
Maladies respiratoires	4,3	6,6	5,9
Paludisme	3,7	6,3	5,5
Accouchement difficile/ suite de l'accouchement	15,0	0,0	4,7
Toux	2,0	5,6	4,5
Tétanos	7,8	1,9	3,7
Convulsions	7,0	1,4	3,1
Coqueluche	0,0	3,9	2,7
Maux de ventre/enflure du ventre	1,5	3,2	2,6
Vomissement	1,7	2,8	2,4
Varicelle	0,0	2,0	1,3
Angine/maux de cou/gorge	0,2	1,5	1,0
Boutons (maladies de peau)	1,6	0,8	1,0
Infection du cordon ombilical	2,7	0,3	1,0
Prématurité	2,4	0,3	0,9
Malformation	1,4	0,7	0,9
Enflure du corps	0,4	1,0	0,8
Maigrissement/anémie	0,0	1,0	0,7
Méningite	0,0	0,8	0,5
Diphthérie	0,5	0,3	0,4
Malnutrition	0,4	0,4	0,4
Enflure de la tête	0,8	0,2	0,4
Ablation de la luette/luette	0,4	0,4	0,4
Raideur du cou/corps	0,8	0,2	0,4
Allaitement/qualité du lait	0,4	0,4	0,4
Refus de téter	0,8	0,1	0,3
Choléra	0,0	0,4	0,3
Jaunisse/Ictère/Hépatite	0,2	0,3	0,3
Enflure des pieds	0,4	0,2	0,3
Abcès/furoncle au cou/gorge	0,0	0,3	0,2
Pneumonie	0,0	0,2	0,2
Maux de tête	0,0	0,4	0,2
Constipation	0,8	0,0	0,2
Fatigue	0,6	0,0	0,2
Diarrhée et autres complications	0,4	0,2	0,2
Oreillons	0,0	0,4	0,2
Tuberculose	0,0	0,1	0,1
Onchocercose	0,0	0,2	0,1
Maladies des yeux	0,0	0,2	0,1
Raideur de la mâchoire	0,4	0,0	0,1
Autres	3,4	4,5	4,2
Mort subite	4,9	1,9	2,9
Sans symptôme	2,2	0,1	0,8
Mort aussitôt après la naissance	1,7	0,0	0,5
Ne sait pas	8,8	3,6	5,2
Non déterminé	2,9	1,0	1,6
Sorcellerie	1,1	1,9	1,7
Accident	0,6	1,6	1,3
Total	100,0	100,0	100,0
Nombre de décès	328	724	1 052

Note : Une seule cause par enfant

¹ Voir en particulier Kalter et al., 1990; Garenne et Fontaine, 1990; Boerma et al., 1994.

poids beaucoup plus important à cette "cause" qui aurait représenté alors 14 % des causes déclarées. Ce type de regroupement n'a pas été effectué ici pour pouvoir rendre compte de façon aussi détaillée que possible de la diversité des réponses obtenues.

Pour les décès survenus pendant la période néonatale, dans environ un cas sur cinq, la mère n'a pas été capable d'identifier ou de décrire la raison médicale du décès (21 %). Les "causes médicales" avancées pour expliquer les décès au cours de la période néonatale sont différentes de celles invoquées pour la période post-néonatale. Les trois principales "causes" rapportées et qui expliqueraient plus du tiers des décès sont, par ordre d'importance, les accouchements difficiles ou les suites de l'accouchement (15 %), la fièvre (13 %), le tétanos (8 %) et les convulsions (7 %).

Pour les enfants de 1 à 59 mois, les "causes" sont mieux identifiées par les mères : seulement 7 % des mères ont déclaré ne pas savoir ou ont donné des réponses très vagues, alors que 2 % invoquaient le mauvais sort et que 2 % des enfants seraient décédés à la suite d'accidents. Les cinq principales causes de décès avancées sont, par ordre d'importance, la diarrhée (17 %), la rougeole (13 %), la fièvre (11 %), les maladies respiratoires (7 %), le paludisme (6 %) et la toux (6 %).

10.3 PRÉVALENCE DES SYMPTÔMES AVANT LE DÉCÈS

En vue d'estimer les causes probables de décès, il était important de connaître l'état de santé de l'enfant au cours de la période précédant son décès. À ce titre, on a demandé aux mères quels types de symptômes elles avaient observés au cours de cette période. Il est à noter que ces symptômes ne sont pas mutuellement exclusifs et un même enfant peut présenter plusieurs de ces symptômes.

Pour la période néonatale, il semble que plus de deux nouveau-nés sur cinq (45 %) aient présenté, avant la mort, des signes de souffrance néonatale (convulsion, spasme) et, dans un peu plus d'un cas sur trois (34 %), selon les déclarations des mères, l'accouchement a été difficile d'où risque de traumatisme obstétrical. (tableau 10.2). Par ailleurs, 23 % des enfants étaient normalement les premiers jours de la vie, puis ne pouvaient plus téter, ce qui peut être le signe du tétanos néonatal. Enfin, 11 % des nouveau-nés toussaient et 3 % présentaient une malformation quelconque.

Pour les enfants de 1 à 59 mois, la fièvre est, de loin, le symptôme le plus souvent rapporté (82 %) et, dans de nombreux cas, cette fièvre était "forte" (65 %). Un peu plus d'un enfant sur deux (51 %) présentait une maigreur extrême et des signes d'oedème (visage et pieds/jambes enflés) ont été rapportés dans 13 % des cas. Plus de deux enfants sur cinq (43 %) avaient eu la diarrhée et 11 % présentaient des signes de dysenterie (diarrhée accompagnée de sang dans les selles). Avant le décès, plus d'un enfant sur quatre (26 %) souffrait de toux et de respiration courte et rapide, ce qui caractérise les infections respiratoires aiguës (IRA). Par ailleurs, 42 % des enfants étaient inconscients avant le décès et 34 % avaient des convulsions. Enfin, dans un cas sur cinq (20 %), il est question d'éruption de boutons.

Tableau 10.2 Symptômes au cours de la période ayant précédé le décès

Pourcentage d'enfants nés et décédés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont présenté différents types de symptômes au cours de la période ayant précédé le décès ou qui sont nés à la suite d'un accouchement difficile, selon l'âge au décès, EDS Tchad 1996-97

Symptôme	Décès néonataux (<1 mois) (Nombre de décès = 328)
- Accouchement difficile	33,7
- Malformation	3,3
- Enfant tétait normalement les premiers jours de sa vie, puis ne pouvait plus téter	23,3
- Convulsions, spasmes	45,1
- Toux	10,8
- Toux et respiration rapide	9,0

Symptôme	Décès à 1-59 mois (Nombre de décès = 724)
- Diarrhée (ensemble)	42,9
- Diarrhée grave	31,4
- Diarrhée avec sang dans les selles	10,7
- Toux (ensemble)	31,2
- Toux et respiration courte et rapide	26,1
- Fièvre (ensemble)	82,2
- Fièvre forte	64,8
- Inconscient	42,4
- Convulsions	33,6
- Éruption de boutons sur tout le corps	20,3
- Maigreur extrême	51,2
- Visage et pieds/jambes enflés	12,6

Notes : Plusieurs symptômes sont possibles

10.4 DIAGNOSTIC POSSIBLE SUR LA BASE DES SYMPTÔMES

En se basant sur l'ensemble des symptômes déclarés par les mères et en utilisant des algorithmes, il est possible d'établir des diagnostics permettant d'identifier des causes possibles de décès. Comme il s'agit d'un algorithme, plus le nombre de critères pris en compte augmente, plus la probabilité que le diagnostic soit correct augmente mais, par contre, plus le nombre de cas diagnostiqués diminue. En outre, les questions posées portant seulement sur six symptômes pour les décès de la période néonatale et sur neuf symptômes pour les décès survenus entre 1 et 59 mois, les possibilités de diagnostic sont limitées à neuf : quatre pour les nouveau-nés et cinq pour les enfants âgés de 1 à 59 mois (tableau 10.3). Il faut signaler enfin qu'un même enfant pouvant présenter différents types de symptômes, plusieurs diagnostics peuvent être établis pour ce même enfant (un décès peut donc être lié à plusieurs "causes").

Tableau 10.3 Diagnostic possible établi à partir des symptômes

Pourcentage d'enfants nés et décédés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont présenté différents types de symptômes ou différentes combinaisons de symptômes au cours de la période ayant précédé le décès et diagnostic possible, selon l'âge au décès, EDS Tchad 1996-97

Diagnostic possible	Symptômes ou critères de diagnostic	Décès néonataux (<1 mois) (Nombre de décès = 328)
Faible poids à la naissance	- Poids à la naissance < 2500 gr. ou taille à la naissance = très petite ¹	18,3
Problèmes obstétricaux	- Accouchement par césarienne	1,0
	- Accouchement difficile ¹	33,7
	- Accouchement difficile et césarienne - Accouchement difficile et "long travail"	0,9 23,3
Tétanos néonatal	- Décès à 4-30 jours et enfant tétait normalement à la naissance	16,0
	- et enfant a arrêté de téter	9,0
	- et convulsions ¹	4,7
Maladies respiratoires	- Toux ¹	10,8
	- Toux et respiration difficile	9,0
		Décès 1-59 mois (Nombre de décès = 724)
Maladies diarrhéiques	- Diarrhée >= 2 jours	39,8
	- Diarrhée grave ¹	29,4
	- Dysenterie - et sang dans les selles ¹	10,7
Infections respiratoires aiguës	- Toux >= 2 jours et respiration rapide >= 2 jours ¹	24,9
Rougeole	- Décès à >= 4 mois et éruption de boutons >= 3 jours et fièvre >= 3 jours ¹	3,5
Paludisme	- Fièvre et forte >= 2 jours sans éruption de boutons, sans diarrhée >= 2 jours et sans toux + respiration rapide >= 2 jours ¹	15,1
	- et convulsions	7,3
Malnutrition	- Maigreur extrême >= 1 mois	7,6
	- Visage et pieds/jambes enflés >= 1 mois	2,3
	- Maigreur ou visage et pieds/jambes enflés >= 1 mois ¹	8,9

Note : Les diagnostics multiples sont possibles

¹ Critères restrictifs retenus pour l'algorithme de diagnostic final

Durant la période néonatale, dans près d'un cas sur cinq (18 %), les décès peuvent être associés à un faible poids à la naissance, défini comme un poids inférieur à 2 500 grammes à la naissance ou à une taille très petite, selon l'opinion de la mère. Dans 34 % des cas où la mère a déclaré un accouchement difficile, les décès pourraient être dus à des problèmes obstétricaux. D'autre part, en se basant sur un ensemble de signes et symptômes décrits au tableau 10.3, 5 % des nouveau-nés seraient décédés du tétanos, c'est-à-dire qu'ils répondaient aux critères suivants : décès entre 4 et 30 jours, l'enfant tétait normalement à la naissance, puis il a arrêté de téter et il a eu des convulsions. Enfin, dans 11 % des cas, le diagnostic de maladies respiratoires a été retenu car l'enfant souffrait de la toux; précisons que, pour la période néonatale, ce diagnostic n'a pas été basé sur l'algorithme plus restrictif de la toux combinée à une respiration difficile du fait des difficultés à reconnaître une respiration "anormale" au cours de la période néonatale.

La diarrhée contribue fréquemment au décès au cours de la période post-néonatale et juvénile. Pour retenir ce diagnostic comme cause possible de décès, la diarrhée devait durer, au moins, deux jours et être qualifiée de grave par la mère (29 %). La dysenterie a été diagnostiquée lorsque la diarrhée avait duré un minimum de deux jours et lorsqu'il y avait du sang dans les selles (11 %). En basant le diagnostic d'infection respiratoire aiguë (IRA) sur la présence de toux et de respiration rapide pendant au moins deux jours, le pourcentage d'enfants décédés d'une maladie en relation avec ce type d'affection serait de 25 %. Près de 4 % des décès étaient en relation avec la rougeole, en utilisant les critères présentés au tableau 10.3, à savoir âge au décès supérieur à quatre mois, fièvre et éruption de boutons pendant, au moins, trois jours. Le diagnostic de paludisme étant difficile à établir sans examen paraclinique et sans informations épidémiologiques, il est basé ici sur la combinaison de la présence et de l'absence de différents symptômes, à savoir une fièvre forte pendant, au moins, deux jours et l'absence d'éruption de boutons, de diarrhée ou de toux et de respiration rapide d'une durée de deux jours ou plus. Ainsi défini, le paludisme pourrait être à l'origine de 15 % des décès. Comme il fallait s'y attendre (voir Chapitre 8, Alimentation et état nutritionnel), la malnutrition est aussi une "cause" importante de décès. En se basant sur les critères de maigreur extrême ou de signes d'œdème pendant, au moins, un mois, 9 % des enfants seraient décédés d'une maladie en relation avec la malnutrition.

On a précisé plus haut qu'un même enfant pouvant présenter différents types de symptômes, plusieurs diagnostics peuvent être établis pour ce même enfant. En effet, les facteurs liés au décès sont souvent multiples et, bien souvent, on ne peut incriminer une seule maladie comme "cause" de décès. Par ailleurs, dans certains cas, la cause principale du décès et la cause immédiate peuvent différer et, dans le cadre de cette étude, il n'a pas été possible de faire la distinction entre ces deux "causes".

Le tableau 10.4 montre que parmi les enfants décédés à 1-59 mois pour lesquels on a diagnostiqué la diarrhée comme cause possible de décès, 71 % ne présentaient que des symptômes de diarrhée alors que pour 23 % d'entre eux un diagnostic d'IRA a été également établi, pour 3 % d'entre eux on a diagnostiqué également une rougeole et pour 4 % les diagnostics de diarrhée, d'IRA et de rougeole s'appliquaient. De même, parmi les enfants pour lesquels on a diagnostiqué une IRA comme cause possible de décès, 66 % ne présentaient que des symptômes d'IRA alors que pour 28 % d'entre eux un diagnostic de diarrhée a été également établi, pour 1 % d'entre eux on a diagnostiqué également une rougeole et pour 4 % les diagnostics d'IRA, de diarrhée et de rougeole s'appliquaient. Enfin, parmi les enfants pour lesquels on a diagnostiqué une rougeole comme cause possible de décès, moins d'un sur trois (29 %) présentaient seulement des

Tableau 10.4 Diagnostics multiples

Distribution (en %) des enfants décédés à 1-59 mois pour lesquels un diagnostic de diarrhée, d'IRA, de rougeole ou de paludisme a été établi selon que ce seul diagnostic ou qu'un ou deux autres diagnostics s'appliquent, EDS Tchad 1996-97

Diagnostic ¹	Diagnostic ¹					Total
	Diarrhée	IRA	Rougeole	Paludisme	Deux autres ²	
Diarrhée	70,5 ^a	22,6	3,4	0,0	3,5	100,0
IRA	28,2	66,1 ^a	1,3	0,0	4,4	100,0
Rougeole	29,9	9,2	29,3 ^a	0,0	31,6	100,0
Paludisme	0,0	0,0	0,0	100,0 ^a	0,0	100,0

¹ D'après l'algorithme final de diagnostic retenu au Tableau 10.3
² En association avec deux autres diagnostics : par exemple, diarrhée avec IRA et rougeole
^a Sans association avec un autre diagnostic

symptômes de rougeole alors que pour 30 % d'entre eux un diagnostic de diarrhée a été également établi, pour 9 % d'entre eux on a diagnostiqué également une IRA et pour 32 % les diagnostics de rougeole, de diarrhée et d'IRA s'appliquaient. Il semble donc que la diarrhée est assez fréquente dans de nombreux cas de décès, même lorsque le diagnostic établi à partir des algorithmes porte sur une autre affection, en particulier les IRA et la rougeole. Notons enfin qu'au tableau 10.4 le paludisme est, dans tous les cas, sans association avec les autres diagnostics : ceci s'explique par le fait que son diagnostic a été défini sur la base de l'absence de tous les autres symptômes (diarrhée, toux, boutons).

10.5 RAPPROCHEMENT DES CAUSES DÉCLARÉES PAR LA MÈRE ET DU DIAGNOSTIC DÉDUIT DES SYMPTÔMES

Le tableau 10.5 présente la concordance et la discordance entre les causes de décès basées sur les déclarations de la mère et les causes de décès possibles établies à partir des algorithmes de symptômes. Pour les décès de la période néonatale, la concordance entre les deux sources est faible pour le tétanos néonatal. En effet, en supposant que le diagnostic de tétanos néonatal établi à partir des symptômes soit juste, seulement 3 % des mères auraient effectivement identifié cette pathologie comme cause du décès de leur enfant. Par contre, dans le cas des problèmes obstétricaux, 38 % des causes rapportées par les mères correspondent au diagnostic et, dans le cas des maladies respiratoires, 30 % des causes déclarées correspondent au diagnostic.

Tableau 10.5 Cause de décès déclarée par la mère et diagnostic possible déduit des symptômes

Distribution (en %) des enfants nés et décédés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête selon que la cause de décès déclarée par la mère est en concordance ou non avec le diagnostic déduit des symptômes, EDS Tchad 1996-97

Cause de décès déclarée par la mère	Concordance entre la cause déclarée et le diagnostic	Discordance entre la cause déclarée et le diagnostic	Total
Décès à < 1 mois			
Tétanos néonatal	3,2	96,8	100,0
Problèmes obstétricaux	38,4	61,6	100,0
Maladies respiratoires	29,6	70,4	100,0
Décès à 1-59 mois			
Diarrhée	42,3	57,7	100,0
IRA	39,9	60,1	100,0
Malnutrition	0,8	99,2	100,0
Rougeole	15,6	84,4	100,0
Paludisme	13,8	86,2	100,0

En ce qui concerne les décès entre 1 et 59 mois, période au cours de laquelle l'identification de la cause de décès et des symptômes présents est peut-être plus aisée que durant la période néonatale, une proportion importante des mères ont fait le même diagnostic de diarrhée et d'IRA² que ceux établis à partir des symptômes (respectivement 42 % et 40 %). Pour ce qui est de la rougeole, 16 % des déclarations des

² Dans ce tableau, la "diarrhée" déclarée par la mère comprend les catégories "diarrhée" et "diarrhée et autres complications" du tableau 10.1. De même, la catégorie IRA, selon la mère, inclut les catégories "maladies respiratoires", "coqueluche", "pneumonie", "toux", "tuberculose", "angine" et "maladies respiratoires" du tableau 10.1.

mères correspondent au diagnostic établi à partir des symptômes et dans 14 % des cas il y a correspondance de diagnostic pour le paludisme. Par contre, pour la malnutrition, les déclarations de la mère ne sont pratiquement jamais en accord avec le diagnostic déduit des symptômes (99 % de discordance). Globalement, il semble donc que la diarrhée et les IRA soient les "causes" de décès les plus facilement identifiables par la mère.

10.6 CAUSES PROBABLES DE DÉCÈS

10.6.1 Causes probables des décès néonataux et des décès à 1-59 mois

Bien que les mères aient rapporté un ensemble de quarante deux causes de décès, on vient de voir (Section 10.4) que, dans de nombreux cas, ces causes ne correspondent pas à ce qui a été déduit des algorithmes basés sur les symptômes. Par ailleurs, dans certains cas, le nombre limité et le manque de spécificité des symptômes identifiés, ainsi que le manque de signes paracliniques ne permettent pas de définir de façon complète et avec une totale certitude les causes de décès en utilisant les algorithmes. Le tableau 10.6 présente donc les causes probables de décès basées sur les critères de diagnostic définis au tableau 10.3 et/ou sur les déclarations de la mère présentées au tableau 10.1, tout en indiquant comment le diagnostic final avait été établi. Il est à noter que, les causes multiples de décès étant possibles, la somme des pourcentages est supérieure à 100 %.

Durant la période néonatale, les problèmes obstétricaux constituent la principale cause de décès, particulièrement dominante durant les premiers jours d'existence (graphique 10.1). Les problèmes obstétricaux, qui conduisent à des traumatismes ou autres complications, sont responsables, à eux seuls ou en combinaison avec d'autres causes, de 34 % de la mortalité néonatale. Cette cause de décès est suivie par celle relative au faible poids à la naissance qui concerne 18 % des décès survenus entre 0 et 30 jours. La troisième cause de décès, par ordre d'importance, serait celle relative aux maladies respiratoires (11 %) qui se manifestent par le fait que le nouveau-né souffre de la toux. Le diagnostic du tétanos néonatal a été établi en combinant l'âge au décès (4-30 jours), le fait que le bébé tétait normalement à la naissance, qu'il a ensuite arrêté de téter et qu'il a eu des convulsions. Selon cette définition restrictive, il apparaît que le tétanos néonatal serait responsable de 5 % des décès d'enfants durant le premier mois d'existence. Enfin, les malformations congénitales (1 %) seraient responsables d'une part très limitée des décès néonataux. Pour un peu moins de la moitié des décès néonataux (45 %), du fait de l'insuffisance ou, le plus souvent, de l'imprécision des données obtenues, aucune cause de décès n'a pu être déterminée avec un minimum de précision. Cette forte proportion de causes non identifiées est due au manque de connaissance de la part des mères des symptômes ayant précédé le décès néonatal (12 % des mères ont répondu "je ne sais pas" à la question ouverte sur la cause du décès), au manque de questions détaillées sur les symptômes concernant les causes de décès néonataux et, pour certains décès, au désaccord entre le diagnostic des mères et les symptômes. De plus, la détermination des causes de décès à partir de l'autopsie verbale est particulièrement difficile dans le cas des décès néonataux.

Pour les enfants décédés à 1-59 mois, la cause probable de décès a pu être établie plus fréquemment que pour les décès néonataux (71 % contre 55 %) et surtout lorsque le décès s'est produit entre 12 et 59 mois (74 %) (tableau 10.6). Entre 1 et 59 mois, les maladies diarrhéiques constituent la principale cause de décès (31 %), suivies des IRA (25 %, du paludisme (15 %) et de la rougeole (14 %). Par ailleurs, la malnutrition, seule ou associée à d'autres causes, serait responsable de 9 % des décès. Enfin, les accidents sont responsables de moins de 2 % des décès. Mis à part dans le cas d'accidents, les décès peuvent être dus à une combinaison de causes. Par exemple, un enfant avec la rougeole peut avoir eu une IRA ou une diarrhée : les deux causes sont comptabilisées ici et apparaissent au tableau 10.6 et au graphique 10.1.

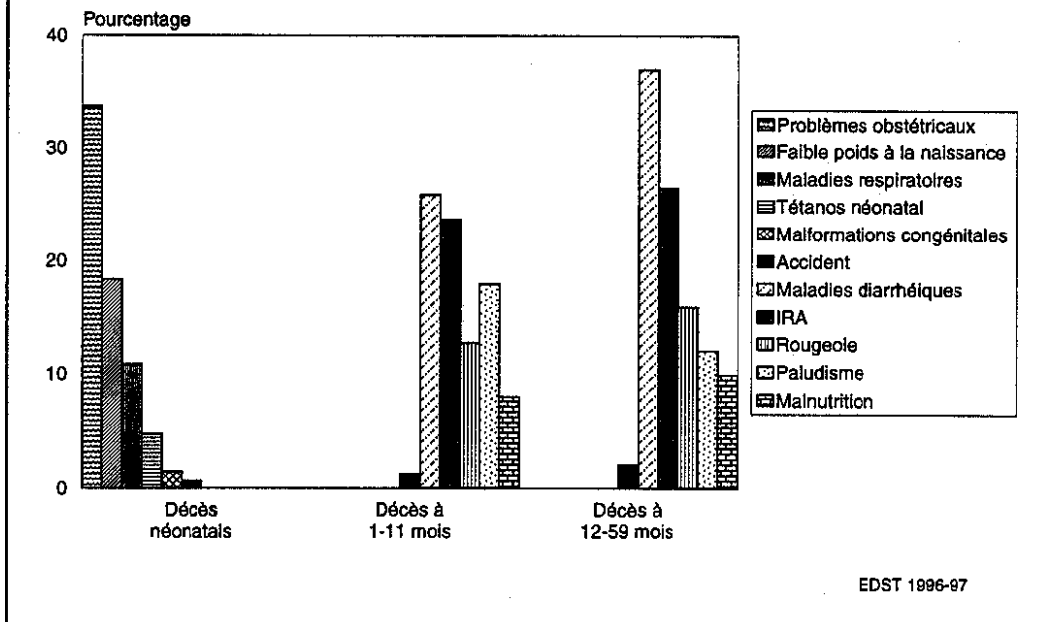
Tableau 10.6 Cause probable de décès

Pourcentage d'enfants nés et décédés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête selon les causes probables de décès, basées sur les déclarations de la mère concernant la cause de décès et/ou selon les algorithmes de diagnostic, EDS Tchad 1996-97

Cause du décès	Critère de diagnostic	Décès néonataux (<1 mois) (Nombre de décès = 328)
Cause probable de décès		55,1
Faible poids à la naissance	Symptômes	18,3
Problèmes obstétricaux	Symptômes ou mère	33,7
Malformations congénitales	Mère	1,4
Maladies respiratoires	Symptômes	10,8
Tétanos néonatal	Symptômes	4,7
Accidents	Mère	0,6
		Décès 1-11 mois (Nombre de décès = 386)
Cause probable de décès		68,7
Maladies diarrhéiques	Symptômes	25,8
Infections respiratoires aiguës	Symptômes	23,6
Rougeole	Symptômes ou mère	12,7
Paludisme	Symptômes	17,9
Malnutrition	Symptômes	8,0
Accidents	Mère	1,2
		Décès 12-59 mois (Nombre de décès = 338)
Cause probable de décès		73,8
Maladies diarrhéiques	Symptômes	36,9
Infections respiratoires aiguës	Symptômes	26,4
Rougeole	Symptômes ou mère	15,9
Paludisme	Symptômes	12,0
Malnutrition	Symptômes	9,9
Accidents	Mère	2,0
		Décès 1-59 mois (Nombre de décès = 724)
Cause probable de décès		71,1
Maladies diarrhéiques	Symptômes	31,0
Infections respiratoires aiguës	Symptômes	24,9
Rougeole	Symptômes ou mère	14,2
Paludisme	Symptômes	15,1
Malnutrition	Symptômes	8,9
Accidents	Mère	1,6

Note : Les causes multiples sont possibles

Graphique 10.1
Causes probables de décès



Si les maladies diarrhéiques et les IRA constituent les principales causes des décès d'enfants de 1 à 11 mois, avec des prévalences sensiblement identiques (respectivement 26 % et 24 %), la diarrhée constitue, de loin, la principale cause de décès chez les enfants de 12 à 59 mois (37 %), ce qui semble cohérent avec les résultats concernant l'âge et les pratiques de sevrage des enfants (voir Chapitre 8, Alimentation et état nutritionnel). En outre, et comme il fallait s'y attendre, on note une différence marquée pour la rougeole qui contribuerait pour 16 % aux décès des enfants de plus d'un an contre 13 % chez les jeunes enfants de 1 à 11 mois.

Comparée aux résultats d'autres études (par exemple UNICEF, 1990; Gray, 1991), la distribution des causes de décès établie ici semble vraisemblable et, en particulier pour les décès à 1-59 mois. Bien que l'on puisse discuter la précision des estimations concernant l'importance relative des causes de décès les plus importantes dans l'enfance, il apparaît clairement, à partir des résultats de l'EDST, que les causes les plus courantes sont des causes évitables.

10.6.2 Causes probables des décès selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Il est généralement admis que la morbidité et les pathologies diffèrent selon certaines variables, comme le sexe et le milieu de résidence. On a donc essayé d'analyser les causes de décès des enfants en fonction de ces différentes variables.

Le tableau 10.7 présente la répartition des causes probables de décès suivant le sexe pour les décès survenus au cours de la période néonatale et entre 1 et 59 mois. Il apparaît que, pour la période néonatale, les causes de décès ne diffèrent que légèrement selon le sexe. Cependant, compte tenu des faibles effectifs pour lesquels des données sont disponibles (seulement 115 cas pour le sexe féminin), les faibles écarts enregistrés sont à interpréter avec beaucoup de prudence.

Tableau 10.7 Cause probable de décès selon le sexe

Pourcentage d'enfants nés et décédés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête selon les causes probables de décès, basées sur les déclarations de la mère concernant la cause de décès et/ou selon les algorithmes de diagnostic, selon le sexe, EDS Tchad 1996-97

Cause du décès	Décès néonataux (<1 mois)		
	Sexe masculin (Nombre de décès = 213)	Sexe féminin (Nombre de décès = 115)	Ensemble (Nombre de décès = 328)
Cause probable de décès	54,9	55,5	55,1
Faible poids à la naissance	17,8	19,1	18,3
Problèmes obstétricaux	31,9	36,9	33,7
Malformations congénitales	1,5	1,1	1,4
Maladies respiratoires	10,3	11,7	10,8
Tétanos néonatal	5,7	2,8	4,7
Accidents	0,2	1,1	0,6
Cause du décès	Décès 1-59 mois		
	Sexe masculin (Nombre de décès = 347)	Sexe féminin (Nombre de décès = 377)	Ensemble (Nombre de décès = 724)
Cause probable de décès	72,1	70,1	71,1
Maladies diarrhéiques	30,3	31,7	31,0
Infections respiratoires aiguës	24,8	25,0	24,9
Rougeole	14,3	14,1	14,2
Paludisme	17,3	13,2	15,1
Malnutrition	10,8	7,1	8,9
Accidents	1,5	1,7	1,6

Note : Les causes multiples sont possibles

Pour les décès survenus à 1-59 mois, on remarque tout d'abord qu'une cause probable de décès a pu être identifiée légèrement plus fréquemment pour les garçons que pour les filles (72 % contre 70 %). Au point de vue des pathologies, le paludisme et la malnutrition ont été diagnostiqués légèrement plus fréquemment pour les décès de sexe masculin (respectivement 17 % et 11 %) que pour ceux de sexe féminin (respectivement 13 % et 7 %). Le résultat concernant les décès en rapport avec la malnutrition semblent cohérents avec ce qui a été mentionné précédemment (voir Chapitre 8, Alimentation et état nutritionnel), à savoir que les enfants de sexe masculin sont légèrement plus touchés que les filles par la malnutrition aiguë. Pour les autres causes de décès, les écarts ne sont pas statistiquement significatifs.

En ce qui concerne le milieu de résidence, on remarque tout d'abord au tableau 10.8 que, pour la mortalité néonatale, une proportion plus importante de causes de décès a pu être identifiée en milieu urbain qu'en milieu rural (61 % contre 54 %). En outre, il apparaît que, sauf pour les problèmes obstétricaux qui expliqueraient près d'un tiers des décès aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, l'importance relative des principales causes probables de décès varie suivant le milieu de résidence. Le faible poids à la naissance qui reste, toujours, la deuxième cause la plus importante, expliquerait 26 % des décès urbains contre,

seulement, 17 % des décès du milieu rural. Par contre, les maladies respiratoires sembleraient être une cause de décès plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain (12 % contre 6 %) de même que le tétanos néonatal (5 % contre 2 %). Il convient néanmoins d'être très prudent dans l'interprétation de ces résultats dans la mesure où le fait qu'une cause de décès apparaisse ici comme plus ou moins importante n'est pas nécessairement dû à une plus ou moins grande importance de la cause en question : en effet, dans certains cas, les différences pourraient, peut-être, être simplement dues au fait que les femmes d'un milieu de résidence donné reconnaissent mieux certains symptômes que les autres femmes et, donc, qu'un diagnostic a pu être établi plus fréquemment.

Tableau 10.8 Cause probable de décès selon le milieu de résidence

Pourcentage d'enfants nés et décédés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête selon les causes probables de décès, basées sur les déclarations de la mère concernant la cause de décès et/ou selon les algorithmes de diagnostic, selon le milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Cause du décès	Décès néonataux (<1 mois)		
	Urbain (Nombre de décès = 53)	Rural (Nombre de décès = 275)	Ensemble (Nombre de décès = 328)
Cause probable de décès	60,7	54,0	55,1
Faible poids à la naissance	25,5	16,9	18,3
Problèmes obstétricaux	32,9	33,8	33,7
Malformations congénitales	1,2	1,4	1,4
Maladies respiratoires	5,8	11,7	10,8
Tétanos néonatal	2,3	5,2	4,7
Accidents	1,0	0,5	0,6
Cause du décès	Décès 1-59 mois		
	Urbain (Nombre de décès = 182)	Rural (Nombre de décès = 542)	Ensemble (Nombre de décès = 724)
Cause probable de décès	71,5	71,0	71,1
Maladies diarrhéiques	36,8	29,0	31,0
Infections respiratoires aiguës	21,8	26,0	24,9
Rougeole	18,8	12,6	14,2
Paludisme	13,5	15,7	15,1
Malnutrition	9,2	8,8	8,9
Accidents	1,3	1,7	1,6

Note : Les causes multiples sont possibles

Pour les décès survenus à 1-59 mois, une proportion pratiquement identique de causes de décès ont pu être identifiées en milieu rural et en milieu urbain (respectivement, 72 % et 71 %). Par ailleurs, même si les causes de décès diagnostiquées occupent pratiquement le même ordre dans les deux milieux de résidence, leur importance relative présente quelques variations : les maladies diarrhéiques expliqueraient, proportionnellement, plus de décès en milieu urbain qu'en milieu rural (37 % contre 29 %), de même que la rougeole (19 % contre 13 %). Par contre, les IRA et le paludisme occuperaient, proportionnellement, une place plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain (respectivement, 26 % contre 22 % et 16 % contre 14 %). Là encore, ces différences pouvant simplement résulter d'une meilleure identification de certains symptômes par certaines sous-populations de femmes, il convient d'être très prudent dans l'interprétation des résultats.

10.7 CONSULTATION AVANT LE DÉCÈS ET LIEU DE DÉCÈS

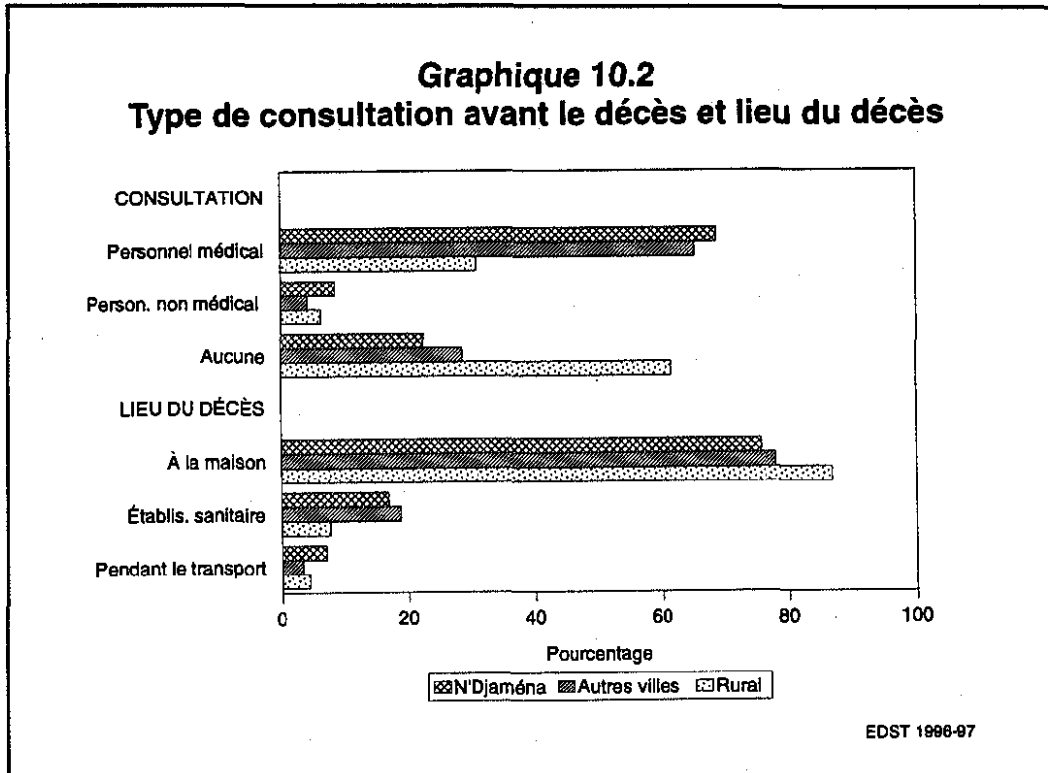
Le tableau 10.9 et le graphique 10.2 présentent, d'une part, la distribution des enfants décédés selon qu'ils ont été conduits ou non en consultation durant la période précédant le décès et le type de consultation et, d'autre part, la distribution des enfants décédés selon le lieu de décès. Au niveau national, plus de deux enfants sur cinq ont été conduits dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical au cours de la période qui a précédé le décès (39 %), ou encore auprès de personnel non médical (6 %). Par contre, il est à signaler que plus de la moitié des enfants (54 %) n'ont bénéficié d'aucune consultation.

Comme on pouvait s'y attendre, le pourcentage d'enfants ayant été conduits en consultation auprès du personnel médical est beaucoup moins important en milieu rural (31 %) que dans les Autres Villes (65 %) et surtout qu'à N'Djaména (69 %). À l'opposé, 62 % des enfants du milieu rural, 29 % des enfants des Autres Villes et 22 % de ceux de N'Djaména n'ont bénéficié d'aucune consultation avant leur décès, que ce soit auprès de personnel médical ou autre.

Tableau 10.9 Consultation avant le décès et lieu du décès

Pourcentage d'enfants nés et décédés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête selon le type de consultation pendant la maladie ayant précédé le décès et selon le lieu du décès, par milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Consultation avant le décès et lieu du décès	Milieu de résidence				Total
	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
Consultation					
Établissement sanitaire/ personnel médical	68,7	65,3	66,8	30,8	38,8
Personnel non médical	8,5	4,2	6,1	6,3	6,3
Aucune	22,4	28,6	25,9	61,6	53,6
ND	0,5	1,9	1,3	1,3	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Lieu du décès					
À la maison	75,6	77,9	76,9	86,7	84,5
Établissement sanitaire	16,9	18,8	18,0	7,6	9,9
Sur chemin étab. sanitaire	7,0	3,3	4,9	4,4	4,5
Autre	0,0	0,0	0,0	0,6	0,5
ND	0,5	0,0	0,2	0,6	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des décès	103	131	235	817	1052



Dans la majorité des cas, le décès a eu lieu à la maison (85 %) et seulement 10 % des enfants sont décédés dans un établissement sanitaire. Il est à noter qu'une proportion relativement importante d'enfants (5 %) sont décédés au cours de leur transport dans un établissement de soins, ce qui signifie que l'accès aux établissements sanitaires est difficile mais aussi, peut-être, que les parents attendent beaucoup trop tard avant de conduire leur enfant malade en consultation.

Pour ce qui est du lieu de décès, curieusement, la proportion d'enfants décédés dans des établissements sanitaires est peu différente à N'Djaména et dans les Autres Villes. De même, si les différences observées entre le milieu urbain et le milieu rural (18 % contre 8 %) sont importantes, elles sont aussi, certainement, beaucoup moins importantes que ce à quoi on aurait pu s'attendre du fait de la très grande concentration des établissements sanitaires dans les villes. En outre, c'est à N'Djaména, qui bénéficie de la meilleure couverture en établissements de soins, que la proportion d'enfants décédant au cours du trajet est la plus élevée (7 % contre 3 % dans les Autres Villes et 5 % en milieu rural). Que la proportion de décès pendant le transport soit aussi élevée à N'Djaména où l'accès aux établissements de soins est plus aisé que partout ailleurs s'explique certainement d'une part par le fait que les parents attendent le dernier moment pour conduire leur enfant malade en consultation et d'autre part par le coût élevé des soins et les difficultés de transport.

10.8 CONCLUSION

Un certain nombre de causes probables de décès ont été retenues. Ces causes doivent être considérées plutôt comme des facteurs liés au décès et non comme des causes au sens étiologique du terme. De même, il n'a pas été possible de faire la distinction entre cause immédiate et cause principale du décès. Malgré les limites de la méthodologie de l'autopsie verbale et le nombre relativement peu élevé de causes identifiées, celles-ci représentent très probablement les principales causes liées au décès chez les jeunes enfants tchadiens et correspondent assez bien aux résultats des recherches existantes dans ce domaine.

Les principales informations recueillies peuvent se résumer ainsi :

- Un très fort pourcentage de mères ont avancé une raison médicale à la mort de leur enfant, montrant ainsi qu'elles avaient fait le lien entre le décès et un problème de santé. Elles ont également fait mention d'un état pathologique dans la période précédant le décès de l'enfant.
- En utilisant les algorithmes de diagnostic, on a identifié un certain nombre de causes probables de décès, à savoir, pour les nouveau-nés : les problèmes obstétricaux, le faible poids à la naissance et les maladies respiratoires. Pour les enfants de 1 à 59 mois : les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le paludisme, la rougeole et la malnutrition.
- Il résulte de ce qui précède que le profil de la mortalité des enfants tchadiens de 1-59 mois est dominé par des causes exogènes ayant un rapport avec les conditions socio-économiques du milieu et les problèmes de l'environnement.
- Le fait qu'une proportion très importante d'enfants n'aient bénéficié d'aucune assistance médicale avant le décès laisse supposer que l'accès aux soins de santé est encore très limité, surtout pour les enfants vivant en milieu rural.
- La concordance entre "cause" de décès déclarée par la mère et le diagnostic établi par algorithme est assez faible dans l'ensemble, sauf pour les maladies diarrhéiques et les IRA où elle est de 40 % environ. Ceci traduit les limites des connaissances des mères dans ce domaine et suggère, de ce fait, qu'elles ne sont pas toujours en mesure d'apprécier la gravité de l'état de santé de leur enfant et donc de faire les gestes utiles pour les sauver.

Il est important que, dans l'avenir, les programmes de protection materno-infantile tiennent compte de ces informations pour affiner les stratégies d'intervention.

CHAPITRE 11

MORTALITÉ MATERNELLE

Bernard Barrère et Monique Barrère

11.1 INTRODUCTION

On estime qu'à l'heure actuelle, 99 % des décès dus à des causes maternelles se produisent dans les pays en voie de développement; selon l'OMS et l'UNICEF, le taux de mortalité maternelle en Afrique se situerait entre 800 et 900 décès pour 100 000 naissances.¹ Étant donné l'importance de ce phénomène, au cours de l'EDST, on a collecté des informations sur la survie des soeurs; en utilisant des méthodes d'estimation directe et indirecte (Graham et al., 1989; Rutenberg et al., 1990), ces informations permettent d'estimer le niveau de la mortalité maternelle au Tchad.

Pour utiliser la méthode directe d'estimation de la mortalité maternelle, il faut disposer de données sur l'âge des soeurs survivantes et, pour les soeurs décédées, sur l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour des périodes de référence bien définies, les données sont agrégées pour déterminer le nombre de personnes-années d'exposition à la mortalité et le nombre de décès maternels survenus dans chaque période de référence. Les taux de mortalité maternelle sont alors directement estimés en divisant le nombre de décès dus à des *causes maternelles* par le nombre de personnes-années soumises à l'exposition. Le résultat de ce calcul donne la proportion de soeurs, parmi toutes les soeurs de l'enquêtée, qui sont décédées de causes dues à la maternité. Cette proportion peut alors être convertie en une mesure du risque de mortalité maternelle, comme cela sera expliqué plus loin. C'est une estimation non biaisée de la probabilité de décéder de cause maternelle, pourvu que le risque de décès soit identique pour toutes les soeurs (Trussel et Rodriguez, 1990).

La méthode indirecte d'estimation de la mortalité maternelle ne nécessite aucune information sur l'âge au décès maternel et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès maternel de la soeur. Cette méthode estime le risque, pour toutes les soeurs, de décéder pour causes maternelles sur la durée de la période de procréation. Étant donné que les estimations se réfèrent à la durée de vie des soeurs des enquêtées, elles ne s'appliquent pas à une période de temps bien délimitée, mais elles sont le reflet des conditions de mortalité qui correspondent à une période dont le milieu se situerait, approximativement, 12 ans avant l'enquête.

11.2 COLLECTE DES DONNÉES

Le questionnaire utilisé pour la collecte des données sur la mortalité maternelle est présenté en Annexe (Section 9 du Questionnaire Femme). En premier lieu, on a demandé à chaque femme enquêtée la liste de tous ses frères et soeurs, c'est-à-dire tous les enfants que sa mère a mis au monde, en commençant par le premier-né. On a demandé ensuite à l'enquêtée l'état de survie de ses frères et soeurs et, pour ceux qui étaient encore en vie, on lui a demandé leur âge. Pour ceux qui étaient décédés, on s'est informé sur le nombre d'années écoulées depuis le décès et sur l'âge au décès. Dans le cas où des réponses précises sur l'âge ou sur le nombre d'années écoulées depuis le décès ne pouvaient être obtenues, les enquêtrices étaient autorisées à accepter des réponses approximatives.

¹ Organisation Mondiale de la Santé, 1986 et 1996.

Pour les soeurs décédées, on a posé trois questions pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité :

- « Est-ce que [NOM DE LA SOEUR] est décédée pendant un accouchement ? » Dans le cas d'une réponse négative, on demandait alors :
- « Est-ce que [NOM DE LA SOEUR] est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou un accouchement ? » Dans le cas d'une réponse négative à cette deuxième question, on demandait alors :
- « Est-ce que [NOM DE LA SOEUR] était enceinte quand elle est décédée ? »

L'ensemble de ces décès sont considérés comme des décès maternels. Les questions ont été libellées pour encourager l'enquêtée à déclarer tout décès ayant suivi une grossesse, quelle qu'en soit l'issue et, en particulier, une grossesse ayant donné lieu à un avortement provoqué, alors qu'on ne posait aucune question directe à propos de ce type d'événement.

11.3 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Que l'on utilise la méthode d'estimation directe ou indirecte, l'estimation du niveau de mortalité maternelle nécessite des données exactes sur le nombre de soeurs de l'enquêtée, le nombre de celles qui sont décédées et le nombre de celles dont le décès est lié à la maternité. Il n'existe pas de procédure clairement définie pour établir la complétude des données recueillies par une enquête rétrospective sur la survie des soeurs. L'estimation directe nécessite, en plus des données exactes sur la survie des soeurs, des données sur l'âge et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès des soeurs, informations qui demandent des précisions que les enquêtées peuvent ne pas connaître. Le nombre de frères et soeurs déclaré par l'enquêtée, et la complétude des données déclarées sur l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès sont présentés au tableau 11.1.

Frères et soeurs selon différentes variables	Soeurs		Frères		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
État de survie						
Survivants	15 284	77,5	15 984	75,3	31 268	76,4
Décédés	4 419	22,4	5 233	24,7	9 651	23,6
ND/Manquant	13	0,1	2	0,0	15	0,0
Total des frères et soeurs	19 715	100,0	21 218	100,0	40 934	100,0
Âge des survivants						
Âge déclaré	15 275	99,9	15 972	99,9	31 247	99,9
ND/Manquant	9	0,1	12	0,1	21	0,1
Total des survivants	15 284	100,0	15 984	100,0	31 268	100,0
Âge au décès et nombre d'années depuis le décès						
Âge et nombre d'années déclarés	4 351	98,5	5 153	98,5	9 503	98,5
Âge au décès manquant	7	0,2	7	0,1	14	0,1
Nombre d'années manquantes	46	1,0	42	0,8	88	0,9
Âge et nombre d'années manquant	15	0,3	31	0,6	46	0,5
Total des décédés	4 419	100,0	5 233	100,0	9 651	100,0

L'information concernant l'état de survie n'est manquante que pour 15 frères ou soeurs (0,04 %). Par ailleurs, des données complètes ont été obtenues pour presque toute la fratrie² de la femme enquêtée, quel que soit l'état de survie. Pour la quasi-totalité des frères et soeurs survivants (99,9 %), un âge a été déclaré ou estimé et les informations apparaissent aussi complètes pour les frères que pour les soeurs. Pour les membres de la fratrie décédés, dans la très grande majorité des cas (99 %), on dispose d'informations, à la fois, sur l'âge au décès ainsi que sur le nombre d'années écoulées depuis le décès; le nombre de cas pour lesquels des données, déclarées ou estimées, sont manquantes (âge au décès et/ou année écoulée depuis le décès) ne varie pas selon le sexe (1,5 % pour chaque sexe). Plutôt que d'exclure des analyses suivantes les frères et soeurs pour lesquels certaines données sont manquantes, on a utilisé les informations concernant le rang de naissance des frères et soeurs en conjonction avec d'autres informations pour imputer une valeur aux données manquantes.³ Les données sur la survie des frères et soeurs, y compris les cas avec des valeurs imputées, ont été utilisées dans le calcul direct des taux de mortalité des adultes et des taux de mortalité pour cause maternelle.

Le nombre d'informations manquantes en ce qui concerne les dates n'est qu'un indicateur de la qualité d'ensemble des données. La complétude des informations de base, à savoir l'omission possible de frères ou de soeurs, est beaucoup plus importante. Le tableau 11.2 présente différents tests permettant d'évaluer cette complétude. Tout d'abord, on s'attend à ce que, en moyenne, la date de naissance des enquêtées se situe au milieu des dates de naissance de sa fratrie. Si l'année de naissance médiane des frères et soeurs est beaucoup plus tardive que celle des enquêtées, cela signifierait que les enquêtées ont systématiquement omis des frères et soeurs plus âgés, peut-être parce que certains d'entre eux sont décédés avant qu'elles ne soient nées. Dans le cas du Tchad, l'année médiane de naissance des frères et soeurs est supérieure d'un an à celle des enquêtées (1971 contre 1970)⁴ ce qui dénote une très légère sous-déclaration des frères et soeurs les plus âgés. Ces derniers étant plus susceptibles d'être décédés que les plus jeunes, cela pourrait entraîner une très légère sous-estimation de la mortalité d'ensemble. Cependant, du point de vue de la mesure de la mortalité maternelle, que tous les frères et soeurs soient déclarés n'est pas le plus important, par contre, il est crucial que les données soient aussi complètes que possible sur les sujets soumis au risque de mortalité maternelle, à savoir les soeurs en âge de procréation.

² Le terme *fratrie* utilisé ici fait référence à l'ensemble des frères et soeurs de la femme enquêtée, issus de la même mère.

³ L'imputation est basée sur l'hypothèse selon laquelle l'ordre des frères et soeurs est correct. Premièrement, on a calculé une date de naissance pour chaque frère et soeur survivant dont on connaît l'âge et, pour chaque frère et soeur décédé pour lesquels on avait des informations complètes sur l'âge au décès et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour les frères et soeurs pour lesquels ces données sont manquantes, on a imputé une date de naissance à l'intérieur de l'intervalle délimité par les dates de naissance des frères et soeurs "encadrants". Pour les frères et soeurs survivants, on a calculé un âge à partir de la date de naissance imputée. Dans le cas de frères et de soeurs décédés, si l'on disposait soit de l'âge au décès, soit du nombre d'années écoulées depuis le décès, cette information a été combinée avec la date de naissance attribuée pour fournir l'information manquante. Si aucune des deux informations n'était disponible, la distribution de l'âge au décès des frères et soeurs dont on connaissait seulement l'âge au décès mais pas le nombre d'années écoulées depuis le décès a été utilisée comme base pour l'imputation de l'âge au décès.

⁴ On notera que la distribution des années de naissance des frères et soeurs ne suit pas celle des enquêtées : alors que les années de naissance des enquêtées se répartissent sur 36 ans (1947-1982), celles des frères et soeurs portent sur 76 ans.

Deux autres tests permettant d'évaluer la complétude de l'enregistrement des frères et soeurs figurent au tableau 11.2 : il s'agit du rapport de masculinité à la naissance et de la taille moyenne de la fratrie.

Pour l'ensemble des frères et soeurs, le rapport de masculinité à la naissance est de 108 hommes pour 100 femmes, ce qui est plus élevé que ce qui est généralement observé puisque le rapport de masculinité à la naissance ne varie qu'assez peu autour de 105 hommes pour 100 femmes, quelles que soient les populations. Ce résultat pourrait être le signe de légères sous-déclarations de soeurs par les enquêtées. En outre, si l'on suppose que, parmi les naissances de soeurs "omisées", celles décédées par la suite sont en plus grande proportion que celles qui ont survécu (hypothèse plus que plausible), cela signifierait que le niveau de mortalité des femmes est légèrement sous-estimé par rapport à celui des hommes. Par contre, le rapport de masculinité à la naissance varie relativement peu selon l'année de naissance de l'enquêtée (de 106 à 112). Compte tenu de la variabilité bien connue du rapport de masculinité dans les petits échantillons, ces variations ne font apparaître aucune tendance particulière du sous-enregistrement possible des soeurs.

La taille moyenne de la fratrie (y compris l'enquêtée) est de 6,5, ce qui paraît assez proche de ce que l'on sait de la parité finale passée des femmes tchadiennes. Par contre, l'évolution de la taille de la fratrie, qui diminue avec l'année de naissance des enquêtées, en particulier à partir des années de naissance précédant 1960, semblerait indiquer qu'il y ait eu certaines omissions de frères et soeurs d'enquêtées nées 36 ans et plus avant l'enquête. Ceci en supposant, bien entendu, que la fécondité n'a pas augmenté au cours du temps. Ce résultat confirme ce qui a été noté précédemment concernant de possibles omissions des frères et soeurs les plus âgés et, comme conséquence, une possible très légère sous-estimation de la mortalité passée.

Avec ce type de données, peut se poser un autre problème, celui de l'attraction pour certaines valeurs préférentielles, valeurs utilisées par les enquêtées qui ne connaissent pas avec précision l'âge exact au décès et/ou le nombre exact d'années écoulées depuis le décès, mais qui peuvent en fournir une estimation. La distribution des décès survenus à l'âge de 15 ans et plus, pour toutes les soeurs et pour celles qui sont décédées de causes maternelles, est présentée au graphique 11.1 selon le nombre d'années écoulées depuis que le décès s'est produit.

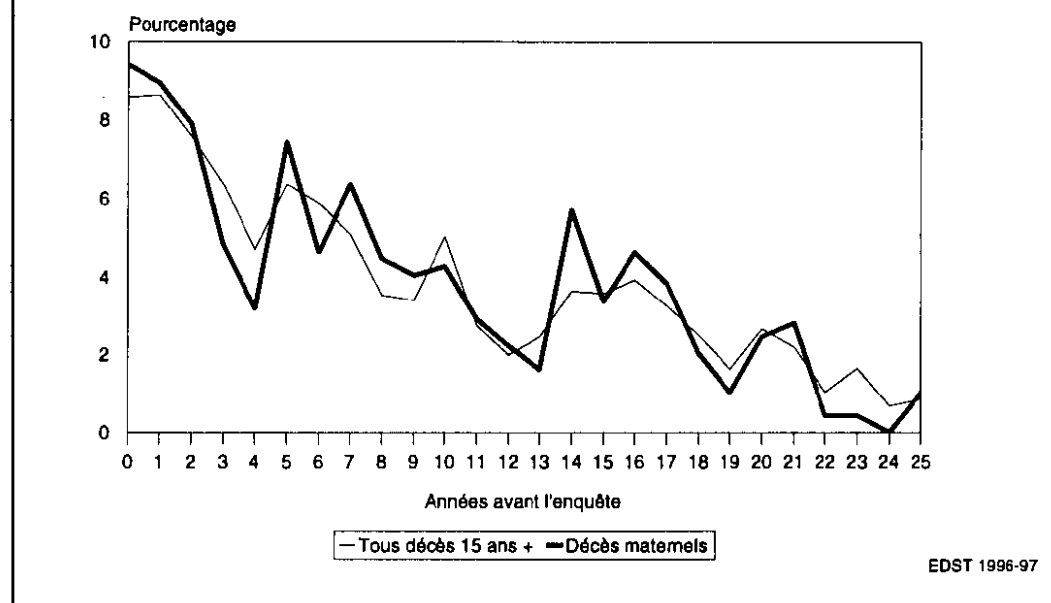
Tableau 11.2 Indicateurs de la qualité des données sur les frères et soeurs

Répartition (en %) des enquêtées et des frères et soeurs selon l'année de naissance, année de naissance médian, rapport de masculinité à la naissance, et évolution de la taille moyenne de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée, EDS Tchad 1996-97

Année de naissance	Répartition en %	
	Enquêtées	Frères/ Soeurs
Avant 1945	0,0	1,7
1945-49	2,7	3,0
1950-54	7,4	5,4
1955-59	9,8	8,2
1960-64	11,8	11,8
1965-69	15,6	14,4
1970-74	18,5	16,3
1975-79	22,8	14,2
1980 ou plus tard	11,3	25,0
Total	100,0	100,0
Intervalle	1947-1982	1922-1997
Médiane	1970	1971
Effectif	7 454	40 919

Année de naissance de l'enquêtée	Évolution	
	Taille moyenne de la fratrie	Rapport de masculinité à la naissance
Années 1940	5,4	109,2
1950-54	5,6	105,8
1955-59	5,8	112,8
1960-64	6,3	105,6
1965-69	6,5	106,9
1970-74	6,7	106,7
1975-79	6,9	108,1
Années 1980	6,9	111,6
Ensemble	6,5	107,6

Graphique 11.1
Distribution (en %) des décès de soeurs des enquêtées
selon le nombre d'années précédant l'enquête



L'allure générale de ce graphique semble indiquer, tout d'abord, une certaine concentration des décès de soeurs (décès maternels ou non) au cours de la période la plus récente : proportionnellement, deux fois plus de décès se seraient produits au cours des dix dernières années qu'au cours des dix années précédentes. Une certaine concentration au cours de la période la plus récente est, en partie, "normale" dans la mesure où, plus on se rapproche de la période de l'enquête, plus les membres de la fratrie sont âgés et donc plus exposés au risque de décès. Par contre, si la mortalité avait baissé de façon significative au cours du temps, cela devrait annuler, ou du moins fortement limiter, cette augmentation des décès au cours de la période récente. La tendance observée pourrait donc s'expliquer, en partie, par le fait qu'au Tchad le niveau de mortalité n'a que peu varié au cours des dernières années. Néanmoins, cette concentration pourrait également être, en partie, la conséquence d'une sous-estimation des décès au fur et à mesure que l'on s'éloigne dans le temps, hypothèse qui a déjà été avancée précédemment. Le graphique 11.1 met également en évidence une attraction pour des décès qui se seraient produits, en particulier, 5 et 10 ans avant l'enquête ainsi qu'une attraction pour ceux qui se seraient produits en 1990 (soit 7 ans avant l'enquête); 5 ans avant l'enquête, par exemple, le nombre d'événements est égal environ à 1,5 fois le nombre de décès trouvé pour la quatrième année avant l'enquête. Ce phénomène d'attraction pour certaines années est encore plus important lorsqu'on se limite aux seuls décès pour cause maternelle.

Pour limiter les effets de ce phénomène, on a procédé à des estimations de mortalité pour une période dont les limites ont été fixées de façon à minimiser les transferts d'événements entre années. En outre, la période de référence doit être suffisamment longue pour pouvoir disposer d'un nombre de cas de décès maternels (qui restent, malgré tout, relativement rares) suffisant pour une estimation fiable du niveau de la mortalité maternelle; à l'inverse, la période de référence doit être suffisamment courte pour rendre compte de la situation actuelle de la mortalité. Pour respecter ces différentes contraintes, une période de 7 années (c'est-à-dire 0-6 années avant l'enquête) a été retenue pour les estimations de mortalité générale et de mortalité maternelle.

11.4 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ ADULTE

Les estimations de la mortalité masculine et féminine par âge pour la période de 0-6 ans avant l'enquête, calculées directement d'après les déclarations sur la survie des frères et des soeurs, sont présentées au tableau 11.3. Le nombre de décès de frères et soeurs survenus pendant la période de référence aux âges de 15 à 49 ans n'est pas très important (349 femmes et 323 hommes), de sorte que les taux par âge sont basés sur des événements relativement peu nombreux qui sont donc sujets aux variations d'échantillonnage.

Les résultats du tableau 11.3 font apparaître un niveau de mortalité relativement élevé entre 15 et 49 ans, estimé à 4,8 ‰ pour l'ensemble des femmes et à 4,5 ‰ pour l'ensemble des hommes. Comme les décès à ces âges restent, néanmoins, relativement rares et comme les données sont celles d'un échantillon, les taux ne varient pas de façon régulière selon l'âge. En particulier, la mortalité à 30-34 ans semble manifestement surestimée pour les femmes et, à l'inverse, la mortalité à 25-29 ans semble nettement sous-estimée. Il s'agit très certainement ici de mauvaises déclarations d'âge au décès, certains décès de 25-29 ans ayant été déplacés à 30-34 ans. Par ailleurs, chez les femmes, le niveau de mortalité à 45-49 ans semble sous-estimé alors que, chez les hommes, c'est à 40-44 ans que le niveau de mortalité semble anormalement bas. Néanmoins, la tendance générale de la mortalité par grand groupe d'âges semble plausible.

Ainsi, le rapport du taux de mortalité pour le grand groupe d'âges 35-49 ans (m_{35-49}) par rapport au grand groupe d'âges 15-29 ans (m_{15-29}), soit (m_{35-49}/m_{15-29}), est égal à 1,7 chez les femmes comme chez les hommes, ce qui signifie que la mortalité à 35-49 ans est de 70 % supérieure à celle de 15-29 ans. On trouve un rapport assez voisin dans certaines tables types de mortalité correspondant à un quotient de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) proche de celui estimé pour la période de cinq ans précédant l'EDST.⁵ En dépit de leur variation irrégulière selon l'âge, la tendance générale des séries de taux, en particulier ceux des femmes, paraissent suffisamment plausibles pour qu'il soit possible d'en déduire le niveau de la mortalité maternelle.

Tableau 11.3 Estimation de la mortalité adulte par âge

Estimation directe de la mortalité par âge à partir des données concernant l'état de survie des frères et soeurs des femmes enquêtées, par sexe, Tchad 1990-1996/97, EDS Tchad 1996-97

SEXE FEMININ			
Groupe d'âges	Taux estimés pour 1990-1996/97		
	Décès	Années d'exposition	Taux (o/oo)
15-19	67	16 723	4,01
20-24	72	17 476	4,11
25-29	45	15 235	2,98
30-34	78	11 122	7,00
35-39	45	7 351	6,09
40-44	32	4 324	7,45
45-49	10	2 349	4,19
15-49	349		4,76 ^a
SEXE MASCULIN			
Groupe d'âges	Taux estimés pour 1990-1996/97		
	Décès	Années d'exposition	Taux (o/oo)
15-19	51	17 795	2,87
20-24	59	18 372	3,21
25-29	66	15 650	4,24
30-34	63	11 721	5,37
35-39	38	7 997	4,77
40-44	21	4 571	4,63
45-49	24	2 265	10,78
15-49	323		4,48 ^a

^a Taux standardisés par âge

⁵ Par exemple, le rapport m_{35-49}/m_{15-29} vaut 1,6 pour les femmes dans la table type du Modèle Sud, niveau 14 de Coale et Demeny (Coale et Demeny, 1966), avec une espérance de vie à la naissance de 52,5 ans; le même rapport vaut 1,9 pour les hommes dans la table type du Modèle Sud, niveau 15, avec une espérance de vie à la naissance de 51,9 ans.

11.5 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

L'estimation directe de la mortalité maternelle, obtenue à partir des déclarations sur la survie des soeurs, est présentée au tableau 11.4. Les décès maternels sont au nombre de 143 pour la période 1991-1997. La tendance des taux par âge est assez irrégulière. On constate en particulier, comme pour la mortalité générale, une surestimation de la mortalité à 30-34 ans et, à l'inverse, une sous-estimation de la mortalité à 25-29 ans. Le taux à 45-49 ans semble aussi anormalement faible par rapport aux autres. Étant donné le nombre peu important d'événements et, de ce fait, les variations aléatoires des taux par âge, la méthode retenue est l'estimation d'un taux unique de mortalité pour cause maternelle correspondant aux âges de procréation. L'estimation d'ensemble de la mortalité pour cause maternelle, exprimée pour 1 000 femmes-années d'exposition, est de 1,84 pour la période 1991-1997.

Les taux de mortalité pour cause maternelle peuvent être convertis en taux de mortalité maternelle, exprimés pour 100 000 naissances vivantes, en les divisant par le taux global de fécondité pour la période donnée (tableau 11.4). Exprimé de cette manière, on met davantage en relief le risque obstétrical de la grossesse et de la maternité. Le taux de mortalité maternelle est estimé à 827 décès maternels pour 100 000 naissances pour la période 1991-1997.

Tableau 11.4 Estimation directe de la mortalité maternelle

Estimation directe de la mortalité maternelle à partir des données concernant l'état de survie des soeurs des femmes enquêtées pour la période 0-6 ans avant l'enquête, EDS Tchad 1996-97

Groupe d'âges	Décès maternels	Années d'exposition	Taux par cause maternelle (‰)	Proportion des décès maternels/ Ensemble des décès
15-19	26	16 723	1,56	0,39
20-24	35	17 476	2,02	0,49
25-29	17	15 235	1,15	0,39
30-34	38	11 122	3,40	0,49
35-39	17	7 351	2,33	0,38
40-44	8	4 324	1,79	0,24
45-49	1	2 349	0,55	0,13
15-49	143	74 580	1,84 ^a	0,41
Taux global de fécondité générale (TGFG ‰)			223 ^a	
Taux de mortalité maternelle (TMM) ^b			827	
Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV) ^c			0,055	

^a Taux standardisés par âge

^b Pour 100 000 naissances. Calculé comme suit : (Taux de mortalité maternelle 15-49 ans)/TGFG.

^c Par femme. Calculé à partir de la formule suivante :

$(1 - RDV) = (1 - TMM/100\ 000)^{ISF}$, où ISF est l'Indice Synthétique de Fécondité de la période 0-6ans avant l'enquête, estimé à 6,75 enfants par femme.

À partir du taux de mortalité maternelle, on a calculé, au tableau 11.4, le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie⁶ qui exprime la probabilité pour une femme de décéder par cause maternelle durant les âges de procréation. Ce risque est estimé à 0,055 pour la période 1991-1997, en d'autres termes, une femme court un risque de 1 sur 18 de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation.

Au tableau 11.4 figurent enfin les proportions de décès imputables aux causes maternelles, par groupe d'âges, pour la période 1991-1997. Alors que les différentes mesures de la mortalité présentées précédemment peuvent être affectées par des sous-déclarations, il est permis de penser que ces proportions ne le sont pas dans la mesure où l'on peut supposer que les sous-déclarations éventuelles n'affectent pas davantage les décès par cause maternelle que les autres décès. On constate de fortes variations de ces proportions qui atteignent leur maximum à 20-24 ans et à 30-34 ans où près d'un décès de femme sur deux (49 %) serait dû à des causes maternelles. Pour l'ensemble des décès de femmes en âge de procréation (15-49 ans), 2 décès sur 5 (41 %) seraient dus à des causes maternelles.

11.6 ESTIMATION INDIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Les données sur la survie des soeurs peuvent aussi être utilisées pour estimer la mortalité maternelle par la méthode indirecte (Graham et al., 1989). Dans ce cas, les données sont agrégées par groupes d'âges de 5 ans des enquêtées. Pour chaque groupe d'âges, les informations sur le nombre de décès maternels parmi toutes les soeurs des enquêtées et sur le nombre de soeurs/unités d'exposition au risque sont utilisées pour estimer le risque de décéder sur la durée de vie par cause maternelle. L'approche indirecte fournit également une estimation d'ensemble de la mortalité maternelle pour les soeurs de l'ensemble des enquêtées qui se rapporte à une période de temps centrée approximativement sur 12 ans avant l'enquête. Quand on travaille sur des petits échantillons, il est préférable d'utiliser l'estimation d'ensemble, qui est moins sensible aux variations d'échantillonnage.

Les estimations indirectes de la mortalité maternelle sont présentées au tableau 11.5. Les estimations du risque de décéder sur la durée de vie pour cause maternelle, par groupe d'âges, varient de 0,042 à 0,121. Quand on considère l'ensemble des enquêtées, le risque de décéder sur la durée de vie pour cause maternelle est égal à 0,059 soit, en d'autres termes, un risque de 1 sur 17. Cette valeur peut être transformée en une estimation du taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances). L'estimation, centrée à environ 12 ans avant l'enquête, soit 1985, est de 853 pour 100 000.

11.7 CONCLUSION

L'estimation directe du taux de mortalité maternelle au Tchad pour la période 1991-1997 (centrée sur l'année 1994) est, selon l'EDST, de 827 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. L'estimation indirecte fournit un taux de 853 qui représente une moyenne couvrant une longue période, centrée approximativement sur 12 ans avant l'enquête, soit 1984. Étant donné le degré d'erreur de sondage associé à ces estimations de mortalité et aux différences dans les méthodes de calculs, ces deux taux peuvent être considérés comme identiques. Globalement, et compte tenu des différentes explications avancées précédemment et qui laissaient envisager une certaine sous-estimation de la mortalité, on peut estimer que, depuis les années 1980, le taux de mortalité maternelle du Tchad n'a connu aucune baisse et se situerait à un minimum compris entre 800 et 900 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Les taux de mortalité maternelle estimés selon la même méthodologie lors d'enquêtes EDS menées récemment dans d'autres pays africains figurent au graphique 11.2.

⁶ La formule de calcul de cette probabilité figure en note du tableau 11.4.

Tableau 11.5 Estimation indirecte de la mortalité maternelle

Estimation de la mortalité maternelle par la méthode indirecte, EDS Tchad 1996-97

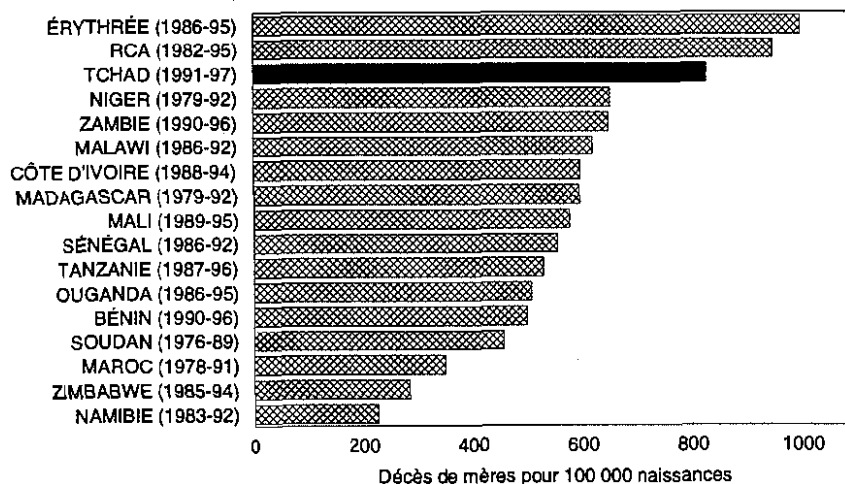
Groupe d'âges des enquêtées	Nombre d'enquêtées	Nombre de soeurs de 15 ans +	Nombre de soeurs décédées	Décès maternels ajustés	Facteurs d'ajustement pour l'exposition	Soeurs/unité d'exposition au risque	Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV)
15-19	1 717	3 171 ^a	77	41,0	0,107	339,3	0,121
20-24	1 368	2 527 ^a	89	25,2	0,206	520,5	0,048
25-29	1 349	2 493 ^a	143	55,5	0,343	854,9	0,065
30-34	978	1 984	111	65,1	0,503	997,7	0,065
35-39	873	1 760	130	60,6	0,664	1 168,9	0,052
40-44	595	991	114	44,2	0,802	794,9	0,056
45-49	574	1 021	129	38,6	0,900	918,9	0,042
15-49 ans	7 454	13 946	792	330,6	-	5 595,2	0,059

Taux de mortalité maternelle (TMM)^b = 853

^a Obtenu en multipliant le nombre d'enquêtées par le nombre moyen de soeurs de 15 ans et plus par enquêtée, déclarées par les enquêtées de 35-49 ans.

^b $TMM = (1 - [1 - RDV]^{1/ISF}) \times (100\ 000)$, où ISF est l'Indice Synthétique de Fécondité de la période 10-14 ans avant l'enquête, estimé à 7,1 enfants par femme. Le taux est exprimé pour 100 000 naissances.

Graphique 11.2
Mortalité maternelle au Tchad et dans d'autres pays africains, EDS 1989-1997



Note : les années qui suivent le nom du pays indiquent la période pour laquelle les taux de mortalité maternelle ont été calculés.

Bien que pour deux pays africains les niveaux de mortalité maternelle estimés soient plus élevés, il n'en reste pas moins que le Tchad se caractérise par une très forte mortalité maternelle : elle est environ 1,5 fois plus élevée qu'au Mali et qu'au Sénégal, près de 3 fois plus élevée qu'au Zimbabwe, près de 4 fois plus élevée qu'en Namibie et, surtout, elle est près de 30 fois plus élevée que dans les pays développés. Au Tchad, dans 2 cas sur 5, les décès des femmes qui se produisent entre 15 et 49 ans sont dus à des causes maternelles et une femme court un risque de 1 sur 18 de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation. Ces résultats mettent en évidence les progrès considérables qui doivent être accomplis pour améliorer la santé et la survie des mères tchadiennes.

CHAPITRE 12

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET SIDA

Monique Barrère

L'ONUSIDA estime qu'aujourd'hui les deux tiers de toutes les personnes infectées par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), soit plus de vingt millions de personnes, vivent en Afrique subsaharienne, où 8 % de la population âgée de 15 à 49 ans est contaminée. Ces chiffres illustrent bien l'importance de cette épidémie sur ce continent. Au Tchad, le nombre de cas enregistré était de 10 en 1986; en 1993, on en comptabilisait 1 010 et en 1993, ce nombre atteignait 6 931. Parmi ces 6 931 personnes atteintes du sida, on en dénombrait 3 073 de sexe masculin (44 %) et 2 688 de sexe féminin (39 %). Les personnes atteintes du sida appartiennent à tous les âges, mais la plupart des victimes sont dans la force de l'âge. En effet, sur 5 132 personnes malades et pour lesquelles l'âge est connu, 4 730 (92 %) sont âgées de 15-49 ans. Une enquête de séro-prévalence du VIH et de la prévalence des autres maladies sexuellement transmissibles les plus courantes au Tchad a été effectuée à N'Djaména de janvier à mars 1997 par le Programme National de Lutte contre le Sida, en collaboration avec la Banque Mondiale et l'Organisation Mondiale de la Santé. Selon les résultats de cette enquête, la séro-prévalence du VIH est estimée à 2,1 % chez les femmes enceintes, à 10,2 % chez les prostituées et à 10,2 % chez les militaires. La prévalence des MST est estimée à 39,1 % chez les femmes enceintes; chez les prostituées, elle est de 70 % et chez les militaires, elle est estimée à 20,2 %. Compte tenu de l'évolution rapide et de l'ampleur de l'épidémie, un Projet Population et Lutte contre le sida a été mis en place en 1994 avec l'appui de la Banque Mondiale et de l'Organisation Mondiale de la Santé. Il s'agit d'un projet multi-sectoriel qui comprend quatre composantes dont le Programme National de Lutte contre le sida (PNLS) et les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST). Les objectifs du PNLS/MST sont de prévenir la transmission du VIH, de réduire l'impact de l'infection sur l'individu, la famille et la communauté, et également d'atténuer les conséquences socio-économiques du VIH/SIDA/MST. Les stratégies adoptées pour atteindre ces objectifs sont la prévention de la transmission par voie sexuelle et sanguine, cela par des programmes d'Information et de Communication (IEC), par la lutte contre les MST ainsi que par la surveillance épidémiologique et la recherche.

Au Tchad, comme dans la plupart des pays africains, la transmission du sida se fait essentiellement par voie sexuelle. Les hommes et les femmes interrogés lors de l'EDST sont, ou seront très prochainement, sexuellement actifs et sont donc concernés au premier plan par les campagnes d'information lancées à travers le pays. Dans le but d'évaluer l'impact du programme tchadien, des questions sur la connaissance des modes de transmission et de protection des MST et du sida en particulier, ainsi que des questions sur les comportements sexuels ont été posées lors de l'EDST. Les informations ainsi collectées sont essentielles à l'ajustement des programmes en place, ainsi qu'à l'organisation de nouvelles campagnes d'information, d'éducation et de communication sur le sida.

Trois domaines principaux ont été abordés pendant l'enquête, à savoir :

- la connaissance, la "prévalence" et le comportement vis-à-vis des MST;
- la connaissance, la perception du risque et la prévention du SIDA;
- et la connaissance et l'utilisation du condom en tant que moyen de protection.

12.1 COMPORTEMENT SEXUEL

L'étude du comportement de la population face au sida doit tenir compte de plusieurs éléments déterminants dans la propagation du virus. Dans ce cadre, l'adoption d'un comportement sexuel sans risque

est essentielle à la protection de l'individu et de ses partenaires face au sida. Des informations portant sur le nombre de partenaires sexuels, les rapports avec des partenaires occasionnels et les relations qui s'accompagnent d'une gratification aident à répondre à certaines questions fondamentales sur le comportement sexuel de la population et permettent de disposer d'informations essentielles à la mise en place de programmes d'information et d'éducation.

12.1.1 Nombre de partenaires sexuels des femmes

Le tableau 12.1.1 présente la répartition des femmes selon le nombre de partenaires sexuels qu'elles ont eues au cours des douze derniers mois. La majorité des femmes en union (92 %) ont eu un seul partenaire, probablement leur époux, au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête. Moins de 1 % ont déclaré avoir eu, au moins, deux partenaires. À l'opposé, 8 % des femmes en union ont déclaré n'avoir eu aucun partenaire sexuel (ni même leur mari) au cours des douze derniers mois. Ce comportement est assez homogène quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques des femmes qui ont eu, en moyenne, 0,9 à 1 partenaire différent au cours des douze derniers mois. Lorsque l'on examine ces données sans tenir compte du mari, on constate que seulement 0,6 % des femmes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un ou plusieurs hommes au cours des douze derniers mois. Là encore, cette proportion ne présente que peu de variations, d'un minimum de 0,5 % chez les femmes du milieu rural, chez celles sans instruction et celles de religion musulmane, à un maximum de 1,5 % chez les femmes de N'Djaména et de 1,8 % chez les femmes de niveau secondaire ou plus.

En ce qui concerne les femmes qui ne sont pas en union, les trois quarts (76 %) n'ont jamais eu de partenaire sexuel ou n'en ont pas eu au cours des douze derniers mois. Environ une femme sur cinq (18 %) a déclaré en avoir eu un et la proportion de femmes ayant eu deux partenaires ou plus est négligeable (2 %). On notera que les proportions les plus élevées de femmes qui ne sont pas en union et qui n'ont pas eu de partenaire sexuel au cours des douze derniers mois concernent les femmes de 15-19 ans (87 %), les célibataires (86 %) et celles du milieu rural (79 %); à l'opposé, ce sont les femmes de N'Djaména et celles de niveau secondaire ou plus qui ont eu le plus fréquemment un ou plusieurs partenaires sexuels (respectivement, 32 % et 37 %).

12.1.2 Nombre de partenaires sexuelles des hommes

Le tableau 12.1.2 présente la répartition des hommes selon le nombre de partenaires sexuelles qu'ils ont eues au cours des douze derniers mois. La majorité des hommes en union (85 %) n'ont eu qu'une seule partenaire, très probablement leur épouse, au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Par ailleurs, 12 % des hommes en union ont eu 2 partenaires ou plus; il s'agit, certainement, en partie, des hommes en union polygame. Lorsque l'on examine ces données sans tenir compte de ou des épouses, on constate que 13 % des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une ou plusieurs femmes (respectivement 7 % et 6 %) au cours des douze derniers mois : ce comportement est plus fréquent en milieu urbain où pratiquement un homme sur cinq (19 %) est concerné, particulièrement à N'Djaména où la proportion atteint 23 %, qu'en milieu rural où environ un homme sur dix (11 %) a déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une autre femme que son ou ses épouses. De même, on constate des différences de comportement selon le niveau d'instruction : plus d'un homme sur trois ayant un niveau secondaire ou plus (34 %) a déclaré avoir eu des relations avec d'autres femmes que son ou ses épouses alors que cette proportion atteint seulement 6 % chez les hommes qui n'ont aucune instruction.

Pour ce qui est des hommes qui ne sont pas en union, essentiellement des célibataires, plus de la moitié (57 %) n'ont jamais eu ou n'ont eu aucune partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, un homme sur six (15 %) n'a eu qu'une seule partenaire et pratiquement un sur quatre en a eu, au moins, deux (24 %). Chez les hommes qui ne sont pas en union, le nombre moyen de partenaires, estimé à 1,3, augmente

Tableau 12.1.1 Nombre de partenaires sexuels: femmes

Répartition (en %) des femmes par nombre de personnes avec qui elles ont eu des rapports sexuels dans les 12 mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Femmes en union						Femmes en union					Femmes qui ne sont pas en union							
	Nombre de partenaires (y compris le conjoint)					Nombre moyen de partenaires	Nombre de partenaires (non compris le conjoint)				Effectif de femmes en union	Nombre de partenaires					Nombre moyen de partenaires	Effectif de femmes qui ne sont pas en union	
	0	1	2-3	4+	Total ¹		0	1	2-3	Total ¹		0	1	2-3	4+	NSP/ND			Total
Groupe d'âges																			
15-19	5,9	93,5	0,4	0,0	100,0	0,9	99,6	0,3	0,1	100,0	801	87,3	10,8	1,2	0,1	0,6	100,0	0,1	915
20-24	5,3	93,9	0,8	0,1	100,0	1,0	99,1	0,6	0,3	100,0	1 190	56,5	32,3	3,4	0,3	7,6	100,0	0,4	178
25-29	5,2	93,7	0,7	0,1	100,0	1,0	99,2	0,4	0,3	100,0	1 249	37,2	42,6	4,4	0,0	15,8	100,0	0,6	100
30-39	7,7	91,7	0,5	0,0	100,0	0,9	99,5	0,3	0,2	100,0	1 671	51,3	32,7	6,6	0,7	8,7	100,0	0,6	179
40-49	14,6	84,5	0,6	0,1	100,0	0,9	99,2	0,5	0,3	100,0	921	80,9	11,2	0,0	0,5	7,4	100,0	0,2	250
Durée de l'union (en années)																			
Célibataire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	86,1	12,2	1,3	0,1	0,2	100,0	0,2	1 018
0-4	6,1	93,3	0,5	0,0	100,0	0,9	99,5	0,3	0,2	100,0	1 259	44,9	34,2	5,9	0,0	15,1	100,0	0,6	63
5-9	5,5	93,6	0,7	0,1	100,0	1,0	99,1	0,7	0,3	100,0	1 241	31,5	46,6	3,7	0,0	18,2	100,0	0,7	82
10-14	6,3	93,0	0,4	0,0	100,0	0,9	99,5	0,4	0,1	100,0	1 085	38,2	39,8	2,7	0,0	19,3	100,0	0,6	79
15 ou +	10,0	89,1	0,6	0,1	100,0	0,9	99,3	0,4	0,3	100,0	2 247	71,0	18,4	2,8	0,7	7,1	100,0	0,3	379
Milieu de résidence																			
N'Djaména	4,7	93,8	0,9	0,4	100,0	1,0	98,4	0,7	0,8	100,0	512	64,3	27,6	3,3	0,6	4,2	100,0	0,4	185
Autres villes	5,4	92,8	1,0	0,1	100,0	1,0	98,9	0,8	0,3	100,0	726	71,3	21,2	2,1	0,4	5,0	100,0	0,3	297
Ensemble urbain	5,1	93,2	1,0	0,2	100,0	1,0	98,7	0,7	0,5	100,0	1 238	68,6	23,6	2,6	0,5	4,7	100,0	0,3	481
Rural	8,2	91,3	0,5	0,0	100,0	0,9	99,5	0,3	0,2	100,0	4 594	78,9	15,1	1,8	0,1	4,1	100,0	0,2	1 140
Niveau d'instruction																			
Aucun	7,3	92,0	0,5	0,1	100,0	0,9	99,5	0,3	0,2	100,0	4 678	77,3	15,7	1,6	0,3	5,1	100,0	0,2	1 060
Primaire ou plus	8,2	90,4	1,1	0,1	100,0	0,9	98,7	1,0	0,3	100,0	1 154	73,2	21,2	2,8	0,1	2,7	100,0	0,3	562
- Primaire	8,9	89,7	1,0	0,1	100,0	0,9	98,8	1,0	0,2	100,0	999	76,3	17,7	2,8	0,0	3,2	100,0	0,2	436
- Secondaire ou plus	3,6	95,0	1,5	0,0	100,0	1,0	98,2	0,7	1,1	100,0	155	62,2	33,4	2,7	0,4	1,2	100,0	0,4	126
Religion																			
Musulmane	4,8	94,6	0,5	0,1	100,0	1,0	99,4	0,3	0,2	100,0	3 172	73,9	18,8	2,2	0,2	4,9	100,0	0,3	847
Catholique	11,6	87,6	0,5	0,0	100,0	0,9	99,5	0,4	0,2	100,0	1 375	78,0	16,0	2,8	0,1	3,0	100,0	0,2	373
Protestante	9,7	89,2	0,8	0,1	100,0	0,9	99,1	0,6	0,3	100,0	914	75,8	19,0	1,2	0,4	3,6	100,0	0,2	295
Autres/ND	9,9	87,7	1,4	0,3	100,0	0,9	98,3	1,0	0,7	100,0	371	84,9	10,3	0,0	0,0	4,9	100,0	0,1	106
Ensemble des femmes	7,5	91,7	0,6	0,1	100,0	0,9	99,3	0,4	0,2	100,0	5 832	75,9	17,6	2,0	0,2	4,3	100,0	0,2	1 622

¹ Y compris les "non-déterminés"

jusqu'à 30 ans, passant de 0,9 femme, en moyenne, à 15-19 ans à 2,3 à 25-29 ans, pour diminuer par la suite. De même, les hommes vivant en milieu rural ont, en moyenne, moins de partenaires sexuelles (0,9) que ceux qui vivent dans les Autres Villes (1,7) et surtout que ceux qui vivent à N'Djaména (2,3). Comme pour les hommes en union, on constate que le niveau d'instruction influe sur le nombre de partenaires : plus le niveau d'instruction est élevé, plus le nombre de partenaires sexuelles est important. Parmi les hommes qui ne sont pas en union, on note que ceux qui ont un niveau d'instruction, au moins, secondaire ont eu, en moyenne, au cours de la période, près de deux fois plus de partenaires que ceux qui n'ont pas d'instruction (2,0 contre 1,2).

12.1.3 Rapports sexuels et gratifications

On a demandé aux femmes et aux hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, si elles/ils avaient reçu ou donné de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels (tableau 12.2). Peu de femmes (2 %) ont déclaré avoir pratiqué ce type de relation; cependant, ce comportement très peu fréquent chez les femmes en union (0,7 %) concerne près d'une femme non en union sur sept (13 %). Parmi les femmes qui ne sont pas en union, ce sont les plus jeunes qui ont eu le plus souvent ce genre de comportement puisque près d'une femme de 15-19 ans sur trois (29 %) a reconnu avoir reçu de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels. Du point de vue du niveau d'instruction, les femmes non en union qui ont, au moins, un niveau d'étude primaire (18 %) ont plus tendance à accepter des gratifications en échange de rapports sexuels que celles qui ne sont jamais allées à l'école (11 %).

Tableau 12.2 Paiement pour rapports sexuels

Parmi les femmes et les hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage de celles/ceux qui ont donné ou reçu de l'argent, des cadeaux ou des faveurs pour des rapports sexuels selon l'état matrimonial et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Femmes						Hommes					
	En union		Pas en union		Ensemble		En union		Pas en union		Ensemble	
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Groupe d'âges												
15-19	0,8	801	28,7	139	4,9	940	21,2	25	49,6	150	45,6	174
20-24	1,0	1 190	10,3	111	1,8	1 301	14,3	150	41,4	141	27,4	290
25-29	0,7	1 249	18,2	87	1,8	1 336	13,1	248	51,5	70	21,6	318
30-39	0,4	1 671	11,9	177	1,5	1 848	6,9	543	20,0	34	7,7	577
40-49	0,6	921	5,1	249	1,6	1 170	4,9	341	9,6	14	5,1	355
50-59	-	-	-	-	-	-	1,1	176	0,0	4	1,1	180
Milieu de résidence												
N'Djaména	2,5	512	10,6	112	4,0	623	16,3	175	49,7	86	27,3	262
Autres villes	0,9	726	14,9	165	3,5	892	10,9	202	47,5	114	24,1	316
Ensemble urbain	1,6	1 238	13,2	277	3,7	1 515	13,4	377	48,4	200	25,5	578
Rural	0,4	4 594	13,3	487	1,7	5 081	5,9	1 106	37,6	213	11,0	1 319
Niveau d'instruction												
Aucun	0,5	4 678	11,3	542	1,6	5 220	3,7	932	39,0	148	8,5	1 080
Primaire ou plus	1,4	1 154	18,0	222	4,1	1 376	14,7	551	45,0	265	24,6	816
- Primaire	1,2	999	17,3	156	3,4	1 156	12,3	368	41,7	128	19,9	496
- Secondaire ou plus	2,5	155	19,5	65	7,5	220	19,6	183	48,1	137	31,8	320
Ensemble	0,7	5 832	13,2	764	2,1	6 596	7,8	1 483	42,8	413	15,4	1 896

Chez les hommes, un homme sur six (15 %) a déclaré avoir donné ou reçu de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels. Ce type de relation est beaucoup plus fréquent chez les hommes qui ne sont pas en union (43 %) que chez les hommes en union (8 %). Ainsi que chez les femmes, ces relations sont plus fréquentes parmi les hommes les plus jeunes : elles concernent 46 % de l'ensemble des hommes de 15-19 ans, 27 % de ceux de 20-24 ans et 22 % de ceux de 25-29 ans. Ces comportements sont, par contre, très peu répandus chez ceux âgés de 40 ans ou plus (5 % et moins). Selon le milieu de résidence, on observe que ce comportement est, dans l'ensemble, beaucoup plus fréquent en milieu urbain (26 %) qu'en milieu rural (11 %). On notera cependant que, quel que soit le milieu de résidence, les hommes qui ne sont pas en union ont beaucoup plus tendance à donner des gratifications en échange de relations sexuelles que les hommes en union : ainsi, à N'Djaména, 50 % des hommes célibataires, veufs, séparés ou divorcés ont eu ce type de relation contre seulement 16 % des hommes en union. En milieu rural, ces pourcentages sont, respectivement, de 38 % et 6 %. Enfin, en ce qui concerne le niveau d'instruction, ce sont les hommes non en union les plus instruits qui ont déclaré le plus fréquemment avoir pratiqué ce genre de relations (48 % contre 20 % des hommes en union de niveau secondaire). Comparativement, ce comportement est moins répandu chez les hommes qui n'ont pas d'instruction : 39 % chez ceux qui ne sont pas en union, contre 4 % chez les hommes mariés.

12.1.4 Dernière partenaire sexuelle des hommes

À chaque homme, on a demandé avec quelle personne il avait eu ses derniers rapports sexuels, à savoir, son épouse ou l'une de ses épouses, une partenaire régulière, une personne de rencontre ou quelqu'un qu'il avait payé (tableau 12.3). Les trois quarts des hommes ont déclaré avoir eu leurs derniers rapports sexuels avec leur épouse, 6 % avec une partenaire régulière et 19 % avec une personne de rencontre ou une prostituée. Ici aussi, le comportement des hommes est très différent selon que l'homme est en union ou non. En ce qui concerne les hommes en union, la grande majorité (94 %) ont déclaré que leurs derniers rapports avaient eu lieu avec leur épouse (ou une de leurs épouses), 2 % ont eu leurs derniers rapports avec une partenaire régulière et, pour 4 % des hommes en union, les derniers rapports ont eu lieu avec une personne de rencontre ou une prostituée. Par contre, pour près des trois quarts des hommes qui ne sont pas en union (72 %), les derniers rapports sexuels ont eu lieu avec une personne de rencontre ou une prostituée et un sur cinq (21 %) a déclaré les avoir eus avec une partenaire régulière. Par ailleurs, il faut noter que, parmi les hommes qui n'étaient pas en union au moment de l'enquête, 6 % ont déclaré avoir eu leurs derniers rapports avec leur épouse : il s'agit ici d'hommes veufs et divorcés ou séparés qui n'ont pas eu de rapports sexuels depuis la rupture de leur union ou le décès de leur épouse.

En ce qui concerne les hommes en union, on peut noter que les proportions de ceux qui ont eu leurs derniers rapports sexuels avec des personnes de rencontre ou contre de l'argent sont nettement plus élevées en milieu urbain (7 %), et particulièrement à N'Djaména (10 %), et parmi les hommes ayant un niveau secondaire ou plus (10 %) que parmi les hommes du milieu rural (3 %) et ceux sans instruction (2 %). On retrouve le même type d'écart, mais beaucoup moins marqué, chez les hommes qui ne sont pas en union : 75 % des hommes non en union de N'Djaména et 73 % des hommes de niveau secondaire ont eu leurs derniers rapports sexuels avec des personnes de rencontre ou des prostituées, contre 72 % des hommes du milieu rural et 72 % des hommes sans instruction. Globalement, on peut dire que, quel que soit leur état matrimonial, les hommes du milieu urbain et ceux ayant de l'instruction ont plus fréquemment que les autres des comportements sexuels à risque. Du point de vue de la religion, on peut remarquer que les musulmans ont plus fréquemment déclaré que les autres avoir eu leurs dernières relations sexuelles avec leur épouse.

Tableau 12.3 Dernière personne avec laquelle les hommes ont eu des rapports sexuels

Répartition (en %) des hommes qui ont déjà eu des rapports sexuels selon le type de personne avec qui ils ont eu leurs derniers rapports sexuels, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Hommes en union					Hommes qui ne sont pas en union					Ensemble des hommes								
	Épouse(s)	Partenaire régulier	Quelqu'un payé	Quelqu'un d'autre	Total ¹	Effectif	Épouse	Partenaire régulier	Quelqu'un payé	Quelqu'un d'autre	Total	Effectif	Épouse(s)	Partenaire régulier	Quelqu'un payée	Quelqu'un d'autre	Total	Effectif	
Groupe d'âges																			
15-19	86,6	5,5	0,0	7,9	100,0	25	0,9	19,9	9,4	69,8	100,0	150	13,1	17,8	8,1	61,0	100,0	174	
20-24	91,2	2,2	0,4	6,2	100,0	150	2,3	25,2	10,9	61,6	100,0	141	48,1	13,4	5,5	33,0	100,0	290	
25-29	89,6	2,8	2,6	5,0	100,0	248	0,0	19,9	16,1	64,0	100,0	70	69,8	6,6	5,6	18,0	100,0	318	
30-39	94,7	1,5	0,7	2,9	100,0	543	28,6	23,4	7,2	40,8	100,0	34	90,8	2,8	1,1	5,2	100,0	577	
40-49	95,7	0,7	0,6	3,0	100,0	341	*	*	*	*	*	14	94,9	0,9	0,9	3,3	100,0	355	
50-59	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	176	*	*	*	*	*	4	98,6	0,0	0,0	1,4	100,0	180	
État matrimonial																			
Pas en union	-	-	-	-	0,0	0	6,4	21,3	10,8	61,5	100,0	413	6,4	21,3	10,8	61,5	100,0	413	
Monogame	93,0	1,8	1,0	4,2	100,0	1 114	-	-	-	-	-	0	93,0	1,8	1,0	4,2	100,0	1 114	
Polygame	97,8	0,7	0,5	0,9	100,0	369	-	-	-	-	-	0	97,8	0,7	0,5	0,9	100,0	369	
Durée de l'union (en années)																			
Célibataire	-	-	-	-	0,0	0	0,0	24,4	11,9	63,7	100,0	353	0,0	24,4	11,9	63,7	100,0	353	
0-4	89,6	2,7	0,6	6,8	100,0	289	*	*	*	*	*	17	86,4	2,8	1,4	9,2	100,0	305	
5-9	93,2	2,5	1,2	3,1	100,0	310	*	*	*	*	*	17	89,8	2,3	1,2	6,7	100,0	327	
10-14	94,2	1,2	1,2	3,5	100,0	275	*	*	*	*	*	9	93,2	1,3	1,2	4,3	100,0	284	
15 ou plus	96,9	0,6	0,6	1,8	100,0	609	*	*	*	*	*	18	96,0	0,7	0,6	2,7	100,0	627	
Milieu de résidence																			
N'Djaména	84,7	5,1	2,4	7,5	100,0	175	3,4	22,1	19,3	55,2	100,0	86	58,0	10,7	8,0	23,2	100,0	262	
Autres villes	93,6	1,9	1,0	3,5	100,0	202	1,7	27,1	10,2	61,0	100,0	114	60,4	11,0	4,3	24,3	100,0	316	
Ensemble urbain	89,5	3,4	1,6	5,3	100,0	377	2,4	24,9	14,1	58,5	100,0	200	59,3	10,9	5,9	23,8	100,0	578	
Rural	95,8	0,9	0,6	2,7	100,0	1 106	10,2	17,8	7,6	64,3	100,0	213	82,0	3,6	1,7	12,6	100,0	1 319	
Niveau d'instruction																			
Aucun	97,7	0,8	0,3	1,3	100,0	932	11,6	16,6	8,3	63,4	100,0	148	85,9	2,9	1,4	9,8	100,0	1 080	
Primaire ou plus	88,4	2,7	1,9	6,9	100,0	551	3,5	23,9	12,1	60,4	100,0	265	60,8	9,6	5,2	24,3	100,0	816	
- Primaire	89,2	2,3	1,4	6,9	100,0	368	6,8	20,7	9,7	62,7	100,0	128	67,9	7,0	3,6	21,3	100,0	496	
- Secondaire ou plus	86,6	3,6	2,7	7,0	100,0	183	0,4	26,9	14,4	58,3	100,0	137	49,8	13,6	7,7	29,0	100,0	320	
Religion																			
Musulmane	96,3	1,3	0,5	1,8	100,0	843	7,5	24,7	9,7	58,2	100,0	211	78,5	6,0	2,4	13,1	100,0	1 055	
Catholique	91,6	1,9	1,0	5,6	100,0	317	8,1	12,9	13,8	65,1	100,0	101	71,4	4,5	4,1	19,9	100,0	417	
Protestante	88,5	2,3	2,2	7,0	100,0	214	1,8	22,9	11,6	63,7	100,0	76	65,7	7,7	4,7	21,9	100,0	290	
Autres/ND	97,0	0,5	0,6	1,8	100,0	109	5,4	21,5	5,2	67,9	100,0	25	80,0	4,5	1,4	14,1	100,0	134	
Ensemble des hommes	94,2	1,5	0,9	3,4	100,0	1 483	6,4	21,3	10,8	61,5	100,0	413	75,1	5,8	3,0	16,0	100,0	1 896	

¹ Y compris les "non-déterminés"

* Basé sur trop peu de cas

12.2 MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Dans la mesure où les maladies sexuellement transmissibles favorisent la transmission du virus du sida, la prévention et la lutte contre ces maladies constituent une priorité en Afrique. Aussi, l'EDST a cherché à évaluer les niveaux de connaissance et de prévalence des MST, au sein de la population tchadienne.

12.2.1 Connaissance des MST

Pour estimer le niveau de connaissance des MST par les femmes et les hommes enquêtés, on leur a demandé s'ils avaient déjà entendu parler de maladies qui « peuvent se transmettre sexuellement » et, si oui, quelles maladies de ce genre ils connaissaient.

Malgré les campagnes d'information en place dans le pays, on constate que la connaissance des MST n'est pas très répandue puisque 47 % des femmes et 18 % des hommes ne connaissent pas ce type de maladies (tableau 12.4). Chez les femmes, parmi les MST, c'est le sida qui a été cité le plus souvent (42 % en ont entendu parler); de plus, plus d'une femme sur trois (37 %) a cité la blennorragie et une femme sur dix a déclaré connaître la syphilis (11 %). Très peu de femmes ont entendu parler des condylomes (1 %); de même,

Tableau 12.4 Connaissance des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)

Pourcentage de femmes et d'hommes qui connaissent certaines Maladies Sexuellement Transmissibles (MST), par MST spécifique et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Femmes							Hommes						
	Syphi- lis	Blennor- ragie	Sida	Condy- lome/ Tumeur génitale	Autre	Ne connaît aucune MST	Ef- fectif	Syphi- lis	Blennor- ragie	Sida	Condy- lome/ Tumeur génitale	Autre	Ne connaît aucune MST	Ef- fectif
Groupe d'âges														
15-19	6,6	26,3	38,2	0,4	0,5	56,5	1 716	11,9	56,7	59,1	0,1	0,3	30,5	490
20-24	8,7	37,3	45,5	0,8	1,4	46,0	1 368	26,8	72,1	68,5	1,2	0,7	19,6	373
25-29	12,4	41,4	46,5	0,8	1,0	41,9	1 349	26,9	74,7	69,3	2,4	0,4	15,9	342
30-39	13,6	42,6	41,3	1,8	1,4	44,4	1 850	27,9	79,1	69,3	2,0	0,8	12,5	580
40-49	13,5	39,8	36,1	1,9	1,1	46,6	1 171	30,9	79,6	68,1	2,7	1,5	12,6	355
50-59	-	-	-	-	-	-	-	34,7	74,9	52,8	1,5	0,8	16,6	180
État matrimonial														
Actuel. en union	11,1	38,6	41,7	1,1	1,2	46,3	5 832	28,9	78,0	66,6	2,1	1,0	13,6	1 483
Union rompue	16,7	45,7	45,0	1,9	0,8	40,1	603	27,7	81,3	72,2	0,0	0,0	14,5	60
Célibataire	5,9	24,2	38,2	0,7	0,5	58,0	1 018	18,0	60,8	63,1	0,9	0,3	27,5	777
- A eu des rap. sexuels	11,7	46,8	56,7	1,1	0,4	37,5	160	28,3	76,9	78,7	1,4	0,2	14,6	353
- N'a jamais eu de rap. sex.	4,9	20,0	34,7	0,6	0,6	61,8	858	9,3	47,5	50,0	0,4	0,5	38,2	424
Milieu de résidence														
N'Djaména	19,1	59,1	81,8	1,7	0,8	14,5	696	37,8	83,5	91,6	3,1	0,6	5,7	303
Autres villes	15,0	49,1	63,1	1,7	0,3	29,5	1 023	32,7	79,0	80,1	2,3	0,0	12,7	396
Ensemble urbain	16,6	53,2	70,7	1,7	0,5	23,4	1 720	35,0	81,0	85,1	2,7	0,3	9,7	699
Rural	9,1	32,4	32,7	0,9	1,2	54,6	5 734	21,0	68,6	57,1	1,2	0,9	22,0	1 621
Niveau d'instruction														
Aucun	9,0	32,0	32,6	1,1	1,1	54,2	5 738	22,1	67,6	52,3	1,1	0,6	24,0	1 265
Primaire ou plus	17,1	54,5	71,4	1,1	1,0	24,4	1 716	28,9	78,1	81,4	2,3	0,8	11,4	1 055
- Primaire	15,0	51,1	67,0	1,1	1,0	28,3	1 436	20,8	73,2	75,2	0,8	0,6	15,9	669
- Secondaire ou plus	27,7	71,7	93,9	1,0	0,8	4,6	281	43,0	86,6	92,0	4,9	1,2	3,7	386
Religion														
Musulmane	10,3	31,8	27,8	1,3	0,7	56,0	4 020	25,9	70,8	55,5	0,9	0,8	21,6	1 283
Catholique	13,2	48,3	62,1	1,3	2,2	33,0	1 748	23,7	72,8	75,5	2,3	0,5	16,0	506
Protestante	11,1	45,7	63,6	0,7	0,7	32,6	1 209	25,0	73,0	79,8	2,9	1,0	13,3	382
Autres/ND	5,5	20,7	25,3	0,1	1,1	64,7	478	24,8	82,1	81,5	1,7	0,0	9,9	150
Ensemble	10,8	37,2	41,5	1,1	1,1	47,4	7 454	25,2	72,4	65,5	1,6	0,7	18,3	2 320

une proportion négligeable a cité d'autres MST (1 %).¹ Ce faible niveau de connaissance peut s'expliquer, en partie, par le caractère récent des campagnes de sensibilisation mais aussi par leur portée limitée du fait qu'elles sont circonscrites, en grande partie, au milieu urbain.

En ce qui concerne les hommes, on constate que le niveau de connaissance est beaucoup plus élevé que celui des femmes. En effet, 66 % des hommes ont cité le sida, 72 % la blennorragie, 25 % la syphilis; par contre, les condylomes et les autres maladies n'ont été cités que par très peu d'hommes(respectivement 2 % et 1 %).

Le degré de connaissance des MST varie selon l'âge. En général, ce sont les femmes et les hommes les plus jeunes (15-19 ans) qui connaissent le moins bien ces maladies : à 15-19 ans, un homme sur trois (31 %) et près de quatre femmes sur sept (57 %) ont déclaré n'en connaître aucune. Du point de vue de l'état matrimonial et quel que soit le sexe, on constate que ce sont les célibataires, et en particulier les célibataires qui n'ont jamais eu de rapports sexuels, qui sont les moins bien informés : chez les femmes, 58 % de célibataires ont déclaré ne connaître aucune MST contre 46 % de celles qui sont actuellement en union ; chez les hommes, ces proportions sont, respectivement, de 28 % et 14 %. Par ailleurs, le milieu de résidence fait apparaître des écarts importants dans la connaissance des MST. Quel que soit le sexe, c'est en milieu rural que le niveau de connaissance est le plus faible (22 % des hommes et 55 % des femmes ne connaissent aucune MST). De même, seulement 57 % des hommes et 33 % des femmes y ont cité le sida comme MST. C'est à N'Djaména que le niveau de connaissance des MST et du sida en tant que MST est le plus élevé : en effet, la quasi-totalité des hommes (94 %) et 85 % des femmes connaissent les MST, et 92 % des hommes et 82 % des femmes ont cité le sida comme MST.

On constate enfin que le niveau de connaissance des MST est lié au niveau d'instruction. En effet, 24 % des hommes qui n'ont pas d'instruction ne connaissent pas les MST, contre 16 % des hommes qui ont un niveau primaire et seulement 4 % de ceux de niveau secondaire ou plus. Chez les femmes, ces pourcentages sont, respectivement, de 54 %, 28 % et 5 %. On retrouve les mêmes écarts en ce qui concerne le niveau de connaissance du sida en tant que MST : 52 % pour les hommes qui n'ont pas d'instruction, 75 % chez ceux qui ont un niveau primaire et 92 % pour ceux qui ont atteint le niveau secondaire ou plus. Chez les femmes, 33 % de celles sans instruction ont cité le sida comme MST, contre 67 % de celles qui ont le niveau d'instruction primaire et 94 % de celles qui ont, au moins, un niveau d'instruction secondaire. En ce qui concerne la religion, chez les hommes comme chez les femmes, on constate que le niveau de connaissance des musulmans est plus faible que celui des chrétiens.

12.2.2 Épisodes déclarés de MST

Lors de l'EDST, on a demandé aux femmes et hommes qui avaient déjà eu des rapports sexuels s'ils avaient eu une MST au cours des 12 derniers mois et, si la réponse était positive, quelle MST ils avaient eue. Cependant, étant donné que certaines personnes peuvent avoir des MST et ne pas le savoir ou ne pas reconnaître qu'il s'agit d'une MST, et étant donné que certaines personnes avouent difficilement avoir eu de telles maladies, surtout au cours d'une enquête, il faut considérer les valeurs présentées ici comme des ordres de grandeur minimale. Elles ne peuvent pas être considérées comme des mesures véritables de la prévalence des MST. Par ailleurs, au cours de l'enquête auprès des hommes, après leur avoir demandé s'ils avaient eu une MST et, si oui, laquelle, on leur a demandé si, au cours des 12 derniers mois, ils avaient eu un écoulement urétral et/ou un ulcère génital. On verra ci-dessous qu'un certain nombre d'hommes ont déclaré la présence de ces symptômes alors qu'ils n'avaient pas déclaré avoir eu de MST, ce qui démontre que la simple question

¹ Bien que 47 % des femmes n'aient jamais entendu parler des MST, la somme de ces pourcentages (92 %) excède 53 % (le complément à 100 % de 47 %) car les femmes ont pu citer plusieurs maladies. Cette remarque s'applique également aux hommes.

sur les MST sous-estime la prévalence de ces maladies. Néanmoins, ces questions supplémentaires n'ont pas été posées aux femmes du fait de la difficulté pour ces dernières à distinguer ces symptômes d'autres manifestations non associées à des MST.

Au tableau 12.5, figurent les proportions de femmes et d'hommes ayant déclaré avoir eu une MST au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, on constate que la prévalence des MST au cours des douze derniers mois est extrêmement faible : parmi les femmes connaissant les MST et ayant déjà eu des rapports sexuels, moins d'un pour cent (0,9 %) a déclaré avoir eu une MST au cours des douze derniers mois et, dans la plupart des cas, (0,6 %) il s'agissait d'une blennorragie.

En ce qui concerne les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, 2,2 % ont déclaré avoir eu une blennorragie; par ailleurs, 1,7 % ont déclaré avoir eu un écoulement urétral et 1,1 % un ulcère génital. Dans l'ensemble, 2,7 % des hommes auraient eu une MST au cours des 12 derniers mois. Malgré ces niveaux très faibles chez les deux sexes, il faut remarquer que les hommes ont été, proportionnellement, deux fois plus nombreux que les femmes à déclarer avoir eu des MST au cours des douze derniers mois.

Tableau 12.5 Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) au cours des 12 derniers mois

Pourcentage de femmes et d'hommes qui ont déclaré avoir eu une/des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par MST spécifique et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Femmes					Hommes				
	N'importe quelle MST	Syphilis	Blen-norragie	Condylome/Tumeur génitale	Effectif	N'importe quelle MST	Blen-norragie	Écoulement du pénis	Ulcère génital	Effectif
Groupe d'âges										
15-19	0,5	0,0	0,3	0,0	466	5,6	4,9	5,3	1,9	174
20-24	0,5	0,0	0,5	0,0	727	3,7	3,5	1,7	1,1	290
25-29	0,5	0,0	0,5	0,0	799	4,5	4,5	3,9	1,6	318
30-39	1,4	0,2	1,0	0,2	1 053	1,4	0,8	0,3	1,0	577
40-49	1,1	0,4	0,6	0,1	642	1,7	1,1	0,9	0,9	355
50-59	-	-	-	-	-	0,8	0,0	0,8	0,0	180
État matrimonial										
Actuel. en union	0,8	0,1	0,6	0,1	3 220	1,6	1,1	0,9	0,7	1 483
Union rompue	1,2	0,4	0,8	0,0	367	8,8	8,8	3,3	2,3	60
Célibataire	0,6	0,0	0,6	0,0	100	6,0	5,5	5,0	2,4	353
Milieu de résidence										
N'Djaména	0,8	0,3	0,6	0,0	547	4,1	3,2	2,0	2,0	262
Autres villes	1,1	0,0	1,0	0,1	652	4,9	4,9	4,1	1,8	316
Ensemble urbain	1,0	0,1	0,8	0,1	1 199	4,5	4,1	3,2	1,9	578
Rural	0,8	0,1	0,5	0,1	2 488	1,8	1,3	1,1	0,7	1 319
Niveau d'instruction										
Aucun	0,9	0,1	0,6	0,1	2 584	2,0	1,5	1,2	1,0	1 080
Primaire ou plus	0,8	0,1	0,7	0,0	1 103	3,5	3,1	2,5	1,2	816
- Primaire	0,9	0,1	0,9	0,0	889	2,3	1,9	1,7	0,6	496
- Secondaire ou plus	0,5	0,2	0,2	0,0	214	5,5	5,1	3,7	2,1	320
Ensemble	0,9	0,1	0,6	0,1	3 687	2,7	2,2	1,7	1,1	1 896

Note: Basé sur les déclarations des personnes enquêtées. Pour les femmes, le dénominateur comprend les femmes qui connaissent les MST et qui ont déjà eu des rapports sexuels; pour les hommes, le dénominateur comprend ceux qui ont déjà eu des rapports sexuels.

Chez les hommes, malgré des proportions très faibles, il faut signaler que les MST semblent être beaucoup plus fréquentes chez les moins de 30 ans (entre 4 % et 6 %) que dans les groupes plus âgés (moins de 2 % au-delà de 30 ans). Rappelons que les hommes les plus âgés sont également ceux qui ont le moins fréquemment des partenaires occasionnelles et aussi ceux qui ont le moins fréquemment des rapports sexuels en échange de gratifications. Du point de vue de l'état matrimonial, on constate des écarts importants : 9 % d'hommes dont l'union a été rompue ont déclaré avoir eu une MST ou un symptôme au cours des douze derniers mois; en comparaison, des cas de MST ont été rapportés par moins de 2 % d'hommes en union et par 6 % de célibataires. Les hommes vivant en milieu urbain semblent plus exposés à ces maladies que ceux du milieu rural (5 % contre 2 %). De même, les hommes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus ont déclaré plus fréquemment que les autres avoir eu des MST ou un symptôme de MST (6 % contre 2 % pour ceux de niveau primaire et ceux n'ayant aucune instruction).

12.2.3 Comportement face aux MST

Afin de mieux cerner le comportement des enquêtés atteints de MST et de connaître les mesures qu'ils avaient prises pour éviter d'infecter leur partenaire, on leur a posé une série de questions dont les réponses sont présentées au tableau 12.6.

En ce qui concerne les femmes atteintes de MST, 91 % ont recherché des conseils et/ou des traitements. Par ailleurs, 83 % des femmes ont déclaré avoir informé leur partenaire de leur état et, à la question « Avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre partenaire? », 68 % des femmes ont répondu que leur partenaire était déjà infecté et 7 % ont déclaré n'avoir pris aucune mesure. Par ailleurs, 20 % des enquêtées ont répondu avoir pris des médicaments et 8 % s'être abstenus de rapports sexuels. Globalement, il semble que les femmes ont eu un meilleur comportement que les hommes face à ces maladies. En effet, au cours de leur maladie, si 87 % des hommes ont recherché un traitement, seulement 61 % d'entre eux, contre 83 % des femmes, ont informé leur partenaire de leur état. Un homme malade sur six (16 %) n'a rien fait pour éviter d'infecter sa partenaire; par contre, dans 46 % des cas, les hommes ont évité d'avoir des rapports sexuels et dans 9 % des cas, ils ont utilisé le condom. Par ailleurs, 53 % des hommes ont déclaré avoir pris des médicaments pour éviter d'infecter leur partenaire. Enfin, alors que 68 % des femmes avaient déclaré n'avoir pris aucune mesure pour éviter d'infecter leur partenaire parce que ce dernier était déjà infecté, on constate que cette proportion n'est que de 6 % chez les hommes.

Tableau 12.6 Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et comportement

Parmi les femmes et les hommes qui ont déclaré avoir eu une/des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles/ceux qui ont cherché des conseils ou un traitement, pourcentage de celles/ceux qui ont informé leur(s) partenaire(s) et pourcentage de celles/ceux ayant pris des mesures spécifiques pour éviter d'infecter leur partenaire, EDS Tchad 1996-97

	% qui ont cherché conseils/traitement auprès d'un service de santé ou professionnel de la santé	% qui ont informé leur(s) partenaire(s)	Mesures prises pour éviter d'infecter le(s) partenaire(s)						Effectif avec MST
			A évité les rapports sexuels	A utilisé des condoms	A pris des médicaments	Autres	Aucune mesure : partenaire déjà infecté	Aucune mesure	
FEMMES									
Ensemble des femmes	90,6	82,8	7,5	0,0	19,5	0,0	67,5	7,4	31
HOMMES									
Ensemble des hommes	86,6	61,2	45,6	8,9	52,5	2,7	6,3	15,6	51

12.3 CONNAISSANCE, PERCEPTION DU RISQUE ET PRÉVENTION DU SIDA

12.3.1 Connaissance du sida et sources d'information

La population tchadienne est relativement bien informée de l'existence du sida. Cependant, les résultats mettent en évidence des écarts importants dans le niveau de connaissance entre les hommes et les femmes. En effet, 88 % des hommes et 60 % des femmes seulement ont déclaré connaître ou avoir entendu parler de cette maladie² (tableaux 12.7.1 et 12.7.2). Chez les hommes, le niveau de connaissance ne varie qu'assez peu selon les caractéristiques socio-démographiques, d'un minimum de 76 % (chez les 50-59 ans) à un maximum de 99 % (les hommes de N'Djaména) : les niveaux de connaissance les plus faibles se rencontrent chez les hommes les plus

Tableau 12.7.1 Connaissance du sida par les femmes

Pourcentage de femmes qui connaissent le sida et pourcentage de celles qui ont entendu parler du sida selon les principales sources d'information, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Connait le sida	Sources d'information sur le sida											Nombre moyen de sources	
		Radio	TV	Journaux/ Magazines	Dépliants/ Affiches	Agent de santé	Mosquée/ Église	École	Conférence de Quartier	Amis parents	Lieu de travail	Autres		Effectif
Groupe d'âges														
15-19	57,3	27,8	4,5	1,1	0,6	5,1	5,0	2,6	13,2	41,3	0,2	0,7	1 716	1,8
20-24	64,1	34,2	5,3	1,3	1,1	6,8	4,7	1,1	14,3	45,5	0,8	0,8	1 368	1,8
25-29	62,8	35,3	4,6	1,6	0,6	7,9	6,0	0,5	13,4	44,9	0,5	0,9	1 349	1,8
30-39	59,8	33,7	3,3	1,1	0,9	6,0	6,2	0,3	13,2	43,0	1,0	0,2	1 850	1,8
40-49	56,0	25,1	2,5	0,9	0,5	4,9	7,5	0,1	12,5	39,4	0,5	0,4	1 171	1,7
50-59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
État matrimonial														
Actuel. en union	60,6	31,7	3,6	1,0	0,6	6,4	5,9	0,4	13,5	43,8	0,6	0,7	5 832	1,8
Union rompue	61,7	36,1	4,1	1,5	1,0	6,0	4,7	0,3	13,0	42,8	1,1	0,2	603	1,8
Célibataire	55,1	26,7	6,5	1,9	1,2	4,5	6,2	4,8	12,8	37,3	0,4	0,4	1 018	1,9
Milieu de résidence														
N'Djaména	95,2	79,6	32,7	6,2	1,2	7,5	4,6	3,1	17,0	46,0	2,2	0,2	696	2,1
Autres villes	81,5	55,5	3,0	2,6	1,7	11,6	7,3	2,9	16,8	59,2	0,8	0,1	1 023	2,0
Ensemble urbain	87,1	65,3	15,0	4,1	1,5	9,9	6,2	3,0	16,9	53,9	1,4	0,1	1 720	2,0
Rural	51,8	21,2	0,8	0,3	0,5	5,0	5,7	0,4	12,3	39,6	0,4	0,8	5 734	1,7
Niveau d'instruction														
Aucun	50,7	24,3	1,9	0,1	0,3	4,4	4,8	0,1	11,3	36,8	0,4	0,5	5 738	1,7
Primaire ou plus	90,8	55,1	11,2	4,8	2,2	11,7	9,3	4,0	20,0	63,2	1,2	1,0	1 716	2,0
- Primaire	89,1	50,1	6,4	2,1	1,9	11,2	9,5	2,4	20,0	66,0	0,9	1,2	1 436	1,9
- Secondaire ou plus	99,6	80,2	35,6	18,8	4,1	14,1	8,4	12,3	19,9	48,5	2,9	0,2	281	2,5
Religion														
Musulmane	40,2	28,1	4,8	0,6	0,2	3,2	0,5	0,3	6,4	26,0	0,4	0,0	4 020	1,8
Catholique	86,9	36,8	2,5	1,6	1,9	10,1	13,7	1,5	22,7	67,1	0,7	1,8	1 748	1,8
Protestante	89,1	42,6	5,3	2,9	1,1	11,5	14,1	2,7	22,9	64,1	1,4	1,1	1 209	1,9
Autres/ND	54,4	10,9	0,3	0,4	0,4	2,5	0,5	0,2	13,1	42,3	0,2	0,3	478	1,3
Ensemble des femmes	60,0	31,4	4,1	1,2	0,7	6,1	5,8	1,0	13,3	42,9	0,6	0,6	7 454	1,8

Note : Le nombre moyen de sources est basé sur les enquêtés qui connaissent le sida.

² Au tableau 12.4, on a constaté que 42 % des femmes et 66 % des hommes avaient cité spontanément le sida comme une MST. Aux enquêtés qui n'avaient pas cité spontanément le sida comme MST, on a alors demandé spécifiquement s'ils connaissaient ou avaient déjà entendu parler de cette maladie. La combinaison des réponses à ces deux questions a permis de déterminer le niveau de connaissance total du sida présenté ici.

Tableau 12.7.2 Connaissance du sida par les hommes

Pourcentage d'hommes qui connaissent le sida et pourcentage de ceux qui ont entendu parler du sida selon les principales sources d'information, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Connait le sida	Sources d'information sur le sida											Nombre moyen de sources	
		Radio	TV	Journaux/ Magazines	Dépliants/ Affiches	Agent de santé	Mosquée/ Église	École	Conférence de Quartier	Amis parents	Lieu de travail	Autres		Effectif
Groupe d'âges														
15-19	80,2	56,4	8,9	7,3	1,3	7,1	6,0	14,2	6,5	50,3	2,3	3,7	490	2,0
20-24	91,7	74,5	9,7	10,0	2,8	10,2	4,6	9,2	7,0	59,7	4,0	5,2	373	2,1
25-29	95,1	76,2	11,6	9,7	1,3	8,7	5,0	5,3	9,6	59,5	6,4	9,0	342	2,1
30-39	90,6	76,9	8,6	9,8	2,4	10,8	6,9	1,2	7,0	49,1	9,6	5,4	580	2,1
40-49	90,3	73,2	5,9	7,3	1,8	11,7	7,9	0,2	6,7	55,8	8,4	5,9	355	2,0
50-59	76,1	50,0	0,0	1,7	0,7	9,6	6,7	0,0	4,4	56,8	6,6	1,5	180	1,8
État matrimonial														
Actuel. en union	90,5	73,1	6,4	7,2	1,9	10,5	6,8	1,5	6,4	55,0	7,8	5,9	1 483	2,0
Union rompue	83,2	75,5	9,0	7,2	2,1	6,3	4,2	3,1	6,5	47,1	5,0	4,5	60	2,0
Célibataire	83,9	62,0	11,6	10,4	1,8	8,4	5,1	13,6	8,3	53,4	3,5	4,2	777	2,2
Milieu de résidence														
N'Djaména	98,6	85,9	44,1	30,4	3,9	7,3	3,7	7,1	6,7	38,0	16,1	1,2	303	2,5
Autres villes	94,1	82,7	8,5	14,0	2,8	13,2	9,4	11,6	11,7	56,2	10,7	4,6	396	2,4
Ensemble urbain	96,1	84,1	23,9	21,1	3,3	10,6	7,0	9,6	9,5	48,3	13,1	3,1	699	2,4
Rural	84,6	63,1	1,4	2,8	1,3	9,3	5,9	3,8	5,9	56,8	3,3	6,3	1 621	1,9
Niveau d'instruction														
Aucun	81,3	63,4	2,5	0,9	0,5	6,1	5,6	0,2	5,3	54,3	6,0	5,7	1 265	1,8
Primaire ou plus	96,2	76,7	15,1	17,2	3,5	14,0	6,9	12,1	9,1	54,1	6,6	4,9	1 055	2,3
- Primaire	94,4	72,0	5,1	5,5	1,8	14,1	8,0	7,8	8,6	62,7	6,4	5,5	669	2,1
- Secondaire ou plus	99,3	84,9	32,4	37,5	6,4	14,0	5,1	19,6	10,0	39,1	7,0	3,8	386	2,6
Religion														
Musulmane	81,2	69,8	8,6	6,4	0,4	4,2	4,5	2,2	4,6	49,4	6,2	4,5	1 283	2,0
Catholique	95,7	72,6	6,6	7,9	2,2	17,9	7,8	10,0	8,2	61,6	6,4	6,1	506	2,2
Protestante	97,7	72,6	11,7	17,3	5,7	14,3	11,3	11,6	12,9	53,2	5,9	6,1	382	2,3
Autres/ND	96,4	47,8	1,7	3,0	3,1	16,6	2,2	4,0	8,5	73,3	7,5	7,6	150	1,8
Ensemble des hommes	88,1	69,4	8,2	8,3	1,9	9,7	6,2	5,6	7,0	54,2	6,3	5,3	2 320	2,1

Note : Le nombre moyen de sources est basé sur les enquêtés qui connaissent le sida.

âgés (76 % à 50-59 ans) et les plus jeunes (80 % à 15-19 ans), chez ceux en union rompue (83 %) et chez les célibataires (84 %), chez ceux vivant en milieu rural (85 %), chez ceux n'ayant aucun niveau d'instruction (81 %) et chez les musulmans (81 %). Chez les femmes, on constate des écarts beaucoup plus importants selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. En effet, la presque-totalité des femmes de N'Djaména connaissent ou ont entendu parler du sida (95 %); par contre, en milieu rural, seulement une femme sur deux (52 %) a déclaré connaître cette maladie. De même, les femmes les plus instruites (secondaire ou plus) connaissent pratiquement toutes le sida (99,6 %), alors que cette proportion n'est que de 51 % chez celles qui n'ont aucun niveau d'instruction.

Par ailleurs, pour les femmes, les principales sources d'information sur le sida sont, par ordre d'importance, les amis et parents (43 %), la radio (31 %), et les conférences de quartier (13 %). Il convient de souligner que les agents de santé n'ont été cités que dans 6 % des cas. Les femmes ont cité, en moyenne, 1,8 sources différentes d'information, et ce sont les femmes ayant un niveau secondaire ou plus et celles vivant à N'Djaména qui ont cité le plus de sources d'information (respectivement, en moyenne, 2,5 et 2,1). À l'opposé, ce sont les femmes du milieu rural et celles sans instruction qui ont cité le moins de sources différentes d'information (moyenne de 1,7 dans chaque cas).

D'autre part, chez les hommes, les deux principales sources d'information sont, par ordre d'importance, la radio (69 %) et les amis et parents (54 %). Les agents de santé n'ont été cités que par 10 % des hommes, soit un peu plus fréquemment que par les femmes. De même, pour 8 % des hommes, les journaux et les magazines sont une source d'information; à titre de comparaison, seulement 1 % de femmes les avaient cités. On peut signaler également que 14 % des jeunes garçons de 15-19 ans ont cité l'école comme source d'information; seulement 3 % des jeunes filles de ce groupe d'âges l'avaient citée. Globalement, les hommes ont cité très légèrement plus de sources d'information que les femmes (moyenne de 2,1 contre 1,8) et, comme chez ces dernières, ce sont les hommes du milieu urbain, en particulier ceux vivant à N'Djaména, et ceux de niveau d'instruction secondaire ou plus qui ont cité le plus de sources d'information (respectivement, moyenne de 2,5 et 2,6).

12.3.2 Connaissance des moyens d'éviter de contracter le sida

On a demandé aux femmes et aux hommes connaissant le sida, si elles/ils connaissaient des moyens d'éviter de le contracter (tableau 12.8.1 et 12.8.2). Les enquêté(e)s pouvaient citer plusieurs moyens de prévention.

Tableau 12.8.1 Connaissance par les femmes des moyens d'éviter de contracter le sida

Parmi les femmes qui connaissent le sida, pourcentage de celles qui connaissent différents moyens d'éviter de contracter le sida selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Ne peut être évité	S'abstenir de rapports sexuels	Utiliser les condoms	Avoir un seul partenaire	Éviter les prostituées	Éviter les transfusions	Éviter les injections	Autres moyens corrects	Ne connaît aucun moyen	Pourcentage ayant de mauvaises informations	Effectif de femmes connaissant le sida
Groupe d'âges											
15-19	17,8	18,2	11,4	22,3	18,2	6,8	8,7	12,0	39,9	7,6	983
20-24	13,1	15,0	15,0	29,4	21,1	5,8	8,4	12,7	33,1	6,5	877
25-29	13,8	15,2	12,8	32,7	20,1	8,5	11,9	11,1	32,7	8,2	848
30-39	16,0	15,2	9,4	28,9	19,4	6,9	9,1	11,0	35,0	8,1	1 106
40-49	17,3	15,2	6,1	26,6	19,9	5,2	6,7	15,8	40,0	7,9	656
État matrimonial											
Jamais en union	15,5	13,9	10,2	29,9	20,5	6,6	8,9	12,4	35,9	7,5	3 536
Actuellement en union	15,8	24,5	13,2	23,1	17,2	6,7	8,8	12,1	34,6	8,5	372
Union rompue	16,2	22,3	15,4	19,2	16,1	7,6	9,8	11,6	37,7	8,2	561
Résidence											
N'Djaména	11,7	17,8	26,0	22,7	17,1	8,1	15,3	11,2	30,3	4,9	663
Autres villes	13,2	17,7	17,3	32,2	21,2	9,9	13,3	16,5	26,5	5,7	834
Ensemble urbain	12,5	17,7	21,2	28,0	19,4	9,1	14,2	14,2	28,2	5,3	1 497
Rural	17,2	14,9	6,0	27,9	19,9	5,5	6,4	11,3	39,9	8,8	2 972
Niveau d'instruction											
Aucun	17,4	13,9	5,8	28,1	19,7	4,9	6,5	11,0	41,0	7,6	2 911
Primaire ou plus	12,2	19,5	20,9	27,7	19,6	10,1	13,8	14,6	26,6	7,7	1 559
- Primaire	13,8	19,4	14,3	28,1	19,9	8,9	11,2	14,1	30,2	7,9	1 279
- Secondaire ou plus	5,0	19,8	51,1	25,7	18,2	15,8	25,8	16,9	10,3	6,7	280
Religion											
Musulmane	15,1	12,8	11,4	27,6	17,8	4,9	7,4	8,8	40,4	6,6	1 615
Catholique	17,6	18,5	10,8	27,8	20,6	8,3	10,3	15,3	34,0	8,7	1 518
Protestante	13,0	16,9	12,6	27,7	21,1	8,3	11,3	11,5	30,9	8,8	1 077
Autres/ND	17,5	14,6	4,1	31,8	20,2	2,6	2,4	19,6	41,5	3,0	260
Ensemble des femmes	15,6	15,8	11,1	27,9	19,7	6,7	9,0	12,3	36,0	7,7	4 470

Note: Le pourcentage avec de "mauvaises informations" comprend les catégories suivantes: éviter d'embrasser, éviter les piqûres de moustiques, éviter de vivre avec un sidéen, chercher la protection des guérisseurs traditionnels, de Dieu, éviter de boire/manger dans la même vaisselle qu'un sidéen, etc.

Selon les résultats du tableau 12.8.1, on constate tout d'abord que 16 % des femmes pensent que rien ne peut être fait pour éviter de contracter le sida. Par ailleurs, plus d'une sur trois ne connaît aucun moyen (36 %) et 8 % ont cité des moyens erronés.³ Dans l'ensemble, on peut donc dire que 60 % des femmes manquent d'information : elles pensent, soit qu'il n'y a aucun moyen d'éviter le sida, soit elles ne connaissent aucun moyen, soit elles citent des moyens erronés.

Parmi les moyens connus, n'avoir qu'un seul partenaire est le plus fréquemment cité (28 %). De plus, une femme sur cinq (20 %) a déclaré qu'il fallait éviter les prostituées et pour, environ, une sur six (16 %) s'abstenir de relations sexuelles constitue un moyen d'éviter la maladie. Il faut aussi noter que plus d'une femme sur dix a cité l'utilisation du condom (11 %). Enfin, éviter les injections et les transfusions est considéré comme un moyen d'éviter le sida par, respectivement, 9 % et 7 % des femmes qui connaissent le sida.

Tableau 12.8.2 Connaissance par les hommes des moyens d'éviter de contracter le sida

Parmi les hommes qui connaissent le sida, pourcentage de celles qui connaissent différents moyens d'éviter de contracter le sida selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Ne peut être évité	S'abstenir de rapports sexuels	Utiliser les condoms	Avoir un seul partenaire	Éviter les prostituées	Éviter les transfusions	Éviter les injections	Autres moyens corrects	Ne connaît aucun moyen	Pourcentage ayant de mauvaises informations	Effectif d'hommes connaissant le sida
Groupe d'âges											
15-19	11,1	31,3	25,3	7,8	21,5	3,1	4,2	8,9	31,1	6,6	393
20-24	8,1	29,2	27,8	15,4	30,7	4,1	7,0	13,8	23,0	5,6	342
25-29	10,0	26,3	25,4	24,1	33,2	4,0	6,8	9,6	19,4	5,1	325
30-39	10,0	23,5	21,5	19,9	33,1	5,2	7,4	13,2	19,6	6,0	525
40-49	9,5	23,7	16,0	22,3	32,9	3,5	6,9	10,9	23,4	7,6	321
50-59	8,2	13,0	10,9	16,5	32,8	1,9	3,9	8,3	32,2	7,3	137
État matrimonial											
Jamais en union	9,8	21,5	18,0	21,1	33,8	3,8	6,5	10,9	22,3	6,4	1 342
Actuellement en union	6,5	32,6	38,4	27,9	22,0	3,7	3,9	13,3	18,1	9,3	50
Union rompue	9,7	33,9	30,0	9,9	24,1	4,2	5,9	11,8	27,4	5,8	652
Résidence											
N'Djaména	5,2	29,2	48,5	20,7	26,0	8,5	9,9	10,5	17,3	4,2	299
Autres villes	9,2	28,2	35,1	16,3	31,3	5,5	11,9	16,6	17,0	4,5	373
Ensemble urbain	7,4	28,7	41,1	18,2	29,0	6,9	11,0	13,9	17,1	4,4	672
Rural	10,9	24,3	13,1	17,4	31,1	2,5	4,0	9,9	27,1	7,2	1 371
Niveau d'instruction											
Aucun	10,4	22,3	8,9	20,8	33,1	1,0	3,6	7,2	28,8	6,8	1 029
Primaire ou plus	9,0	29,2	36,0	14,5	27,7	6,9	9,0	15,2	18,7	5,7	1 015
- Primaire	11,6	28,5	21,9	14,1	28,6	4,2	6,4	10,6	24,8	7,3	632
- Secondaire ou plus	4,7	30,3	59,2	15,0	26,2	11,3	13,2	22,8	8,8	3,0	383
Religion											
Musulmane	7,7	24,2	18,1	22,8	32,7	1,9	4,3	7,7	24,3	6,8	1 042
Catholique	13,0	30,0	26,7	14,4	27,0	6,1	8,2	14,3	23,6	6,2	484
Protestante	9,7	27,9	30,8	9,8	24,6	7,2	9,3	14,9	22,9	5,6	373
Autres/ND	13,1	16,8	16,5	12,0	40,4	2,7	6,4	16,3	22,9	4,7	144
Ensemble des hommes	9,7	25,7	22,3	17,7	30,4	3,9	6,3	11,2	23,8	6,3	2 043

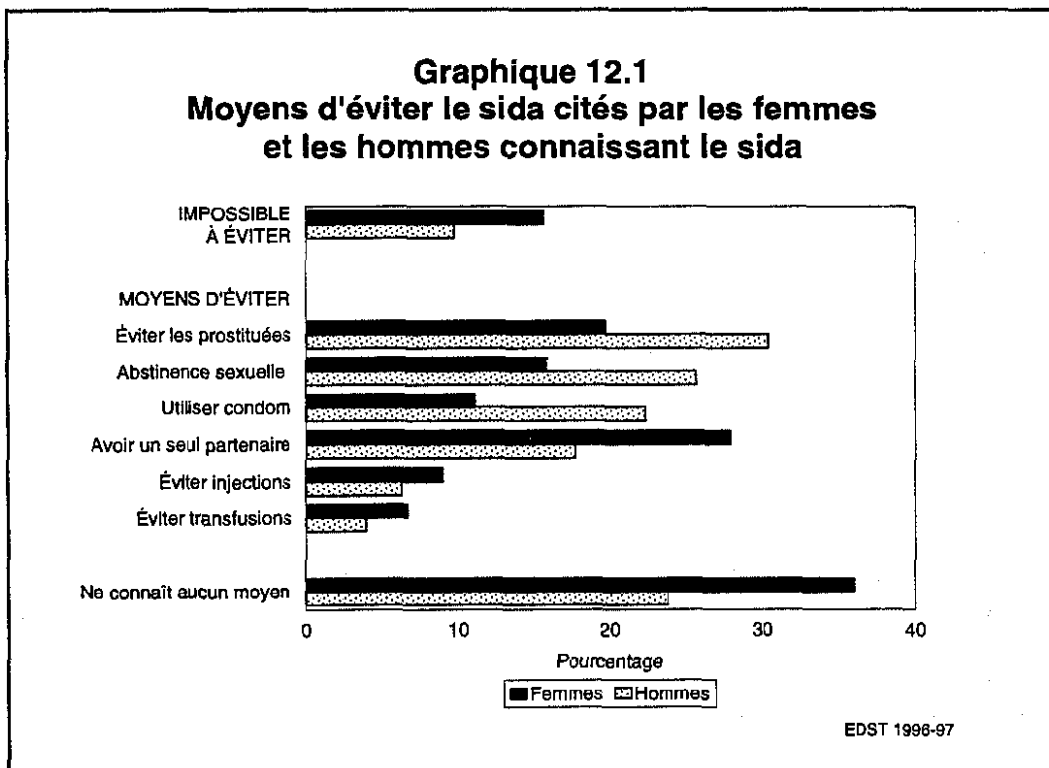
Note: Le pourcentage avec de "mauvaises informations" comprend les catégories suivantes: éviter d'embrasser, éviter les piqûres de moustiques, éviter de vivre avec un sidéen, chercher la protection des guérisseurs traditionnels, de Dieu, éviter de boire/manger dans la même vaisselle qu'un sidéen, etc.

³ Il s'agit des personnes qui n'ont cité que des moyens tels que: "piqûres de moustiques", "manger ou boire dans la même vaisselle qu'un sidéen", "en embrassant", etc.

Cette connaissance des moyens de prévention varie de manière significative selon le niveau d'instruction : en effet, seulement 5 % des femmes ayant un niveau secondaire ou plus ont déclaré qu'on ne pouvait pas éviter le sida; par contre, parmi celles n'ayant aucune instruction, cette proportion est de 17 %; de même, deux femmes sans instruction sur cinq (41 %) ne connaissent aucun moyen d'éviter le sida contre une sur dix (10 %) chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire. Le milieu de résidence influe aussi sur ce niveau de connaissance car 13 % des femmes du milieu urbain ont déclaré qu'on ne pouvait éviter le sida contre 17 % en milieu rural; par ailleurs, 40 % des femmes du milieu rural n'ont pu citer aucun moyen de prévention contre 28 % en milieu urbain. Par contre, l'âge et le statut matrimonial ne semblent pas avoir une influence significative sur la connaissance des moyens de prévention du sida.

En ce qui concerne les divers moyens cités, on constate que les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus ont cité plus fréquemment que les autres le condom (51 % contre 14 % de celles ayant un niveau primaire et 6 % de celles sans instruction); de même, 26 % des femmes vivant à N'Djaména ont cité le condom, contre 17 % des femmes des Autres Villes et seulement 6 % des femmes du milieu rural.

Par rapport aux femmes, les hommes ont été proportionnellement moins nombreux à déclarer qu'on ne pouvait éviter le sida (10 % contre 16 % chez les femmes) (graphique 12.1). Les résultats sur la connaissance des moyens d'éviter le sida mettent aussi en évidence un meilleur niveau d'information; en effet, environ un homme sur quatre (24 %) a été incapable de citer un moyen de prévention du sida alors que, chez les femmes, cette proportion atteint 36 %. Par contre, la proportion des déclarations des moyens de prévention erronés n'est pas très différente de celle des femmes (6 % contre 8 %). Dans l'ensemble, on peut donc dire que 40 % des hommes (contre 60 % des femmes) manquent d'information : ils pensent, soit qu'il n'y a aucun moyen d'éviter le sida, soit ils ne connaissent aucun moyen, soit ils citent des moyens erronés.



Pour un homme sur trois (30 %), ne pas fréquenter les prostituées constitue un moyen d'éviter le sida. S'abstenir de relations sexuelles est un moyen de ne pas contracter cette maladie pour environ un homme sur quatre (26 %); quant à l'utilisation du condom, elle a été citée par un peu plus d'un homme sur cinq (22 %). Enfin, avoir un seul partenaire a été cité par un peu moins d'un homme sur cinq (18 %). Le rôle des transfusions et des injections est apparemment moins connu par les hommes que par les femmes puisque 4 % ont mentionné les transfusions et 6 % les injections contre, respectivement, 7 % et 9 % des femmes.

Comme chez les femmes, ce sont les hommes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus et ceux vivant en milieu urbain qui ont un meilleur niveau de connaissance des moyens de prévention du sida : 10 % des hommes sans instruction pensent qu'on ne peut rien faire pour éviter de contracter le sida contre 5 % de ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus; de même, en milieu rural 11 % des hommes pensent qu'il est impossible d'éviter le sida contre 5 % à N'Djaména et 9 % dans les Autres Villes. Par ailleurs, 29 % des hommes sans instruction n'ont pu citer aucun moyen de prévention contre 9 % des hommes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus; de même, en milieu rural, 27 % des hommes ont été incapables de citer un moyen de prévention contre 17 % en milieu urbain.

Comme chez les femmes, on constate, chez les hommes, des variations de la connaissance des divers moyens d'éviter le sida selon les caractéristiques socio-démographiques. Chez les hommes ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus, le condom a été cité par plus d'un homme sur deux (59 %); chez ceux ayant un niveau primaire, cette proportion est d'un homme sur cinq environ (22 %) et chez ceux sans instruction, elle n'est plus que d'un homme sur dix environ (9 %). De même, en milieu rural, seulement un homme sur huit (13 %) a mentionné l'utilisation du condom comme moyen de protection, contre 35 % dans les Autres Villes et 49 % à N'Djaména. Pour les hommes sans instruction, avoir un seul partenaire et ne pas fréquenter les prostituées sont des moyens de prévention plus fréquemment cités que par les hommes ayant fréquenté l'école (respectivement, 21 % et 33 %, contre 15 % et 28 %).

12.3.3 Perception du sida

Une série de questions sur la perception du sida a également été posée à toutes les personnes ayant déclaré avoir entendu parler du sida. En ce qui concerne les femmes (tableau 12.9.1), on note que pour seulement une sur trois (33 %), une personne apparemment en bonne santé peut être infectée par le VIH. Là encore, les femmes urbaines (43 %) et les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (65 %) sont beaucoup mieux informées que celles du milieu rural (28 %) et que celles sans instruction (27 %). Par ailleurs, la grande majorité des femmes (88 %) pensent que le sida est une maladie presque toujours mortelle; 5 % d'entre elles pensent qu'il peut être soigné et 13 % ne savent pas si on peut ou non guérir du sida. Du point de vue de la létalité du sida et de ses possibilités de guérison, on ne constate que peu d'écarts du point de vue des caractéristiques socio-démographiques.

En ce qui concerne la transmission mère/enfant, on remarque que près de deux femmes sur trois (60 %) savent que la mère peut transmettre le virus à son enfant, une femme sur dix (10 %) a déclaré que cette transmission était impossible et près d'un tiers des femmes (29 %) ont déclaré ne pas savoir. Là encore, le niveau d'instruction et le milieu de résidence font apparaître des écarts importants dans la connaissance de ce mode de transmission. Ce sont les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus et celles vivant en milieu urbain qui ont déclaré le plus fréquemment connaître la possibilité de transmission du virus de la mère à l'enfant : 93 % des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus contre 70 % de celles ayant un niveau primaire et 52 % de celles n'ayant aucune instruction. En ce qui concerne le milieu de résidence, on constate que 69 % des femmes du milieu urbain contre 55 % en milieu rural savent que le virus peut se transmettre de la mère à l'enfant. Enfin, 37 % des femmes ont déclaré connaître ou avoir connu quelqu'un qui a le sida ou qui est décédé du sida.

Tableau 12.9.1 Perception du sida par les femmes

Répartition (en %) des femmes qui connaissent le sida selon leur opinion sur l'apparence des malades, sur la létalité du sida, sur la possibilité de guérison du sida et selon leur connaissance de la transmission du sida mère/enfant et pourcentage de femmes connaissant quelqu'un ayant le sida ou mort du sida, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Personne qui paraît en bonne santé peut avoir le sida				Le sida est mortel					Personne avec le sida peut être guérie				Transmission mère/enfant				Pourcentage connaissant une personne ayant le sida/morte du sida	Effectif de femmes connaissant le sida
	Non	Oui	NSP	Total	Presque jamais	Presque toujours		NSP	Total	Non	Oui	NSP	Total	Non	Oui	NSP	Total		
						Parfois													
Groupe d'âges																			
15-19	37,9	29,9	32,2	100,0	0,1	6,5	86,0	7,4	100,0	78,9	7,3	13,5	100,0	12,6	56,5	30,3	100,0	34,8	983
20-24	31,4	34,6	34,0	100,0	0,1	5,4	89,6	4,9	100,0	80,4	6,3	13,1	100,0	9,7	60,8	29,0	100,0	39,0	877
25-29	30,8	36,4	32,8	100,0	0,2	4,5	89,1	6,2	100,0	82,8	5,1	12,0	100,0	9,9	60,1	29,5	100,0	36,3	848
30-39	31,0	32,3	36,7	100,0	0,1	4,5	88,4	7,0	100,0	85,0	4,0	10,8	100,0	9,3	60,8	29,0	100,0	38,6	1 106
40-49	31,5	32,0	36,5	100,0	0,4	2,9	88,9	7,7	100,0	79,5	5,4	14,6	100,0	8,8	61,5	29,3	100,0	36,9	656
État matrimonial																			
Jamais en union	32,2	32,7	35,1	100,0	0,1	4,6	88,3	6,8	100,0	82,1	5,1	12,6	100,0	9,8	59,7	29,9	100,0	36,7	3 536
Actuellement en union	32,9	32,4	34,7	100,0	0,3	4,0	90,4	5,3	100,0	80,3	6,1	13,3	100,0	10,1	60,6	29,0	100,0	38,7	372
Union rompue	35,3	34,9	29,8	100,0	0,2	6,8	86,8	6,2	100,0	78,4	8,6	12,5	100,0	12,1	60,5	26,9	100,0	39,3	561
Milieu de résidence																			
N'Djaména	20,5	47,4	32,1	100,0	0,2	4,3	87,8	7,7	100,0	86,0	3,9	10,0	100,0	5,0	68,8	25,4	100,0	37,3	663
Autres villes	35,8	39,3	24,9	100,0	0,2	3,7	92,5	3,6	100,0	88,1	3,5	8,3	100,0	10,2	69,8	19,2	100,0	50,1	834
Ensemble urbain	29,0	42,9	28,1	100,0	0,2	4,0	90,4	5,4	100,0	87,2	3,7	9,0	100,0	7,9	69,4	21,9	100,0	44,5	1 497
Rural	34,4	28,0	37,6	100,0	0,1	5,3	87,3	7,3	100,0	78,7	6,6	14,4	100,0	11,3	55,0	33,2	100,0	33,5	2 972
Niveau d'instruction																			
Aucun	32,1	26,9	41,0	100,0	0,2	4,5	86,9	8,4	100,0	79,6	5,4	14,7	100,0	11,5	52,1	35,7	100,0	28,2	2 911
Primaire ou plus	33,6	44,4	22,0	100,0	0,1	5,5	91,0	3,4	100,0	85,2	5,9	8,7	100,0	7,6	74,2	17,7	100,0	53,8	1 559
- Primaire	35,8	39,9	24,3	100,0	0,1	5,7	90,5	3,7	100,0	84,2	5,9	9,6	100,0	8,5	70,2	20,7	100,0	51,2	1 279
- Secondaire ou plus	23,8	64,9	11,3	100,0	0,2	4,6	93,3	1,9	100,0	89,5	5,9	4,6	100,0	3,3	92,6	4,0	100,0	65,7	280
Religion																			
Musulmane	27,4	29,8	42,8	100,0	0,3	4,7	85,5	9,3	100,0	79,4	5,1	15,3	100,0	12,3	47,6	39,5	100,0	20,4	1 615
Catholique	37,3	34,1	28,5	100,0	0,0	5,4	90,3	4,2	100,0	84,5	5,9	9,4	100,0	9,5	66,9	23,0	100,0	46,0	1 518
Protestante	33,0	39,5	27,5	100,0	0,1	4,5	91,4	4,1	100,0	81,8	6,0	11,9	100,0	7,3	69,7	22,4	100,0	52,4	1 077
Autres/ND	36,1	18,6	45,2	100,0	0,2	4,1	81,0	14,6	100,0	76,0	5,2	18,3	100,0	12,1	53,8	33,2	100,0	26,4	260
Ensemble des femmes	32,6	33,0	34,4	100,0	0,2	4,9	88,3	6,6	100,0	81,5	5,6	12,6	100,0	10,1	59,8	29,4	100,0	37,2	4 470

Tableau 12.9.2 Perception du sida par les hommes

Répartition (en %) des hommes qui connaissent le sida selon leur opinion sur l'apparence des malades, sur la létalité du sida, sur la possibilité de guérison du sida et selon leur connaissance de la transmission du sida mère/enfant et pourcentage d'hommes connaissant quelqu'un ayant le sida ou mort du sida, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Personne qui paraît en bonne santé peut avoir le sida				Le sida est mortel					Personne avec le sida peut être guérie				Transmission mère/enfant				Pourcentage connaissant une personne ayant le sida/morte du sida	Effectif d'hommes connaissant le sida
	Non	Oui	NSP	Total	Presque jamais	Parfois	Presque toujours	NSP	Total	Non	Oui	NSP	Total	Non	Oui	NSP	Total		
Groupe d'âges																			
15-19	33,9	33,4	32,7	100,0	0,2	7,5	83,5	8,8	100,0	79,5	8,9	11,6	100,0	13,0	53,9	32,9	100,0	39,0	393
20-24	34,3	35,0	30,7	100,0	0,4	7,9	85,5	5,8	100,0	86,5	5,4	8,1	100,0	9,1	57,1	33,0	100,0	43,9	342
25-29	34,6	43,4	22,1	100,0	0,0	7,0	83,9	9,2	100,0	78,6	9,7	11,7	100,0	9,0	52,3	37,9	100,0	41,5	325
30-39	36,0	38,8	25,2	100,0	0,6	6,2	86,3	6,6	100,0	81,8	8,2	9,9	100,0	7,8	56,5	35,1	100,0	41,3	525
40-49	36,0	33,2	30,7	100,0	0,0	6,8	82,3	10,9	100,0	72,5	9,4	17,7	100,0	6,3	52,2	41,0	100,0	40,8	321
50-59	32,0	24,9	43,0	100,0	1,0	7,8	81,7	9,5	100,0	72,7	7,1	20,1	100,0	8,8	46,2	44,5	100,0	33,1	137
État matrimonial																			
Jamais en union	35,9	35,8	28,2	100,0	0,3	7,2	84,1	8,2	100,0	78,6	8,6	12,6	100,0	8,0	53,2	38,2	100,0	39,9	1 342
Actuellement en union	37,2	31,4	31,5	100,0	0,0	1,2	88,1	10,7	100,0	77,9	4,9	17,3	100,0	5,3	51,3	43,4	100,0	44,1	50
Union rompue	32,3	36,8	30,8	100,0	0,3	7,2	84,3	7,9	100,0	81,7	7,6	10,7	100,0	11,5	56,1	32,0	100,0	42,2	652
Milieu de résidence																			
N° Djaména	21,9	55,1	23,1	100,0	0,4	8,7	82,9	8,0	100,0	75,5	9,9	14,3	100,0	6,0	68,0	25,0	100,0	46,5	299
Autres villes	34,4	44,6	20,9	100,0	0,0	5,5	88,8	5,7	100,0	85,8	6,9	7,3	100,0	8,5	62,6	27,9	100,0	54,5	373
Ensemble urbain	28,8	49,3	21,9	100,0	0,2	7,0	86,1	6,7	100,0	81,2	8,3	10,4	100,0	7,4	65,0	26,6	100,0	50,9	672
Rural	37,7	29,5	32,7	100,0	0,4	7,1	83,4	8,9	100,0	78,8	8,2	12,9	100,0	9,9	48,7	41,1	100,0	35,7	1 371
Niveau d'instruction																			
Aucun	39,3	24,2	36,5	100,0	0,4	7,0	81,2	11,1	100,0	77,1	7,9	14,9	100,0	10,5	38,7	50,5	100,0	29,3	1 029
Primaire ou plus	30,3	48,0	21,7	100,0	0,3	7,2	87,4	5,2	100,0	82,1	8,6	9,3	100,0	7,6	69,6	22,0	100,0	52,2	1 015
- Primaire	34,3	35,8	29,8	100,0	0,3	7,6	86,0	6,2	100,0	81,4	8,1	10,4	100,0	8,5	59,7	30,9	100,0	45,2	632
- Secondaire ou plus	23,6	68,2	8,3	100,0	0,2	6,5	89,8	3,6	100,0	83,3	9,3	7,5	100,0	6,3	85,9	7,3	100,0	63,9	383
Religion																			
Musulmane	37,8	28,3	33,9	100,0	0,3	7,7	80,8	11,1	100,0	76,7	9,1	14,0	100,0	9,8	40,5	48,9	100,0	27,7	1 042
Catholique	33,0	43,3	23,7	100,0	0,4	5,0	90,9	3,5	100,0	84,8	7,6	7,6	100,0	7,5	67,6	24,6	100,0	54,7	484
Protestante	30,9	46,5	22,7	100,0	0,4	6,8	87,7	5,2	100,0	81,3	7,8	10,9	100,0	6,6	70,6	22,5	100,0	55,9	373
Autres/ND	29,8	40,3	29,9	100,0	0,0	10,3	79,0	10,8	100,0	78,1	5,1	16,8	100,0	15,0	64,1	20,5	100,0	48,2	144
Ensemble des hommes	34,8	36,0	29,1	100,0	0,3	7,1	84,3	8,2	100,0	79,6	8,2	12,1	100,0	9,1	54,1	36,3	100,0	40,7	2 043

Les résultats ne font pas apparaître d'écarts réellement importants entre les femmes et les hommes. Chez ces derniers, 36 % pensent que quelqu'un, apparemment en bonne santé, peut être infecté par le VIH et cette connaissance varie selon les mêmes critères que pour les femmes, à savoir que les hommes vivant à N'Djaména (55 %) et ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (68 %) sont les mieux informés (tableau 12.9.2). En outre, 84 % des hommes pensent que le sida est presque toujours mortel et 80 % pensent qu'il est incurable. La transmission du sida de la mère à l'enfant n'est connue que par 54 % des hommes, proportion légèrement inférieure à celle des femmes (60 %); la connaissance de ce mode de transmission est plus répandue chez ceux ayant un niveau secondaire ou plus (86 %) et chez ceux résidant en milieu urbain (65 %), en particulier à N'Djaména (68 %). Enfin, les hommes ayant déclaré connaître ou avoir connu quelqu'un atteint ou décédé du sida sont proportionnellement un peu plus nombreux que les femmes (41 % contre 37 %).

12.3.3 Perception du risque de contracter le sida

La perception des hommes du risque de contracter le sida n'est pas très différente de celle des femmes, tout au plus peut-on constater que ces dernières considèrent un peu plus souvent que les hommes qu'elles ne courent aucun risque de contracter cette maladie (38 % contre 34 %) (tableau 12.10 et graphique 12.2). Par contre, les hommes sont, en proportion, légèrement plus nombreux à penser qu'ils courent des risques importants (16 % des hommes contre 13 % des femmes).

Globalement, près des trois quarts des Tchadiennes (73 %) ne pensent pas courir de risques ou seulement des risques faibles de contracter le sida, et environ un quart (27 %) se considèrent à risque moyen ou important. Cette perception du risque de contracter le sida varie de manière significative selon les caractéristiques socio-démographiques : ce sont les femmes qui ont eu, au moins, 2 partenaires différents dans les douze derniers mois qui considèrent le plus fréquemment qu'elles courent des risques de contracter le sida et dans 29 % des cas elles pensent courir des risques importants; par contre, seulement une sur vingt estime être à l'abri de ce risque. Les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus pensent aussi plus fréquemment que les autres que leur risque de contracter le sida est important (18 % contre 13 % pour celles n'ayant pas d'instruction et pour celles ayant un niveau d'instruction primaire). De même, le statut matrimonial influence la perception du risque de contracter le sida, les femmes actuellement en union se considérant plus fréquemment à risques de le contracter puisque 15 % d'entre elles contre 8 % pour les autres catégories ont déclaré courir des risques importants. Selon l'âge, on constate que ce sont les femmes les plus jeunes et les plus âgées qui considèrent courir le moins fréquemment des risques importants (respectivement, 9 % et 10 %, contre 15 %, en moyenne, pour les autres groupes d'âges). Enfin, selon les résultats par milieu de résidence, on constate que les femmes ont une perception différente du risque de contracter le sida : en milieu rural, 40 % des femmes n'estiment courir aucun risque et 13 % considèrent qu'elles ont des risques importants de le contracter; dans les Autres Villes, les femmes pensent plus fréquemment que leurs risques sont importants (15 %) et c'est à N'Djaména que la proportion de femmes se considérant à risques importants est la plus faible (11 %). Cette perception du risque peut s'expliquer par le fait que les femmes de N'Djaména sont celles qui utilisent le plus fréquemment le condom.

Chez les hommes, ce sont ceux de 20-24 ans (21 %) qui déclarent le plus fréquemment courir des risques importants de contracter le sida, ainsi que ceux dont l'union a été rompue (29 %). En ce qui concerne le milieu de résidence, ce sont les hommes vivant à N'Djaména qui s'estiment le plus à risque de contracter le sida, un sur cinq (20 %) considérant qu'il court un risque important. Il en est de même en fonction de l'instruction puisque 21 % des hommes ayant, au moins, un niveau primaire s'estiment à risque important contre 12 % de ceux qui sont sans instruction.

Tableau 12.10 Perception du risque de contracter le sida

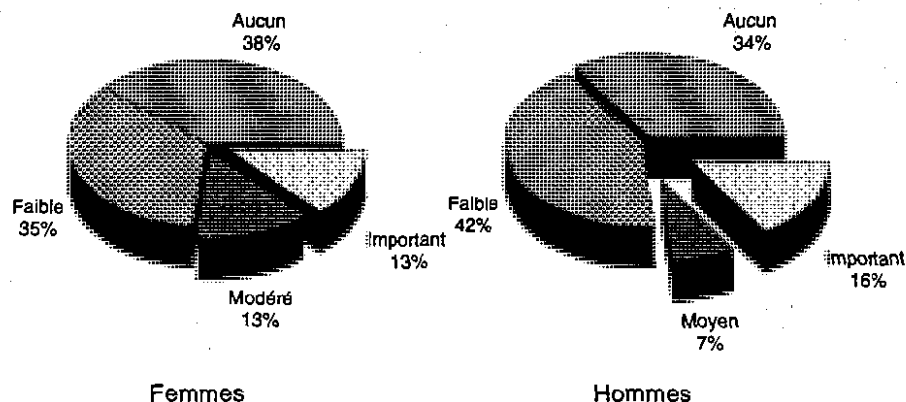
Répartition (en %) des femmes et des hommes connaissant le sida par perception du risque de contracter le sida, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Femmes					Hommes							
	Risques de contracter le sida				Total ¹	Effectif de femmes	Risques de contracter le sida				A le sida	Total	Effectif d'hommes
	Aucun	Minime	Modéré	Important			Aucun	Minime	Modéré	Important			
Groupe d'âges													
15-19	46,9	33,6	10,1	9,4	100,0	983	39,2	42,3	6,9	11,6	0,0	100,0	393
20-24	34,5	36,5	14,9	13,9	100,0	877	29,9	42,0	7,0	21,1	0,0	100,0	342
25-29	34,5	34,2	15,9	15,3	100,0	848	31,0	41,8	10,6	16,5	0,0	100,0	325
30-39	33,5	35,3	14,3	16,7	100,0	1 106	31,3	46,6	5,1	16,9	0,1	100,0	525
40-49	43,7	35,3	11,2	9,9	100,0	656	35,3	39,4	8,1	17,2	0,0	100,0	321
50-59	-	-	-	-	-	-	43,3	34,9	8,6	12,1	1,0	100,0	137
État matrimonial													
Actuel, en union	34,5	35,8	15,0	14,7	100,0	3 536	32,8	42,3	7,4	17,4	0,1	100,0	1 342
Union rompue	50,4	33,3	8,4	7,9	100,0	372	32,8	31,9	6,2	29,0	0,0	100,0	50
Célibataire	54,6	30,8	6,5	7,9	100,0	561	36,5	43,2	7,4	12,9	0,0	100,0	652
Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois													
0	38,6	34,9	13,2	13,1	100,0	4 159	39,6	41,0	5,8	13,5	0,1	100,0	1 508
1	34,7	37,6	13,3	14,3	100,0	221	19,3	44,8	12,0	23,9	0,0	100,0	211
2-3	19,9	22,0	28,9	29,2	100,0	40	21,3	45,6	8,7	24,4	0,0	100,0	171
4 +	*	*	*	*	100,0	4	13,7	44,6	16,0	25,7	0,0	100,0	118
NSP/ND	46,1	36,0	11,4	6,5	100,0	47	11,1	59,9	10,5	18,5	0,0	100,0	35
Milieu de résidence													
N'Djaména	32,6	41,9	14,0	11,4	100,0	663	30,6	40,0	9,1	20,1	0,2	100,0	299
Autres villes	36,0	37,3	11,3	15,2	100,0	834	33,0	44,3	9,0	13,7	0,0	100,0	373
Ensemble urbain	34,5	39,3	12,5	13,5	100,0	1 497	32,0	42,4	9,1	16,5	0,1	100,0	672
Rural	40,2	32,8	13,8	13,1	100,0	2 972	35,0	42,3	6,5	16,1	0,1	100,0	1 371
Niveau d'instruction													
Aucun	40,5	34,5	11,8	13,1	100,0	2 911	39,1	43,4	5,5	11,8	0,2	100,0	1 029
Primaire ou plus	34,3	35,7	16,4	13,5	100,0	1 559	28,8	41,2	9,3	20,7	0,0	100,0	1 015
- Primaire	35,5	35,1	16,8	12,6	100,0	1 279	32,4	41,1	7,9	18,6	0,0	100,0	632
- Secondaire ou plus	28,7	38,7	14,4	17,8	100,0	280	23,0	41,3	11,6	24,1	0,0	100,0	383
Religion													
Musulmane	45,8	34,5	8,4	11,3	100,0	1 615	41,8	45,2	4,2	8,8	0,0	100,0	1 042
Catholique	34,1	31,7	17,8	16,4	100,0	1 518	26,1	36,6	10,7	26,6	0,0	100,0	484
Protestante	33,8	36,6	16,1	13,4	100,0	1 077	26,5	42,8	7,7	22,6	0,4	100,0	373
Autres/ND	34,9	50,2	7,8	6,9	100,0	260	23,7	39,5	17,7	18,6	0,4	100,0	144
Ensemble	38,3	34,9	13,4	13,3	100,0	4 470	34,0	42,3	7,4	16,2	0,1	100,0	2 043

¹ Y compris les "non-déterminés"

* Basé sur trop peu de cas

Graphique 12.2
Perception du risque de contracter le sida par les femmes et les hommes connaissant le sida



EDST 1996-97

Dans un tiers des couples, les deux conjoints ont la même perception du risque qu'ils courent de contracter le sida : dans 14 % des cas, l'homme et la femme pensent ne courir aucun risque, dans 14 % des cas, ils pensent courir des risques minimes et moins de 5 % pensent courir des risques modérés ou importants (tableau 12.11). Dans les autres couples (67 %) la perception de la femme et de l'homme diverge légèrement.

Tableau 12.11 Perception du risque de contracter le sida par les couples

Répartition (en %) des couples qui ont entendu parler du sida par la perception de l'homme et de la femme du risque de contracter le sida, EDS Tchad 1996-97

	Risques de contracter le sida selon l'homme					Ensemble	Nombre de couples dans lesquels les 2 conjoints connaissent le sida
	Aucun	Minime	Modéré	Important	A le sida		
Risques de contracter le sida selon la femme							
Aucun	13,9	14,7	2,6	4,6	0,2	36,0	277
Minime	7,8	14,4	5,1	7,5	0,1	34,9	268
Modéré	2,7	5,9	1,1	5,0	0,0	14,7	113
Important	4,7	5,4	0,4	3,7	0,0	14,2	109
NSP/ND	0,2	0,0	0,0	0,0	*	0,2	1
Ensemble	29,3	40,4	9,3	20,8	*	100,0	-
Nombre de couples dans lesquels les 2 conjoints connaissent le sida	225	311	71	160	2	-	769

* Basé sur trop peu de cas

Ainsi, dans 8 % des couples où l'homme pense ne courir aucun risque, la femme pense courir des risques minimes et, dans 5 % des cas, elle pense même courir des risques importants. À l'opposé, dans 15 % des couples où c'est la femme qui pense ne courir aucun risque, l'homme considère courir des risques faibles, et dans 5 % des cas, il considère même courir des risques importants.

12.3.4 Raisons de la perception des risques

Parmi les femmes qui pensent qu'elles ne courent aucun risque, ou seulement un risque minime de contracter le sida, deux sur trois ont donné, comme raison principale, leur nombre limité de partenaires (60 %); le fait que le conjoint n'ait pas d'autre partenaire est la raison avancée par une femme sur quatre (24 %), et pour une femme sur cinq (19 %), l'abstinence sexuelle explique sa perception du risque. Éviter les transfusions et les injections a été cité par, respectivement, 7 % et 6 % des enquêtées (tableau 12.12). Enfin très peu de femmes (1 %) ont cité l'utilisation du condom.

Les femmes ont avancé des raisons très différentes selon leur statut matrimonial. Les femmes célibataires et celles en union rompue ont avancé en grande majorité l'abstinence sexuelle (respectivement, 68 % et 69 %). Pour les trois quarts des femmes en union (73 %), le nombre limité de partenaires est la raison de leur perception du risque, et pour une sur trois (31 %), cette perception s'explique par le fait que le conjoint n'ait pas d'autre partenaire. L'utilisation du condom, citée par très peu de femmes, a néanmoins été une raison plus fréquemment avancée par les célibataires (3 %) que par les autres (2 % par les femmes en union rompue et moins de 1 % par celles en union).

Pour les hommes, c'est le nombre limité de partenaires qui a été citée comme raison principale pour justifier leur perception de faible risque de contracter le sida (55 %). De plus, pour 39 % des hommes, le fait de ne pas fréquenter des prostituées explique pourquoi ils considèrent ne courir aucun risque ou seulement des risques minimes; 23 % ont déclaré que l'abstinence sexuelle constituait la raison de la perception de leur

Tableau 12.12 Raisons pour lesquelles les risques de contracter le sida sont perçus comme nuls/minimes

Parmi les femmes et les hommes qui pensent ne courir aucun risque ou courir des risques minimes de contracter le sida, raisons de la perception de ces risques, selon l'état matrimonial, EDS Tchad 1996-97

	S'abstient de rapports sexuels	Utilise le condom	Un seul/ nombre limité de partenaires	(Conjoint) n'a pas autre partenaire	Évite les prostituées	Pas de transfusion	Pas d'injections	Autres corrects	Autres incorrects	Effectif
Femmes										
Célibataire	68,3	2,7	14,4	2,0	-	8,8	9,2	11,1	13,0	479
Actuel. en union	3,2	0,9	73,2	30,6	-	6,5	5,7	7,1	15,9	2 484
Union rompue	69,2	1,9	20,9	2,6	-	7,5	7,4	9,3	10,5	311
Ensemble des femmes	19,0	1,3	59,6	23,8	-	7,0	6,4	7,9	14,9	3 275
Hommes										
Célibataire	53,8	11,9	16,8	1,0	30,9	2,3	1,3	11,3	10,0	520
Actuel. en union	5,6	4,5	76,3	21,9	43,7	2,6	2,2	7,9	9,7	1 007
Union rompue	45,0	17,0	17,7	6,0	35,8	1,8	0,0	12,1	10,0	32
Ensemble des hommes	22,5	7,3	55,2	14,6	39,3	2,5	1,9	9,1	9,8	1 559

faible risque de contracter la maladie; une proportion plus faible, 15 %, a déclaré que le fait que le conjoint n'ait pas d'autre partenaire justifiait leur perception du risque nul ou minime et pour 7 % des hommes, c'est l'utilisation du condom qui explique leur perception.

Tout comme les femmes, les hommes ont avancé des raisons différentes selon leur statut matrimonial : les célibataires ont plus fréquemment que les autres justifié leur perception du risque nul ou minime par la pratique de l'abstinence sexuelle (54 % contre 45 % pour ceux dont l'union a été rompue et seulement 6 % par ceux en union). Près d'un tiers des célibataires (31 %) ont cité la non fréquentation des prostituées comme raison de leur perception et 12 % ont avancé l'utilisation du condom. Pour les hommes en union, c'est le nombre limité de partenaires qui explique, dans 76 % des cas, le fait qu'ils considèrent ne courir aucun risque ou seulement des risques minimes; de plus, plus de deux hommes en union sur cinq (44 %) ont cité la non fréquentation des prostituées mais seulement 5 % d'entre eux ont cité l'utilisation du condom. Pour les hommes dont l'union a été rompue, comme pour les célibataires, c'est la pratique de l'abstinence sexuelle qui justifie le plus fréquemment leur perception de faible risque (45 %). De même que pour les autres catégories matrimoniales, la non fréquentation des prostituées est fréquemment avancée comme raison de la perception de faible risque (36 %). L'utilisation du condom est aussi une raison fréquemment avancée par les hommes qui ne sont plus en union (17 %).

Parmi les raisons pour lesquelles les risques de contracter le sida sont perçus comme modérés/importants, les femmes citent, en premier lieu, le fait que le conjoint a d'autres partenaires (65 %), et le fait d'avoir eu des injections (25 %) ainsi que des transfusions (13 %). Pour une femme sur dix (11 %), la non utilisation du condom explique pourquoi elle considère courir des risques modérés ou importants de contracter le sida (tableau 12.13). Par ailleurs, les raisons avancées diffèrent selon le statut matrimonial de l'enquêtée : parmi les femmes en union, 71 % ont avancé le fait que leur conjoint avait d'autres partenaires, environ un quart (23 %) justifie leur perception par le fait qu'elles ont eu des injections. Enfin, la non utilisation du condom n'est une raison que pour une femme en union sur dix (10 %).

Tableau 12.13 Raisons pour lesquelles les risques de contracter le sida sont perçus comme modérés/importants

Parmi les femmes et les hommes qui pensent avoir des risques modérés/importants de contracter le sida, raisons de la perception de ces risques, selon l'état matrimonial, EDS Tchad 1996-97

	N'utilise pas le condom	Plus d'un/ nombreux partenaires sexuels	Conjoint a d'autres partenaires	Fréquente les prostituées	A des transfusions	A des injections	Autres corrects	Autres incorrects	Effectif
Femmes									
Célibataire	14,4	6,3	21,2	-	23,0	39,2	50,8	7,3	81
Actuel. en union	10,3	3,2	70,5	-	11,5	23,2	26,2	5,6	1 048
Union rompue	11,8	17,2	35,7	-	17,3	31,8	36,3	8,4	61
Ensemble des femmes	10,7	4,1	65,4	-	12,6	24,8	28,4	5,9	1 190
Hommes									
Célibataire	18,5	31,3	3,0	11,2	16,5	26,3	35,1	25,6	132
Actuel. en union	14,8	47,3	3,0	14,5	14,0	25,1	32,2	19,3	333
Union rompue	10,7	49,8	0,0	17,4	13,5	11,1	26,4	19,0	18
Ensemble des hommes	15,6	43,0	2,9	13,7	14,7	24,9	32,8	21,0	482

Parmi les hommes qui considèrent courir des risques modérés ou importants de contracter le sida, plus de deux sur cinq (43 %) ont avancé le fait d' avoir plusieurs partenaires. Une proportion plus faible mais, néanmoins importante (25 %), a justifié sa perception par le fait d' avoir reçu des injections. Pour 16 %, c' est la non utilisation du condom qui explique leur perception. Les transfusions ont été citées par 15 % des hommes et enfin 14 % ont justifié leur réponse par la fréquentation des prostituées. Par ailleurs, une faible proportion d' hommes s' est justifiée en déclarant que leur conjoint avait d' autres partenaires (3 %). Si on analyse les réponses en fonction du statut matrimonial, on constate que, quelle que soit la catégorie à laquelle ils appartiennent, le fait d' avoir plusieurs partenaires est l' argument qui est avancé le plus fréquemment. L' utilisation du condom est une raison un peu plus fréquemment avancée par les célibataires que par les autres (19 % contre 15 % par ceux en union et 11 % par ceux dont l' union a été rompue).

12.3.5 Changement de comportement pour éviter de contracter le sida

Malgré les risques que peuvent faire courir certains comportements, une femme sur trois (34 %) a déclaré ne rien avoir changé à son comportement sexuel depuis qu' elle a entendu parler du sida (tableau 12.14.1). Cependant, parmi les femmes qui ont adopté de nouveaux comportements, on constate que près de la moitié (43 %) ont demandé à leur partenaire d' être fidèle; de même, pour limiter les risques de contracter le sida, environ une femme sur cinq (19 %) a déclaré s' être limitée à un seul partenaire; par contre, très peu de femmes ont commencé à pratiquer l' abstinence sexuelle (5 %) et une proportion négligeable a commencé à utiliser le condom (1 %). Enfin, 57 % des femmes ont déclaré avoir changé certains comportements non liés à la sexualité (éviter les injections, éviter l' utilisation d' instruments souillés, etc.).

Les changements de comportements varient fortement selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes. On constate, en premier lieu que le changement de comportement est lié à la perception du risque de contracter le sida : en effet, 84 % des femmes qui considèrent courir des risques importants de contracter le sida ont changé de comportement, contre 73 % de celles qui estiment que leurs risques sont modérés, et 62 % seulement de celles qui se considèrent sans risque ou à risque faible. On constate par ailleurs que les femmes qui ont changé le plus fréquemment leur comportement sexuel sont les célibataires (81 %), celles vivant à N' Djaména (79 %), les femmes de niveau d' instruction secondaire ou plus (78 %) et les femmes de religion catholique (73 %). Par opposition, les femmes qui ont rapporté le plus fréquemment ne pas avoir changé de comportement sont les femmes de 40-49 ans (41 %), celles en union (36 %), celles du milieu rural (36 %), celles sans instruction (38 %) et enfin les femmes de religion musulmane (40 %).

Les hommes ont été proportionnellement plus nombreux que les femmes à modifier leur comportement depuis qu' ils ont entendu parler du sida : 87 % des hommes contre 66 % des femmes ont adopté un comportement sexuel sécuritaire (tableau 12.14.2). Par ordre d' importance, pour 40 % des hommes, la non fréquentation des prostituées a constitué un changement de comportement; 30 % se sont limités à une partenaire et 26 % ont demandé à leur partenaire d' être fidèle; une proportion non négligeable (14 %) a décidé de limiter le nombre de partenaires et 7 % ont considéré que l' utilisation du condom était un moyen de limiter les risques de contracter le sida. Enfin, 8 % des hommes ont déclaré des changements de comportement non liés à la sexualité.

À la différence de ce qui a été constaté chez les femmes, la perception du risque de contracter le sida n' influence qu' assez peu l' adoption d' un comportement sécuritaire; néanmoins, les hommes considérant qu' ils courent des risques importants sont ceux qui ont le moins fréquemment modifié leurs habitudes sexuelles (16 %); cette proportion est de 11 % pour ceux qui considèrent courir un risque modéré et de 12 % pour ceux dont le risque est perçu comme étant nul ou minime. En ce qui concerne l' âge, on constate que la tendance à modifier son comportement pour limiter les risques de contracter le sida diminue au fur et

Tableau 12.14.1 Comportement des femmes pour éviter de contracter le sida

Pourcentage de femmes par changement de comportement pour éviter de contracter le sida selon la perception du risque de contracter le sida et les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Niveau de risque/ Caractéristique	Pas de changement de comportement sexuel	Changement du comportement sexuel										Effectif	
		N'a pas commencé les rapports sexuels	A arrêté les rapports sexuels	A commencé à utiliser le condom	A limité rapports à 1 seul partenaire	A limité le nombre de partenaires	A demandé au partenaire d'être fidèle	Autres changements sexuels corrects	Autres changements sexuels incorrects	Autres changements non sexuels corrects	Autres changements non sexuels incorrects		
Niveau de risque													
Pas de risque/risque minime	37,8	10,2	5,4	0,8	17,9	0,7	37,2	1,8	0,5	9,2	56,3	3 275	
Risque modéré/important	27,4	4,1	1,8	1,3	30,4	3,1	45,4	2,1	1,1	12,2	49,9	598	
Risque important/a le sida	16,1	2,8	2,5	1,9	15,2	3,0	69,9	2,4	1,1	15,4	66,7	594	
Groupe d'âges													
15-19	28,4	33,2	1,4	1,3	13,1	1,0	28,5	2,1	0,6	8,2	57,3	983	
20-24	32,1	3,3	2,8	1,6	22,2	1,6	49,1	1,4	0,7	10,1	52,2	877	
25-29	33,7	1,3	1,2	1,2	21,7	2,1	52,4	1,3	0,8	12,7	56,8	848	
30-39	34,8	0,5	4,6	0,6	21,6	1,2	48,5	1,9	0,6	10,6	56,6	1 106	
40-49	40,7	0,9	15,5	0,3	17,3	0,8	32,8	2,9	0,6	10,7	62,3	656	
État matrimonial													
Actuel. en union	36,1	0,1	1,3	0,7	21,6	1,1	51,3	2,0	0,7	10,7	57,3	3 536	
Union rompue	30,7	5,0	39,6	1,8	16,1	3,5	12,2	1,3	0,3	10,4	52,8	372	
Célibataire	19,2	63,1	1,7	2,5	6,7	1,5	8,5	1,6	0,3	8,4	56,2	561	
Milieu de résidence													
N'Djaména	21,2	9,6	6,0	3,2	24,8	2,3	48,1	1,1	0,8	15,9	62,2	663	
Autres villes	35,3	10,2	6,3	1,4	14,3	1,7	39,9	1,1	0,1	9,1	57,6	834	
Ensemble urbain	29,0	9,9	6,1	2,2	19,0	2,0	43,5	1,1	0,4	12,1	59,6	1 497	
Rural	35,8	7,7	3,7	0,4	19,4	1,0	42,2	2,3	0,8	9,6	55,3	2 972	
Niveau d'instruction													
Aucun	37,5	5,2	5,2	0,3	19,2	1,0	41,4	2,1	0,7	8,3	57,1	2 911	
Primaire ou plus	26,2	14,6	3,2	2,3	19,3	1,9	45,0	1,6	0,5	14,4	56,2	1 559	
- Primaire	27,1	14,3	2,9	1,6	19,0	1,9	45,0	1,9	0,5	12,8	56,2	1 279	
- Secondaire ou plus	22,1	15,8	4,7	5,4	20,7	2,2	44,8	0,2	0,7	21,6	56,1	280	
Religion													
Musulmane	39,7	5,8	5,7	0,6	18,0	1,5	38,7	0,9	0,5	7,3	61,0	1 615	
Catholique	27,4	9,4	4,1	1,2	22,0	1,3	46,9	2,6	0,8	12,1	54,5	1 518	
Protestante	30,1	10,7	3,2	1,7	18,2	1,3	45,7	2,1	0,7	14,4	55,4	1 077	
Autres/ND	45,5	9,8	4,7	0,4	15,2	1,5	29,4	3,2	0,5	3,5	49,9	260	
Ensemble des femmes ¹	33,5	8,4	4,5	1,0	19,2	1,4	42,6	1,9	0,6	10,4	56,8	4 470	

¹ Y compris les "non-déterminés"

Tableau 12.14.2 Comportement des hommes pour éviter de contracter le sida

Pourcentage d'hommes par changement de comportement pour éviter de contracter le sida selon la perception du risque de contracter le sida et les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Niveau de risque/ Caractéristique	Pas de change- ment de compor- tement sexuel	Changement du comportement sexuel											Effectif	
		N'a pas commencé les rapports sexuels	A arrêté les rapports sexuels	A commencé à utiliser le condom	A limité rapports à 1 seul partenaire	A limité le nombre de parte- naires	A demandé au partenaire d'être fidèle	Évite les prostituées	Autres change- ments sexuels corrects	Autres change- ments sexuels incorrects	Autres change- ments non sexuels corrects	Autres change- ments non sexuels incorrects		
Niveau de risque														
Pas de risque/risque minime	12,1	15,1	2,6	6,3	32,9	14,7	26,3	37,8	0,0	0,1	5,4	5,5	1 559	
Risque modéré/important	10,8	6,5	5,5	8,6	20,9	18,2	30,0	52,1	0,0	0,4	22,2	7,7	150	
Risque important/a le sida	16,0	7,6	3,6	9,6	21,2	10,5	24,2	42,5	1,0	0,8	15,2	6,9	334	
Groupe d'âges														
15-19	8,6	51,0	2,0	9,4	7,5	10,8	3,7	21,8	0,0	0,3	6,8	4,2	393	
20-24	9,6	15,1	4,8	11,1	25,6	14,4	14,6	38,2	0,4	0,0	9,5	4,0	342	
25-29	13,1	5,0	3,3	8,9	36,0	17,7	29,0	43,4	0,0	0,0	6,2	6,3	325	
30-39	13,4	0,2	3,1	5,1	39,5	15,3	37,3	47,8	0,4	0,3	9,7	6,6	525	
40-49	16,2	0,2	1,4	3,6	38,9	14,4	39,4	44,0	0,0	0,6	9,2	9,0	321	
50-59	19,6	0,5	3,8	1,3	35,2	11,7	40,0	43,6	0,0	0,0	6,3	4,3	137	
État matrimonial														
Actuel. en union	14,9	0,1	1,5	4,2	41,5	13,6	38,1	46,8	0,1	0,3	8,3	5,9	1 342	
Union rompue	15,7	1,3	16,7	15,2	15,8	16,5	5,4	37,9	2,7	0,0	1,3	13,0	50	
Célibataire	7,8	41,3	5,0	12,2	7,5	15,5	3,3	25,0	0,0	0,2	8,7	5,3	652	
Milieu de résidence														
N'Djaména	14,5	9,9	6,8	21,3	29,4	16,5	22,1	26,8	0,2	0,2	10,1	7,0	299	
Autres villes	10,0	15,6	3,3	12,8	25,6	19,2	23,2	38,2	0,0	0,3	11,6	5,2	373	
Ensemble urbain	12,0	13,1	4,8	16,6	27,3	18,0	22,7	33,2	0,1	0,3	10,9	6,0	672	
Rural	12,9	13,3	2,1	2,4	31,4	12,5	28,0	42,8	0,2	0,2	6,9	5,8	1 371	
Niveau d'instruction														
Aucun	15,6	9,3	2,3	1,6	34,9	11,0	29,1	41,6	0,2	0,2	5,5	7,0	1 029	
Primaire ou plus	9,6	17,3	3,6	12,6	25,2	17,6	23,3	37,6	0,1	0,3	11,0	4,8	1 015	
- Primaire	10,7	20,6	2,1	4,9	25,0	16,3	25,6	38,3	0,2	0,4	7,6	4,7	632	
- Secondaire ou plus	7,9	11,8	6,2	25,1	25,6	19,8	19,5	36,3	0,0	0,0	16,6	4,8	383	
Religion														
Musulmane	13,8	11,0	2,7	6,3	35,5	13,0	24,6	39,6	0,0	0,1	4,8	6,2	1 042	
Catholique	8,9	13,5	3,2	7,9	26,2	17,3	29,9	42,4	0,3	0,4	10,1	5,2	484	
Protestante	13,1	20,1	3,7	8,7	23,8	14,3	24,7	32,4	0,0	0,0	11,9	5,9	373	
Autres/ND	15,9	10,7	2,8	5,4	20,3	13,5	29,3	48,9	1,3	0,9	17,7	5,6	144	
Ensemble des hommes¹	12,6	13,2	3,0	7,0	30,1	14,3	26,2	39,6	0,2	0,2	8,2	5,9	2 043	

¹ Y compris les "non-déterminés"

à mesure que l'âge augmente : en effet, à 20-24 ans, seulement 10 % des hommes ont déclaré ne pas avoir changé de comportement, contre 13 % à 30-39 ans et 20 % à 50-59 ans. Le statut matrimonial influence aussi la décision de modifier son comportement : les célibataires sont ceux qui ont le plus fréquemment opté pour un comportement sécuritaire (92 % contre 84 % chez ceux dont l'union a été rompue et 85 % chez ceux qui sont en union). Le milieu de résidence ne fait pas apparaître d'écarts importants, les proportions d'hommes n'ayant pas changé de comportement variant de 15 % à N'Djaména à 10 % dans les Autres Villes. Enfin, selon leur niveau d'instruction, les hommes ont adopté des comportements différents : ce sont les plus instruits qui ont le plus fréquemment changé de comportement sexuel (92 %) et, à l'opposé, ce sont ceux ayant le moins d'instruction qui ont le moins fréquemment apporté une modification à leur comportement (84 %).

12.4 CONNAISSANCE ET UTILISATION DU CONDOM

Le condom est, jusqu'à aujourd'hui, l'un des meilleurs moyens de protection contre le sida. De ce fait, il était très important de savoir dans quelle mesure les hommes et les femmes connaissaient ce moyen de protection et quel était son niveau d'utilisation. À la différence du Chapitre 4 (Planification familiale), c'est l'évaluation de la connaissance et de l'utilisation du condom en tant que moyen de protection contre les maladies sexuellement transmissibles, et non plus seulement en tant que contraceptif, qui est l'objet de ce chapitre. Les niveaux de connaissance et d'utilisation présentés ici diffèrent donc de ceux donnés précédemment

12.4.1 Connaissance du condom

À la question concernant la connaissance de moyens contraceptifs spécifiques, un quart de l'ensemble des femmes (24 %) avaient cité le condom (voir Chapitre 4 - Planification familiale). Selon les résultats du tableau 12.15, on constate que 33 % des femmes qui connaissent le sida et qui ont déjà eu des rapports sexuels connaissent le condom en tant que moyen contraceptif seulement ou en tant que moyen contraceptif et comme protection contre les MST/sida. Par ailleurs, 11 % des femmes connaissent le condom uniquement comme moyen de protection contre les MST/sida. Dans l'ensemble, 44 % des femmes connaissent donc le condom. On remarque par ailleurs quelques différences de niveau de connaissance selon les caractéristiques socio-démographiques. En effet, selon l'âge, les femmes les plus âgées (40-49 ans) sont celles qui connaissent le moins bien le condom (30 % contre 50 % à 20-24 ans); en revanche, les célibataires (70 %), les femmes de N'Djaména (71 %) et celles qui ont, au moins, un niveau d'instruction secondaire ou plus (98 %) connaissent beaucoup plus fréquemment le condom que les autres, notamment que celles résidant en milieu rural (33 %), et celles n'ayant pas d'instruction (32 %).

On constate que 57 % des hommes qui connaissent le sida et qui ont déjà eu des rapports sexuels connaissent le condom en tant que moyen contraceptif seulement ou en tant que moyen contraceptif et comme protection contre les MST/sida. Par ailleurs, 10 % des hommes connaissent le condom uniquement comme moyen de protection contre les MST/sida. Dans l'ensemble, une proportion plus importante d'hommes que de femmes ont déclaré connaître le condom (67%, contre 44 %). Selon l'âge, le niveau de connaissance du condom varie d'un minimum de 43 % chez les hommes de 50-59 ans à 76 %, en moyenne, chez ceux de 15-24 ans; la connaissance du condom est meilleure chez les célibataires (80 % contre 63 % chez ceux en union), chez ceux vivant à N'Djaména (91 %, contre 80 % dans les Autres Villes et 59 % en rural) et chez ceux ayant un niveau secondaire (97 % contre 51 % chez ceux sans instruction).

Tableau 12.15 Connaissance du condom

Pourcentage de femmes et d'hommes qui connaissent le condom selon certaines caractéristiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Femmes qui connaissent le condom			Hommes qui connaissent le condom		
	Comme contraceptif ou comme contraceptif et moyen d'éviter les MST	Comme moyen d'éviter les MST seulement	Effectif de femmes ¹	Comme contraceptif ou comme contraceptif et moyen d'éviter les MST	Comme moyen d'éviter les MST seulement	Effectif d'hommes ¹
Groupe d'âges						
15-19	33,4	11,3	582	68,1	8,4	174
20-24	38,9	10,7	841	67,0	8,0	290
25-29	34,8	11,6	843	63,1	10,3	318
30-39	33,2	11,1	1 104	55,4	10,7	577
40-49	19,1	10,9	655	49,2	12,5	355
50-59	-	-	-	36,0	7,0	180
État matrimonial actuel						
En union	31,1	11,2	3 536	52,4	10,8	1 483
En rupture d'union	36,1	11,3	372	68,0	7,4	60
Célibataire	63,2	7,2	116	72,6	6,7	353
Milieu de résidence						
N'Djaména	55,1	16,1	594	83,6	7,0	262
Autres villes	48,9	11,9	733	71,2	9,0	316
Ensemble urbain	51,6	13,8	1 326	76,8	8,1	578
Rural	23,1	9,8	2 699	47,8	10,8	1 319
Niveau d'instruction						
Aucun	21,1	10,6	2 748	40,9	9,9	1 080
Primaire ou plus	56,9	12,1	1 277	77,5	10,1	816
- Primaire	49,9	13,0	1 057	68,0	13,2	496
- Secondaire ou plus	90,5	7,7	220	92,3	5,3	320
Religion						
Musulmane	28,5	11,3	1 517	46,5	8,4	1 055
Catholique	34,5	11,0	1 343	68,5	13,0	417
Protestante	40,5	12,0	931	74,0	12,9	290
Autres/ND	14,2	7,2	234	61,6	6,4	134
Ensemble	32,5	11,1	4 025	56,6	10,0	1 896

¹ Femmes et hommes qui connaissent le sida et qui ont déjà eu des rapports sexuels.

12.4.2 Utilisation du condom

Parmi les femmes qui connaissent le sida et qui ont eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois, 3 % ont déclaré avoir utilisé un condom à un moment quelconque (tableau 12.16) : les femmes qui l'ont utilisé en tant que moyen de protection contre les MST sont, en proportion, légèrement plus nombreuses que celles qui y ont eu recours pour planifier les naissances (respectivement, 2,5 % contre 2 %).

Chez les femmes, la perception du risque de contracter le sida influence peu l'utilisation du condom, quelle que soit la raison de l'utilisation. En ce qui concerne son utilisation en tant que moyen de prévention des MST/sida, on constate que les femmes qui pensent courir des risques modérés l'ont utilisé autant que celles qui se considèrent à risque important. Le taux d'utilisation varie fortement selon l'état matrimonial : près d'une femme célibataire sur quatre (23 %) a déclaré avoir utilisé le condom; de plus, il faut remarquer que la proportion de celles qui l'ont utilisé comme moyen de protection contre les MST/sida est de 22 % contre 15 % en tant que méthode contraceptive. Par contre, chez les femmes en union, la proportion d'utilisatrices du condom est très faible (2 %), quel que soit le motif d'utilisation. Chez les femmes dont l'union a été rompue, 7 % l'ont utilisé à un moment quelconque, quel qu'en soit le motif. À N'Djaména, la proportion d'utilisatrices à un moment quelconque est de 9 % et les femmes ont eu davantage recours au condom pour éviter les MST/sida que pour planifier des naissances (8 % contre 5 %); à l'opposé, en milieu rural, seulement 1 % des femmes ont déclaré l'avoir utilisé. Enfin, 21 % des femmes ayant un niveau secondaire ont eu recours au condom, 14 % l'ayant utilisé comme méthode contraceptive et 18 % comme moyen de prévention des MST/sida.

Toujours selon les résultats du tableau 12.16, on constate que très peu de femmes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leur dernier rapport sexuel ayant eu lieu dans les douze derniers mois (0,7 %). Au cours du dernier rapport sexuel avec le conjoint, cette proportion est toujours de 0,7 %, et au cours du dernier rapport sexuel avec une personne différente que le conjoint, cette proportion est de 1,6 %. Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques, on ne constate que peu d'écarts. Cependant, on peut noter qu'au cours des derniers rapports sexuels, les femmes de N'Djaména (2 %) et celles de niveau secondaire (4 %) ont un peu plus fréquemment utilisé le condom que les autres. Par ailleurs, pour les femmes en union, seulement 0,7 % ont utilisé un condom au cours de leur dernier rapport avec leur conjoint, mais lorsqu'elles ont eu des rapports avec quelqu'un d'autre que le conjoint au cours des douze derniers mois, cette proportion atteint 14 %.

Parmi les hommes qui connaissent le sida et qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, 13 % ont déclaré avoir déjà utilisé le condom à un moment quelconque (tableau 12.17) : 12 % l'ont utilisé comme contraceptif et 13 % comme protection contre les MST/sida. Dans l'ensemble, la proportion d'hommes ayant utilisé le condom est plus de quatre fois plus importante que celle des femmes (13 % contre 3 %) (graphique 12.3). On constate par ailleurs que plus le risque de contracter le sida est considéré comme important, plus l'utilisation du condom est fréquente : en effet, 13 % des hommes estimant qu'ils ne courent pas de risques ou seulement des risques minimes ont déclaré l'avoir utilisé, contre 16 % de ceux dont le risque est considéré comme modéré et 19 % de ceux qui considèrent courir des risques importants. Comme chez les femmes, l'utilisation du condom est plus fréquente chez les hommes les plus jeunes (28 % à 15-19 ans, contre 10 % et moins à partir de 30 ans), chez les célibataires et ceux dont l'union a été rompue (32 % dans chaque cas, contre 9 % chez ceux en union), chez ceux vivant à N'Djaména (38 %, contre 6 % en milieu rural) et enfin chez ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (47 %, contre seulement 3 % chez les sans instruction).

Tableau 12.16 Utilisation du condom par les femmes

Parmi les femmes qui connaissent le sida et qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage de celles qui ont déjà utilisé le condom selon la raison de l'utilisation, pourcentage de celles qui l'ont utilisé au cours des derniers rapports avec leur conjoint, pourcentage de celles qui l'ont utilisé au cours des derniers rapports avec quelqu'un d'autre que leur conjoint et pourcentage de celles qui l'ont utilisé au cours des derniers rapports quel que soit le partenaire, selon la perception des risques de contracter le sida et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

	Pourcentage de femmes qui ont déjà utilisé le condom			Effectif ¹	Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels avec:					
	Comme contraceptif	Pour éviter le MST/sida	L'une ou l'autre raison		Conjoint		Quelqu'un d'autre que le conjoint		N'importe quel type de partenaire	
					%	Effectif ²	%	Effectif ³	%	Effectif ⁴
Perception du risque de contracter le sida										
Aucun/minime	1,7	2,5	2,7	2 494	0,7	2 292	2,0	216	0,8	2 494
Risque modéré	2,5	2,3	3,4	513	0,9	478	1,3	47	0,8	513
Risque important	2,6	2,9	3,5	518	0,6	478	0,0	47	0,5	518
Groupes d'âges										
15-19	2,5	4,0	4,3	532	0,4	461	0,7	74	0,3	532
20-24	3,4	4,1	4,7	780	1,4	718	4,6	72	1,7	780
25-29	2,1	2,5	3,0	779	0,6	727	1,7	62	0,6	779
30-39	1,0	1,3	1,7	968	0,5	903	0,0	71	0,5	968
40-49	0,6	0,5	0,8	468	0,4	440	0,0	32	0,4	468
État matrimonial										
Actuelle. en union	1,4	1,7	2,1	3 252	0,7	3 250	13,6	36	0,8	3 252
En rupture d'union	5,4	6,1	7,1	175	-	0	0,0	175	0,0	175
Célibataire	14,8	22,4	23,0	100	-	0	0,0	100	0,0	100
Milieu de résidence										
N'Djaména	4,8	8,3	8,9	528	2,2	460	4,9	74	2,4	528
Autres villes	4,0	3,9	4,7	635	1,1	558	1,5	85	1,1	635
Ensemble urbain	4,3	5,9	6,6	1 163	1,6	1 018	3,0	159	1,7	1 163
Rural	0,8	0,8	1,1	2 364	0,3	2 231	0,0	152	0,3	2 364
Niveau d'instruction										
Aucun	0,5	0,6	0,8	2 400	0,3	2 264	0,7	157	0,3	2 400
Primaire ou plus	5,0	6,5	7,5	1 127	1,7	986	2,4	154	1,7	1 127
- Primaire	3,0	4,0	4,7	930	1,1	838	2,1	104	1,1	930
- Secondaire ou plus	14,2	18,0	20,8	196	5,1	148	3,1	50	4,4	196
Religion										
Musulmane	0,8	1,6	1,8	1 371	0,4	1 249	1,5	137	0,4	1 371
Catholique	2,1	2,5	2,9	1 143	0,6	1 066	1,9	84	0,7	1 143
Protestante	3,9	4,5	5,5	810	1,4	740	1,5	77	1,4	810
Autres/ND	0,5	0,5	0,8	203	0,5	194	*	12	0,5	203
Effectif des femmes ⁴	1,9	2,5	2,9	3 527	0,7	3 250	1,6	311	0,7	3 527

¹ Effectif de femmes qui connaissent le sida et qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois.

² Effectif de femmes qui connaissent le sida et qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec leur conjoint.

³ Effectif de femmes qui connaissent le sida et qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec quelqu'un d'autre que le conjoint (y compris les femmes non en union).

⁴ Y compris les "non-déterminés"

* Basé sur trop peu de cas

Tableau 12.17 Utilisation du condom par les hommes

Parmi les hommes qui connaissent le sida et qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage de ceux qui ont déjà utilisé le condom selon la raison de l'utilisation, pourcentage de ceux qui l'ont utilisé au cours des derniers rapports avec leur conjointe, pourcentage de ceux qui l'ont utilisé au cours des derniers rapports avec quelqu'un d'autre que leur conjointe et pourcentage de ceux qui l'ont utilisé au cours des derniers rapports quel que soit le partenaire, selon la perception des risques de contracter le sida et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique	Pourcentage d'hommes qui ont déjà utilisé des condoms				Utilisation au cours des derniers rapports sexuels avec :							
	Comme contraceptif	Pour éviter MST/sida	Ensemble	Eff. ¹	Eponse(s)		Partenaire régulière		Quelqu'un d'autre		N'importe quel type de partenaire	
					%	Eff. ²	%	Eff. ³	%	Eff. ⁴	%	Eff. ¹
Perception du risque de contracter le sida												
Aucun/minime	11,4	12,5	13,3	1 215	1,0	936	4,7	80	6,5	199	2,1	1 215
Modéré/important	13,2	15,7	16,2	131	1,4	88	*	8	3,4	35	2,3	131
Risque imp./a le sida	17,4	17,7	18,7	297	2,8	203	*	14	4,1	80	3,7	297
NSP/ND	0,0	0,0	0,0	162	0,0	142	*	5	*	15	0,0	162
Groupe d'âges												
15-19	24,6	27,5	27,9	169	2,6	23	0,0	31	1,2	115	1,2	169
20-24	19,3	19,5	20,7	267	1,0	130	3,6	38	2,5	100	1,9	267
25-29	14,7	16,4	16,8	301	1,6	214	*	21	6,3	66	3,3	301
30-39	8,7	10,2	10,7	553	1,2	506	*	14	15,4	33	2,2	553
40-49	5,4	5,2	6,3	343	1,0	326	*	3	*	14	2,6	343
50-59	1,9	1,9	2,2	172	1,1	171	-	0	*	1	1,1	172
État matrimonial												
Actuel. en union	7,0	7,9	8,5	1 444	1,2	1 360	*	22	28,4	62	2,8	1 444
En rupture d'union	30,7	30,6	32,2	40	*	9	*	1	0,0	29	0,0	40
Célibataire	29,0	31,0	32,0	322	-	0	0,0	84	0,0	238	0,0	322
Milieu de résidence												
N'Djaména	34,6	36,8	37,8	239	2,5	140	11,6	26	13,0	73	6,7	239
Autres villes	20,2	23,3	24,4	293	2,5	179	5,7	34	4,8	81	3,5	293
Ensemble urbain	26,7	29,4	30,4	532	2,5	319	8,2	60	8,7	154	5,0	532
Rural	5,1	5,4	6,0	1 273	0,8	1 050	2,9	47	2,3	175	1,1	1 273
Niveau d'instruction												
Aucun	2,0	2,6	2,6	1 034	0,2	896	4,3	31	0,6	107	0,3	1 034
Primaire ou plus	24,1	25,8	27,4	771	3,1	473	6,5	76	7,6	222	4,7	771
- Primaire	11,8	13,9	15,0	470	2,1	318	7,1	35	5,5	116	3,3	470
- Secondaire ou plus	43,3	44,2	46,6	302	5,3	155	5,9	41	9,9	106	7,0	302
Religion												
Musulmane	7,6	8,5	8,8	1 010	0,7	800	5,0	62	3,3	148	1,4	1 010
Catholique	16,7	18,8	19,5	392	0,7	279	*	19	6,2	94	2,1	392
Protestante	18,4	18,7	20,9	273	2,4	186	*	20	9,2	68	4,8	273
Autres/ND	11,2	11,2	12,3	129	3,8	104	*	6	*	20	3,6	129
Ensemble des hommes ⁵	11,5	12,5	13,2	1 805	1,2	1 369	5,8	107	5,3	329	2,2	1 805

¹ Effectif d'hommes qui connaissent le sida et qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois.

² Effectif d'hommes qui connaissent le sida et qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec leur(s) épouse(s).

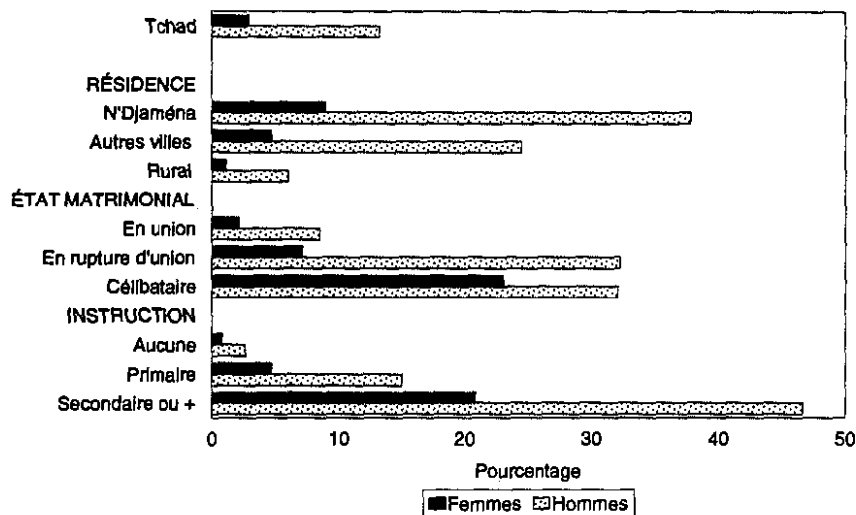
³ Effectif d'hommes qui connaissent le sida et dont les derniers rapports sexuels non conjugaux au cours des 12 derniers mois ont eu lieu avec une partenaire régulière.

⁴ Effectif d'hommes qui connaissent le sida et dont les derniers rapports sexuels non conjugaux au cours des 12 derniers mois ont eu lieu avec une personne de rencontre ou quelqu'un payé ou quelqu'un d'autre (exclu l(es) épouse(s) et partenaire régulière).

⁵ Y compris les "non-déterminés"

* Basé sur trop peu de cas

Graphique 12.3
Utilisation du condom comme contraceptif et/ou comme
moyen de protection contre les MST/Sida



EDST 1996-97

La proportion d'hommes qui ont utilisé un condom, quelle qu'en soit la raison et quel que soit le type de partenaire, au cours de leur dernier rapport sexuel ayant eu lieu dans les douze derniers mois, est très faible (2 %). Comme pour les femmes, ce sont les hommes de N'Djaména et ceux de niveau d'instruction secondaire ou plus qui ont le plus fréquemment utilisé un condom (7 % dans les deux cas). Quand leur dernier rapport sexuel a eu lieu avec leur épouse, 1 % des hommes ont déclaré avoir utilisé un condom et ce sont les hommes de niveau secondaire ou plus qui l'ont utilisé le plus fréquemment (5 %). Quand le dernier rapport sexuel a eu lieu avec une partenaire régulière, autre que l'épouse, ou avec quelqu'un d'autre, le niveau d'utilisation est nettement plus élevé qu'avec l'épouse (respectivement 6 % et 5 % contre 1 %). On peut remarquer qu'à N'Djaména, lorsque le dernier rapport sexuel a eu lieu avec quelqu'un d'autre que l'épouse, plus d'un homme sur dix a utilisé un condom. Enfin, comme chez les femmes, les hommes en union utilisent beaucoup plus fréquemment le condom avec des personnes de rencontre (28 %) qu'avec leur épouse (1 %).



CHAPITRE 13

DISPONIBILITÉ DES SERVICES COMMUNAUTAIRES

Oumdagué Kouo

Dans le cadre de l'EDST, en plus de l'enquête ménage et des enquêtes individuelles femme et homme, une enquête sur la disponibilité des services communautaires a été menée dans chacune des 247 grappes¹ sélectionnées. Cette enquête avait pour but de collecter, au niveau de chaque grappe, des informations sur l'existence d'infrastructures socio-économiques, sur la disponibilité des services de santé maternelle et infantile et des services de planification familiale, sur les principales maladies des enfants de moins de cinq ans et sur les principaux problèmes pour se soigner. L'existence ou non de ces infrastructures et de ces services ainsi que leur distance par rapport au lieu de résidence ont une répercussion immédiate sur leur utilisation par les populations et, de ce fait, sur les niveaux de prévalence contraceptive et sur les niveaux de morbidité, de mortalité et de fécondité.

Contrairement aux autres questionnaires de l'EDST utilisés au niveau du ménage ou des individus, le questionnaire sur la Disponibilité des Services (DS) est appliqué au niveau de l'unité primaire de sondage ou *grappe*; pour cette raison, il n'y a qu'un questionnaire par grappe. Bien que le questionnaire individuel femme comprenne des questions sur les endroits où les femmes peuvent obtenir des services de santé et de planification familiale, les données recueillies au niveau de la grappe donnent de meilleures indications sur la disponibilité des services offerts à la population (femmes et enfants) vivant dans les grappes sélectionnées.

Cette enquête consistait à interroger un groupe de personnes bien informées : les autorités administratives ou traditionnelles, le personnel éducatif, médical, religieux ou autres personnes. Au cours de l'entretien, l'enquêteur devait relever, avec leur aide, des informations sur les différents types d'établissements de santé (hôpital, clinique, centre de santé communautaire...) et estimer les distances à parcourir et le temps nécessaire pour les atteindre, ainsi que des informations sur les principales maladies et les principaux problèmes auxquels doit faire face la communauté pour se soigner. L'objet de cette étude ne concerne ni le fonctionnement de ces formations sanitaires, ni leur équipement, ni la qualité des prestations offertes. Elle est axée uniquement sur la disponibilité physique des services dans les localités enquêtées ou à leur proximité.

Bien que l'enquête sur la disponibilité des services communautaires ait été réalisée au niveau de chaque grappe de l'échantillon, les données sont analysées ici du point de vue de la population des femmes enquêtées dans chaque grappe. En effet, ces femmes sont considérées comme étant les premières utilisatrices des services de planification familiale et de santé maternelle et infantile.

Ce chapitre comprend quatre sections : la première porte sur les caractéristiques des communautés rurales, la seconde sur la distance par rapport aux services socio-économiques, la troisième sur la disponibilité des services de santé et, la quatrième, sur les problèmes de santé auxquels fait face la population.

¹ Au total, 250 grappes ont été sélectionnées pour l'enquête, cependant, au moment de l'enquête, trois grappes, habitées par des nomades, n'ont pu être enquêtées parce que leur population s'était déplacée.

13.1 CARACTÉRISTIQUES DES COMMUNAUTÉS RURALES

Certaines informations ont été collectées uniquement dans les grappes rurales en vue d'évaluer le niveau d'isolement de certaines populations. Ces questions ont porté sur les principales voies d'accès à la localité, la distance au centre urbain (chef-lieu) le plus proche, les moyens de transport disponibles et les principales activités économiques.

Le tableau 13.1 présente la répartition des femmes rurales selon les caractéristiques de leur communauté. Trois femmes du milieu rural sur cinq (61 %) vivent dans des localités accessibles toute l'année, soit par une route goudronnée (3 %), soit par une route en terre battue (33 %), soit par une piste praticable toute l'année (25 %). Par contre, plus d'un quart des femmes du milieu rural (25 %) sont isolées une partie de l'année, car la seule voie d'accès à leur communauté est une piste non praticable en saison des pluies. De plus, dans environ 12 % des cas, la principale voie d'accès est une piste cyclable ou un simple sentier. Enfin, dans moins de 1 % des cas, les femmes doivent utiliser une voie d'eau.

Par ailleurs, on constate que 10 % des femmes tchadiennes du milieu rural résident à moins de 15 kilomètres d'une ville (un chef-lieu), 28 % résident à une distance comprise entre 15 et 29 kilomètres et les trois cinquièmes (60 %) vivent à plus de 30 kilomètres de leur chef-lieu.

En ce qui concerne les moyens de déplacement, on constate que plus d'une femme sur deux (54 %) ne dispose d'aucun moyen de transport et se déplace à pieds. Les moyens de transport les plus fréquemment utilisés pour se rendre au chef-lieu le plus proche sont la charrette ou le dos d'animal (30 %) suivi, de très loin, par les véhicules à moteur (11 %). En outre, la bicyclette et la pirogue constituent le principal moyen de déplacement pour, respectivement, environ 2 % et 1 % des femmes.

Enfin, comme on pouvait s'y attendre, l'activité économique dominante des femmes rurales reste l'agriculture (95 %), l'élevage et la pêche (1 %) et dans, une moindre mesure, le commerce (1 %).

13.2 DISTANCE PAR RAPPORT AUX SERVICES SOCIO-ÉCONOMIQUES

Le tableau 13.2 présente, par milieu de résidence, la répartition des femmes selon la distance qui sépare leur communauté de certains services, comme une école, qu'elle soit primaire, secondaire ou

Tableau 13.1 Caractéristiques des communautés rurales

Répartition (en %) des femmes rurales selon les caractéristiques de leur communauté, EDS Tchad 1996-97

Caractéristique des communautés	Pourcentage
Principales voie d'accès	
Route goudronnée	3,0
Route en terre battue	32,8
Piste praticable toute l'année	24,8
Piste saisonnière	25,1
Piste cyclable/Sentier	12,3
Voie d'eau	0,7
ND	1,4
Total	100,0
Distance au chef lieu le plus proche	
0-14 km	10,2
15-29 km	28,4
30 km ou plus	60,0
ND	1,4
Total	100,0
Moyens de transport	
Véhicule à moteur	11,3
Dos d'animal/charrette	30,1
Bicyclette	2,3
Pirogue	0,7
À pied	54,2
ND	1,4
Total	100,0
Principales activités économiques	
Agriculture	94,6
Élevage	0,7
Pêche	0,3
Commerce	1,1
Artisanat	0,9
Exploitation minière	0,6
Autres	1,8
Total	100,0
Effectif de femmes	5 734

Tableau 13.2 Distance par rapport aux services socio-économiques

Répartition (en %) des femmes selon la distance par rapport aux services socio-économiques, par service spécifique, selon le milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Service socio-économique	Milieu de résidence	Distance (en kilomètres)					ND	Total	Effectif de femmes
		Proche		Éloigné		Très éloigné			
		Sur place	Estimé à 1-4 km	Estimé à 5-14 km	Estimé à 15-29 km	Estimé à 30 km ou +			
École primaire	N'Djaména	67,3	30,8	0,0	0,0	0,0	2,0	100,0	696
	Autres villes	77,9	21,3	0,0	0,0	0,0	0,8	100,0	1 023
	Rural	52,1	9,8	17,1	11,7	8,6	0,8	100,0	5 734
	Total	57,0	13,3	13,1	9,0	6,6	0,9	100,0	7 454
École secondaire ou professionnelle	N'Djaména	28,1	55,0	15,0	0,0	0,0	2,0	100,0	696
	Autres villes	47,9	45,3	3,0	0,0	3,8	0,0	100,0	1 023
	Rural	3,6	3,0	15,7	28,5	44,5	4,7	100,0	5 734
	Total	12,0	13,7	13,9	21,9	34,7	3,8	100,0	7 454
Marché journalier/hebdomadaire	N'Djaména	1,4	49,6	0,0	0,0	47,1	2,0	100,0	696
	Autres villes	6,7	20,9	0,0	0,0	66,3	6,2	100,0	1 023
	Rural	39,2	12,7	24,6	8,3	12,4	2,9	100,0	5 734
	Total	31,2	17,2	18,9	6,4	23,1	3,2	100,0	7 454
Boutique	N'Djaména	98,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	100,0	696
	Autres villes	78,1	15,6	0,0	0,0	2,0	4,4	100,0	1 023
	Rural	15,7	5,4	17,4	21,0	35,0	5,5	100,0	5 734
	Total	32,0	6,3	13,4	16,1	27,2	5,0	100,0	7 454
Bureau de Poste	N'Djaména	19,5	59,0	19,5	0,0	0,0	2,0	100,0	696
	Autres villes	29,8	29,7	9,2	2,0	26,4	2,9	100,0	1 023
	Rural	1,0	2,5	8,3	19,7	62,1	6,4	100,0	5 734
	Total	6,7	11,5	9,5	15,5	51,4	5,5	100,0	7 454
Transport en commun	N'Djaména	71,9	26,2	0,0	0,0	0,0	2,0	100,0	696
	Autres villes	55,0	30,8	1,6	0,0	4,0	8,5	100,0	1 023
	Rural	10,3	4,0	13,7	19,2	44,9	7,9	100,0	5 734
	Total	22,2	9,8	10,8	14,8	35,1	7,4	100,0	7 454

professionnelle, un marché journalier ou hebdomadaire, une boutique, un bureau de poste et des services de transport en commun. Il faut souligner que les distances (de même que les temps de trajet présentés plus loin) sont estimées par les personnes interrogées et sont donc très approximatives. Les valeurs présentées ici ne doivent donc être considérées que comme des ordres de grandeur. Pour cette raison, trois grandes catégories de distance à laquelle peut se situer un service ont été créées : moins de 5 kilomètres, que l'on considérera comme *proche*, de 5 kilomètres à moins de 15 kilomètres, que l'on considérera comme *éloignée* et 15 kilomètres ou plus, que l'on considérera comme *très éloignée*.

On constate que 70 % des femmes vivent à proximité (moins de 5 kilomètres) d'une école primaire, contre 16 % qui en sont très éloignées; 26 % des femmes vivent à proximité d'un établissement secondaire ou professionnel, contre 57 % qui en sont très éloignées. Les résultats par milieu de résidence font apparaître de grandes disparités concernant la proximité des écoles qui sont beaucoup plus accessibles aux femmes du milieu urbain qu'aux femmes du milieu rural. Cependant, on peut noter une assez bonne répartition des écoles primaires sur le territoire national puisque, quel que soit le milieu de résidence, elles sont accessibles à plus de trois femmes sur cinq : 98 % des femmes de N'Djaména et 99 % de celles résidant dans les Autres Villes disposent d'une école primaire située à moins de 5 kilomètres, alors qu'en milieu rural, cette proportion est de 62 %. Par contre, près de deux femmes rurales sur cinq (37 %) doivent parcourir, au moins,

5 kilomètres pour atteindre une école primaire. En ce qui concerne l'établissement secondaire ou professionnel, on constate également que les femmes sont plus ou moins favorisées selon leur milieu de résidence. La grande majorité des femmes vivant à N' Djaména (83 %) et dans les Autres Villes (93 %) disposent de ce genre d'établissement dans un rayon de 5 kilomètres. Par contre, en milieu rural, seulement 7 % des femmes vivent à proximité d'une école secondaire et, pour 73 % d'entre elles, la distance à parcourir pour atteindre un établissement secondaire ou professionnel est d'au moins 15 kilomètres.

Près de la moitié des tchadiennes (48 %) vivent à proximité d'un marché journalier ou hebdomadaire. Cependant, ici aussi, les résultats par milieu de résidence font apparaître des disparités importantes. À la différence des résultats sur les centres scolaires qui ont mis en évidence l'éloignement des femmes du milieu rural par rapport à ce type d'établissements, on constate ici que le marché journalier ou hebdomadaire est plus facilement accessible aux femmes du milieu rural et à celles de N'Djaména qu'à celles des Autres Villes : plus de la moitié des femmes de N'Djaména (51 %) et du milieu rural (52 %) vivent à proximité de ces lieux d'approvisionnement, alors que cette proportion est de 28 % seulement pour les Autres Villes. On constate même que 66 % des femmes des Autres Villes sont *très éloignées* des marchés car elles doivent parcourir 30 kilomètre ou plus pour en atteindre un.

Les boutiques sont, en général, à proximité des lieux d'habitation des femmes de N'Djaména (98 % à moins de 5 kilomètre) et des Autres Villes (94 %) alors qu'en milieu rural, seulement 21 % des femmes disposent de boutiques dans un rayon de 5 kilomètres et pour 56 % des femmes rurales, il faut parcourir 15 kilomètres ou plus pour atteindre une boutique.

Les bureaux de poste² sont rarement situés à proximité du lieu de résidence des femmes tchadiennes puisque plus des deux tiers d'entre elles doivent parcourir, au moins, 15 kilomètres pour en atteindre un et seulement 18 % des femmes disposent d'un bureau de poste à moins de 5 kilomètres. Les femmes du milieu rural sont celles qui sont le moins fréquemment situées à proximité de ce type de service : 82 % d'entre elles résident à 15 kilomètres ou plus d'un endroit où elles peuvent déposer et recevoir du courrier.

On constate enfin que près d'une femme sur trois (32 %) peut bénéficier d'un service de transport en commun dans un rayon de 5 kilomètres et, pour la moitié des femmes (50 %), il faut parcourir, au moins, 15 kilomètres pour en bénéficier. À N'Djaména, près des trois quarts des femmes (72 %) disposent de ce service sur place et, dans les Autres Villes, cette proportion est de 55 %. Par contre, en milieu rural, un service de transport en commun situé sur place n'est disponible que pour 10 % des femmes et deux tiers des femmes du milieu rural (64 %) doivent parcourir 15 kilomètres ou plus pour pouvoir utiliser un tel service, ce qui accentue encore l'isolement de ces populations.

13.3 DISPONIBILITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Un des objectifs de l'enquête était de collecter des informations sur la disponibilité des établissements de santé. Le tableau 13.3 présente, par milieu de résidence, la répartition des femmes selon la distance qui les sépare des établissements de santé les plus proches. Plus de deux tchadiennes sur cinq (43 %) vivent à proximité (moins de 5 kilomètres) d'un établissement de santé, quel qu'il soit, alors qu'environ un tiers des femmes (31 %) en sont très éloignées, l'établissement étant situé à, au moins, 15 kilomètres de leur lieu de résidence. En milieu urbain, 97 % des femmes vivent à moins de 5 kilomètres d'un établissement sanitaire; par contre, en milieu rural, pour 40 % des femmes, l'établissement de santé le plus proche se situe à 15 kilomètres ou plus.

² La catégorie "bureau de poste" est définie ici comme tout établissement dans lequel il est possible de recevoir ou d'envoyer du courrier.

Tableau 13.3 Distance par rapport aux établissements de santé les plus proches

Répartition des femmes selon la distance par rapport aux établissements de santé, par milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Distance	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Proche (estimé à:)					
< 1 km ^a	83,5	64,7	72,3	21,1	32,9
1-4 km	16,5	29,4	24,2	5,7	10,0
Éloigné (estimé à:)					
5-9 km	0,0	4,4	2,6	15,7	12,7
10-14 km	0,0	0,0	0,0	18,0	13,8
Très éloigné (estimé à:)					
15-29 km	0,0	0,0	0,0	25,8	19,9
30 km ou +	0,0	0,0	0,0	13,7	10,6
Pas d'établissement identifié	0,0	1,5	0,9	0,0	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	696	1 023	1 720	5 734	7 454

^a Y compris les services qui sont « sur place ».

Le tableau 13.4 fournit, par type d'établissement, la répartition des femmes selon la distance par rapport à l'établissement de santé le plus proche. Comme cela a déjà été mentionné, 43 % des tchadiennes résident dans des localités se situant à moins de 5 kilomètres d'un établissement de santé et pour 11 % cette distance est, d'au moins, 30 kilomètres : la distance médiane est estimée à 7,1 kilomètres. Dans de nombreux cas, il n'a pas été possible d'identifier certains types d'établissements spécifiques. Ainsi, dans 65 % des cas, aucun hôpital privé n'a pu être identifié, dans 13 % des cas, aucune clinique ou cabinet médical et, dans 8 % des cas, aucun hôpital militaire et aucune pharmacie. Au niveau national, 27 % des femmes vivent à proximité d'un centre de santé ou d'un dispensaire public et la distance médiane par rapport à ce type d'établissement est estimée à 15,6 kilomètres. Par contre, près de deux tiers des femmes vivent à 30 kilomètres ou plus d'un hôpital public et la distance médiane pour atteindre ce type d'établissement est estimée à 60,4 kilomètres.

En milieu urbain, 97 % des femmes vivent à moins de 5 kilomètres d'un établissement de santé et la distance médiane varie de 1,3 kilomètres pour les centres de santé ou dispensaires publics, à 6,8 kilomètres pour les hôpitaux privés. Les centres de santé publics et les pharmacies ou dépôts pharmaceutiques sont assez fréquemment situés à proximité des lieux de résidence des femmes urbaines puisque, respectivement, 78 % et 67 % d'entre elles n'en sont éloignées que de 5 kilomètres au plus. De même, environ la moitié des femmes urbaines résident à proximité d'un centre de santé privé, d'un hôpital public et d'une clinique ou d'un cabinet médical.

En milieu rural où la distance médiane estimée par rapport à un service connu varie de 15,7 kilomètres pour une pharmacie ou centre de santé villageois, à 98,3 kilomètres pour un hôpital militaire, on constate que seulement 27 % des femmes résident à proximité d'un établissement de santé et que 40 % en sont très éloignées (15 kilomètres ou plus). Les établissements de santé les plus facilement "accessibles" pour les femmes rurales sont les pharmacies ou centres de santé villageois et les centres de santé public;

Tableau 13.4 Distance par rapport aux établissements de santé par type d'établissement

Répartition des femmes selon la distance par rapport aux établissements sanitaires par type d'établissement et milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Distance (en kilomètres)	Hôpital public	Hôpital militaire/garnison	Hôpital privé	Centre de santé/Dispensaire public	Centre de santé/Dispensaire privé	Clinique/cabinet médical	Pharmacie/Dépôt pharmaceutique	Pharmacie/Centre de santé villageois	Établissement le plus proche
RURAL									
Proche (estimé à):									
< 1 km ^a	0,0	0,0	0,0	6,7	3,9	0,0	1,2	14,4	21,1
1-4 km	1,4	1,4	0,0	4,8	3,0	0,0	1,9	4,6	5,7
Éloigné (estimé à):									
5-9 km	2,7	1,6	0,0	9,3	7,0	1,1	3,3	9,4	15,7
10-14 km	2,0	1,1	0,8	9,2	12,2	0,0	0,6	12,1	18,0
Très éloigné (estimé à):									
15-29 km	13,2	5,3	1,3	30,6	22,2	6,7	15,2	15,6	25,8
30 km ou +	75,5	82,4	26,7	33,9	45,3	79,8	69,6	33,9	13,7
Pas d'établissement identifié	5,2	8,3	71,2	5,5	6,5	12,4	8,3	10,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	5 734	5 734	5 734	5 734	5 734	5 734	5 734	5 734	5 734
Distance médiane pour les établissements de santé connus	70,5	98,3	b	20,4	27,5	98,2	60,5	15,7	10,7
URBAIN									
Proche (estimé à):									
< 1 km ^a	12,2	7,2	7,6	42,3	19,0	20,8	39,7	-	72,3
1-4 km	38,0	28,6	14,0	36,0	31,8	28,1	27,1	-	24,2
Éloigné (estimé à):									
5-9 km	21,5	20,6	8,6	9,9	11,8	5,1	4,1	-	2,6
10-14 km	3,2	10,2	2,0	1,0	1,8	0,0	0,0	-	0,0
Très éloigné (estimé à):									
15-29 km	1,2	0,0	0,0	2,3	5,5	0,0	0,0	-	0,0
30 km ou +	21,3	24,3	23,2	2,5	22,5	32,9	21,9	-	0,0
Pas d'établissement identifié	2,7	9,1	44,6	6,1	7,5	13,1	7,2	-	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0
Effectif des femmes	1 720	1 720	1 720	1 720	1 720	1 720	1 720	0	1 720
Distance médiane pour les établissements de santé connus	4,7	6,1	6,8	1,3	3,8	3,9	1,8	-	0,7
ENSEMBLE									
Proche (estimé à):									
< 1 km ^a	2,8	1,7	1,8	14,9	7,4	4,8	10,1	14,4	32,9
1-4 km	9,8	7,6	3,2	12,0	9,6	6,5	7,7	4,6	10,0
Éloigné (estimé à):									
5-9 km	7,0	6,0	2,0	9,5	8,1	2,1	3,4	9,4	12,7
10-14 km	2,3	3,2	1,1	7,3	9,8	0,0	0,4	12,1	13,8
Très éloigné (estimé à):									
15-29 km	10,5	4,0	1,0	24,0	18,3	5,1	11,7	15,6	19,9
30 km ou +	63,0	69,0	25,9	26,6	40,0	69,0	58,6	33,9	10,6
Pas d'établissement identifié	4,6	8,4	65,1	5,6	6,7	12,6	8,0	10,1	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	7 454	7 454	7 454	7 454	7 454	7 454	7 454	5 734	7 454
Distance médiane pour les établissements de santé connus	60,4	98,1	b	15,6	25,1	98,1	52,3	15,7	7,1

^a Y compris les services qui sont « sur place ».

^b Non présenté parce que trop peu d'établissements de ce type ont pu être identifiés

néanmoins, 50 % des femmes rurales résident à 15 kilomètre ou plus des centres de santé villageois et la distance médiane est de 15,7 kilomètres, et 65 % des femmes résident à 15 kilomètre ou plus des centres de santé publics et la distance médiane est de 20,4 kilomètres. En outre, les trois quarts des femmes du milieu rural doivent parcourir 30 kilomètres ou plus pour atteindre un hôpital public et, pour la moitié de ces femmes, la distance à parcourir pour parvenir à ce type d'établissement est de 70,5 kilomètres.

Le tableau 13.5 présente le même type de données que le tableau précédent, selon le temps de trajet pour se rendre à l'établissement de santé le plus proche, par type d'établissement et milieu de résidence. Comme le révèlent les résultats du tableau 13.1, plus de la moitié des femmes rurales effectuent leur déplacement à pied (54 %) et environ 30 % le font en charrette ou à dos d'animaux. Ces modes de transport, combinés à de longues distances à parcourir, ont pour conséquence des temps de trajet extrêmement longs pour atteindre les établissements de santé. Ainsi, 40 % des femmes mettent deux heures ou plus pour rejoindre l'établissement de santé le plus proche et le temps de trajet médian est d'environ une heure (60,6 minutes). Au niveau national, ce sont les centres de santé publics qui sont les établissements les "plus accessibles" puisque 24 % des tchadiennes mettent moins d'une demi-heure pour les atteindre; néanmoins, pour la moitié des femmes, le temps de trajet pour atteindre ce type d'établissement est d'environ deux heures. Par ailleurs, la moitié des femmes ont à se déplacer pendant environ quatre heures pour atteindre un hôpital public, un hôpital militaire ou une pharmacie.

Selon le milieu de résidence, on constate que 86 % des citadines mettent moins d'une demi-heure pour rejoindre l'établissement de santé le plus proche, 10 % mettent entre une demi-heure et une heure et 3 % ont une durée de déplacement supérieure à une heure : le temps médian de trajet est estimé à moins d'une minute. En milieu rural, seulement 24 % des femmes ont moins d'une demi-heure de déplacement pour atteindre un établissement de santé et, pour 69 % des femmes, le temps de trajet est supérieur à une heure : le temps médian de déplacement par rapport à l'établissement de santé le plus proche est d'environ deux heures (120,2 minutes). L'établissement le "plus facilement accessible" est la pharmacie ou centre de santé villageois (médiane de 120,4 minutes); pour atteindre un centre de santé public ou privé, le temps de trajet médian est estimé à environ trois heures, et ce temps de trajet varie de cinq à six heures pour atteindre les autres types d'établissements de santé.

13.3.1 Disponibilité des établissements de santé offrant des services de planification familiale

Le tableau 13.6 présente, par milieu de résidence, la répartition des femmes selon la distance qui les sépare des établissements de santé offrant des services de Planification Familiale (PF). Environ un quart des tchadiennes (26 %) vivent à proximité d'un établissement offrant des services de PF alors que près de la moitié des femmes (47%) en sont très éloignées, l'établissement étant situé à, au moins, 15 kilomètres de leur lieu de résidence; en outre, dans 14 % des cas, aucun établissement offrant des services de PF n'a pu être identifié. La distance médiane pour atteindre un service de PF est estimée à 15,9 kilomètres.

En milieu urbain, un service de PF a presque toujours pu être identifié (97 %) et 75 % des femmes vivent à moins de 5 kilomètres d'un établissement offrant ce type de prestations; par contre, en milieu rural, dans 17 % des cas, aucun service de PF n'a pu être identifié par les enquêtés et, pour 56 % des femmes, l'établissement le plus proche offrant des services de PF se situe à 15 kilomètres ou plus. Les distances médianes pour atteindre le service de PF le plus proche varient de 1,4 kilomètres à N'Djaména et 1,9 kilomètres dans les Autres Villes à 22,3 kilomètres en milieu rural.

Tableau 13.5 Temps de trajet pour atteindre les établissements de santé par type d'établissement

Répartition des femmes selon le temps de trajet pour atteindre les établissements sanitaires par type d'établissement et milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Temps de trajet (en minutes)	Hôpital public	Hôpital militaire/ garnison	Hôpital privé	Centre de santé/ Dispen- saire public	Centre de santé/ Dispen- saire privé	Clinique/ cabinet médical	Pharmacie/ Dépôt pharma- ceutique	Pharmacie/ Centre de santé villageois	Établis- sement le plus proche
RURAL									
Court (estimé à):									
< 15mn ^a	1,4	1,9	0,0	10,4	4,5	0,0	1,9	15,0	23,6
15-29mn	0,7	0,7	0,7	0,6	2,3	0,7	0,0	1,1	0,6
Moyen (estimé à):									
30-59mn	2,9	2,9	0,0	3,9	4,3	3,7	3,5	4,8	5,7
Long (estimé à):									
60-119mn	8,0	6,3	0,0	13,9	9,5	5,4	14,8	12,8	16,6
120mn ou +	80,1	72,0	26,6	65,6	66,2	70,7	67,3	44,9	51,9
Pas d'établissement identifié	7,0	16,2	72,7	5,6	13,2	19,5	12,5	21,4	1,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	5 734	5 734	5 734	5 734	5 734	5 734	5 734	5 734	5 734
Temps médian pour les établissements connus	360,4	300,8	b	180,5	180,7	360,7	300,1	120,4	120,2
URBAIN									
Court (estimé à):									
< 15mn ^a	21,6	12,9	8,0	51,8	21,1	24,4	44,8	-	75,3
15-29mn	20,4	15,1	9,1	15,6	17,5	14,0	13,8	-	10,4
Moyen (estimé à):									
30-59mn	18,1	26,1	14,2	17,3	19,2	11,8	8,3	-	10,4
Long (estimé à):									
60-119mn	17,5	12,1	2,9	6,2	11,1	5,9	9,2	-	3,0
120mn ou +	19,6	24,6	21,2	3,0	23,0	25,0	16,8	-	0,0
Pas d'établissement identifié	2,7	9,1	44,6	6,1	8,0	18,8	7,2	-	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0
Effectif des femmes	1 720	1 720	1 720	1 720	1 720	1 720	1 720	0	1 720
Temps médian pour les établissements connus	30,8	45,3	45,4	10,5	30,7	30,3	15,3	-	0,7
ENSEMBLE									
Court (estimé à):									
< 15mn ^a	6,0	4,5	1,8	20,0	8,3	5,6	11,8	15,0	35,5
15-29mn	5,2	4,0	2,6	4,1	5,8	3,8	3,2	1,1	2,9
Moyen (estimé à):									
30-59mn	6,4	8,2	3,3	7,0	7,7	5,6	4,6	4,8	6,8
Long (estimé à):									
60-119mn	10,2	7,7	0,7	12,1	9,9	5,5	13,5	12,8	13,4
120mn ou +	66,1	61,0	25,3	51,2	56,2	60,2	55,7	44,9	39,9
Pas d'établissement identifié	6,0	14,6	66,2	5,7	12,0	19,3	11,3	21,4	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	7 454	7 454	7 454	7 454	7 454	7 454	7 454	5 734	7 454
Temps médian pour les établissements connus	240,6	240,3	b	120,5	180,1	300,2	240,0	120,4	60,6

^a Y compris les services qui sont « sur place », pour lesquels le temps est supposé égal à 0.

^b Non présenté parce que trop peu d'établissements de ce type ont pu être identifiés

Tableau 13.6 Distance par rapport aux services de planification familiale les plus proches

Répartition des femmes selon la distance par rapport aux établissements de santé offrant des services de planification familiale par milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Distance (en kilomètres)	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Proche (estimé à:)					
< 1 km ^a	44,5	34,7	38,6	5,5	13,2
1- 4 km	41,1	33,3	36,5	5,5	12,6
Éloigné (estimé à:)					
5- 9 km	8,0	4,4	5,9	9,0	8,3
10-14 km	2,4	0,0	1,0	6,3	5,1
Très éloigné (estimé à:)					
15-29 km	0,0	2,0	1,2	21,5	16,8
30 km ou +	4,0	20,9	14,1	34,8	30,0
Pas d'établissement identifié	0,0	4,7	2,8	17,4	14,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	696	1 023	1 720	5 734	7 454
Distance médiane pour les établissements connus	1,4	1,9	1,7	22,3	15,9

^a Y compris les services qui sont « sur place ».

Le tableau 13.7 présente le même type d'informations que le tableau précédant, selon le temps de trajet pour se rendre au service de planification familiale le plus proche, par milieu de résidence. Au niveau national, 21 % des femmes mettent moins d'une demi-heure pour atteindre l'établissement de santé le plus proche offrant des services de PF mais, à l'opposé, près de la moitié des femmes ont une durée de déplacement de deux heures ou plus pour atteindre ce type de service. En milieu urbain, le temps de trajet médian n'est que d'un quart d'heure (15,2 minutes à N'Djaména et 20,3 minutes dans les Autres Villes); par contre, quand ce type de service a pu être identifié (83 % des cas), le temps médian de trajet pour les femmes du milieu rural est de trois heures (180,8 minutes).

Tableau 13.7 Temps de trajet pour atteindre les services de planification familiale les plus proches

Répartition (en %) des femmes selon le temps de trajet pour atteindre les établissements sanitaires offrant des services de planification familiale par milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Temps de trajet (en minutes)	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Court (estimé à:)					
< 15mn ^a	48,3	41,9	44,5	6,9	15,6
15-29mn	28,4	14,2	19,9	0,7	5,1
Moyen (estimé à:)					
30-59mn	14,6	13,8	14,2	4,0	6,3
Long (estimé à:)					
60-119mn	4,7	8,2	6,8	10,5	9,6
120mn ou +	4,0	17,1	11,8	60,5	49,3
Pas d'établissement identifié	0,0	4,7	2,8	17,4	14,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	696	1 023	1 720	5 734	7 454
Temps médiane pour les établissements connus	15,2	20,3	15,7	180,8	120,8

^a Y compris les services qui sont « sur place ».

13.3.2 Disponibilité des établissements de santé offrant des services de santé maternelle et infantile

Le tableau 13.8 présente, par milieu de résidence, la proportion des femmes selon la distance par rapport aux établissements de santé offrant des services de santé maternelle et infantile (SMI). Près d'un tiers des tchadiennes (31 %) vivent à proximité d'un établissement offrant des services de SMI alors qu'un peu plus de deux femmes sur cinq (43 %) en sont très éloignées, l'établissement étant situé à, au moins, 15 kilomètres de leur lieu de résidence. La distance médiane pour atteindre un service de SMI est estimée à 10,9 kilomètres.

En milieu urbain, 88 % des femmes vivent à moins de 5 kilomètres d'un établissement offrant des prestations de SMI; par contre, en milieu rural, seulement 14 % des femmes sont dans cette situation et, pour 54 % des femmes, l'établissement le plus proche offrant des services de SMI se situe à 15 kilomètres ou plus. Les distances médianes pour atteindre le service de SMI le plus proche varient de 0,8 kilomètre à N'Djaména et 1,4 kilomètres dans les Autres Villes à 15,5 kilomètres en milieu rural.

Tableau 13.8 Distance par rapport aux services de santé maternelle et infantile les plus proches

Répartition (en %) des femmes selon la distance par rapport aux établissements de santé offrant des services de santé maternelle et infantile par milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Distance (en kilomètres)	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Proche (estimé à):					
< 1 km ^a	60,3	43,9	50,5	6,9	17,0
1-4 km	37,3	37,9	37,7	6,6	13,8
Éloigné (estimé à):					
5-9 km	0,0	4,4	2,6	15,0	12,2
10-14 km	2,4	0,0	1,0	16,6	13,0
Très éloigné (estimé à):					
15-29 km	0,0	2,0	1,2	31,7	24,7
30 km ou +	0,0	10,3	6,1	21,8	18,2
Pas d'établissement identifié	0,0	1,5	0,9	1,4	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	696	1 023	1 720	5 734	7 454
Distance médiane pour les établissements connus	0,8	1,4	1,0	15,5	10,9

^a Y compris les services qui sont « sur place ».

Le tableau 13.9 présente le même type d'informations que le tableau précédent, selon le temps de trajet pour se rendre au service de santé maternelle et infantile le plus proche, par milieu de résidence. Au niveau national, 24 % des femmes mettent moins d'une demi-heure pour atteindre l'établissement de santé le plus proche offrant des services de SMI mais, à l'opposé, plus de la moitié des femmes (51 %) ont une durée de déplacement de deux heures ou plus pour atteindre ce type de service. En milieu urbain, le temps de trajet médian n'est que d'une minute (0,8 minute à N'Djaména et 10,1 minutes dans les Autres Villes); par contre, le temps médian de trajet pour les femmes du milieu rural est de trois heures (180,0 minutes).

Tableau 13.9 Temps de trajet pour atteindre les services de santé maternelle infantile les plus proches

Répartition (en %) des femmes selon le temps de trajet pour atteindre les établissements de santé offrant des services de santé maternelle infantile par milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Temps de trajet (en minutes)	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Court (estimé à):					
< 15mn ^a	62,2	51,1	55,6	9,0	19,7
15-29mn	15,5	16,1	15,8	0,6	4,1
Moyen (estimé à):					
30-59mn	18,5	16,5	17,3	5,5	8,2
Long (estimé à):					
60-119mn	3,8	4,3	4,1	18,0	14,8
120mn ou +	0,0	10,4	6,2	64,8	51,3
Temps indéterminé	0,0	0,0	0,0	0,9	0,7
Pas d'établissement identifié	0,0	1,5	0,9	1,4	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	696	1 023	1 720	5 734	7 454
Temps médian pour les établissements connus	0,8	10,1	1,0	180,0	120,2

^a Y compris les services qui sont « sur place ».

Le tableau 13.10 présente la répartition des naissances survenues au cours des cinq dernières années selon que la mère a bénéficié ou non de soins prénatals et d'une assistance médicale à l'accouchement, ainsi que la répartition des enfants de 12-23 mois selon qu'ils ont reçu ou non des vaccinations du PEV, en fonction de la distance aux établissements de santé fournissant des services de santé maternelle et infantile (SMI). On constate que 64 % des naissances dont la mère a bénéficié de soins prénatals et d'une assistance à l'accouchement résident dans des localités situées à moins de 5 kilomètres d'un établissement offrant ce type de service. À l'opposé, seulement 17 % des naissances dont la mère n'a bénéficié ni de soins prénatals, ni d'une assistance à l'accouchement résident à proximité de services de SMI et 55 % de ces naissances résident à 15 kilomètres ou plus de ce type d'établissement. L'éloignement d'un établissement de santé offrant des services de SMI semble donc avoir un impact important sur le suivi des grossesses et sur l'assistance des mères à l'accouchement.

En matière de vaccination, 40 % des enfants ayant reçu, au moins, une des vaccinations du PEV, résident à moins de 5 kilomètres d'établissements offrant des services de SMI, alors que les enfants n'ayant reçu aucune vaccination et qui vivent à proximité de ce type de services ne représentent que 11 %. Par contre, 30 % des enfants n'ayant reçu aucune vaccination vivent à 30 kilomètres ou plus des établissements offrant des services de SMI. Là encore, l'éloignement des établissements de santé semble avoir un impact direct sur le niveau de vaccination des enfants.

Tableau 13.10 Distance par rapport aux services de santé maternelle et infantile les plus proches selon le type de soins

Répartition des femmes selon la distance par rapport aux établissements de santé offrant des services de santé maternelle et infantile, selon le type de soins de santé, EDS Tchad 1996-97

Distance (en kilomètres)	Soins prénataux et assistance à l'accouchement			Ensemble des naissances	Vaccination des enfants de 12-23 mois		Ensemble des enfants de 12-23 mois
	Les deux	L'un ou l'autre	Ni l'un ni l'autre		Au moins un vaccin du PEV	Aucune vacci- nation	
Proche (estimé à:)							
< 1 km ^a	34,3	23,0	8,3	16,0	22,9	5,9	15,3
1-4 km	29,9	15,7	8,2	13,4	17,5	5,4	12,1
Éloigné (estimé à:)							
5-9 km	11,8	14,9	12,6	13,0	15,3	12,0	13,8
10-14 km	7,1	15,6	14,3	13,4	14,8	13,4	14,2
Très éloigné (estimé à:)							
15-29 km	9,8	16,7	33,0	25,4	17,9	31,8	24,1
30 km ou +	6,4	11,9	22,2	17,2	9,7	29,8	18,6
Pas d'établissement identifié	0,7	2,2	1,4	1,5	1,9	1,8	1,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des naissances	1 259	1 863	4 735	7 858	700	560	1 260

^a Y compris les services qui sont « sur place ».

13.4 PROBLÈMES DE SANTÉ

Pour essayer de mieux connaître les principaux problèmes de santé qui se posent à la population tchadienne, on a posé, lors de l'enquête communautaire, les deux questions suivantes:

« Quelle est la principale maladie qui touche les jeunes enfants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)? »

« Quel est le principal problème des habitants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) en matière de santé? »

Comme les autres résultats présentés dans ce chapitre, les informations sont analysées ici du point de vue des femmes appartenant aux grappes enquêtées.

13.5.1 Principales maladies des jeunes enfants

Le tableau 13.11 fournit la répartition des femmes selon les principales maladies spécifiques des jeunes enfants citées en première et deuxième position ainsi que la fréquence selon laquelle chacune des maladies spécifiques a été citée au moins une fois. Le paludisme (32 %), la diarrhée (28 %) suivis de loin par la rougeole (10 %) sont cités en premier lieu comme les principales maladies des jeunes enfants. En deuxième position, on retrouve le même classement, le paludisme, la diarrhée et la rougeole étant cités presque aussi fréquemment.

Tableau 13.11 Principales maladies des jeunes enfants

Répartition (en %) des femmes par principales maladies spécifiques des jeunes enfants citées en première et deuxième position, et proportion de maladies spécifiques citées au moins une fois, EDS Tchad 1996-97

Maladie	Pourcentage cité en :		Pourcentage cité au moins une fois
	1 ^{er}	2 ^{ème}	
Paludisme	31,8	17,3	49,1
Diarrhée	28,2	16,0	44,2
Rougeole	9,5	15,8	25,3
Coqueluche	3,5	8,8	12,3
Toux	1,6	7,8	9,4
Varicelle	6,4	2,4	8,8
Maladies respiratoires	0,8	7,9	8,7
Maladies des yeux	2,3	3,2	5,5
Maladies intestinales	3,2	1,2	4,4
Méningite	3,3	0,5	3,8
Vomissements	0,8	2,2	3,0
Pneumonie	1,6	1,5	3,0
Fièvre	0,9	1,7	2,6
Malnutrition	0,1	2,5	2,6
Maladies de peau	0,0	2,3	2,3
Jaunisse/Ictère/Hépatite	1,1	0,1	1,2
Goitre	0,4	0,8	1,2
Tétanos	0,0	1,1	1,1
Tuberculose	0,6	0,5	1,1
Onchocercose	0,9	0,0	0,9
Bilharziose	0,4	0,2	0,6
Autre	2,6	6,2	8,8
Total	100,0	100,0	-
Effectif des femmes	7 454	7 454	7 454

Globalement, on observe que les principales maladies spécifiques des jeunes enfants citées, au moins une fois, par les femmes sont par ordre d'importance : le paludisme (49 %), la diarrhée (44 %), la rougeole (25 %), la coqueluche (12 %) et la toux (9 %). Ces déclarations sont cohérentes avec les résultats concernant les différentes maladies qui touchent fréquemment les enfants tchadiens (voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant), ainsi qu'avec les résultats concernant les principales causes de décès des enfants (voir Chapitre 10 - Causes de décès des enfants).

Le tableau 13.12 donne la proportion des femmes par principales maladies spécifiques des jeunes enfants citées en première position et le pourcentage de femmes ayant cité, au moins une fois, chacune des maladies spécifiques, selon le milieu de résidence. Quel que soit le milieu de résidence, le paludisme et la diarrhée sont les deux principales maladies des jeunes enfants citées en première position; cependant la fréquence avec laquelle ces deux maladies ont été citées varie de façon importante. Ainsi, le paludisme a été cité en premier dans 38 % des cas à N'Djaména, contre 40 % dans les Autres Villes et 30 % en milieu rural; la diarrhée arrive en tête à N'Djaména (53 %), mais en deuxième position dans les Autres Villes (22 %) et en milieu rural (26 %). Par ailleurs, certaines maladies semblent préoccuper beaucoup plus les populations rurales et celles des Autres Villes que celles de N'Djaména. Ainsi, la rougeole a été citée dans 11 % des cas dans les Autres Villes et dans 10 % des cas en milieu rural, alors qu'elle n'a jamais été citée en première position à N'Djaména. De même, la coqueluche, dans les Autres Villes (7 %), et la varicelle, en milieu rural (8 %), semblent être des préoccupations importantes alors que ces maladies ont rarement été citées en tête dans les autres milieux de résidence.

Tableau 13.12 Principales maladies des jeunes enfants par milieu de résidence

Répartition (en %) des femmes par principales maladies spécifiques des jeunes enfants citées en première position, et proportion de maladies spécifiques citées au moins une fois, selon le milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Maladie	Pourcentage cité en première position			Pourcentage cité au moins une fois		
	N'Djaména	Autre villes	Rural	N'Djaména	Autre villes	Rural
Paludisme	37,6	40,1	29,6	82,1	51,6	44,7
Diarrhée	52,6	21,8	26,4	53,3	42,7	43,3
Rougeole	0,0	10,8	10,4	14,2	31,9	25,4
Coqueluche	2,4	6,7	3,0	2,4	10,3	13,9
Toux	0,0	3,3	1,4	12,1	9,0	9,1
Varicelle	0,0	4,6	7,5	1,1	7,7	9,9
Maladies respiratoires	0,0	3,1	0,5	4,7	11,5	8,7
Maladies des yeux	0,0	3,4	2,3	8,4	4,7	5,3
Maladies intestinales	0,0	0,0	4,2	0,0	3,9	5,1
Méningite	1,8	3,4	3,5	1,8	3,4	4,1
Vomissements	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	3,6
Pneumonie	0,0	2,9	1,5	0,0	4,3	3,2
Fièvre	2,7	0,0	0,9	5,9	2,5	2,3
Malnutrition	1,4	0,0	0,0	1,4	2,0	2,9
Maladies de peau	0,0	0,0	0,0	1,8	4,7	1,9
Jaunisse/Ictère/Hépatite	1,4	0,0	1,3	2,6	0,0	1,3
Goitre	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	1,6
Tétanos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
Tuberculose	0,0	0,0	0,8	1,3	3,1	0,8
Onchocercose	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	1,1
Bilharziose	0,0	0,0	0,5	0,0	1,2	0,5
Autre	0,0	0,0	3,4	5,8	4,6	9,9
Total	100,0	100,0	100,0	-	-	-
Effectif des femmes	696	1 023	5 734	696	1 023	5 734

Quel que soit le milieu de résidence, le paludisme, la diarrhée et la rougeole sont les trois maladies des jeunes enfants qui ont été citées le plus souvent, au moins une fois. En plus de ces trois maladies, la toux (12 %) et les maladies des yeux (8 %) ont été mentionnées assez fréquemment à N'Djaména, la coqueluche (10 %) et les maladies respiratoires (12 %) l'ont été dans les Autres Villes et, en milieu rural, ce sont la coqueluche (14 %), la varicelle (10 %) et la toux (9 %) qui ont été citées le plus souvent.

13.5.2 Principaux problèmes pour se soigner

Le tableau 13.13 fournit la répartition des femmes par principaux problèmes spécifiques pour se soigner cités en première ou deuxième position ainsi que la fréquence selon laquelle chacun de ces problèmes spécifiques a été cité au moins une fois. Au niveau national, on constate que la disponibilité des services de santé constitue le problème majeur, cité en premier lieu dans 72 % des cas : il s'agit plus précisément du manque d'établissement sanitaire (50 %), de leur éloignement (8 %), de leur accessibilité (4 %), des problèmes de transport (3 %), du manque de personnel de santé (2 %) et du manque de médicament (5 %). Par ailleurs, dans un cas sur cinq (21 %), le manque d'eau a été cité, en première position, comme le principal problème. Globalement, les deux principaux problèmes de santé mentionnés par la population sont le manque d'établissement sanitaire (cité dans 63 % des cas), suivi par le manque d'eau (58 %).

Tableau 13.13 Principaux problèmes pour se soigner

Répartition (en %) des femmes par problèmes spécifiques pour se soigner, cités en première et deuxième position et proportion de problèmes spécifiques cités au moins une fois, EDS Tchad 1996-97

Problèmes pour se soigner	Pourcentage cité en :		Pourcentage cité au moins une fois
	1 ^{er}	2 ^{ème}	
Manque d'établissement sanitaire	50,0	12,9	62,9
Établissement sanitaire trop loin	7,6	2,6	10,2
Accessibilité	4,0	4,1	8,1
Problème de transport	3,1	8,2	11,3
Manque de personnel de santé	2,1	2,3	4,4
Manque de médicament	4,5	3,0	7,5
Coût des soins/médicaments	1,6	2,8	4,4
Manque d'argent	1,0	3,7	4,7
Incompétence du personnel	0,0	0,6	0,6
Mauvais accueil de l'établissement sanitaire	1,1	1,4	2,6
Manque d'eau	20,6	37,4	58,0
Salubrité/Assainissement	0,2	1,8	2,0
Manque de nourriture	2,8	5,9	8,7
Manque d'éducation	0,5	8,4	8,9
Autre	0,5	4,3	4,8
NSP/ND	0,3	0,6	0,9
Total	100,0	100,0	-
Effectif des femmes	7 454	7 454	7 454

Le tableau 13.14 présente le même type de données que le tableau précédent par milieu de résidence. Quel que soit le milieu de résidence, le manque d'établissement sanitaire constitue le problème cité le plus fréquemment en première position (graphique 13.1). À N'Djaména, ce problème a été cité, en première position, dans 39 % des cas, suivi par les problèmes d'éloignement/accessibilité/transport (23 %), le manque de médicaments (13 %) et le manque d'eau (13 %). Dans les Autres Villes, le manque d'établissement sanitaire a été cité, en premier, dans 29 % des cas, suivi par le manque d'eau (24 %), le manque de médicament (13 %), le manque de personnel de santé (8 %) et les coûts des soins et des médicaments (7 %). En milieu rural, dans 55 % des cas, le manque d'établissement sanitaire a été cité comme premier problème, suivi par le manque d'eau (21 %) et les problèmes d'éloignement/accessibilité/transport (15 %).

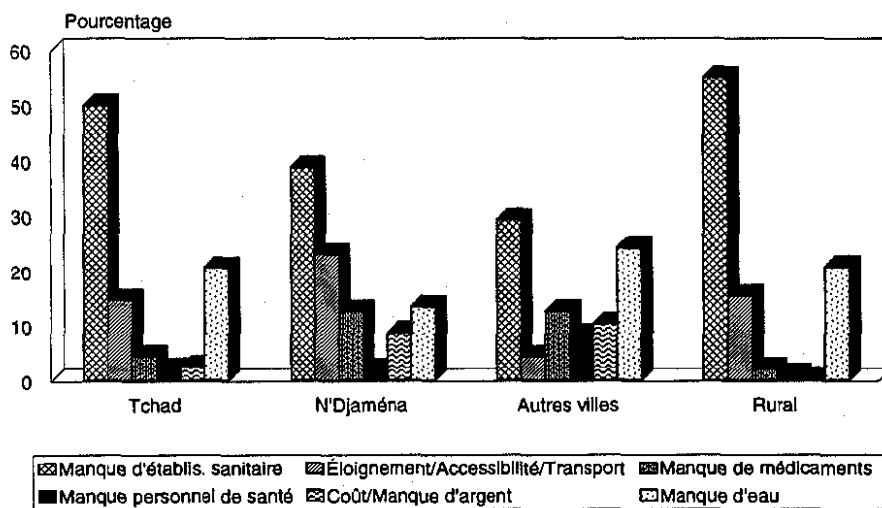
Quel que soit le milieu de résidence, le manque d'établissement sanitaire et le manque d'eau sont les deux problèmes qui ont été cités le plus souvent, au moins une fois. En plus de ces deux problèmes, le manque de médicament (21 %), le manque d'argent (17 %) et le coût des soins (13 %), l'accessibilité des établissements de soins (15 %), mais aussi les problèmes de salubrité et d'assainissement (17 %) sont des préoccupations fréquentes à N'Djaména. Dans les Autres Villes, le manque de médicament (19 %), le manque de personnel de santé (13 %) et le mauvais accueil dans les établissements sanitaires (12 %) sont des problèmes cités fréquemment. Enfin, en milieu rural, se posent les problèmes de transport (13 %) et d'éloignement (11 %), mais aussi le manque d'éducation (11 %) qui a souvent été mentionné comme un problème pour se soigner.

Tableau 13.14 Principaux problèmes pour se soigner par milieu de résidence

Répartition (en %) des femmes par problèmes spécifiques pour se soigner cités en première position, et proportion de problèmes spécifiques cités au moins une fois, selon le milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Problèmes pour se soigner	Pourcentage cité en première position			Pourcentage cité au moins une fois		
	N'Djaména	Autres villes	Rural	N'Djaména	Autres villes	Rural
Manque d'établissement sanitaire	38,8	29,2	55,1	41,8	41,3	69,3
Établissement sanitaire trop loin	9,7	0,0	8,6	11,1	2,7	11,4
Accessibilité	8,7	1,4	3,9	14,8	4,2	8,0
Problème de transport	4,7	3,0	2,9	6,3	4,1	13,2
Manque de personnel de santé	2,0	8,2	1,0	2,9	13,1	3,0
Manque de médicament	12,6	12,6	2,1	20,9	19,2	3,8
Coût des soins/médicaments	2,6	7,4	0,4	12,5	8,9	2,6
Manque d'argent	6,1	2,9	0,0	17,1	7,6	2,7
Incompétence du personnel	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,5
Mauvais accueil de l'établissement sanitaire	0,0	3,7	0,8	0,0	11,6	1,2
Manque d'eau	13,4	24,2	20,8	37,3	59,1	60,3
Salubrité/Assainissement	0,0	1,3	0,0	16,7	3,5	0,0
Manque de nourriture	1,3	3,8	2,9	10,3	9,0	8,5
Manque d'éducation	0,0	0,0	0,7	0,0	1,9	11,2
Autre	0,0	0,0	0,7	8,5	6,3	4,1
NSP/ND	0,0	2,1	0,0	0,0	6,2	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	-	-	-
Effectif des femmes	696	1 023	5 734	696	1 023	5 734

Graphique 13.1 Principaux problèmes pour se soigner



Note : Selon le 1er problème cité

EDST 1996-97

RÉFÉRENCES

Boerma, Ties J., Elisabeth A. Sommerfelt et Jeroen K. Van Ginneken. 1994. Causes of death in childhood : An evaluation of the results of verbal autopsy questions used in seven DHS surveys. In *An assessment of DHS-I data quality*, 143-157. DHS Methodological Reports No. 2. Calverton, Maryland : Macro International Inc.

Bureau Central du Recensement (BCR). 1995a. *Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1993*. Volume III : Analyse. Tome 2 : État de la population. N'Djaména, République du Tchad : Ministère du Plan et de la Coopération.

Bureau Central du Recensement (BCR). 1995b. *Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1993*. Volume III : Analyse. Tome 3a : Fécondité. N'Djaména, République du Tchad : Ministère du Plan et de la Coopération.

CERPOD. 1995. *Les indicateurs démographiques et socio-économiques des pays membres du CILSS*. Bamako : CERPOD.

CERPOD. 1989. *Programme d'Action de N'Djaména concernant la Population et le Développement au Sahel*. Bamako : CERPOD.

Coale, A. J. et P. Demeny, 1966. *Regional model life tables and stable populations*. Princeton : Princeton University Press.

Coulibaly, Salif, Fatoumata Dicko, Seydou Moussa Traoré, Ousmane Sidibé, Michka Seroussi et Bernard Barrère. 1996. *Enquête Démographique et de Santé, Mali 1995-1996*. Calverton, Maryland, USA : Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique [Mali] et Macro International Inc.

Division de la Population. 1994a. *Population et développement au Tchad*. N'Djaména, République du Tchad : Ministère du Plan et de la Coopération.

Division de la Population. 1994b. *Déclaration de la politique de population*. N'Djaména, République du Tchad : Ministère du Plan et de la Coopération.

Garenne, Michel et Olivier Fontaine. 1990. Assessing probable causes of death using a standardized questionnaire : A study in rural Senegal. In *Measurement and analysis of mortality : New approaches*. Édité par Jacques Vallin, Stan De Souza et Alberto Palloni, 123-142. New York : Oxford University Press.

Graham, Wendy, William Brass et Robert W. Snow. 1989. Estimating maternal mortality : The Sisterhood Method. *Studies in Family Planning* 20(3) : 125-135.

Gray, Ronald H. 1991. Interview-based diagnosis of morbidity and causes of death. Communication présentée au séminaire de l'UIESP, Measurement of Maternal and Child Mortality, Morbidity and Health Care : Interdisciplinary Approaches, Cairo, Egypt, November 4-7, 1991.

Ignégongba, Keumaye. 1991. La fécondité en Mauritanie. Les dossiers du CEPED, No 17, Paris 1991. 39 p.

Kalter, Henry D., Ronald H. Gray, Robert E. Black, et Socorro A. Gultiano. 1990. Validation of postmortem interviews to ascertain selected causes of death in children. *International Journal of Epidemiology* 19(2): 380-386.

Konaté, Désiré Lohé, Tinga Sinaré et Michka Seroussi. 1994. *Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso 1993*. Calverton, Maryland : Institut National de la Statistique et de la Démographie [Burkina Faso] et Macro International Inc.

Kourguéni, Idrissa Alichina, Bassirou Garba et Bernard Barrère. 1993. *Enquête Démographique et de Santé au Niger 1992*. Columbia, Maryland : Direction de la Statistique et des Compte Nationaux [Niger] et Macro International Inc.

Locoh, Thérèse. 1984. Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest : le Togo méridional contemporain. INED, Travaux et documents, Cahier No 107. Paris. PUF.

Ministère de la Santé Publique. 1988. *Actes de la Conférence Internationale sur le Bien-être Familial au Tchad du 16 au 21 octobre 1988*. N'Djaména.

Ministère des Finances, de l'Économie, du Plan et de l'Aménagement du Territoire. 1997. *Plan d'orientation révisé : Préparer le Tchad aux défis du XXIème Siècle*. N'Djaména, République du Tchad : Ministère des Finances, de l'Économie, du Plan et de l'Aménagement du territoire.

Ministère du Plan et de la Coopération. 1993. *Réunion de suivi de la table ronde de Genève III; sous-secteur santé/affaires sociales; diagnostic et stratégie*. N'Djaména, République du Tchad : Ministère du Plan et de la Coopération.

Nations Unies. 1984. *Manuel X - Techniques indirectes d'estimation démographique*. Études démographiques No. 81. New York : Nations Unies, Département des Affaires Économiques et Sociales Internationales.

Ndiaye, Salif, Mohamed Ayad et Aliou Gaye. 1997. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1997*. Calverton, Maryland : Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan [Sénégal] et Macro International Inc.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1986. *Maternal mortality rates : A tabulation of available information*, Deuxième édition, Genève : Organisation Mondiale de la Santé, Division de Santé Familiale.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Expanded Programme on Immunization, Training for Mid Level Managers. 1991. *The EPI Coverage Survey*. Genève : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 1994. Nutrition des jeunes enfants. Résolution 47.5 de la 47^e Assemblée Mondiale pour la Santé, Genève, 9 mai 1994. Genève : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et Unicef. 1990. *L'allaitement dans les années 1990 : une initiative globale*, in Innocenti, Florence, août 1990.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et Unicef. 1996. *Revised 1990 estimates of maternal mortality. A new approach by WHO and UNICEF*. Genève : OMS.

PNUD. 1994. *Rapport sur le développement humain*. New York : Oxford University Press.

PNUD/République du Tchad. 1997. *Table ronde Genève IV : Renforcement des capacités de gestion et gouvernance. Propositions pour la mise en oeuvre d'un Programme d'Appui au Renforcement des Capacités de gestion (Programme "Parc")*. Rapport de Mission. Volume I. Christian Bonifas. Juillet 1997.

Rutenberg, Naomi, Ties Boerma, Jeremiah Sullivan et Trevor Croft. 1990. Direct and indirect estimates of maternal mortality with data on survivorship of sisters : Results from the Bolivia DHS. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Toronto, Ontario, 3- mai, 1990.

Service de Statistique. 1966. *Enquête Démographique au Tchad, 1964. Résultats définitifs*. 2 Tomes. Paris : SEDES, INSEE et Secrétariat d'État aux Affaires Étrangères Chargé de la Coopération.

Sullivan, Jeremiah M., George T. Bicego et Shea Oscar Rutstein. 1990. Assessment of the quality of data used for the direct estimation of infant and child mortality in the demographic and health surveys. In *An assessment of DHS-I data quality*, 113-137. DHS Methodological Reports No. 1. Columbia, Maryland : Institute for Resource Development/Macro Systems Inc.

Trussell, James et German Rodriguez, 1990. A note on the sisterhood estimate of maternal mortality. *Studies in Family Planning* 21(6) : 344-346.

UNICEF, 1996. *Le progrès des nations 1996*. New York : UNICEF.



ANNEXE A

PLAN DE SONDAGE



ANNEXE A

PLAN DE SONDAGE

A.1 Introduction

L'Enquête Démographique et de Santé au Tchad (EDST) a prévu un échantillon de 7 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Elle couvre seulement la population sédentaire et n'inclue pas les zones non-recensées de la préfecture du Ouaddaï¹. La population non-recensée de cette préfecture a été estimée à 2 035, donc 0,03 % de la population sédentaire, proportion très négligeable. Cependant, les zones non-recensées dans les six cantons du Logone Oriental ont été couvertes par l'EDST.

Trois principaux domaines d'étude ont été identifiés pour l'EDST. Ils correspondent à la capitale N'Djaména, l'ensemble des autres centres urbains et l'ensemble des milieux ruraux. Une première allocation proportionnelle de l'échantillon des 7 000 femmes aux trois domaines d'étude a montré qu'un échantillon assez faible (moins de 1 000 femmes) a été accordé aux deux domaines urbains, N'Djaména et les autres villes. Effectivement, ces deux domaines ne représentent respectivement qu'environ 9,7 et 13,3 % de la population sédentaire. Ces sous-échantillons relativement faibles ne permettaient pas les analyses approfondies que l'on désirait effectuer au niveau de ces deux domaines. L'analyse des autres enquêtes du projet Enquête Démographique et de Santé a montré que, pour obtenir des résultats sur la fécondité et la mortalité avec des marges d'erreur acceptables, il devait y avoir un minimum de 1 000 femmes dans chaque domaine d'étude. On a proposé alors d'affecter un taux de sondage plus élevé à ces deux domaines par rapport au domaine rural. Cependant, un taux de sondage homogène a été appliqué à l'intérieur de chaque domaine afin que l'échantillon de chaque domaine soit auto-pondéré.

Pour pouvoir étudier également l'attitude des hommes envers la planification familiale ainsi que leurs pratiques contraceptives et leur connaissance sur le SIDA, l'EDST a aussi interrogé un échantillon d'hommes de 15 à 59 ans dans un sous-échantillon des ménages tirés pour l'enquête des femmes.

A.2 Base de sondage

Administrativement, le Tchad est divisé en 14 préfectures et la capitale N'Djaména qui, elle aussi, a un statut préfectoral. Le pays comptait 6 279 931 habitants d'après le Premier Recensement Général de la Population et de l'Habitation d'Avril 1993 (RGPH), dont 5,6 % étaient des nomades. À l'intérieur de chaque préfecture, on trouve des sous-préfectures qui se composent de cantons.

Le Bureau Central de Recensement (BCR) de la Direction de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques dispose d'un fichier informatique de plus de 6 732 zones de dénombrement (ZD) qui ont été créés pour les besoins du RGPH. Une évaluation de ce fichier montre que les unités administratives sont classées par ordre alphabétique et que les ZD possèdent les caractéristiques suivantes, en terme de ménages ordinaires :

¹Pour des raisons d'insécurité, cinq villages du canton Signar, dans la sous-préfecture Goz-Béïda, n'ont pas été recensés.

Tableau A.1 Caractéristiques de la base de sondage en terme de ménages ordinaires

Préfecture	Nombre de ZD	Taille moyenne	Écart-type	Coefficient de variation	Taille minimale	Taille maximale
Batha	370	145	74	51 %	9	812
B.E.T	118	109	64	59 %	3	308
Biltine	216	171	73	43 %	5	406
Chari-Baguirmi	737	185	63	34 %	1	481
Guéra	300	187	67	36 %	1	499
Kanem	400	154	59	38 %	21	539
Lac	298	189	75	40 %	71	575
Logone Occidental	463	172	51	30 %	43	548
Logone Oriental	461	171	41	24 %	52	313
Mayo-Kebbi	829	171	55	32 %	20	524
Moyen Chari	771	168	50	30 %	43	498
Ouaddaï	601	197	77	39 %	24	556
Salamat	162	193	73	38 %	25	612
Tandjilé	475	168	50	39 %	21	383
N'Djaména	533	197	64	32 %	41	442
Autres villes	775	199	63	32 %	1	612
Rural	5 424	169	62	37 %	1	812

Note : Le coefficient de variation (C.V.) mesure l'écart-type en tant que proportion de la taille moyenne :
 C.V. = Ecart-type/Taille moyenne

Pour que ce fichier de ZD puisse servir de base de sondage pour l'EDST, on l'a apuré de telle sorte qu'il réponde aux conditions suivantes :

1. Le fichier ne devait pas inclure les ZD qui ne comptent pas de ménages ordinaires (cas de 12 ZD).
2. Le fichier ne devait pas inclure les ZD qui comptent moins de 10 ménages ordinaires (cas de 9 ZD avec une population totale de 194), ceci pour des raisons pratiques de terrain².
3. Pour chaque ZD, le fichier devait inclure le code d'identification du canton qui lui est attaché selon le Manuel de Codification du RGPH. Comme les ZD ont été numérotées de façon séquentielle à l'intérieur de chaque canton, le code d'identification du canton était nécessaire pour retrouver la ZD dans les documents cartographiques du RGPH. Dans quelques cas particuliers, les ZD ont été numérotées à l'intérieur de la sous-préfecture; le code de canton ne s'appliquait donc pas. On s'est aussi trouvé en présence de cas où une seule ZD était attachée à plusieurs cantons administratifs (et apparaissait donc plusieurs fois dans le fichier) alors que physiquement elle était une seule ZD géographique; on a cherché à grouper ces sous-ZD administratives pour qu'elles apparaissent ensemble dans une seule ZD géographique.

²On n'a pas pu trouver les raisons pour lesquelles certaines ZD ont un seul ménage ordinaire, ce qui ne devrait pas être permis dans les travaux de recensement.

4. Le fichier devait être reclassé par ordre géographique : préfectures et sous-préfectures au sein de chaque préfecture; arrondissements au sein de N'Djaména.

Le fichier apuré devait donc fournir une bonne base de sondage pour l'EDST si on adoptait les règles de sondage suivantes :

1. Au premier degré de sondage, on tirait un certain nombre de ZD avec des probabilités proportionnelles à la taille des ZD, étant donné que les coefficients de variation sont assez élevés.
2. Avant le tirage des ZD, on regroupait les ZD de petite taille avec les ZD voisines sur le terrain.
3. Après le tirage, on scindait les grandes ZD tirées en segments et un seul segment était retenu pour l'EDST. Dans la pratique, le regroupement des ZD pouvait aussi se faire après le tirage : chaque ZD tirée, ayant moins de 40 ménages, serait groupée avec la ZD suivante dans la liste sauf si la ZD tirée était la dernière dans la liste; dans ce dernier cas, on la regrouperait avec celle qui la précède dans la liste. Après avoir reclassé la base par ordre géographique, on pouvait être sûr que les ZD avoisinantes sur la liste étaient aussi avoisinantes sur le terrain.

A.3 Caractéristiques générales de l'échantillon

L'échantillon de l'EDST est basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. Le tirage a été fait indépendamment à l'intérieur de chaque domaine. Dans chaque domaine, on a tiré au premier degré un certain nombre de ZD à partir de l'ensemble des ZD dans le fichier apuré. On a examiné ensuite les ZD tirées pour voir si un regroupement (de ZD de petite taille) ou une segmentation (d'une ZD de grande taille) était nécessaire. On a trouvé que dans l'ensemble des ZD tirées, il n'existe pas de ZD ayant moins de 40 ménages et il existe une seule ZD qui comptait 407 ménages en 1993. On a décidé de ne pas segmenter cette ZD étant donné que c'est une ZD urbaine qui n'est pas excessivement grande.

Un dénombrement des ménages dans chacune des ZD tirées a fourni une liste de ménages à partir de laquelle on a tiré, au deuxième degré, un échantillon de ménages. Tous les membres de ces ménages ont été dénombrés à l'aide d'un questionnaire ménage et chaque femme âgée de 15 à 49 ans identifiée a été enquêtée avec un questionnaire femme plus détaillé. Dans un sous-échantillon des ménages tirés pour l'enquête principale, des hommes de 15 à 59 ans ont été identifiés et enquêtés avec un questionnaire homme.

A.4 Répartition de l'échantillon

Le tableau A.2 donne la répartition de la population sédentaire estimée en 1996 selon les trois domaines :

Tableau A.2 Population sédentaire du Tchad estimée en 1996

Domaine	Population 1993 ¹	Population 1996 ²	Répartition 1996
N'Djaména	530 965	626 500	9,7 %
Autres villes	797 667	857 744	13,3 %
Rural	4 595 775	4 944 803	76,9 %
Tchad	5 924 407	6 429 047	100 %

¹ Y compris les zones non-recensées du Logone Oriental mais non compris les zones non-recensées de l'Ouaddai.

² En utilisant les taux de croissance naturelle suivants : 5,67 % pour N'Djaména, 2,45 % pour les autres centres urbains et 2,47 % pour les milieux ruraux, selon le RGPH.

Une allocation proportionnelle de l'échantillon-cible de 7 000 femmes aux trois domaines a donné seulement 682 femmes à N'Djaména et 934 femmes aux autres centres urbains, ce qui n'était pas suffisant pour permettre des estimations fiables dans ces deux domaines. On a donc sur-échantillonné N'Djaména et les autres centres urbains par rapport aux milieux ruraux. Le tableau A.3 donne la répartition de l'échantillon final ainsi que le nombre de ZD, aussi appelées grappes, et le nombre de ménages qu'il fallait tirer :

Domaine	Nombre de femmes (cible)	Nombre grappes à tirer	Nombre de grappes tirées	Nombre de ménages à tirer
N'Djaména	1 500	60	60	1 529
Autres villes	1 500	60	60	1 462
Rural	4 000	133	130	3 899
Tchad	7 000	253	250	6 890

Le nombre de grappes à tirer dépend du nombre de femmes à enquêter dans chaque grappe. On entend par grappe l'unité de sondage aréolaire finale retenue pour l'enquête. Ainsi, dans le cadre de l'EDST, la grappe correspond à la ZD. Les analyses menées après d'autres enquêtes analogues indiquent que le nombre optimal de femmes à enquêter par grappe est de l'ordre de 30-35 femmes dans le milieu rural et de 20-25 femmes dans le milieu urbain. Si l'on décide d'enquêter 30 femmes, en moyenne, dans chaque grappe rurale et de 25 femmes, en moyenne, dans chaque grappe urbaine, on aboutirait à un nombre total de 253 grappes. On a proposé d'arrondir le nombre de grappes rurales à 130 pour des raisons budgétaires et logistiques de terrain. Ce qui revenait à enquêter en moyenne environ 31 femmes rurales par grappe au lieu de 30 femmes. Le nombre total de grappes tirées a donc été de 250.

Le nombre de ménages à tirer pour parvenir à l'échantillon cible de femmes a été calculé de la manière suivante:

$$\text{Nombre de ménages} = \frac{\text{Nombre de femmes 15-49}}{\text{Nombre de femmes 15-49 par ménage} \times \text{Taux de réponse}}$$

D'après le RGPH, le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans par ménage est de 1,09 à N'Djaména et 1,14 dans les autres centres urbains et dans les milieux ruraux. Comme taux de réponse, on a utilisé un taux global de 90 %; ceci en supposant que, parmi l'ensemble des ménages tirés pour l'enquête, l'on en trouverait seulement 95 % sur le terrain pour des raisons diverses (logement non trouvé, refus de répondre, ménage absent, etc...). On a supposé également un taux de réponse de 95 % pour les femmes. Ce qui revenait à tirer en moyenne environ 25 ménages dans chaque grappe de N'Djaména, environ 24 ménages dans chaque grappe des autres centres urbains et environ 29 ménages dans chaque grappe rurale.

À cause de la répartition non-proportionnelle de l'échantillon parmi les domaines, des taux de pondération au niveau des domaines ont été nécessaires pour assurer la représentativité actuelle de l'échantillon au niveau national.

A.5 Stratification et tirage d'unités aréolaires

L'unité primaire de sondage est la ZD telle qu'elle était définie dans le fichier des ZD du BCR. On a effectué un tirage systématique des ZD à l'intérieur de chaque domaine avec une probabilité proportionnelle à la taille de la ZD, la taille étant l'effectif de ménages ordinaires recensés d'après la base de sondage. Cette méthode de tirage réduira l'erreur d'échantillonnage de l'enquête, étant donné que les tailles des ZD sont très variables.

Le tirage systématique des ZD a été fait indépendamment dans chaque domaine, à partir du fichier apuré des ZD et suite à une stratification géographique implicite: avant le tirage, le fichier de ZD a été reclassé par ordre géographique: préfectures et sous-préfectures au sein de la préfecture.

Les procédures de tirage sont les suivantes : on a calculé d'abord l'effectif (de ménages ordinaires) cumulé de chaque ZD dans la base de sondage. Ensuite le pas de sondage a été calculé de la manière suivante:

$$I = \frac{M}{a}, \text{ arrondi à l'entier près}$$

où M est le nombre de ménages ordinaires du domaine d'après la base de sondage et a le nombre de ZD à tirer dans le domaine.

On a calculé la série des numéros de sondage $R, R+I, R+2I, \dots, R+(a-1)I$, où R est un nombre aléatoire entre 1 et I . Chaque numéro de sondage a été ensuite rapproché à la colonne des effectifs cumulés; la première ZD tirée était la première ZD sur la liste dont l'effectif cumulé est supérieur ou égal au premier numéro de sondage. La deuxième ZD tirée était la ZD suivante sur la liste (après la première ZD tirée) dont l'effectif cumulé est supérieur ou égal au deuxième numéro de sondage, et ainsi de suite.

A.6 Probabilités de sondage

Les probabilités de sondage ont été calculées séparément pour chaque domaine et pour les deux degrés de sondage. On a utilisé les notations suivantes :

- P_{1hi} : probabilité de sondage au premier degré de la $i^{\text{ème}}$ grappe.
- P_{2hi} : probabilité de sondage au deuxième degré de la $i^{\text{ème}}$ grappe.

L'indice h indique le domaine h .

Soient a_h le nombre de ZD tirées, M_{hi} l'effectif de ménages ordinaires recensés de la $i^{\text{ème}}$ ZD et $\sum M_{hi}$ l'effectif total de ménages ordinaires du domaine h . La probabilité d'inclusion de cette ZD dans l'échantillon a été calculée de la manière suivante :

$$P_{1hi} = \frac{a_h M_{hi}}{\sum_i M_{hi}}$$

Au deuxième degré, on a tiré un nombre b_{hi} de ménages à partir des M_{hi} ménages nouvellement dénombrés par l'équipe EDS dans la ZD. On avait donc :

$$P_{2hi} = \frac{b_{hi}}{M_{hi}}$$

Afin que l'échantillon soit auto-pondéré à l'intérieur du domaine, le taux de sondage $f_h = P_{1hi} \cdot P_{2hi}$ doit être le même pour chaque ménage à l'intérieur du domaine. Cela implique que :

$$P_{1hi} \cdot P_{2hi} = \frac{a_h M_{hi}}{\sum_i M_{hi}} \cdot \frac{b_{hi}}{M_{hi}} = f_h$$

où f_h est le taux de sondage calculé séparément pour chaque domaine :

$$f_h = \frac{n_h}{N_h}$$

où n_h est le nombre actuel de ménages tirés dans le domaine h et N_h est le nombre estimé de ménages dans le domaine en 1996.

Le tirage des ménages a été fait avec probabilité égale et le pas de tirage a été calculé de la manière suivante :

$$I_{hi} = \frac{1}{P_{2hi}} = \frac{P_{1hi}}{f_h}$$

A cause de la répartition non proportionnelle de l'échantillon parmi les domaines, des taux de pondération ont été nécessaires pour assurer la représentativité actuelle de l'échantillon au niveau national. Pour chaque domaine h , le taux de pondération selon le plan de sondage a été calculé de la manière suivante :

$$w_h = \frac{r}{f_h}$$

où F est le taux global de sondage de l'échantillon et f_h est le taux de sondage du domaine h .

A.7 Échantillon homme

L'enquête homme a porté sur un tiers des ménages sélectionnés pour l'enquête principale des femmes. Selon les calculs suivants, basés sur les résultats du RGPH, on devrait enquêter environ 2 000 hommes :

Nombre estimé de ménages tirés pour l'enquête principale :	6 890
Nombre de ménages tirés pour l'enquête-homme (1/3) :	2 297
Nombre de ménages trouvés (95 %) :	2 182
Nombre d'hommes trouvés (1,07 hommes/ménages) :	2 335
Nombre total d'hommes enquêtés (85 %) :	1 984

Le tirage des ménages pour l'enquête homme a été effectué au même moment que le tirage des ménages pour l'enquête femme, de façon systématique et avec une probabilité égale à un sur trois.

A.8 Résultats des enquêtes

Les tableaux A.4.1 et A.4.2 donnent les résultats détaillés des enquêtes ménage, femme et homme selon le milieu de résidence. À la suite du classement des ménages selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête ménage est calculé de la façon suivante:

$$\frac{(1)}{(1)+(2)+(4)+(7)}$$

De la même manière, le taux de réponse des femmes et celui des hommes sont calculés de la manière suivante:

$$\frac{(a)}{(a)+(b)+(c)+(d)+(e)+(f)+(g)}$$

Tableau A.4.1 Résultats des enquêtes auprès des ménages et des femmes par milieu de résidence					
Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles dans l'échantillon de l'EDST par résultat de l'enquête, taux de réponse des ménages et des femmes, et taux de réponse global selon le milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97					
Résultat des interviews	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Total
Ménages sélectionnés					
Rempli (1)	92,0	94,9	93,5	92,9	93,1
Ménage présent mais pas d'enquête disponible (2)	2,1	0,1	1,1	0,3	0,7
Ménage absent (3)	2,2	1,6	1,9	4,7	3,5
Refus de répondre (4)	1,4	0,1	0,8	0,0	0,4
Logement vide/Pas de logement (5)	1,8	1,9	1,8	1,3	1,5
Logement détruit (6)	0,2	1,1	0,7	0,5	0,6
Logement non trouvé (7)	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
Autre (8)	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	1 522	1 534	3 056	4 289	7 345
Taux de réponse	96,0	99,5	97,8	99,4	98,7
Femmes éligibles					
Entièrement rempli (a)	91,4	97,6	94,7	98,2	96,7
Pas à la maison (b)	2,4	0,6	1,4	0,8	1,1
Différé (c)	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Refus de répondre (d)	3,7	0,6	2,0	0,3	1,0
Partiellement rempli (e)	1,2	0,3	0,7	0,1	0,3
Incapacité (f)	1,1	0,8	0,9	0,6	0,8
Autre (g)	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1 483	1 699	3 182	4 523	7 705
Taux de réponse des femmes	91,4	97,6	94,7	98,2	96,7
Taux de réponse global des femmes	87,7	97,1	92,6	97,6	95,5

Le taux de réponse global des femmes est le produit du taux de réponse des enquêtes ménage et du taux de réponse des femmes. Le taux de réponse global des hommes est le produit du taux de réponse des ménages sélectionnés pour l'enquête homme et du taux de réponse des hommes.

Tableau A.4.2. Résultats des enquêtes auprès des ménages et des hommes par milieu de résidence

Répartition (en %) des ménages sélectionnés pour l'enquête homme et des hommes éligibles dans l'échantillon de l'EDST par résultat de l'enquête, taux de réponse des ménages et des hommes, et taux de réponse global selon le milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Résultat des interviews	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Total
Ménages sélectionnés					
Rempli (1)	92,1	94,5	93,3	93,6	93,5
Ménage présent mais pas d'enquête disponible (2)	2,8	0,0	1,4	0,3	0,8
Ménage absent (3)	1,6	0,8	1,2	4,0	2,9
Refus de répondre (4)	1,4	0,0	0,7	0,0	0,3
Logement vide/Pas de logement (5)	2,0	2,5	2,3	1,2	1,6
Logement détruit (6)	0,0	1,8	0,9	0,6	0,7
Logement non trouvé (7)	0,0	0,4	0,2	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	495	510	1 005	1 433	2 438
Taux de réponse	95,6	99,6	97,6	99,4	98,7
Hommes éligibles					
Entièrement rempli (a)	82,9	97,6	90,4	97,8	94,0
Pas à la maison (b)	12,0	1,4	6,7	1,9	4,3
Refus de répondre (c)	3,7	0,3	2,0	0,0	1,0
Partiellement rempli (d)	0,3	0,0	0,2	0,0	0,1
Incapacité (e)	1,0	0,5	0,7	0,3	0,5
Autre (f)	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des hommes	615	629	1 244	1 223	2 467
Taux de réponse des hommes	82,9	97,6	90,4	97,8	94,0
Taux de réponse global des hommes	79,3	97,2	88,2	97,2	92,8

ANNEXE B

ERREURS DE SONDAGE



ANNEXE B

ERREURS DE SONDAGE

Les estimations obtenues à partir d'une enquête par sondage sont sujettes à deux types d'erreurs, les erreurs de mesure et les erreurs de sondage. Les erreurs de mesure sont les biais imputables à la mise en oeuvre de la collecte et de l'exploitation des données telles que l'omission de ménages sélectionnés, la mauvaise interprétation des questions de la part de l'enquêtrice ou de l'enquêtée, ou les erreurs de saisie des données. Bien que tout le possible ait été fait pour minimiser ce type d'erreur pendant la mise en oeuvre de l'EDST, il est difficile d'éviter et d'évaluer toutes les erreurs de mesure.

Par contre, les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement. Les estimations qui figurent dans ce rapport ont été obtenues à partir d'un échantillon de 7 454 femmes âgées de 15 à 49 ans et de 2 320 hommes âgés de 15 à 59 ans. Si l'enquête avait été effectuée auprès d'autres enquêtés, il y a tout lieu de penser que les fréquences des réponses auraient été très peu différentes de celles que l'on a présentées. C'est l'incertitude de cette assumption que reflète l'erreur de sondage; celle-ci permet donc de mesurer le degré de variation des réponses suivant l'échantillon.

L'*erreur-type (ET)* est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne ou proportion). Elle est estimée à partir de la variance des réponses dans l'échantillon même : l'erreur-type est la racine carrée de la variance. Cet indice a pour propriété que dans 95 % des échantillons de taille et de caractéristique identiques, la valeur réelle d'un paramètre pour l'ensemble d'une population se trouve à l'intérieur de l'intervalle de ± 2 ET.

Si l'échantillon des femmes ou des hommes avait été tiré d'après un plan de sondage aléatoire simple, il aurait été possible d'utiliser des formules simples pour calculer les erreurs de sondage. Cependant, l'échantillon de l'EDST étant un échantillon stratifié à deux degrés, des formules plus complexes ont été utilisées. Le module « erreurs de sondage » du logiciel ISSA a été utilisé pour calculer les erreurs de sondage suivant la méthodologie statistique appropriée. Ce module utilise la méthode de linéarisation (Taylor) pour des estimations telles que les moyennes ou proportions, et la méthode de Jackknife pour des estimations plus complexes telles que l'indice synthétique de fécondité et les quotients de mortalité.

La méthode de linéarisation traite chaque proportion ou moyenne comme étant une estimation de ratio, $r=y/x$, dans lequel y représente la valeur du paramètre y pour l'échantillon total, et x représente le nombre total de cas dans l'ensemble (ou sous-ensemble) de l'échantillon. La variance de r est estimée par:

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^H \left[\frac{m_h}{m_h-1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

dans laquelle

$$z_{hi} = y_{hi} - r \cdot x_{hi} \quad \text{et} \quad z_h = y_h - r \cdot x_h$$

où h représente la strate qui va de 1 à H ,
 m_h est le nombre total de grappes tirées dans la $h^{\text{ème}}$ strate,
 y_{hi} est la somme des valeurs du paramètre y dans la grappe i dans la $h^{\text{ème}}$ strate,
 x_{hi} est la somme des nombres de cas dans la grappe i dans la $h^{\text{ème}}$ strate, et
 f est le taux global de sondage qui est tellement faible que l'on n'en a pas tenu compte.

La méthode de Jackknife dérive les estimations des taux complexes à partir de chacun des sous-échantillons de l'échantillon principal, et calcule les variances de ces estimations avec des formules simples. Chaque sous-échantillon exclut *une* grappe dans les calculs des estimations. Ainsi, des sous-échantillons pseudo-indépendants ont été créés. Dans l'EDST, il y a 247 grappes non-vides. Par conséquent, 247 sous-échantillons ont été créés. La variance d'un taux r est calculé de la façon suivante :

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum_{i=1}^k (r_i - r)^2$$

dans laquelle

$$r_i = kr - (k-1)r_{(i)}$$

où r est l'estimation calculée à partir de l'échantillon principal de 247 grappes,
 $r_{(i)}$ est l'estimation calculée à partir de l'échantillon réduit de 246 grappes ($i^{\text{ème}}$ grappe exclue), et
 k est le nombre total de grappes.

Il existe un deuxième indice très utile qui est la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) ou effet de grappe : c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenue si un sondage aléatoire simple avait été utilisé. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de même taille : la valeur 1 de la REPS indique que le plan de sondage est aussi efficace qu'un échantillon aléatoire simple, alors qu'une valeur supérieure à 1 indique un accroissement de l'erreur de sondage dû à un plan de sondage plus complexe et moins efficace au point de vue statistique. Le logiciel calcule aussi l'erreur relative et l'intervalle de confiance pour chaque estimation.

Les erreurs de sondage pour l'EDST ont été calculées pour certaines des variables les plus intéressantes. Les résultats sont présentés dans cette annexe pour l'ensemble du pays, le milieu urbain, le milieu rural, la capitale Ndjaména, et l'ensemble des autres villes. Pour chaque variable, le type de statistique (moyenne ou proportion) et la population de base sont présentés dans le tableau B.1. Les tableaux B.2 à B.6 présentent la valeur de la statistique (M), l'erreur-type (ET), le nombre de cas non-pondérés (N) et pondérés (N'), la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS), l'erreur relative (ET/M), et l'intervalle de confiance à 95 % ($M \pm 2ET$) pour chaque variable. L'effet du plan de sondage (REPS) est non-défini quand l'écart-type sous l'échantillon aléatoire simple est zéro (quand l'estimation est proche de 0 ou 1). Dans le cas de l'indice synthétique de fécondité, le nombre de cas non-pondérés n'est pas pertinent, car la valeur non-pondérée de femmes-années d'exposition au risque de grossesse n'est pas connue.

L'intervalle de confiance est interprétée de la manière suivante : pour la variable *Enfants nés vivants des femmes 15-49 ans*, l'EDST a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 3,505 pour l'ensemble des femmes, auquel correspond une erreur-type de 0,038 enfant. La fourchette dans laquelle se place la moyenne $\pm 2 ET$ est donc 3,430 et 3,580. La probabilité que la valeur réelle du nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans appartienne à cet intervalle est de 95 %.

Les erreurs de sondage ont été produites pour l'échantillon national de femmes et pour deux groupes d'estimations : (1) moyennes et proportions de valeur supérieure ou égale à 1 %, et (2) taux démographiques. Les erreurs relatives (ET/M) des moyennes et proportions se situent entre 0,7 % et 11,9 % avec une moyenne de 5 %. Les erreurs relatives les plus élevées sont généralement celles des très faibles estimations (par exemple, parmi les femmes actuellement en union qui *Utilisent la continence périodique*). Si on enlève les estimations de très faible valeur (moins de 10 %), la moyenne tombe à 4,2 %. Ainsi, en général, les erreurs relatives de la plupart des estimations pour l'ensemble du pays sont faibles, sauf dans le cas de très faibles

proportions. L'erreur relative de l'indice de fécondité est assez faible (1,5 %). Cependant, pour les taux de mortalité, l'erreur relative moyenne est un peu plus élevée (5,2 %).

Il existe des différences entre les erreurs relatives au niveau des sous-échantillons. Par exemple, pour la variable *Enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans*, l'erreur relative pour l'échantillon des femmes est respectivement de 1,1 %, 1,8 % et 3 % pour l'ensemble du pays, l'ensemble du milieu urbain et la capitale Ndjaména.

Pour l'échantillon national de femmes, la moyenne de l'effet du plan de sondage (REPS) calculée pour l'ensemble des estimations est de 1,42 ce qui veut dire que, par rapport à un échantillon aléatoire simple, la variance est multipliée par un facteur de $1,42^2 = 2,01$ parce qu'on utilise un plan de sondage complexe (par grappes et à plusieurs degrés).

Tableau B.1 Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage, EDS Tchad 1996-97

Variable	Estimation	Population de base
FEMMES		
Résidence urbaine	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Sans instruction	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Jamais mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Actuellement mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Mariée (en union) avant 20 ans	Proportion	Femmes 20-49
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	Proportion	Femmes 20-49
Enfants nés vivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Enfants nés vivants des femmes 40-49	Moyenne	Femmes 40-49
Enfants survivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Connait une méthode contraceptive	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Connait une méthode moderne	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
A utilisé une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Utilise actuellement une méthode moderne	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Utilise la continence périodique	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Utilise source publique	Proportion	Utilisatrices de méthodes modernes
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Femmes actuellement en union 15-49
Taille de famille idéale	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	Proportion	Naissances, 5 dernières années
Assistance médicale à l'accouchement	Proportion	Naissances, 5 dernières années
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois
A reçu traitement SRO	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois, avec diarrhée les 2 dernières semaines
A consulté du personnel médical	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois, avec diarrhée les 2 dernières semaines
Ayant une carte de santé	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination BCG	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination DTC (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination polio (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination rougeole	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Vacciné contre toutes les maladies	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois
Indice synthétique de fécondité (5 ans)	Taux	Femmes-années d'exposition au risque de grossesse
Quotient de mortalité néonatale (10 ans) ¹	Taux	Nombre de naissances
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans) ¹	Taux	Nombre de naissances
Quotient de mortalité infantile (10 ans) ¹	Taux	Nombre de naissances
Quotient de mortalité juvénile (10 ans) ¹	Taux	Nombre de naissances
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans) ¹	Taux	Nombre de naissances
HOMMES		
Résidence urbaine	Proportion	Tous les hommes 15-59
Sans instruction	Proportion	Tous les hommes 15-59
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Tous les hommes 15-59
Jamais marié (en union)	Proportion	Tous les hommes 15-59
Actuellement marié (en union)	Proportion	Tous les hommes 15-59
Connait une méthode contraceptive	Proportion	Hommes actuellement en union 15-59
Connait une méthode moderne	Proportion	Hommes actuellement en union 15-59
A utilisé une méthode	Proportion	Hommes actuellement en union 15-59
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Hommes actuellement en union 15-59
Utilise actuellement une méthode moderne	Proportion	Hommes actuellement en union 15-59
Utilise le condom	Proportion	Hommes actuellement en union 15-59
Utilise la continence périodique	Proportion	Hommes actuellement en union 15-59
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Hommes actuellement en union 15-59
Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Hommes actuellement en union 15-59
Taille de famille idéale	Moyenne	Tous les hommes 15-59

¹ Calculé sur 5 ans pour l'ensemble du Tchad

Tableau B.2 Erreurs de sondage - Échantillon national, EDS Tchad 1996-97

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N')			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	0,231	0,006	7454	7454	1,317	0,028	0,218	0,244
Sans instruction	0,770	0,009	7454	7454	1,882	0,012	0,751	0,788
Instruction post-primaire ou plus	0,038	0,003	7454	7454	1,533	0,090	0,031	0,044
Jamais mariée (en union)	0,137	0,006	7454	7454	1,468	0,043	0,125	0,148
Actuellement mariée (en union)	0,782	0,008	7454	7454	1,583	0,010	0,767	0,798
Mariée (en union) avant 20 ans	0,861	0,006	5737	5737	1,368	0,007	0,849	0,874
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,784	0,007	5737	5737	1,381	0,010	0,769	0,799
Enfants nés vivants	3,505	0,038	7454	7454	1,062	0,011	3,430	3,580
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,780	0,098	1138	1169	1,067	0,014	6,584	6,976
Enfants survivants	2,732	0,029	7454	7454	1,032	0,011	2,675	2,790
Connaît une méthode contraceptive	0,457	0,014	5731	5832	2,140	0,031	0,429	0,486
Connaît une méthode moderne	0,428	0,014	5731	5832	2,126	0,032	0,401	0,456
A utilisé une méthode	0,089	0,006	5731	5832	1,510	0,064	0,077	0,100
Utilise actuellement une méthode	0,041	0,003	5731	5832	1,167	0,074	0,035	0,048
Utilise actuellement une méthode moderne	0,012	0,001	5731	5832	0,950	0,116	0,009	0,014
Utilise la continence périodique	0,022	0,003	5731	5832	1,341	0,119	0,016	0,027
Utilise source publique	0,593	0,046	147	92	1,124	0,077	0,502	0,685
Ne veut plus d'enfants	0,098	0,006	5731	5832	1,469	0,059	0,086	0,109
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,390	0,008	5731	5832	1,283	0,021	0,373	0,406
Taille de famille idéale	8,302	0,083	5887	5824	1,833	0,010	8,135	8,468
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,312	0,014	7409	7498	2,019	0,044	0,285	0,340
Assistance médicale à l'accouchement	0,237	0,012	7409	7498	1,941	0,051	0,213	0,261
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,215	0,007	6362	6446	1,302	0,032	0,201	0,228
A reçu traitement SRO	0,234	0,016	1376	1384	1,294	0,067	0,203	0,265
A consulté du personnel médical	0,195	0,015	1376	1384	1,324	0,076	0,165	0,225
Ayant une carte de santé	0,273	0,020	1179	1211	1,506	0,072	0,234	0,313
A reçu vaccination BCG	0,388	0,025	1179	1211	1,741	0,064	0,339	0,437
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,195	0,018	1179	1211	1,586	0,094	0,158	0,232
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,181	0,018	1179	1211	1,597	0,099	0,145	0,217
A reçu vaccination rougeole	0,228	0,017	1179	1211	1,396	0,075	0,194	0,262
Vacciné contre toutes les maladies	0,113	0,013	1179	1211	1,413	0,115	0,087	0,139
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,141	0,005	5517	5665	1,150	0,039	0,130	0,152
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,401	0,008	5517	5665	1,120	0,019	0,386	0,416
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,388	0,009	5517	5665	1,278	0,022	0,370	0,405
Indice synthétique de fécondité	6,624	0,099	NA	32717	1,347	0,015	6,426	6,822
Quotient de mortalité néonatale ¹	43,863	3,156	7589	7683	1,230	0,072	37,550	50,176
Quotient de mortalité post-néonatale	58,737	3,386	7617	7711	1,175	0,058	51,966	65,509
Quotient de mortalité infantile	102,601	4,469	7621	7715	1,159	0,044	93,663	111,538
Quotient de mortalité juvénile	102,231	5,109	7829	7923	1,267	0,050	92,013	112,449
Quotient de mortalité infanto-juvénile	194,343	6,656	7865	7959	1,309	0,034	181,030	207,656
HOMMES								
Résidence urbaine	0,301	0,012	2320	2320	1,266	0,040	0,277	0,325
Sans instruction	0,545	0,018	2320	2320	1,783	0,034	0,508	0,582
Instruction post-primaire ou plus	0,166	0,011	2320	2320	1,471	0,068	0,144	0,189
Jamais marié (en union)	0,335	0,011	2320	2320	1,163	0,034	0,312	0,358
Actuellement marié (en union)	0,639	0,011	2320	2320	1,118	0,017	0,617	0,662
Connaît une méthode contraceptive	0,759	0,018	1424	1483	1,563	0,023	0,723	0,794
Connaît une méthode moderne	0,695	0,021	1424	1483	1,687	0,030	0,654	0,737
A utilisé une méthode	0,258	0,018	1424	1483	1,567	0,070	0,221	0,294
Utilise actuellement une méthode	0,151	0,013	1424	1483	1,383	0,087	0,125	0,178
Utilise actuellement une méthode moderne	0,030	0,004	1424	1483	0,938	0,141	0,022	0,039
Utilise le condom	0,020	0,003	1424	1483	0,918	0,169	0,014	0,027
Utilise la continence périodique	0,106	0,010	1424	1483	1,217	0,094	0,086	0,125
Ne veut plus d'enfants	0,027	0,004	1424	1483	0,918	0,146	0,019	0,035
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,356	0,018	1424	1483	1,447	0,052	0,319	0,393
Taille de famille idéale	13,401	0,359	1920	1908	1,773	0,027	12,683	14,118

NA = Non-applicable

¹ Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-4 ans précédant l'enquête.

Tableau B.3 Erreurs de sondage - N'Djaména, EDS Tchad 1996-97

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N')			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	1,000	0,000	1355	696	NA	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,525	0,032	1355	696	2,349	0,061	0,462	0,589
Instruction post-primaire ou plus	0,212	0,018	1355	696	1,604	0,084	0,176	0,247
Jamais mariée (en union)	0,156	0,015	1355	696	1,567	0,099	0,126	0,187
Actuellement mariée (en union)	0,735	0,018	1355	696	1,466	0,024	0,700	0,770
Mariée (en union) avant 20 ans	0,830	0,014	1054	542	1,237	0,017	0,802	0,859
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,785	0,016	1054	542	1,296	0,021	0,752	0,817
Enfants nés vivants	3,201	0,095	1355	696	1,200	0,030	3,011	3,391
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,203	0,258	158	81	0,992	0,042	5,687	6,719
Enfants survivants	2,572	0,077	1355	696	1,188	0,030	2,417	2,727
Connaît une méthode contraceptive	0,816	0,020	996	512	1,600	0,024	0,777	0,856
Connaît une méthode moderne	0,811	0,020	996	512	1,583	0,024	0,772	0,851
A utilisé une méthode	0,239	0,016	996	512	1,172	0,066	0,207	0,271
Utilise actuellement une méthode	0,118	0,011	996	512	1,099	0,095	0,096	0,141
Utilise actuellement une méthode moderne	0,067	0,009	996	512	1,169	0,138	0,049	0,086
Utilise la continence périodique	0,047	0,006	996	512	0,869	0,124	0,036	0,059
Utilise source publique	0,640	0,047	89	46	0,923	0,074	0,546	0,735
Ne veut plus d'enfants	0,104	0,010	996	512	1,013	0,094	0,085	0,124
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,380	0,020	996	512	1,271	0,052	0,340	0,419
Taille de famille idéale	7,428	0,152	1182	608	1,567	0,020	7,124	7,732
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,714	0,021	1281	658	1,305	0,029	0,672	0,756
Assistance médicale à l'accouchement	0,572	0,026	1281	658	1,453	0,045	0,521	0,624
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,221	0,015	1080	555	1,186	0,069	0,191	0,252
A reçu traitement SRO	0,418	0,040	239	123	1,177	0,095	0,339	0,498
A consulté du personnel médical	0,310	0,040	239	123	1,264	0,129	0,230	0,389
Ayant une carte de santé	0,435	0,036	191	98	0,995	0,083	0,362	0,507
A reçu vaccination BCG	0,812	0,024	191	98	0,831	0,029	0,764	0,859
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,539	0,035	191	98	0,959	0,065	0,469	0,609
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,461	0,036	191	98	0,991	0,079	0,388	0,533
A reçu vaccination rougeole	0,466	0,036	191	98	0,980	0,077	0,394	0,538
Vacciné contre toutes les maladies	0,309	0,029	191	98	0,851	0,094	0,251	0,367
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,093	0,010	827	425	0,983	0,107	0,073	0,113
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,281	0,020	827	425	1,220	0,071	0,241	0,320
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,260	0,014	827	425	0,915	0,056	0,231	0,289
Indice synthétique de fécondité	5,798	0,258	NA	3080	1,351	0,044	5,282	6,313
Quotient de mortalité néonatale ¹	39,612	5,339	2500	1285	1,098	0,135	28,934	50,290
Quotient de mortalité post-néonatale	59,795	5,628	2507	1289	1,090	0,094	48,538	71,051
Quotient de mortalité infantile	99,407	8,166	2507	1289	1,186	0,082	83,074	115,739
Quotient de mortalité juvénile	101,804	7,588	2526	1298	1,008	0,075	86,627	116,980
Quotient de mortalité infanto-juvénile	191,090	10,528	2533	1302	1,112	0,055	170,035	212,146
HOMMES								
Résidence urbaine	1,000	0,000	510	303	NA	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,341	0,037	510	303	1,766	0,109	0,267	0,415
Instruction post-primaire ou plus	0,476	0,023	510	303	1,036	0,048	0,431	0,522
Jamais marié (en union)	0,382	0,025	510	303	1,161	0,065	0,332	0,432
Actuellement marié (en union)	0,578	0,027	510	303	1,228	0,046	0,525	0,632
Connaît une méthode contraceptive	0,902	0,016	295	175	0,929	0,018	0,869	0,934
Connaît une méthode moderne	0,885	0,023	295	175	1,233	0,026	0,839	0,931
A utilisé une méthode	0,464	0,038	295	175	1,313	0,082	0,388	0,541
Utilise actuellement une méthode	0,275	0,028	295	175	1,095	0,104	0,218	0,332
Utilise actuellement une méthode moderne	0,129	0,017	295	175	0,854	0,130	0,095	0,162
Utilise le condom	0,075	0,010	295	175	0,669	0,137	0,054	0,095
Utilise la continence périodique	0,146	0,022	295	175	1,054	0,149	0,102	0,189
Ne veut plus d'enfants	0,064	0,014	295	175	1,008	0,224	0,036	0,093
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,407	0,026	295	175	0,921	0,065	0,354	0,460
Taille de famille idéale	9,321	0,565	442	263	1,689	0,061	8,192	10,450

NA = Non-applicable

¹ Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-9 ans précédant l'enquête.

Tableau B.4 Erreurs de sondage - Autres villes, EDS Tchad 1996-97

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N')			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	1,000	0,000	1658	1023	NA	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,569	0,028	1658	1023	2,271	0,049	0,514	0,625
Instruction post-primaire ou plus	0,091	0,011	1658	1023	1,599	0,124	0,068	0,114
Jamais mariée (en union)	0,163	0,012	1658	1023	1,332	0,074	0,139	0,187
Actuellement mariée (en union)	0,710	0,017	1658	1023	1,501	0,024	0,676	0,743
Mariée (en union) avant 20 ans	0,841	0,011	1263	779	1,091	0,013	0,818	0,863
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,756	0,013	1263	779	1,075	0,017	0,730	0,782
Enfants nés vivants	3,344	0,072	1658	1023	0,958	0,022	3,200	3,488
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,521	0,201	263	162	0,989	0,031	6,120	6,922
Enfants survivants	2,617	0,060	1658	1023	1,003	0,023	2,497	2,737
Connait une méthode contraceptive	0,663	0,026	1177	726	1,851	0,039	0,612	0,714
Connait une méthode moderne	0,649	0,026	1177	726	1,899	0,041	0,596	0,702
A utilisé une méthode	0,154	0,014	1177	726	1,353	0,093	0,125	0,182
Utilise actuellement une méthode	0,076	0,009	1177	726	1,134	0,115	0,059	0,094
Utilise actuellement une méthode moderne	0,025	0,004	1177	726	0,951	0,175	0,016	0,033
Utilise la continence périodique	0,038	0,008	1177	726	1,359	0,199	0,023	0,053
Utilise source publique	0,605	0,089	43	27	1,181	0,147	0,426	0,783
Ne veut plus d'enfants	0,112	0,016	1177	726	1,700	0,139	0,081	0,143
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,426	0,018	1177	726	1,264	0,043	0,389	0,462
Taille de famille idéale	7,447	0,151	1274	786	1,745	0,020	7,145	7,748
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,602	0,024	1592	982	1,539	0,040	0,554	0,650
Assistance médicale à l'accouchement	0,449	0,023	1592	982	1,509	0,052	0,402	0,496
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,223	0,014	1379	851	1,185	0,062	0,195	0,250
A reçu traitement SRO	0,368	0,034	307	189	1,146	0,092	0,301	0,436
A consulté du personnel médical	0,296	0,026	307	189	0,965	0,089	0,244	0,349
Ayant une carte de santé	0,409	0,032	242	149	1,022	0,079	0,344	0,474
A reçu vaccination BCG	0,649	0,042	242	149	1,377	0,065	0,564	0,733
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,335	0,045	242	149	1,474	0,135	0,245	0,425
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,293	0,039	242	149	1,321	0,133	0,215	0,371
A reçu vaccination rougeole	0,339	0,036	242	149	1,177	0,106	0,267	0,411
Vacciné contre toutes les maladies	0,136	0,026	242	149	1,173	0,190	0,085	0,188
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,138	0,011	1211	747	1,059	0,079	0,116	0,160
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,348	0,015	1211	747	1,024	0,042	0,319	0,378
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,349	0,016	1211	747	1,102	0,046	0,317	0,381
Indice synthétique de fécondité	6,315	0,177	NA	4489	1,162	0,028	5,961	6,668
Quotient de mortalité néonatale ¹	37,490	4,157	3101	1914	1,062	0,111	29,177	45,803
Quotient de mortalité post-néonatale	61,727	5,879	3104	1916	1,212	0,095	49,970	73,484
Quotient de mortalité infantile	99,217	6,590	3106	1917	1,072	0,066	86,036	112,397
Quotient de mortalité juvénile	99,944	7,625	3137	1936	1,111	0,076	84,693	115,194
Quotient de mortalité infanto-juvénile	189,244	9,829	3144	1940	1,172	0,052	169,587	208,902
HOMMES								
Résidence urbaine	1,000	0,000	614	396	NA	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,391	0,037	614	396	1,856	0,094	0,318	0,464
Instruction post-primaire ou plus	0,336	0,029	614	396	1,521	0,086	0,277	0,394
Jamais marié (en union)	0,464	0,023	614	396	1,120	0,049	0,419	0,509
Actuellement marié (en union)	0,510	0,020	614	396	0,990	0,039	0,470	0,550
Connait une méthode contraceptive	0,818	0,034	313	202	1,557	0,042	0,750	0,886
Connait une méthode moderne	0,783	0,034	313	202	1,467	0,044	0,714	0,851
A utilisé une méthode	0,323	0,046	313	202	1,748	0,143	0,230	0,415
Utilise actuellement une méthode	0,182	0,027	313	202	1,238	0,149	0,128	0,236
Utilise actuellement une méthode moderne	0,064	0,018	313	202	1,302	0,282	0,028	0,100
Utilise le condom	0,045	0,014	313	202	1,209	0,316	0,016	0,073
Utilise la continence périodique	0,112	0,023	313	202	1,296	0,207	0,066	0,158
Ne veut plus d'enfants	0,048	0,011	313	202	0,936	0,236	0,025	0,071
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,316	0,036	313	202	1,350	0,112	0,245	0,387
Taille de famille idéale	11,294	0,539	503	324	1,517	0,048	10,215	12,373

NA = Non-applicable

¹ Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-9 ans précédant l'enquête.

Tableau B.5 Erreurs de sondage - Ensemble urbain, EDS Tchad 1996-97

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondé- rée (N')			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	1,000	0,000	3013	1720	NA	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,552	0,021	3013	1720	2,316	0,038	0,510	0,594
Instruction post-primaire ou plus	0,140	0,010	3013	1720	1,591	0,072	0,120	0,160
Jamais mariée (en union)	0,160	0,010	3013	1720	1,425	0,059	0,141	0,179
Actuellement mariée (en union)	0,720	0,012	3013	1720	1,497	0,017	0,696	0,745
Mariée (en union) avant 20 ans	0,836	0,009	2317	1321	1,151	0,011	0,819	0,854
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,768	0,010	2317	1321	1,165	0,013	0,747	0,788
Enfants nés vivants	3,286	0,058	3013	1720	1,057	0,018	3,171	3,402
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,415	0,160	421	244	0,999	0,025	6,095	6,735
Enfants survivants	2,599	0,048	3013	1720	1,078	0,018	2,504	2,694
Connait une méthode contraceptive	0,726	0,017	2173	1238	1,765	0,023	0,692	0,760
Connait une méthode moderne	0,716	0,017	2173	1238	1,796	0,024	0,681	0,751
A utilisé une méthode	0,189	0,011	2173	1238	1,258	0,056	0,168	0,210
Utilise actuellement une méthode	0,094	0,007	2173	1238	1,096	0,073	0,080	0,108
Utilise actuellement une méthode moderne	0,042	0,005	2173	1238	1,072	0,109	0,033	0,052
Utilise la continence périodique	0,042	0,005	2173	1238	1,175	0,120	0,032	0,052
Utilise source publique	0,627	0,044	132	72	1,047	0,071	0,539	0,716
Ne veut plus d'enfants	0,109	0,010	2173	1238	1,501	0,092	0,089	0,129
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,407	0,013	2173	1238	1,279	0,033	0,380	0,434
Taille de famille idéale	7,439	0,108	2456	1394	1,672	0,014	7,223	7,654
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,647	0,017	2873	1641	1,471	0,026	0,614	0,680
Assistance médicale à l'accouchement	0,499	0,017	2873	1641	1,488	0,035	0,464	0,533
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,222	0,010	2459	1406	1,192	0,046	0,202	0,243
A reçu traitement SRO	0,388	0,025	546	312	1,142	0,065	0,337	0,439
A consulté du personnel médical	0,302	0,022	546	312	1,079	0,074	0,257	0,346
Ayant une carte de santé	0,419	0,024	433	248	1,013	0,058	0,371	0,468
A reçu vaccination BCG	0,713	0,028	433	248	1,307	0,040	0,656	0,770
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,416	0,032	433	248	1,339	0,077	0,352	0,480
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,360	0,029	433	248	1,231	0,080	0,302	0,417
A reçu vaccination rougeole	0,389	0,026	433	248	1,119	0,068	0,336	0,442
Vacciné contre toutes les maladies	0,205	0,020	433	248	1,015	0,098	0,165	0,245
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,122	0,008	2038	1172	1,086	0,066	0,105	0,138
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,324	0,012	2038	1172	1,103	0,037	0,300	0,348
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,317	0,012	2038	1172	1,114	0,038	0,293	0,341
Indice synthétique de fécondité	6,087	0,147	NA	7569	1,241	0,024	5,793	6,381
Quotient de mortalité néonatale ¹	38,343	3,264	5601	3199	1,070	0,085	31,814	44,871
Quotient de mortalité post-néonatale	60,948	4,159	5611	3204	1,172	4,159	52,630	69,266
Quotient de mortalité infantile	99,290	5,092	5613	3205	1,111	0,051	89,107	109,474
Quotient de mortalité juvénile	100,731	5,430	5663	3234	1,064	0,054	89,870	111,591
Quotient de mortalité infanto-juvénile	190,019	7,168	5677	3242	1,141	0,038	175,684	204,355
HOMMES								
Résidence urbaine	1,000	0,000	1124	699	NA	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,369	0,026	1124	699	1,833	0,071	0,317	0,422
Instruction post-primaire ou plus	0,397	0,020	1124	699	1,344	0,049	0,357	0,436
Jamais marié (en union)	0,429	0,016	1124	699	1,111	0,038	0,396	0,461
Actuellement marié (en union)	0,540	0,016	1124	699	1,067	0,029	0,508	0,571
Connait une méthode contraceptive	0,857	0,020	608	377	1,421	0,024	0,816	0,897
Connait une méthode moderne	0,830	0,022	608	377	1,434	0,026	0,786	0,874
A utilisé une méthode	0,389	0,031	608	377	1,559	0,079	0,327	0,450
Utilise actuellement une méthode	0,225	0,020	608	377	1,175	0,088	0,185	0,265
Utilise actuellement une méthode moderne	0,094	0,013	608	377	1,065	0,134	0,069	0,119
Utilise le condom	0,059	0,009	608	377	0,942	0,153	0,041	0,077
Utilise la continence périodique	0,128	0,016	608	377	1,182	0,125	0,096	0,160
Ne veut plus d'enfants	0,056	0,009	608	377	0,979	0,164	0,037	0,074
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,358	0,023	608	377	1,167	0,063	0,313	0,404
Taille de famille idéale	10,411	0,402	945	587	1,622	0,039	9,606	11,216

NA = Non-applicable

¹ Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-9 ans précédant l'enquête.

Tableau B.6 Erreurs de sondage - Rural, EDS Tchad 1996-97

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N')			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	0,000	0,000	4441	5734	NA	NA	0,000	0,000
Sans instruction	0,835	0,010	4441	5734	1,736	0,012	0,816	0,855
Instruction post-primaire ou plus	0,007	0,003	4441	5734	2,449	0,438	0,001	0,013
Jamais mariée (en union)	0,129	0,007	4441	5734	1,399	0,054	0,115	0,144
Actuellement mariée (en union)	0,801	0,009	4441	5734	1,520	0,011	0,783	0,819
Mariée (en union) avant 20 ans	0,869	0,008	3420	4416	1,328	0,009	0,853	0,884
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,789	0,009	3420	4416	1,324	0,012	0,771	0,808
Enfants nés vivants	3,571	0,046	4441	5734	0,998	0,013	3,479	3,663
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,876	0,117	717	926	1,029	0,017	6,641	7,110
Enfants survivants	2,772	0,035	4441	5734	0,961	0,013	2,703	2,842
Connait une méthode contraceptive	0,385	0,017	3558	4594	2,055	0,044	0,352	0,419
Connait une méthode moderne	0,351	0,016	3558	4594	2,050	0,047	0,318	0,384
A utilisé une méthode	0,062	0,006	3558	4594	1,610	0,105	0,049	0,075
Utilise actuellement une méthode	0,027	0,003	3558	4594	1,229	0,123	0,021	0,034
Utilise actuellement une méthode moderne	0,003	0,001	3558	4594	1,156	0,333	0,001	0,006
Utilise la continence périodique	0,016	0,003	3558	4594	1,406	0,185	0,010	0,022
Utilise source publique	0,467	0,127	15	19	0,950	0,271	0,213	0,720
Ne veut plus d'enfants	0,095	0,007	3558	4594	1,382	0,072	0,081	0,108
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,385	0,010	3558	4594	1,208	0,026	0,365	0,405
Taille de famille idéale	8,573	0,102	3431	4430	1,694	0,012	8,368	8,778
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,219	0,016	4536	5857	2,112	0,073	0,187	0,251
Assistance médicale à l'accouchement	0,164	0,014	4536	5857	2,058	0,088	0,135	0,192
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,213	0,008	3903	5040	1,226	0,039	0,196	0,229
A reçu traitement SRO	0,189	0,019	830	1072	1,293	0,099	0,152	0,227
A consulté du personnel médical	0,164	0,018	830	1072	1,333	0,110	0,128	0,200
Ayant une carte de santé	0,236	0,024	746	963	1,488	0,100	0,189	0,283
A reçu vaccination BCG	0,304	0,030	746	963	1,759	0,099	0,244	0,364
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,138	0,022	746	963	1,701	0,158	0,094	0,182
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,135	0,022	746	963	1,697	0,160	0,092	0,179
A reçu vaccination rougeole	0,186	0,020	746	963	1,405	0,108	0,146	0,227
Vacciné contre toutes les maladies	0,090	0,016	746	963	1,478	0,175	0,058	0,121
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,146	0,007	3479	4492	1,073	0,045	0,133	0,159
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,421	0,009	3479	4492	1,038	0,021	0,403	0,439
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,406	0,010	3479	4492	1,205	0,026	0,385	0,427
Indice synthétique de fécondité	6,783	0,119	NA	25148	1,269	0,018	6,545	7,021
Quotient de mortalité néonatale ¹	49,977	2,939	8756	11306	1,124	0,059	44,099	55,855
Quotient de mortalité post-néonatale	62,733	3,581	8770	11324	1,261	0,057	55,570	69,896
Quotient de mortalité infantile	112,710	4,744	8772	11327	1,233	0,042	103,222	122,198
Quotient de mortalité juvénile	102,829	5,432	8895	11486	1,362	0,053	91,965	113,693
Quotient de mortalité infanto-juvénile	203,950	7,294	8913	11509	1,451	0,036	189,361	218,538
HOMMES								
Résidence urbaine	0,000	0,000	1196	1621	NA	NA	0,000	0,000
Sans instruction	0,621	0,024	1196	1621	1,717	0,039	0,573	0,669
Instruction post-primaire ou plus	0,067	0,014	1196	1621	1,957	0,211	0,039	0,095
Jamais marié (en union)	0,294	0,015	1196	1621	1,146	0,051	0,264	0,325
Actuellement marié (en union)	0,682	0,015	1196	1621	1,100	0,022	0,653	0,712
Connait une méthode contraceptive	0,725	0,023	816	1106	1,464	0,032	0,680	0,771
Connait une méthode moderne	0,650	0,027	816	1106	1,592	0,041	0,596	0,703
A utilisé une méthode	0,213	0,022	816	1106	1,519	0,102	0,170	0,257
Utilise actuellement une méthode	0,126	0,016	816	1106	1,398	0,129	0,094	0,159
Utilise actuellement une méthode moderne	0,009	0,004	816	1106	1,132	0,426	0,001	0,016
Utilise le condom	0,007	0,003	816	1106	1,149	0,468	0,000	0,014
Utilise la continence périodique	0,098	0,012	816	1106	1,164	0,124	0,074	0,122
Ne veut plus d'enfants	0,017	0,004	816	1106	0,927	0,246	0,009	0,026
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,355	0,023	816	1106	1,395	0,066	0,309	0,402
Taille de famille idéale	14,729	0,482	975	1321	1,663	0,033	13,764	15,694

NA = Non-applicable

¹ Les quotients de mortalité ont été calculés pour la période 0-9 ans précédant l'enquête.

ANNEXE C

TABLEAUX POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES



Tableau C.1 Répartition par âge de la population des ménages

Répartition de la population (de fait) des ménages par année d'âge, selon le sexe (pondéré), EDS Tchad 1996-97

Âge	Hommes		Femmes		Âge	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%		Effectif	%	Effectif	%
<1	764	4,5	769	4,1	36	123	0,7	138	0,7
1	592	3,5	623	3,4	37	154	0,9	143	0,8
2	666	4,0	624	3,4	38	131	0,8	160	0,9
3	758	4,5	749	4,0	39	69	0,4	85	0,5
4	711	4,2	669	3,6	40	284	1,7	332	1,8
5	618	3,7	578	3,1	41	66	0,4	57	0,3
6	714	4,2	735	4,0	42	84	0,5	120	0,6
7	681	4,0	658	3,5	43	59	0,4	62	0,3
8	647	3,8	766	4,1	44	63	0,4	38	0,2
9	530	3,2	525	2,8	45	213	1,3	263	1,4
10	617	3,7	645	3,5	46	57	0,3	76	0,4
11	334	2,0	340	1,8	47	80	0,5	91	0,5
12	572	3,4	543	2,9	48	56	0,3	89	0,5
13	424	2,5	452	2,4	49	43	0,3	56	0,3
14	440	2,6	318	1,7	50	209	1,2	243	1,3
15	344	2,0	370	2,0	51	26	0,2	90	0,5
16	305	1,8	359	1,9	52	57	0,3	154	0,8
17	258	1,5	305	1,6	53	33	0,2	95	0,5
18	413	2,5	514	2,8	54	33	0,2	46	0,2
19	189	1,1	250	1,3	55	102	0,6	147	0,8
20	358	2,1	547	2,9	56	53	0,3	76	0,4
21	161	1,0	197	1,1	57	56	0,3	31	0,2
22	251	1,5	302	1,6	58	54	0,3	39	0,2
23	178	1,1	194	1,0	59	19	0,1	22	0,1
24	158	0,9	192	1,0	60	187	1,1	258	1,4
25	302	1,8	533	2,9	61	21	0,1	27	0,1
26	184	1,1	231	1,2	62	44	0,3	31	0,2
27	175	1,0	261	1,4	63	37	0,2	32	0,2
28	208	1,2	278	1,5	64	29	0,2	14	0,1
29	108	0,6	109	0,6	65	87	0,5	107	0,6
30	390	2,3	529	2,8	66	22	0,1	16	0,1
31	104	0,6	86	0,5	67	39	0,2	13	0,1
32	163	1,0	192	1,0	68	33	0,2	21	0,1
33	114	0,7	130	0,7	69	20	0,1	14	0,1
34	72	0,4	84	0,5	70+	360	2,1	352	1,9
35	306	1,8	370	2,0	NSP/ND	5	0,0	1	0,0
Total					16 815	100,0	18 565	100,0	

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

Tableau C.2 Répartition par âge des femmes éligibles et des femmes enquêtées

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des femmes de 10-54 ans dans l'enquête ménage et des femmes de 15-49 ans enquêtées, et pourcentage de femmes éligibles qui ont été enquêtées (pondéré), EDS Tchad 1996-97

Groupe d'âges	Femmes dans l'enquête ménage		Femmes enquêtées		Pourcentage enquêtées (pondéré)
	Effectif	%	Effectif	%	
10-14	2 297	-	-	-	-
15-19	1 798	23,2	1 749	23,2	97,3
20-24	1 431	18,5	1 395	18,5	97,5
25-29	1 413	18,2	1 381	18,3	97,7
30-34	1 021	13,2	994	13,2	97,4
35-39	896	11,6	871	11,5	97,2
40-44	608	7,9	596	7,9	97,9
45-49	575	7,4	561	7,4	97,5
50-54	629	-	-	-	-
15-49	7 742	-	7 546	-	97,5

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage.

Tableau C.3 Répartition par âge des hommes éligibles et des hommes enquêtés

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des hommes de 10-64 ans dans l'enquête ménage et des hommes de 15-59 ans enquêtés, et pourcentage d'hommes éligibles qui ont été enquêtés (pondéré), EDS Tchad 1996-97

Groupe d'âges	Hommes dans l'enquête ménage		Hommes enquêtés		Pourcentage enquêtés (pondéré)
	Effectif	%	Effectif	%	
10-14	872	-	-	-	-
15-19	520	20,3	493	21,3	94,8
20-24	416	16,2	384	16,6	92,3
25-29	371	14,5	349	15,0	94,1
30-34	324	12,6	307	13,2	94,8
35-39	280	10,9	260	11,2	92,9
40-44	223	8,7	209	9,0	93,7
45-49	151	5,9	145	6,3	96,0
50-54	87	3,4	82	3,5	94,3
55-59	95	3,7	91	3,9	95,8
60-64	100	-	-	-	-
15-59	2 567	-	2 320	-	90,4

Note: La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage.

Tableau C.4 Complétude de l'enregistrement

Pourcentage d'informations manquantes pour certaines questions démographiques et de santé, EDS Tchad 1996-97

Type d'information	Groupe de référence	Pourcentages d'informations manquantes	Effectif
Date de naissance	Naissances des 15 dernières années		
Mois seulement		6,8	19 336
Mois et année		0,0	19 336
Âge au décès	Naissances des 15 dernières années	0,2	3 737
Âge/Date de la 1 ^{ère} union ¹	Femmes non-célibataires	0,1	6 436
Niveau d'instruction	Toutes les femmes	0,0	7 454
Taille à la naissance	Naissances des 0-59 derniers mois	29,5	828
Anthropométrie²	Enfants vivants de 0-59 mois		
Taille		7,3	6 446
Poids		5,8	6 446
Taille et poids		7,4	6 446
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Enfants vivants de 0-59 mois	2,5	6 446

¹ Sans information pour l'âge et l'année

² Enfant non mesuré

Tableau C.5 Naissances par année de calendrier

Répartition des naissances par année de calendrier pour les enfants survivants (S), décédés (D) et l'ensemble des enfants (E), pourcentage de ceux ayant une date de naissance complète, rapport de masculinité à la naissance et rapport de naissances annuelles (pondéré), EDS Tchad 1996-97

Années	Effectifs de naissances			Pourcentage avec une date de naissance complète ¹			Rapport de masculinité à la naissance ²			Rapport de naissances annuelles ³		
	S	D	E	S	D	E	S	D	E	S	D	E
97	519	28	547	99,5	100,0	99,5	87,5	154,4	90,0	-	-	-
96	1 506	143	1 649	99,0	97,4	98,9	93,4	155,7	97,6	177,9	152,5	175,3
95	1 174	160	1 334	98,2	94,8	97,8	107,1	116,3	108,1	86,2	80,8	85,5
94	1 217	254	1 471	97,1	89,7	95,8	97,7	110,4	99,8	99,2	122,9	102,6
93	1 281	253	1 534	96,7	89,2	95,4	101,4	118,3	104,0	107,5	92,6	104,7
92	1 166	292	1 458	94,6	87,0	93,0	104,0	103,8	104,0	102,9	124,9	106,6
91	986	215	1 200	97,0	89,3	95,6	109,9	122,3	112,0	80,6	61,8	76,5
90	1 279	403	1 682	93,9	89,1	92,7	91,6	89,3	91,1	127,9	155,5	133,6
89	1 014	303	1 318	91,0	85,8	89,8	91,7	109,9	95,6	85,8	87,3	86,1
88	1 086	292	1 378	92,2	86,5	91,0	87,1	112,0	91,9	-	-	-
93-97	5 698	838	6 535	97,9	92,2	97,2	98,2	122,0	101,0	-	-	-
88-92	5 531	1 505	7 036	93,7	87,5	92,4	96,3	104,8	98,0	-	-	-
83-87	3 931	1 215	5 145	91,0	85,4	89,7	98,3	108,2	100,6	-	-	-
78-82	2 653	1 015	3 668	88,8	82,8	87,2	97,3	113,9	101,6	-	-	-
< 78	2 554	1 187	3 742	86,6	81,4	84,9	101,6	128,0	109,3	-	-	-
Ensemble	20 367	5 760	26 126	92,8	85,7	91,3	98,0	114,0	101,3	-	-	-

¹ Mois et année de naissance déclarés

² $N_m/N_f \times 100$, où N_m est le nombre de naissances masculines et N_f le nombre de naissances féminines

³ $[2N_x/(N_{x-1}+N_{x+1})] \times 100$, où N_x est le nombre de naissances de l'année x

Tableau C.6 Enregistrement de l'âge au décès en jours

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, selon l'âge au décès en jours, et pourcentage de décès néonataux survenus, d'après les déclarations, aux âges de 0-6 jours, par période de cinq ans précédant l'enquête (pondéré), EDS Tchad 1996-97

Âge au décès en jours	Années précédant l'enquête				Total 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1	22	18	19	14	72
1	59	68	50	33	211
2	31	40	33	20	123
3	38	30	33	14	115
4	15	12	19	8	53
5	16	17	14	12	60
6	13	18	16	16	62
7	37	51	40	30	157
8	15	13	16	9	53
9	10	7	8	10	35
10	13	17	13	7	49
11	0	1	2	0	3
12	4	7	2	1	14
13	1	6	0	1	9
14	16	9	11	4	40
15	12	8	6	4	29
16	1	0	0	3	4
17	0	3	1	3	6
18	1	2	0	0	2
19	1	1	1	1	4
20	7	8	3	3	21
21	3	4	3	4	13
22	3	0	0	0	3
23	0	1	1	0	2
24	3	1	3	0	6
25	4	2	1	1	7
26	1	0	0	0	1
27	4	0	1	0	5
28	0	1	2	0	2
30	4	5	2	3	14
Ensemble 0-30	331	348	299	200	1 179
% néonatal précoce ¹	58,0	58,5	61,5	58,5	59,1

¹ 0-6 jours/0-30 jours

Tableau C.7 Enregistrement de l'âge au décès en mois

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de deux ans, selon l'âge au décès en mois, et pourcentage de décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, par période de cinq ans précédant l'enquête (pondéré), EDS Tchad 1996-97

Âge au décès en mois	Années précédant l'enquête				Total 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1 mois ¹	331	350	299	200	1 180
1	41	38	38	35	152
2	52	75	41	34	202
3	36	53	40	23	152
4	41	48	28	14	131
5	25	26	20	13	84
6	50	60	38	41	189
7	41	48	22	9	121
8	30	39	34	20	123
9	28	25	15	3	72
10	17	19	11	10	57
11	21	14	4	11	49
12	33	50	44	42	169
13	14	17	9	5	46
14	17	9	6	2	34
15	4	11	6	2	23
16	4	1	6	1	12
17	4	6	3	3	15
18	13	16	17	9	55
19	5	4	1	1	12
20	9	4	1	1	15
21	1	0	0	0	1
22	6	1	0	1	9
23	3	1	3	3	9
24 ou +	4	2	4	4	14
1 an ²	79	97	88	67	331
Ensemble 0-11	713	794	591	413	2 512
% néonatal ³	46,5	44,0	50,7	48,4	47,0

¹ Y compris les décès survenus à moins de 1 mois, déclarés en jours

² Âge au décès déclaré est 1 an au lieu de 12 mois

³ (Moins de 1 mois/moins de 1 an) × 100

ANNEXE D

PERSONNEL DE L'EDST

PERSONNEL DE L'EDST

Personnel National

Directeur National

M. Gognin Gomdigué

Directeur de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (DSEED)

Directeur Technique

M. Bandoumal Ouagadjio

Directeur du Bureau Central de Recensement (BCR)

Superviseurs

M. Ningam Ngakoutou, Expert Démographe National

M. Kostelgar Nodjimadji, Statisticien

M. Riradjim Madnodji, Statisticien

Traitement Informatique

M. Boniface Vounki Mounoné, Expert Informaticien National

M. Portoloum Tadaye, Informaticien

Contrôle des Données

M. Dingam-Madji Ngakoutou, Démographe

Mme Yambaye Gnyam Nguéto, Statisticienne

Contrôle de la Saisie

Mme Abdoul Achta, Statisticienne

M. Djingar Djimaldet

Administration

M. Ali Hisseine, Gestionnaire

M. Nalem Kabo, Gestionnaire

M. J. Franklin Ngombanhal, Planton

M. Harou Gali Sakou, Veilleur

M. Abderahmane Hassane Issa, Veilleur

M. Abba Guémé, Chauffeur mécanicien

M. Gotibe Ndjoli, Chauffeur de liaison

M. Mathieu Ta, Chauffeur de liaison

M. Geoges Tetevi, Chauffeur de liaison

Secrétariat

Mme Christine Ngona Nelem

Personnel de la Cartographie

Tirage des Cartes des Zones de Dénombrement

M. Bodingar Méouro

Personnel de Terrain

Chefs de Groupe

M. Kailengar Ngarhodjoro
M. Mbainelde Nékoméel

Cartographes et Énumérateurs

M. Alladoumadji Banta
M. Jeremie E. Nadideng
M. Ahmat Ali Djemane
M. Badaye Syan Azed
M. Benaye Riano Almian
M. Bongor Zam Barminas
M. Bourkou Djondja
M. Djimadoumbaye Ngaressesem
M. Dogorangarti Ngarhoulam
M. Naguidebe Syamra
M. Ngarlenan Mbaïndo
M. Ratengar Nguékidabaye

Personnel de l'Enquête Principale

Chefs-d'équipe

Abdelkerim Youssof
Alladoumadji Baring
Bruno Mbaïkar
Djimbaye Kamougué
Eugene Toné
Gague Ngantar
Laurent Allahtoi yoh
Philemon Tchoua

Contrôleuses

Aziza A. Assad
Damaris Adéguélaye
Gnayam Ranguébaye
Maïlem Mbordé
Melal Nguem
Djimgour Naissem
Esther Memti
Simone Timendi

Enquêtrices

Ache Ngabert
Assyom Ngarlamko
Boldoum Timen
Cecile Mbakasse
Dobou Djibangar
Fatme A. Ahmat
Francoise N. Gnamta
Hadjé Haoua Mahamat
Iguide Mounal
Khadidja S. Mahamat
Lucie A. Adama
Minganodji Toingar
Modeste M. Keibadje

Mogodene Jemina
Ndiadoum Mamadjibi
Ndiguimal Ramita
Neloumta Kemdongar
Neramadji Modobé
Ngatel Marie Josée
Rahila D. Madjibei
Rolande Mindekem
Santa Djibrine
Tamar Yaro
Tamy A. Kemna
Yolande Djekoundayom

Enquêteurs

Ahmat Mahamat Seid
Mahmoud K. Koursi
Naodjingar Kogoumbaye
Oumar Abdoul
Philippe Ndjamba
Nodjimadji Tolbé
Timbe Rescihondy
Yahuda Ndiladingar

Chauffeurs de Terrain

Abakar Djibrine
Abakar Abdallah
Adoum Akouna
Brahim Mahamat
Daboul Abdoulaye
Djidda Saleh
Jean Kourayo
Hissene Moussa

Personnel de Saisie

Alfred Sali
Amadou Badjama
Deonard M. Ritom
Esther Nadour
Elyse Nalyope
Lonodjigoto Mékon Yo
Mariam Adoum
Ndari Ziabe
Seguembaye Nakiri

Consultations Locales

Élaboration de lexique

Traduction des termes et expressions sensibles des questionnaires par Dr Djarangar Djita Issa du Département de Linguistique de l'Université de N'Djaména et testée par les sages femmes de la maternité de N'Djaména sous la supervision du Dr Grace Kodindo.

Formation des chefs d'équipe, des contrôleuses, des enquêtrices et enquêteurs

M. Ningam Ngakoutou, BCR
Dr Keumaye Ignégongba, DPDRH
Dr Noudjalbaye Kono, SMI/BEF
Dr Germain Malonga, SMI/BEF
Dr Yves Pierre Alexandre, PPLS
M. Hane Gounigué Weindi, PEV
Mme Celestine Guiral, CNNTA

Analyse et séminaire d'harmonisation du rapport

M. Bandoumal Ouagadjio
M. Ningam Ngakoutou
M. Kostelngar Nodjimadji
M. Oumdague Kouo
M. Nodjimbatem Ngoniri
M. Jeremie Koliwa
Dr Tokindang S.Joël
Dr Keumaye Ignégongba
Dr Noudjalbaye Kono

Personnel International

FNUAP

M. Jason O. Osembé, Conseiller Régional (Montage du document de Projet)

Macro International Inc.

M. Bernard Barrère, Responsable de projet
M. Gora Mboup, Préparation du contrat
M. Jim Otto, Traitement des données
Mme Thanh Lê, Sondage
M. Mamadou Thiam, Sondage
Mme Monique Barrère, Analyse
M. Daniel Vadnais, Dissémination
Mme Sidney Moore, Édition
Mme Kaye Mitchell, Production du rapport
Mme Celia Siebenmann, Graphiques

ANNEXE E

QUESTIONNAIRES

REPUBLICQUE DU TCHAD
 MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION
 DIRECTION DE LA STATISTIQUE DES ETUDES ECONOMIQUES ET DEMOGRAPHIQUES
 BUREAU CENTRAL DU RECENSEMENT

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
 QUESTIONNAIRE MENAGE

IDENTIFICATION																	
NOM DE LA LOCALITE _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																
NOM DU CHEF DE MENAGE _____																	
PREFECTURE _____																	
SOUS-PREFECTURE _____																	
CANTON _____																	
NUMERO DE GRAPPE (EDST)																	
NUMERO DE STRUCTURE																	
NUMERO DE MENAGE																	
NUMERO DE ZD (RECENSEMENT).....																	
N'DJAMENA = 1; ABECHÉ/MOUNDOU/SARH = 2; PETITES VILLES = 3; RURAL = 4																	

MENAGE PREVU POUR L'ENQUETE HOMME: OUI = 1; NON = 2	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

VISITES D'ENQUETRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
NON DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
RESULTAT*	_____	_____	_____	ANNEE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
	_____	_____	_____	NOM <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
	_____	_____	_____	RESULTAT <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
PROCHAINE VISITE: DATE	_____	_____		NBRE. TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
HEURE	_____	_____	_____	

<p>*CODES RESULTAT:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MENAGE A LA MAISON OU PAS D'ENQUETE COMPETENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MENAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PERIODE 4 DIFFERE 5 REFUSE 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT A L'ADRESSE 7 LOGEMENT DETRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVE 9 AUTRE _____ (préciser) 	<p>TOTAL DANS LE MENAGE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table></p> <p>TOTAL DE FEMMES ELIGIBLES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table></p> <p>TOTAL D'HOMMES ELIGIBLES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table></p> <p>N° LIGNE DE L'ENQUETE POUR QUEST. MENAGE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table></p>
--	--

CONTROLEUSE NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table> DATE _____	CHEF D'EQUIPE NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table> DATE _____	CONTROLE BUREAU <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	SAISI PAR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
---	---	---	---

TABEAU DE MENAGE

Maintenant nous voudrions des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui habitent chez vous actuellement.

N° DE LIGNE	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC CHEF DE MENAGE*	RESIDENCE		SEXE	AGE	EDUCATION			SURVIE ET RESIDENCE DES PARENTS POUR LES PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS***				ELIGIBILITE DES FEMMES	ELIGIBILITE DES HOMMES	
			(NOM) vit-il ici d'habitude?	(NOM) a-t-il /elle dormi ici la nuit dernière?			(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	(NOM) a-t-il /elle fréquenté l'école?	SI A FREQUENTE L'ECOLE		Est-ce que la mère biologique (la propre mère) de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE	Est-ce que le père biologique (le propre père) de (NOM) est toujours en vie?			SI EN VIE
									Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint?	SI AGE DE MOINS DE 30 ANS						
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(15A)	
			OUI NON	OUI NON	M F	EN ANS	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	OUI NON MSP		OUI NON MSP				
01		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	01	01	
02		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	02	02	
03		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	03	03	
04		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	04	04	
05		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	05	05	
06		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	06	06	
07		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	07	07	
08		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	08	08	
09		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	09	09	

10		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		10	10
11		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		11	11
12		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		12	12
13		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		13	13
14		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		14	14
15		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		15	15
16		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		16	16
17		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		17	17
18		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		18	18
19		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		19	19
20		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		20	20
21		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		21	21
22		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		22	22
23		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		23	23
24		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		24	24
25		1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		25	25

26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	26	26
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	27	27
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	28	28
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	1 2 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	29	29

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISEE

Juste pour être sûr que j'ai une liste complète:

- 1) Y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas portés sur la liste? OUI → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON
- 2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques ou des amis qui vivent habituellement ici? OUI → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON
- 3) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listées? OUI → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

* CODES POUR Q.3 : LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE:

01 = CHEF DE MENAGE 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE 07 = BEAU-PERE OU BELLE-MERE 10 = AUTRES PARENTS
 02 = FEMME OU MARI 05 = PETIT-FILS OU -FILLEE 08 = FRERE OU SOEUR 11 = ENFANT ADOPTE/EN GARDE/ENFANT DE LA FEMME/MARI
 03 = FILS OU FILLE 06 = PERE OU MERE 09 = CO-EPOUSE 12= SANS PARENTE

98= NSP

** CODES POUR Q.9: NIVEAU D'EDUCATION ET CLASSE:

NIVEAU	1 = PRIMAIRE (Y COMPRIS MEDERSA)	2 = SECONDAIRE (Y COMPRIS MEDERSA)	3 = SUPERIEUR (Y COMPRIS MEDERSA)	4 = PROFESSIONNEL NIVEAU SECONDAIRE	5 = PROFESSIONNEL NIVEAU SUPERIEUR	6 = ECOLE CORANIQUE	8 = NSP
CLASSE	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE DANS LE NIVEAU CORRESPONDANT					1 = QUEL QUE SOIT LE NOMBRE D'ANNEES	
	1 = CP1 2 = CP2 3 = CE1 4 = CE2 5 = CM1 6 = CM2 8 = NSP	1 = 6ème 2 = 5ème 3 = 4ème 4 = 3ème 5 = 2nde 6 = 1ère 7 = Terminale 8 = NSP	1 = 1ère année 2 = 2ème année 3 = 3ème année 4 = 4ème année ou + 8 = NSP	1 = 6ème ou 1ère an. 2 = 5ème ou 2ème an. 3 = 4ème ou 3ème an. 4 = 3ème ou 4ème an. 5 = 2nde ou 5ème an. 6 = 1ère ou 6ème an. 7 = Term. ou 7ème an. 8 = NSP	1 = 1ème année 2 = 2ème année 3 = 3ème année 4 = 4ème année ou + 8 = NSP		

*** Q.11 à Q.14: Ces questions concernent les parents biologiques de l'enfant. Noter '00' si les parents ne sont pas membres du ménage.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER		
			A		
16	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET			
		ROBINET DANS LOGEMENT/COUR/CONCESSION...11	→	18	
		FONTAINE PUBLIQUE.....12			
		EAU DE PUIITS			
		PUITS TRADITIONNEL DANS COUR/CONCESS....21	→	18	
		PUITS MODERNE/FORAGE DS. COUR/CONCESS...22			
		PUITS TRADITION. PUBLIC/COMMUNAUTAIRE...23			
		PUITS MODERNE/FORAGE. PUBLIC/COMMUN....24			
		EAU DE SURFACE			
		SOURCE/RUISSEAU/RIVIERE/FLEUVE.....31			
		MARE/LAC/MARIGOT.....32			
		EAU DE PLUIE.....41	→	18	
EAU DE CAMION CITERNE.....51					
VENDEUR D'EAU.....61	→	18			
AUTRE _____		96			
	(PRECISER)				
17	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre l'eau et revenir?	MINUTES.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		SUR PLACE.....			996
18	Quel genre de toilettes avez-vous dans votre ménage?	CHASSE D'EAU			
		CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11			
		CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12			
		FOSSE/LATRINES			
		FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES.....21			
		FOSSE/LATRINES AMELIOREES.....22			
PAS DE TOILETTES/NATURE.....31					
AUTRE _____		96			
	(PRECISER)				
19	Dans votre ménage, avez-vous?		OUI	NON	
		L'électricité du réseau?	ELECTRICITE DU RESEAU.....1	2	
		L'électricité personnelle: (groupe électrogène, panneau solaire, batteries)?	ELECTRICITE PERSONNELLE....1	2	
		Une radio?	RADIO.....1	2	
		Une télévision?	TELEVISION.....1	2	
		Le téléphone?	TELEPHONE.....1	2	
		Un réfrigérateur/congélateur?	REFRIGERATEUR/CONGELATEUR..1	2	
19A	Dans votre ménage, quel type d'éclairage utilisez-vous principalement?	ELECTRICITE.....1			
		LAMPE A GAZ.....2			
		LAMPE A PETROLE.....3			
		LAMPE TORCHE (A PILES).....4			
		BOIS/TIGE/PAILLE.....5			
		AUTRE _____		6	
	(PRECISER)				
20	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
21	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède:		OUI	NON	
		Une bicyclette?	BICYCLETTE.....1	2	
		Une mobylette/motocyclette?	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE....1	2	
		Une voiture?	VOITURE.....1	2	
		Une pirogue?	PIROGUE.....1	2	
		Une charrette?	CHARRETTE.....1	2	
		Un chameau/cheval/âne?	CHAMEAU/CHEVAL/ANE.....1	2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES
22	PRINCIPAL MATERIAU DU PLANCHER ENREGISTRER L'OBSERVATION	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE.....11 PLANCHER FINI CARREAUX.....21 CIMENT.....22 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
23	PRINCIPAL MATERIAU DU TOIT ENREGISTRER L'OBSERVATION	TOIT TRADITIONNEL PAILLE.....11 BANCO.....12 TOIT MODERNE TOLE.....21 BETON.....22 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
24	PRINCIPAL MATERIAU DES MURS ENREGISTRER L'OBSERVATION	MUR TRADITIONNEL PAILLE.....11 BANCO.....12 SEMI-DUR.....13 MUR MODERNE DUR.....21 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
25	Quel type de sel utilisez-vous généralement pour faire la cuisine dans votre ménage? (POUR LE SEL EN BOITE/PAQUET, DEMANDER A VOIR LA BOITE/PAQUET)	SEL EN VRAC IMPORTE (IODE OU NON IODE).....01 SEL VEGETAL/TRADITIONNEL EN VRAC (NON IODE).....02 SEL EN BOITE/PAQUET IODE.....03 SEL EN BOITE/PAQUET NON IODE...04 SEL GEMME (NATRON) EN BLOC....05 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
26	NOTER LE RESULTAT DU TEST A IODURE ET IODATE DE POTASSIUM ENREGISTRER L'OBSERVATION	TEST POSITIF (SEL IODE).....1 TEST NEGATIF (SEL NON IODE)....2 SEL IODE ET SEL NON IODE.....3 SEL NON DISPONIBLE.....6 TEST INDETERMINE.....8

REPUBLICQUE DU TCHAD
 MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION
 DIRECTION DE LA STATISTIQUE DES ETUDES ECONOMIQUES ET DEMOGRAPHIQUES
 BUREAU CENTRAL DU RECENSEMENT

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
 QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION																			
NOM DE LA LOCALITE _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																		
NOM DU CHEF DE MENAGE _____																			
PREFECTURE _____																			
SOUS-PREFECTURE _____																			
CANTON _____																			
NUMERO DE GRAPPE (EDST)																			
NUMERO DE STRUCTURE																			
NUMERO DE MENAGE																			
NUMERO DE ZD (RECENSEMENT).....																			
N'DJAMENA = 1; ABECHÉ/MOUNDOU/SARH = 2; PETITES VILLES = 3; RURAL = 4																			
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME _____																			

VISITES D'ENQUETRIX				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
NON DE L'ENQUETRIX	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
RESULTAT*	_____	_____	_____	ANNEE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
PROCHAINE VISITE: DATE	_____	_____		NOM <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
HEURE	_____	_____	_____	RESULTAT <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
				NBRE. TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
*CODES RESULTAT 1 REMPLI 4 REFUSE 7 AUTRE _____ (préciser) 2 PAS A LA MAISON 5 PARTIELLEMENT REMPLI 3 DIFFERE 6 INCAPACITE				

LANGUE DE L'INTERVIEW**.....	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
INTERPRETE (OUI = 1; NON = 2).....	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
**CODES LANGUES: FRANCAIS.....01 GOR.....05 LELE.....09 MOUSSEYE.....13 ARABE TCHADIEN..02 GORANE.....06 MABA (OUADDAIEN)..10 NGAMBAY.....14 SAR.....03 GOULEY.....07 MBAY.....11 TOUPOURI.....15 BORNOU.....04 KANEMBOU...08 MOUNDANG.....12 AUTRES LANGUES...16	

CONTROLEUSE	CHEF D'EQUIPE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
DATE _____	DATE _____		

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même et votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à N'Djaména, à Abéché, à Moundou, à Sarh, dans une autre ville, dans un village ou à l'étranger?	N'DJAMENA.....1 ABECHE/MOUNDOU/SARH.....2 PETITE VILLE.....3 VILLAGE.....4 ETRANGER.....5	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE)?	NOMBRE D'ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUR.....96	→ 105
104	Juste avant de vous installer à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE), viviez-vous à N'Djaména, à Abéché, à Moundou, à Sarh, dans une autre ville, dans un village ou à l'étranger?	N'DJAMENA.....1 ABECHE/MOUNDOU/SARH.....2 PETITE VILLE.....3 VILLAGE.....4 ETRANGER.....5	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHERENTS	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→ 108
107A	Pourquoi n'avez-vous pas fréquenté l'école?	ECOLE INEXISTANTE.....01 ECOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN...02 POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS...03 DEVAIT TRAVAILLER.....04 REFUS DES PARENTS.....05 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	→ 114
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire, supérieur, professionnel niveau secondaire, professionnel niveau supérieur ou école coranique?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3 PROFESSIONNEL NIV. SECONDAIRE...4 PROFESSIONNEL NIV. SUPERIEUR...5 ECOLE CORANIQUE.....6	→ 114
109	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevée à ce niveau*?	ANNEE.....	

* CODES POUR Q.109:

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE (Y COMPRIS LES MEDERSA)	SUPERIEUR	PROFESSIONNEL NIVEAU SECONDAIRE	PROFESSIONNEL NIVEAU SUPERIEUR
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE DANS LE NIVEAU CORRESPONDANT				
CLASSE	1 = CP1 2 = CP2 3 = CE1 4 = CE2 5 = CM1 6 = CM2	1 = 6ème 2 = 5ème 3 = 4ème 4 = 3ème 5 = 2nde 6 = 1ère 7 = Terminale	1 = 1ère année 2 = 2ème année 3 = 3ème année 4 = 4ème année ou +	1 = 6ème ou 1ère an. 2 = 5ème ou 2ème an. 3 = 4ème ou 3ème an. 4 = 3ème ou 4ème an. 5 = 2nde ou 5ème an. 6 = 1ère ou 6ème an. 7 = Term.ou 7ème an.	1 = 1ère année 2 = 2ème année 3 = 3ème année 4 = 4ème année ou +

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
110	VERIFIER 106: AGEE DE 29 ANS <input type="checkbox"/> OU MOINS	AGEE DE 30 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>	113
111	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI.....1 NON.....2	113
112	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école?	TOMBEE ENCEINTE.....01 S'EST MARIEE.....02 GARDE DES ENFANTS +JEUNES.....03 FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE AUX CHAMPS OU AU TRAVAIL.....04 POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS.....05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT.....06 SUFFISAMMENT SCOLARISEE.....07 ECHEC A L'ECOLE.....08 N'AIME PAS L'ECOLE.....09 ECOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN...10 MANQUE DE TUTEUR.....11 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	
113	VERIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/>	SECONDAIRE OU SUPERIEUR <input type="checkbox"/>	115
114	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout ?	FACILEMENT.....1 DIFFICILEMENT.....2 PAS DU TOUT.....3	116
114A	Dans quelle langue savez-vous lire principalement? SI PLUSIEURS LANGUES SONT CITEES, N'ENCERCLER LE CODE QUE DE LA LANGUE QUI SE TROUVE LA PREMIERE SUR LA LISTE	FRANÇAIS.....1 ARABE.....2 AUTRE LANGUE.....3	
115	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
116	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio chaque jour?	OUI.....1 NON.....2	
117	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
118	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE.....1 PROTESTANT.....2 MUSULMAN.....3 ANIMISTE.....4 SANS RELIGION.. ..5 AUTRE.....6 (PRECISER)	
119	Quelle est votre ethnie?	<input type="text"/>	
119A	Il arrive parfois que des enfants, qui jouent normalement pendant la journée, éprouvent des difficultés pour voir ou pour se déplacer au crépuscule, après le coucher du soleil. Dans la soirée, ces enfants restent parfois seuls, se tiennent aux habits de leur mère, ils sont incapables de trouver leurs jouets, ou de voir pour manger. Connaissez-vous ce problème?	OUI.....1 NON.....2	120
119B	Quel nom donnez-vous à ce problème? ESSAYEZ D'OBTENIR LE NOM LOCAL DE LA MALADIE	<input type="text"/>	
		NSP.....98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
120	<p>VERIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE</p> <p>L'ENQUETEE N'EST PAS RESIDENTE HABITUELLE <input type="checkbox"/></p> <p>L'ENQUETE EST RESIDENTE HABITUELLE <input type="checkbox"/></p>		201
121	<p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement.</p> <p>Quel est le nom de l'endroit où vous vivez habituellement?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>SI DIFFERENT DE N'DJAMENA, ABECHÉ, MOUNDOU, SARH OU DE L'ETRANGER, DEMANDER:</p> <p>Est-ce une ville ou un village?</p>	<p>N'DJAMENA.....1 → 123</p> <p>ABECHE/MOUNDOU/SARH.....2</p> <p>PETITE VILLE.....3</p> <p>VILLAGE.....4</p> <p>ETRANGER.....5 → 123</p>	
122	<p>Dans quelle préfecture est-ce situé?</p>	<p>BATHA.....01</p> <p>BET.....02</p> <p>BILTINE.....03</p> <p>CHARI BAGUIRMI.....04</p> <p>GUERA.....05</p> <p>KANEM.....06</p> <p>LAC.....07</p> <p>LOGONE OCCIDENTAL.....08</p> <p>LOGONE ORIENTAL.....09</p> <p>MAYO KEBBI.....10</p> <p>MOYEN CHARI.....11</p> <p>OJADDAI.....12</p> <p>SALAMAT.....13</p> <p>TANJILE.....14</p>	
123	<p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement.</p> <p>D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?</p>	<p>EAU DU ROBINET</p> <p>ROBINET DANS LOGEMENT/ COUR/CONCESSION.....11 → 125</p> <p>FONTAINE PUBLIQUE.....12</p> <p>EAU DE PUIT</p> <p>PUITS TRADITIONNEL DANS COUR/CONCESSION.....21</p> <p>PUITS MODERNE/FORAGE DANS COUR/CONCESSION.....22 → 125</p> <p>PUITS TRADITIONNEL PUBLIC/COMMUNAUTAIRE.....23</p> <p>PUITS MODERNE/FORAGE PUBLIC/COMMUNAUTAIRE.....24</p> <p>EAU DE SURFACE</p> <p>RUISSEAU/RIVIERE/FLEUVE.....31</p> <p>MARE/LAC/MARIGOT.....32</p> <p>EAU DE PLUIE.....41 → 125</p> <p>EAU DE CAMION CITERNE.....51</p> <p>VENDEUR D'EAU.....61 → 125</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p>	
124	<p>Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?</p>	<p>MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SUR PLACE.....996</p>	
125	<p>Quel genre de toilettes avez-vous dans votre ménage?</p>	<p>CHASSE D'EAU</p> <p>CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11</p> <p>CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12</p> <p>FOSSE/LATRINES</p> <p>FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES..21</p> <p>FOSSE/LATRINES AMELIOREES.....22</p> <p>PAS DE TOILETTES/NATURE.....31</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER	
			A	
126	Dans votre ménage, avez-vous: L'électricité du réseau? L'électricité personnelle (groupe électrogène, panneau solaire, batteries)? Une radio? Une télévision? Le téléphone? Un réfrigérateur/congélateur?		OUI	NON
		ELECTRICITE DU RESEAU.....1	2	
		ELECTRICITE PERSONNELLE....1	2	
		RADIO.....1	2	
		TELEVISION.....1	2	
		TELEPHONE.....1	2	
		REFRIGERATEUR/CONGELATEUR..1	2	
126A	Dans votre ménage, quel type d'éclairage utilisez-vous principalement?	ELECTRICITE.....1 LAMPE A GAZ.....2 LAMPE A PETROLE.....3 LAMPE TORCHE (A PILES)....4 BOIS/TIGE/PAILLE.....5 AUTRE _____ 6 (PRECISER)		
126B	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
127	Pouvez-vous décrire le plancher de votre maison?	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE.....11 PLANCHER FINI CARREAUX.....21 CIMENT.....22 AUTRE _____ 96 (PRECISER)		
127A	Pouvez-vous décrire le toit de votre maison?	TOIT TRADITIONNEL PAILLE.....11 BANCO.....12 TOIT MODERNE TOLE.....21 BETON.....22 AUTRE _____ 96 (PRECISER)		
127B	Pouvez-vous décrire les murs de votre maison?	MUR TRADITIONNEL PAILLE.....11 BANCO.....12 SEMI-DUR.....13 MUR MODERNE DUR.....21 AUTRE _____ 96 (PRECISER)		
128	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède: Une bicyclette? Une mobylette ou motocyclette? Une voiture? Une pirogue? Une charrette? Un chameau, un cheval ou un âne?		OUI	NON
		BICYCLETTE.....1	2	
		MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE....1	2	
		VOITURE.....1	2	
		PIROGUE.....1	2	
		CHARRETTE.....1	2	
		CHAMEAU/CHEVAL/ANE.....1	2	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues dans votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants?	OUI.....1 NON.....2	 →206
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	 →204
203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	
204	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI.....1 NON.....2	 →206
205	Combien de fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun enfant qui a crié ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	 →208
207	Combien de vos fils sont décédés? Combien de vos filles sont décédées? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS DECEDE..... FILLE DECEDEE.....	
208	FAITES LA SOMME DE Q. 203, 205 ET 207, ET NOTER LE TOTAL. SI "AUCUN", NOTER '00'	TOTAL.....	
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact?		
	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
		INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.	
210	VERIFIER 208: AU MOINS UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>	 →227

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.
 NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES A 212. NOTER LES JUMEUX ET TRIPLES SUR DES LIGNES SEPARÉES.

212	213	214	215	216	217 SI VIVANT:	218 SI VIVANT	219 SI DECEDE:	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	SOUSTRAYER L'ANNEE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNEE DE NAISSANCE PRECEDENTE. LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRECEDENTE) et (NOM)?
01	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3		
02	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
03	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
04	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
05	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
06	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
07	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?	(NOM) est-il/elle toujours en vie/	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	SOUSTRAIRE L'ANNEE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNEE DE NAISSANCE PRECEDENTE. LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM) DE LA NAISSANCE PRECEDENTE) et (NOM)?

08	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS... <input type="text"/>	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI....1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	ANNEE.. <input type="text"/>	NON..2	<input type="text"/>	NON...2	MOIS...2	NON....2	NON..2
				↓		(ALLEZ A 220)	ANNEES..3	(NAIS. SUIVANTE)	
09	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS... <input type="text"/>	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI....1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	ANNEE.. <input type="text"/>	NON..2	<input type="text"/>	NON...2	MOIS...2	NON....2	NON..2
				↓		(NAIS. SUIVANTE)	ANNEES..3	(NAIS. SUIVANTE)	
10	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS... <input type="text"/>	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI....1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	ANNEE.. <input type="text"/>	NON..2	<input type="text"/>	NON...2	MOIS...2	NON....2	NON..2
				↓		(ALLEZ A 220)	ANNEES..3	(NAIS. SUIVANTE)	
11	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS... <input type="text"/>	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI....1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	ANNEE.. <input type="text"/>	NON..2	<input type="text"/>	NON...2	MOIS...2	NON....2	NON..2
				↓		(ALLEZ A 220)	ANNEES..3	(NAIS. SUIVANTE)	

222 SOUSTRAIRE L'ANNEE DE NAISSANCE DU DERNIER ENFANT DE L'ANNEE DE L'INTERVIEW. OUI....1 → PASSER A 223
LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS? NON....2 → PASSER A 224

223 Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DERNIERE NAISSANCE)? OUI.....1
NON.....2

224 COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER:

LES NOMBRES SONT LES MEMES LES NOMBRES SONT DIFFERENTS (VERIFIER ET CORRIGER)

VERIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE: L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE

POUR CHAQUE ENFANT DECEDE: L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE

POUR L'AGE AU DECES 12 MOIS ou 1 AN : VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.

225 VERIFIER 215 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1991. S'IL N'Y EN A PAS, NOTER '0'.

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	
227	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	→ 236
228	De combien de mois êtes-vous enceinte? NOTER LE NOMBRE DE MOIS REVOLUS	MOIS.....	<input type="text"/>
229	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus avoir d'enfant</u> ?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE PLUS AVOIR D'ENFANT.....3	
236	Quand vos dernières règles ont-elles commencé? (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNEE)	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 ANNEES.....4 EN MENOPAUSE.....994 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE.....995 JAMAIS EU DE REGLES.....996	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
237	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y-a-t-il des moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 239
238	A quels moments du cycle menstruel, une femme a-t-elle le plus de chances de tomber enceinte?	DURANT SES REGLES.....01 JUSTE APRES LA FIN DES REGLES.....02 AU MILIEU DU CYCLE.....03 JUSTE AVANT DEBUT DES REGLES...04 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	
239	Avez-vous eu certaines grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	OUI.....1 NON.....2	→ 301
240	Combien avez-vous eu de grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	NOMBRE DE GROSSESSES.....	<input type="text"/>
241	Parmi ces grossesses combien ont abouti à: - un avortement provoqué volontairement? - un avortement spontané, c'est-à-dire une fausse-couche? - un mort-né?	AVORTEMENT PROVOQUE..... FAUSSE-COUCHE..... MORT-NE.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.

ENCERCLER LE CODE '1' DANS 301 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
 PUIS CONTINUER A LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
 EN CERCLER LE CODE '2' SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE '3' SI ELLE N'EST PAS RECONNUE.
 PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE '1' OU '2' EN CERCLER A 301 OU A 302, POSER 303.

301 Quels sont les moyens ou méthodes dont vous avez entendu parler?	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?		303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?
	OUI SPONTANE	OUI DESCRIPTION NON	
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours pour éviter ou retarder une grossesse.	1	2	OUI.....1 NON.....2
02 DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	1	2	OUI.....1 NON.....2
03 INJECTION Les femmes peuvent avoir une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	1	2	OUI.....1 NON.....2
04 IMPLANT/NORPLANT Les femmes se font insérer sous la peau du bras plusieurs petits bâtonnets qui empêchent de tomber enceinte pendant plusieurs années.	1	2	OUI.....1 NON.....2
05 DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	1	2	OUI.....1 NON.....2
06 CONDOM (PRESERVATIF) Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	1	2	OUI.....1 NON.....2
07 STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
08 STERILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	Avez-vous déjà vécu avec un homme qui avait eu une opération pour éviter d'avoir des enfants? OUI.....1 NON.....2
09 RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter d'avoir des rapports sexuels les jours du mois pendant lesquels elle est plus susceptible de tomber enceinte.	1	2	OUI.....1 NON.....2
10 RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	1	2	OUI.....1 NON.....2
11 Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	1	3	OUI.....1 NON.....2 OUI.....1 NON.....2

304 VERIFIER 303: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE) → PASSER A 309

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
305	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→331
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303 ET 304 (ET 302 SI NECESSAIRE).		
309	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN ENREGISTRER '00'	NOMBRE D'ENFANTS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
310	Au moment où vous avez commencé à utiliser la planification familiale pour la première fois, était-ce parce que vous vouliez avoir un autre enfant, mais vous le vouliez plus tard, ou parce que vous ne vouliez plus avoir d'enfant?	VOULAIT ENFANT PLUS TARD.....1 NE VOULAIT PLUS D'ENFANT.....2 AUTRE.....6 (PRECISER)	
311	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/>		→314A
312	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→332
313	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→331
314	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT/NORPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDON.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....96 (PRECISER)	→326 →318 →323 →326
314A	ENCERCLER '07' POUR STERILISATION FEMININE		
315	Puis-je voir la boîte de pilule que vous utilisez en ce moment? SI LE PAQUET EST MONTRE, NOTER LE NOM DE LA MARQUE	BOITE VUE.....1 MARQUE..... <input type="text"/> <input type="text"/> BOITE NON VUE.....2	→317
316	Connaissez-vous le nom de la marque de pilule que vous utilisez en ce moment? NOTER LE NOM DE LA MARQUE	MARQUE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
317	Combien vous coûte une boîte (cycle) de pilule?	COUT..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998	→326

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
318	<p>Où a eu lieu la stérilisation?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE PUBLIC.....11</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....21 CLINIQUE/CABINET MEDICAL.....22 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 26 (PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	
319	<p>Regrettez-vous d'avoir eu (ou que votre mari ait eu) une opération pour ne plus avoir d'enfants?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2</p>	→321
320	<p>Pourquoi regrettez-vous l'opération?</p>	<p>ENQUETEE VEUT AUTRE ENFANT.....01 MARI/CONJOINT VEUT ENFANT.....02 EFFETS SECONDAIRES.....03 ENFANT DECEDE.....04</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>	
321	<p>En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?</p>	<p>MOIS.....</p> <p>ANNEE.....</p>	→327
323	<p>Comment déterminez-vous les jours de votre cycle mensuel pendant lesquels vous ne devez pas avoir de relations sexuelles?</p>	<p>BASEE SUR LE CALENDRIER.....01 BASEE SUR TEMPERATURE CORPS....02 BASEE SUR MUCUS CERVICAL (METHODE BILLINGS).....03 BASEE SUR TEMPERATURE DU CORPS ET MUCUS CERVICAL.....04 PAS DE SYSTEME SPECIFIQUE.....05</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
326	<p>Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE) de façon continue?</p> <p>SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.</p>	<p>MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>8 ANS OU PLUS.....96</p>	
327	<p>VERIFIER 314:</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE:</p>	<p>PILULE.....01</p> <p>DIU.....02</p> <p>INJECTION.....03</p> <p>IMPLANT/NORPLANT.....04</p> <p>DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05</p> <p>CONDOM.....06</p> <p>STERILISATION FEMININE.....07</p> <p>STERILISATION MASCULINE.....08 → 329A</p> <p>CONTINENCE PERIODIQUE.....09</p> <p>RETRAIT.....10 → 332</p> <p>AUTRE METHODE.....96</p>	
328	<p>Où avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET EN CERCLER LE CODE APPROPRIE.</p> <p>ATTENTION: SI LA REPONSE EST "HOPITAL MILITAIRE/GARNISON" EN CERCLER LE CODE '12' POUR N'DJAMENA ET LE CODE '13' POUR LES AUTRES VILLES</p> <p>ATTENTION: SI LA REPONSE EST "INFIRMERIE" INSISTEZ POUR SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE VRAI INFIRMERIE (CODE '25' "CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE") OU S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL OU D'UN CENTRE DE SANTE PUBLIC</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL/MATERNITE PUBLIC.....11</p> <p>HOPITAL MILITAIRE/GARNISON.....12</p> <p>CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE/ GARNISON.....13</p> <p>POLYCLINIQUE.....14</p> <p>PHARMACIE DE L'HOPITAL OU DU CENTRE DE SANTE.....15</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE.....21</p> <p>CLINIQUE/CABINET MEDICAL.....22</p> <p>AS. TCHAD BIEN ETRE FAMIL.....23</p> <p>CENTRE DE SANTE PRIVE.....24</p> <p>CENTRE SANTE D'ENTREPRISE.....25</p> <p>PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT.....26</p> <p>AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 27 (PRECISER)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVE</p> <p>PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....31</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/BAR/MARCHE.....41</p> <p>SECOURISTE.....42</p> <p>VENDEUR AMBULANT.....43</p> <p>AMIS/VOISINS/PARENTS.....44</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
329	Connaissez-vous un autre endroit où vous auriez pu vous procurer (METHODE) la dernière fois?	OUI.....1 NON.....2	→335
329A	Au moment de la stérilisation, connaissiez-vous un autre endroit où vous auriez pu subir cette même opération?*		
330	<p>Les gens choisissent l'endroit où se procurer des services de planification familiale, pour différentes raisons.</p> <p>Quelle est la raison principale pour laquelle vous êtes allée à (NOM DE L'ENDROIT CITE A Q.328 OU Q.318) plutôt qu'à l'autre endroit que vous connaissez?</p> <p>NOTER LA REPONSE ET ENCERCLER LE CODE</p> <p>_____</p>	<p>ACCESSIBILITE</p> <p>PLUS PROCHE DOMICILE.....11</p> <p>PLUS PROCHE MARCHÉ/TRAVAIL...12</p> <p>TRANSPORT DISPONIBLE.....13</p> <p>RAISONS RELATIVES AU SERVICE</p> <p>PERSONNEL PLUS COMPETENT/ AIMABLE.....21</p> <p>PLUS PROPRE.....22</p> <p>OFFRE PLUS D'INTIMITE.....23</p> <p>ATTENTE MOINS LONGUE.....24</p> <p>TEMPS D'OUVERTURE PLUS LONG...25</p> <p>UTILISE AUTRES SERVICES DANS L'ETABLISSEMENT.....26</p> <p>COUTS PLUS FAIBLES/MOINS CHER..31</p> <p>VOULAIT ANONYMAT.....41</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	→335
331	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse?	<p>NON MARIEE.....11</p> <p>RAISONS LIEES A LA FECONDITE</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....21</p> <p>RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22</p> <p>MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23</p> <p>SOUS-FECONDE/STERILE.....24</p> <p>POST-PARTUM/ALLAITEMENT.....25</p> <p>VEUT DES (D'AUTRES) ENFANTS...26</p> <p>ENCEINTE.....27</p> <p>OPPOSITION A L'UTILISATION</p> <p>ENQUETEE OPPOSEE.....31</p> <p>MARI/CONJOINT OPPOSE.....32</p> <p>AUTRES PERS. OPPOSEES.....33</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX.....34</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAIT AUCUNE METHODE....41</p> <p>NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42</p> <p>RAISONS LIEES AUX METHODES</p> <p>PROBLEMES DE SANTE.....51</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53</p> <p>TROP CHERE.....54</p> <p>PAS PRATIQUE A UTILISER.....55</p> <p>INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	

SECTION 4A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 225 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV.1991	<input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991	<input type="checkbox"/>	(PASSER A 465)
-----	---	--------------------------	---	--------------------------	----------------

402 INSCRIRE LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de la santé des enfants que vous avez eus durant les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)

403	VOIR SECTION 2: N° DE LIGNE DE LA Q. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----	---	----------------------	----------------------	----------------------

404	SELON Q. 212 ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>
-----	-------------------------------	--	---	---

405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte, à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus (pas) avoir d'enfants?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 407)←	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 407)←	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 407)←
		PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2
		NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407)←	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407)←	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407)←

406	Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	MOIS.....1 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/>
		ANNEES.....2 <input type="text"/>	ANNEES.....2 <input type="text"/>	ANNEES.....2 <input type="text"/>
		NSP.....998	NSP.....998	NSP.....998

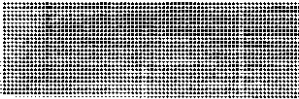
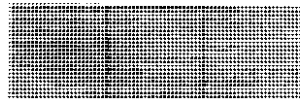
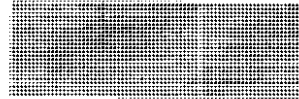

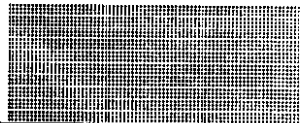
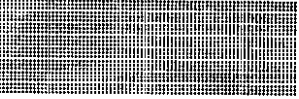
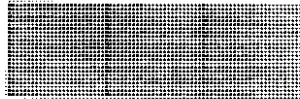
407	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals au sujet de cette grossesse ? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES. SI "ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE" INISTEZ POUR SAVOIR SI ELLE A REÇU UNE FORMATION. -PARFOIS LES ACCOUCHEUSES FORMEES ONT UNE TROUSSE CONTENANT DIVERS MEDICAMENTS. -DEMANDEZ SI L'ACCOUCHEUSE A DES CONTACTS AVEC L'INFIRMIER DE LA ZONE	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE.....C MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE.....D ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE.....E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE.....F AGENT DE SANTE VILLAGEOISE.....G SECOURISTE.....H GUERISSEUR.....I AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE.....C MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE.....D ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE.....E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE.....F AGENT DE SANTE VILLAGEOISE.....G SECOURISTE.....H GUERISSEUR.....I AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE.....C MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE.....D ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE.....E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE.....F AGENT DE SANTE VILLAGEOISE.....G SECOURISTE.....H GUERISSEUR.....I AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410)←
-----	---	--	--	--

408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale? DEMANDER A VOIR LE CARNET DE SANTE	MOIS..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/>
		NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98

409	Combien de fois avez-vous été en consultation prénatale durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
		NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98

410	Quand vous étiez enceinte de (NOM) vous a-t-on fait une injection dans le bras ou la fesse pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à-dire d'avoir des convulsions après la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412)←
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
411	Pendant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE..... <input type="checkbox"/> NSP.....8	NOMBRE..... <input type="checkbox"/> NSP.....8	NOMBRE..... <input type="checkbox"/> NSP.....8
412	Où avez-vous accouché de (NOM)? ATTENTION: SI LA REPONSE EST "HOPITAL MILITAIRE/GARNISON", ENCERCLER LE CODE "22" POUR N'DJAMENA ET LE CODE "23" POUR LES AUTRES VILLES. SI LA REPONSE EST "INFIRMERIE" INSISTEZ POUR SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE VRAIE INFIRMERIE (CODE "34") OU S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL ("21") OU D'UN CENTRE DE SANTE ("23")	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....21 HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....22 CENTRE DE SANTE/DIS- PENSARE/GARNISON....23 POLYCLINIQUE.....24 AUTRE PUBLIC.....26 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....31 CLINIQUE/CAB. MEDICAL..32 CENTRE SANTE PRIVE....33 CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....34 AUTRE PRIVE.....36 (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE....41 AUTRE.....96 (PRECISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....21 HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....22 CENTRE DE SANTE/DIS- PENSARE/GARNISON....23 POLYCLINIQUE.....24 AUTRE PUBLIC.....26 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....31 CLINIQUE/CAB. MEDICAL..32 CENTRE SANTE PRIVE....33 CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....34 AUTRE PRIVE.....36 (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE....41 AUTRE.....96 (PRECISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....21 HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....22 CENTRE DE SANTE/DIS- PENSARE/GARNISON....23 POLYCLINIQUE.....24 AUTRE PUBLIC.....26 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....31 CLINIQUE/CAB. MEDICAL..32 CENTRE SANTE PRIVE....33 CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....34 AUTRE PRIVE.....36 (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE....41 AUTRE.....96 (PRECISER)
413	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES. SI "ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE" INSISTEZ POUR SAVOIR SI ELLE A REÇU UNE FORMATION. -PARFOIS LES ACCOUCHEUSES FORMEES ONT UNE TROUSSE CONTENANT DIVERS MEDICAMENTS. -DEMANDEZ SI L'ACCOUCHEUSE A DES CONTACTS AVEC L'INFIRMIER DE LA ZONE	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE.....C MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE.....D ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE.....E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE.....F AGENT DE SANTE VILLAGEOISE.....G SECOURISTE.....H GUERISSEUR.....I AMIS/VOISINS/PARENTS...J AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE.....C MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE.....D ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE.....E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE.....F AGENT DE SANTE VILLAGEOISE.....G SECOURISTE.....H GUERISSEUR.....I AMIS/VOISINS/PARENTS...J AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE.....C MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE.....D ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE.....E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE.....F AGENT DE SANTE VILLAGEOISE.....G SECOURISTE.....H GUERISSEUR.....I AMIS/VOISINS/PARENTS...J AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y
414	Au moment de la naissance de (NOM) avez-vous eu un des problèmes suivants: Un long travail, c'est-à-dire contractions régulières qui ont duré plus de 12 heures ? Des saignements excessifs si importants que vous avez pensé que votre vie était en danger? Une forte fièvre accompagnée de pertes vaginales malodorantes? Des convulsions non causées par la fièvre?	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2 SAIGNEMENTS EXCESSIFS.....1 2 FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES..1 2 CONVULSIONS.....1 2	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2 SAIGNEMENTS EXCESSIFS.....1 2 FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES..1 2 CONVULSIONS.....1 2	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2 SAIGNEMENTS EXCESSIFS.....1 2 FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES..1 2 CONVULSIONS.....1 2

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
415	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
416	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: très gros(se), plus gros(se) que la moyenne, moyen(ne), plus petit(e) que la moyenne, ou très petit(e)?	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8
417	(NOM) a-t-il/elle été pesé à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 420) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 420) ←
418	Combien pesait (NOM)? ENREGISTRER LE POIDS PORTE SUR LE CARNET DE SANTE, SI DISPONIBLE	GRAMMES DU CARNET....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MEMOIRE...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998	GRAMMES DU CARNET....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MEMOIRE...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998	GRAMMES DU CARNET....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MEMOIRE...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998
419	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 421) ← NON.....2 (PASSER A 422) ←		
420	Vos règles sont-elles revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424) ←
421	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de règles?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
422	VOIR 227: FEMME ENCEINTE?	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> (PASSER A 424)		
423	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 425) ←		
424	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
425	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431) ←

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
426	Combien de temps après sa naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS DE 1 HEURE, INSCRIRE '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIRE DES HEURES. AUTREMENT, INSCRIRE DES JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER A 429) ←
427	VOIR 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 429)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 429)	
428	Allaitiez-vous encore (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 432) ← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 432) ← NON.....2	
429	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
430	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
431	VOIR 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER A 440)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434)
432	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) la nuit dernière entre le coucher et lever du soleil? SI REPONSE NON-NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/> <input type="text"/>	
433	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) hier, pendant les heures de la journée? SI REPONSE NON-NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	
434	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 435) ←

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
		NOM _____		NOM _____		NOM _____	
434A	VOIR 428: ENFANT ALLAITE?	'OUI' A 428 <input type="checkbox"/>	'NON'A 428 OU 428 NON POSEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 435)	'OUI' A 428 <input type="checkbox"/>	'NON'A 428 OU 428 NON POSEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 435)		
434B	Est-ce que (NOM) a reçu quel- que chose à manger ou à boire autre que le lait maternel, même de l'eau, à n'importe quel moment, hier ou la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 438)←		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 438)←			
435	Est-ce que (NOM) a reçu, à n'importe quel moment, hier ou la nuit dernière, un des aliments ou boissons suivants:	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON NSP	
	Eau?	EAU1 2 8		EAU1 2 8		EAU1 2 8	
	Eau sucrée?	EAU SUCREE.....1 2 8		EAU SUCREE.....1 2 8		EAU SUCREE.....1 2 8	
	Jus?	JUS.....1 2 8		JUS.....1 2 8		JUS.....1 2 8	
	Tisane?	TISANE.....1 2 8		TISANE.....1 2 8		TISANE.....1 2 8	
	Aliment pour bébé?	ALIMENT POUR BEBE...1 2 8		ALIMENT POUR BEBE...1 2 8		ALIMENT POUR BEBE...1 2 8	
	Lait en boîte ou en poudre?	LAIT BOITE/POUDRE...1 2 8		LAIT BOITE/POUDRE...1 2 8		LAIT BOITE/POUDRE...1 2 8	
	Lait d'animal?	LAIT D'ANIMAL.....1 2 8		LAIT D'ANIMAL.....1 2 8		LAIT D'ANIMAL.....1 2 8	
	N'importe quel autre liquide?	AUTRES LIQUIDES.....1 2 8		AUTRES LIQUIDES.....1 2 8		AUTRES LIQUIDES.....1 2 8	
	Bouillie, boule, pain ou be- ignet à base de blé, sorgho, mil, maïs ou riz?	AL. BASE BLE SORGHO /MIL/MAIS/RIZ.....1 2 8		AL. BASE BLE SORGHO /MIL/MAIS/RIZ.....1 2 8		AL. BASE BLE SORGHO /MIL/MAIS/RIZ.....1 2 8	
	Bouillie, purée, boule à base de manioc, plantain, igname patate, pomme de terre, tarot?	AL. BASE MANIOC PLAN- TAIN/IGNAME/PATATE /P.DE T./TAROT.....1 2 8		AL. BASE MANIOC PLAN- TAIN/IGNAME/PATATE /P.DE T./TAROT.....1 2 8		AL. BASE MANIOC PLAN- TAIN/IGNAME/PATATE /P.DE T./TAROT.....1 2 8	
	Oeufs, poissons ou volailles?	OEUF/POIS./VOLAIL...1 2 8		OEUF/POIS./VOLAIL...1 2 8		OEUF/POIS./VOLAIL...1 2 8	
	Viande?	VIANDE.....1 2 8		VIANDE.....1 2 8		VIANDE.....1 2 8	
	Autres aliments solides ou semi-solides?	AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES...1 2 8		AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES...1 2 8		AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES...1 2 8	
436	VOIR 435 : NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE HIER	"OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/>	"NON/NSP" A TOUT <input type="checkbox"/> (PASSER A 438)	"OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/>	"NON/NSP" A TOUT <input type="checkbox"/> (PASSER A 438)	"OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/>	"NON/NSP" A TOUT <input type="checkbox"/> (PASSER A 438)
437	(A part le lait maternel), combien de fois (NOM) a-t-il/ elle mangé hier, y compris les repas et les en-cas comme des bouillies, beignets, biscuits? SI "7 FOIS OU +" NOTEZ "7".	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8		NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8		NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	

	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
438	Combien de jours sur les 7 derniers jours, (NOM) a-t-il/elle reçu un des liquides et/ou aliments suivants:		
Eau?	EAU <input type="checkbox"/>	EAU <input type="checkbox"/>	EAU <input type="checkbox"/>
Lait (autre que lait maternel)?	LAIT..... <input type="checkbox"/>	LAIT..... <input type="checkbox"/>	LAIT..... <input type="checkbox"/>
Liquides autres qu'eau ou lait?	AUTRES LIQUIDES..... <input type="checkbox"/>	AUTRES LIQUIDES..... <input type="checkbox"/>	AUTRES LIQUIDES..... <input type="checkbox"/>
Bouillie, boule, pain ou beignet à base de blé, sorgho, mil, maïs ou riz?	ALIM. BASE DE BLE/ SORGHO/MIL/MAIS/RIZ... <input type="checkbox"/>	ALIM. BASE DE BLE/ SORGHO/MIL/MAIS/RIZ... <input type="checkbox"/>	ALIM. BASE DE BLE/ SORGHO/MIL/MAIS/RIZ... <input type="checkbox"/>
Bouillie, purée, boule à base de manioc, plantain, igname patate, pomme de terre, tarot?	ALIM. BASE DE MANIOC PLANTAIN/IGNAME/ PATATE/P.DE T./TAROT.. <input type="checkbox"/>	ALIM. BASE DE MANIOC PLANTAIN/IGNAME/ PATATE/P.DE T./TAROT.. <input type="checkbox"/>	ALIM. BASE DE MANIOC PLANTAIN/IGNAME/ PATATE/P.DE T./TAROT.. <input type="checkbox"/>
Oeufs, poissons ou volailles?	OEUF/POISSON/VOLAILLE.. <input type="checkbox"/>	OEUF/POISSON/VOLAILLE.. <input type="checkbox"/>	OEUF/POISSON/VOLAILLE.. <input type="checkbox"/>
Viande?	VIANDE..... <input type="checkbox"/>	VIANDE..... <input type="checkbox"/>	VIANDE..... <input type="checkbox"/>
Feuille verte?	FEUILLE VERTE..... <input type="checkbox"/>	FEUILLE VERTE..... <input type="checkbox"/>	FEUILLE VERTE..... <input type="checkbox"/>
Carotte?	CAROTTE..... <input type="checkbox"/>	CAROTTE..... <input type="checkbox"/>	CAROTTE..... <input type="checkbox"/>
Mangue (y compris le jus)?	MANGUE..... <input type="checkbox"/>	MANGUE..... <input type="checkbox"/>	MANGUE..... <input type="checkbox"/>
Papaye?	PAPAYE..... <input type="checkbox"/>	PAPAYE..... <input type="checkbox"/>	PAPAYE..... <input type="checkbox"/>
Melon?	MELON..... <input type="checkbox"/>	MELON..... <input type="checkbox"/>	MELON..... <input type="checkbox"/>
Autres aliments solides ou semi-solides?	AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES..... <input type="checkbox"/>	AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES..... <input type="checkbox"/>	AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES..... <input type="checkbox"/>
SI "NSP", NOTEZ '8'.			
439	RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.	RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.	RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTE

440 NOTER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991 DANS LE TABLEAU.
POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS
NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

441	VOIR SECTION 2: N° DE LIGNE DE LA Q. 212	DERNIERE NAISSANCE <input type="text"/>	AVANT-DERNIERE NAISS. <input type="text"/>	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. <input type="text"/>
-----	--	--	---	---

442	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISS. ALLER A 465	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISS. ALLER A 465	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISS. ALLER A 465
-----	---------------------------	--	--	--

443	Avez-vous une carte ou carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je la voir, s'il vous plaît?	OUI, VUE.....1 (PASSER A 445) ← OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 447) ← PAS DE CARTE.....3	OUI, VUE.....1 (PASSER A 445) ← OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 447) ← PAS DE CARTE.....3	OUI, VUE.....1 (PASSER A 445) ← OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 447) ← PAS DE CARTE.....3
-----	--	--	--	--

444	Avez-vous déjà eu une carte ou carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 447) ← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 447) ← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 447) ← NON.....2
-----	--	--	--	--

445	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATIONS POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DE LA CARTE. (2) INSCRIRE '44' DANS LA COLONNE 'JOUR', SI LA CARTE INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE, MAIS LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE.		JOUR MOIS ANNEE	JOUR MOIS ANNEE	JOUR MOIS ANNEE			
		BCG	BCG	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>
		POLIO D (à naiss.)	P0	<input type="text"/>	P0	<input type="text"/>	P0	<input type="text"/>
		POLIO 1	P1	<input type="text"/>	P1	<input type="text"/>	P1	<input type="text"/>
		POLIO 2	P2	<input type="text"/>	P2	<input type="text"/>	P2	<input type="text"/>
		POLIO 3	P3	<input type="text"/>	P3	<input type="text"/>	P3	<input type="text"/>
		DTCOQ 1	DCoq1	<input type="text"/>	DCoq1	<input type="text"/>	DCoq1	<input type="text"/>
		DTCOQ 2	DCoq2	<input type="text"/>	DCoq2	<input type="text"/>	DCoq2	<input type="text"/>
		DTCOQ 3	DCoq3	<input type="text"/>	DCoq3	<input type="text"/>	DCoq3	<input type="text"/>
		DTCP 1	DTCP1	<input type="text"/>	DTCP1	<input type="text"/>	DTCP1	<input type="text"/>
DTCP 2	DTCP2	<input type="text"/>	DTCP2	<input type="text"/>	DTCP2	<input type="text"/>		
ROUGEOLE	ROU	<input type="text"/>	ROU	<input type="text"/>	ROU	<input type="text"/>		
FIEVRE JAUNE	F.J.	<input type="text"/>	F.J.	<input type="text"/>	F.J.	<input type="text"/>		
DERNIERE VITAMINE A	D/VA	<input type="text"/>	D/VA	<input type="text"/>	D/VA	<input type="text"/>		

446	(NOM) a-t-il reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur cette carte/carnet? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETE MENTIONNE LE(S) VACCIN(S) DU BCG, POLIO D-3, DTCOQ 1-3, DTCP 1-2, ROUGEOLE FIEVRE JAUNE ET/OU VIT. A	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A Q.445, PUIS PASSER A 448K) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 448K) ←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A Q.445, PUIS PASSER A 448K) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 448K) ←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A Q.445, PUIS PASSER A 448K) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 448K) ←
-----	---	---	---	---

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
		NOM _____		NOM _____		NOM _____	
447	(NOM) a-t-il/elle reçu de vaccination pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448L) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448L) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448L) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448L) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448L) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448L) ← NSP.....8
448	S'il vous plaît, dites-moi si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes:						
448A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection à l'avant-bras gauche qui laisse une cicatrice?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
448B	Le vaccin contre la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E) ← NSP.....8
448C	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>
448D	Quand est-ce que le premier vaccin contre la polio a été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRES NAISSANCE...1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRES NAISSANCE...1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRES NAISSANCE...1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRES NAISSANCE...1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRES NAISSANCE...1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRES NAISSANCE...1 PLUS TARD.....2
448E	Le vaccin du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite généralement en même temps que l'on donne les gouttes contre la polio?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) ← NSP.....8
448F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>
448G	Le vaccin du DTCP, c'est-à-dire une injection contre plusieurs maladies, comme le tétanos, la coqueluche et la polio?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448I) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448I) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448I) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448I) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448I) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448I) ← NSP.....8
448H	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>
448I	Une injection contre la rougeole?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
448J	Une injection contre la fièvre jaune?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
448K	VOIR 445: VITAMINE A ENREGISTREE?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ PASSER A 449	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ PASSER A 449	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ PASSER A 449	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ PASSER A 449	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ PASSER A 449	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ PASSER A 449
448L	Est-ce que (NOM) a reçu une capsule comme celle-ci? MONTRER LA GELULE DE VIT. A	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449) ← NSP.....8
448M	Il y a combien de temps que (NOM) a reçu une gélule comme celle-ci la dernière fois? INSCRIRE LA REPONSE EN MOIS OU EN ANNEES	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEE.....2 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEE.....2 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEE.....2 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEE.....2 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEE.....2 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEE.....2 <input type="text"/>
449	(NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
450	(NOM) a-t-il/elle souffert de la toux à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) ← NSP.....8
451	Quand (NOM) était malade avec la toux, respirait-il/elle plus rapidement que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
452	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) ←
453	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE ATTENTION: SI LA REPONSE EST "HOPITAL MILITAIRE/GARNISON", ENCERCLER LE CODE "B" POUR N'DJAMENA ET LE CODE "C" POUR LES AUTRES VILLES. SI LA REPONSE EST "INFIRMERIE" INSISTEZ POUR SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE VRAIE INFIRMERIE (CODE "J") OU S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL ("A") OU D'UN CENTRE DE SANTE ("C")	SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSAIRE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E AUTRE PUBLIC _____ F (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K AUTRE PRIVE _____ L (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q AUTRE _____ X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSAIRE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E AUTRE PUBLIC _____ F (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K AUTRE PRIVE _____ L (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q AUTRE _____ X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSAIRE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E AUTRE PUBLIC _____ F (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K AUTRE PRIVE _____ L (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q AUTRE _____ X (PRECISER)
454	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 463A) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 463A) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 463A) ← NSP.....8
455	Est-ce qu'il y avait du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
456	Le pire jour de la diarrhée, combien de selles (NOM) a-t-il/elle eu?	NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
457	(NOM) a-t-il/elle reçu la même quantité de liquide qu'avant la diarrhée, plus ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
458	(NOM) a-t-il/elle reçu la même quantité de nourriture qu'avant la diarrhée, plus ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8 (PASSER A 459) ←

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.		
		NOM _____		NOM _____		NOM _____		
458A	VOIR 428: ENFANT ALLAITE?	'OUI' A 428 <input type="checkbox"/>	'NON' A 428 OU 428 NON POSEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 459)	'OUI' A 428 <input type="checkbox"/>	'NON' A 428 OU 428 NON POSEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 459)			
458B	(NOM) a-t-il/elle reçu la même quantité de lait maternel qu'avant la diarrhée, plus ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3		MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3				
459	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à boire l'une des choses suivantes: Un liquide préparé à partir d'un sachet de SRO comme celui-ci? MONTRER LE SACHET DE SRO Soupe/Bouillie de céréales? Solution salée/sucrée (ORS)? Eau de riz? Lait/lait caillé/yaourt/ou préparation pour bébé? Tisane ou décoction? Eau simple? N'importe quel autre liquide?		OUI NON NSP SACHET SRO.....1 2 8 SOUPE/BOUILLIE.....1 2 8 SOL. SALEE/SUCREE..1 2 8 EAU DE RIZ.....1 2 8 LAIT/LAIT CAILLE/YAOURT/PREP. BEBE..1 2 8 TISANE/DECOCTION...1 2 8 EAU SIMPLE.....1 2 8 AUTRES LIQUIDES....1 2 8 (PRECISER)	OUI NON NSP SACHET SRO.....1 2 8 SOUPE/BOUILLIE.....1 2 8 SOL. SALEE/SUCREE..1 2 8 EAU DE RIZ.....1 2 8 LAIT/LAIT CAILLE/YAOURT/PREP. BEBE..1 2 8 TISANE/DECOCTION...1 2 8 EAU SIMPLE.....1 2 8 AUTRES LIQUIDES....1 2 8 (PRECISER)	OUI NON NSP SACHET SRO.....1 2 8 SOUPE/BOUILLIE.....1 2 8 SOL. SALEE/SUCREE..1 2 8 EAU DE RIZ.....1 2 8 LAIT/LAIT CAILLE/YAOURT/PREP. BEBE..1 2 8 TISANE/DECOCTION...1 2 8 EAU SIMPLE.....1 2 8 AUTRES LIQUIDES....1 2 8 (PRECISER)			
460	Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 462) ← NSP.....8		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 462) ← NSP.....8		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 462) ← NSP.....8		
461	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	COMPRIME OU SIROP.....A INJECTION.....B INTRAVEINEUSE/PERFUSION..C REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES....D AUTRE _____X (PRECISER)	COMPRIME OU SIROP.....A INJECTION.....B INTRAVEINEUSE/PERFUSION..C REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES....D AUTRE _____X (PRECISER)	COMPRIME OU SIROP.....A INJECTION.....B INTRAVEINEUSE/PERFUSION..C REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES....D AUTRE _____X (PRECISER)				
462	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 463A) ←		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 463A) ←		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 463A) ←		

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
463	<p>Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?</p> <p>Quelque part ailleurs?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE</p> <p>ATTENTION: SI LA REPOSE EST "HOPITAL MILITAIRE/GARNISON", ENCERCLER LE CODE "B" POUR N'DJAMENA ET LE CODE "C" POUR LES AUTRES VILLES.</p> <p>SI LA REPOSE EST "INFIRMERIE" INSISTEZ POUR SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE VRAIE INFIRMERIE (CODE "J") OU S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL ("A") OU D'UN CENTRE DE SANTE ("C")</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSARE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F (PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K</p> <p>AUTRE PRIVE _____ L (PRECISER)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M</p> <p>AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSARE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F (PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K</p> <p>AUTRE PRIVE _____ L (PRECISER)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M</p> <p>AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSARE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F (PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K</p> <p>AUTRE PRIVE _____ L (PRECISER)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M</p> <p>AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>
463A	<p>VOIR 119A et 119B</p> <p>CECITE CREPUSCULAIRE CONNUE?</p>	<p>'OUI' A 119A <input type="checkbox"/></p> <p>'NON' A 119A <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSER A 464)</p>	<p>'OUI' A 119A <input type="checkbox"/></p> <p>'NON' A 119A <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSER A 464)</p>	<p>'OUI' A 119A <input type="checkbox"/></p> <p>'NON' A 119A <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSER A 464)</p>
463B	<p>(NOM) souffre-t-il de _____ ? (NOM DE LA MALADIE DE 119B)</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>
464		<p>RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.</p>	<p>RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.</p>	<p>RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.</p>

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A	
465	Quand un enfant a la diarrhée, est-ce-qu'on devrait lui donner à boire moins de liquides que d'habitude, la même quantité, ou plus de liquides que d'habitude?	MOINS DE LIQUIDES.....1 ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2 PLUS DE LIQUIDES.....3 NSP.....8		
466	Quand un enfant a la diarrhée, est-ce-qu'on devrait lui donner à manger moins que d'habitude, la même quantité, ou plus que d'habitude?	MOINS A MANGER.....1 ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2 PLUS A MANGER.....3 NSP.....8		
467	Quand un enfant a la diarrhée, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être emmené(e) dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SELLES LIQUIDES REPETEES.....A DES SELLES LIQUIDES.....B VOMISSEMENTS REPETES.....C DES VOMISSEMENTS.....D SANG DANS LES SELLES.....E FIEVRE.....F SOIF IMPORTANTE.....G NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN....H DEVIENT PLUS MALADE/ TRES MALADE.....I NE VA PAS MIEUX.....J AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z		
468	Quand un enfant souffre de la toux, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être emmené(e) dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RESPIRATION RAPIDE.....A DIFFICULTE A RESPIRER.....B RESPIRATION BRUYANTE.....C FIEVRE.....D INCAPABLE DE BOIRE.....E NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN....F DEVIENT PLUS MALADE/ TRES MALADE.....G NE VA PAS MIEUX.....H AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z		
469	VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A RECU DES SRO <input type="checkbox"/> AU MOINS UN ENFANT A RECU DES SRO <input type="checkbox"/>		471	
470	Avez-vous entendu parler d'un produit spécial appelé des sachets de SRO que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée? MONTRER LE SACHET DE SRO	OUI.....1 NON.....2		
471	Avez-vous entendu parler des messages qui font la promotion de certains aliments importants pour la vue et pour éviter la cécité?	OUI.....1 NON.....2	473	
472	Pouvez-vous me citer certains de ces aliments? Quels autres? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	CAROTTE.....A OSEILLE.....B CHOU.....C FEUILLE DE MANIOC.....D MANGUE.....E PAPAYE.....F MELON.....G VIANDE.....H FOIE.....I POISSON.....J OEUF.....K AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z		

SECTION 4C. CAUSES DE DECES DES ENFANTS NES ET DECEDES DANS LES 5 DERNIERES ANNEES

473 NOTER LE N° DE LIGNE, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1991 SELON LE TABLEAU DE REPRODUCTION. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES QUI SONT DECEDEES. SI 3 OU PLUS, COMMENCEZ PAR LA DERNIERE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ UN AUTRE QUESTIONNAIRE.)

N° DE LIGNE DE Q.212	DERNIERE NAISSANCE N° LIGNE..... <input type="text"/>	AVANT-DERNIERE NAISSANCE N° LIGNE..... <input type="text"/>	AV. AV.-DERNIERE NAISSANCE N° LIGNE..... <input type="text"/>
----------------------	--	--	--

SELON Q.212 ET Q.216	NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A COLONNE SUIVANTE; SI PLUS DE NAISSANCES PASSER A 501)	NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A COLONNE SUIVANTE; SI PLUS DE NAISSANCES PASSER A 501)	NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A COLONNE SUIVANTE; SI PLUS DE NAISSANCES PASSER A 501)
-------------------------	---	---	---

474 Je sais qu'il peut être difficile de parler d'enfant(s) que vous avez eu(s) et qui est/sont mort(s), mais ces informations sont très importantes pour les programmes de santé et pour éviter le décès d'autres enfants. Je voudrais vous poser quelques questions à propos de ce qui s'est passé et des symptômes qu'a/ont présentés votre/vos enfant(s) avant qu'il(s) décède(nt). (Nous parlerons d'un seul enfant à la fois).

475 D'après vous, quel a été la cause du décès de (NOM)?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

476 Pendant la maladie qui a précédé le décès de (NOM), avez-vous recherché des conseils ou une traitement? SI OUI: Où êtes-vous allé/ Qui avez-vous vu?

ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES CITEES ET LE CODE "C" POUR LES AUTRES VILLES. ATTENTION: SI LA REPONSE EST "HOPITAL MILITAIRE/GARNISON", ENCERCLER LE CODE "B" POUR N'DJAMENA ET LE CODE "C" POUR LES AUTRES VILLES. SI LA REPONSE EST "INFIRMERIE" INSISTEZ POUR SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE VRAIE INFIRMERIE (CODE "J") OU S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL ("A") OU D'UN CENTRE DE SANTE ("C")

SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSARE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E AUTRE PUBLIC.....F (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K AUTRE PRIVE.....L (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q AUTRE.....X (PRECISER) NON.....Z	SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSARE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E AUTRE PUBLIC.....F (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K AUTRE PRIVE.....L (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q AUTRE.....X (PRECISER) NON.....Z	SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSARE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E AUTRE PUBLIC.....F (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K AUTRE PRIVE.....L (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q AUTRE.....X (PRECISER) NON.....Z
---	---	---

477 Où s'est produit le décès de (NOM)?

A LA MAISON.....1 DANS ETABL. SANITAIRE...2 SUR LE CHEMIN D'UN ETABLIS. SANITAIRE....3 AUTRE.....4 (PRECISER)	A LA MAISON.....1 DANS ETABL. SANITAIRE...2 SUR LE CHEMIN D'UN ETABLIS. SANITAIRE....3 AUTRE.....4 (PRECISER)	A LA MAISON.....1 DANS ETABL. SANITAIRE...2 SUR LE CHEMIN D'UN ETABLIS. SANITAIRE....3 AUTRE.....4 (PRECISER)
--	--	--

SELON Q. 212	DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISSANCE		AVANT AVANT-DERNIERE NAISSANCE		
	NOM _____		NOM _____		NOM _____		
478	VERIFIER Q. 219 AGE AU DECES	MOINS DE 1 MOIS <input type="checkbox"/>	1 MOIS OU PLUS AGE <input type="checkbox"/> PASSER A Q.489	MOINS DE 1 MOIS <input type="checkbox"/>	1 MOIS OU PLUS AGE <input type="checkbox"/> PASSER A Q.489	MOINS DE 1 MOIS <input type="checkbox"/>	1 MOIS OU PLUS AGE <input type="checkbox"/> PASSER A Q.489
479	(NOM) est-il/elle né(e) à la suite d'un accouchement difficile?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
480	(NOM) avait-il/elle une malformation quelconque? SI 'OUI' PRECISER	OUI.....1 (PRECISER) NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PRECISER) NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PRECISER) NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PRECISER) NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PRECISER) NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PRECISER) NON.....2 NSP.....8
481	Pendant les premiers jours de sa vie, est-ce-que (NOM) tétait ou buvait normalement?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
482	Est-ce que (NOM) a moins tété ou a eu des difficultés à téter les jours avant le décès?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
483	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) a-t-il/elle eu des convulsions ou des spasmes?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
484	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) a-t-il/elle souffert de la toux?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←
485	Pendant combien de jours la toux a-t-elle duré? SI MOINS D'1 JOUR, NOTER "00"	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>
486	Quand (NOM) souffrait de la toux, avait-il/elle des difficultés à respirer/une respiration rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←
487	Pendant combien de jours a-t-il/elle eu des difficultés à respirer/une respiration rapide? SI MOINS D'1 JOUR, NOTER "00"	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>
488	RETOURNER A Q. 475 POUR L'ENFANT DECEDE SUIVANT; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT DECEDE, PASSER A Q.501.						
489	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) a-t-il/elle eu des selles très molles ou liquides, c'est-à-dire a-t-il/elle eu la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.493) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.493) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.493) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.493) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.493) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.493) ←
490	L'épisode de diarrhée était-il modéré ou grave?	MODERE.....1 GRAVE.....2 NSP.....8	MODERE.....1 GRAVE.....2 NSP.....8	MODERE.....1 GRAVE.....2 NSP.....8	MODERE.....1 GRAVE.....2 NSP.....8	MODERE.....1 GRAVE.....2 NSP.....8	MODERE.....1 GRAVE.....2 NSP.....8
491	Combien de temps la diarrhée a-t-elle duré? SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER 00 POUR "JOUR".	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> NSP.....998
492	Y avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8

SELON Q. 212	DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISSANCE		AVANT AVANT-DERNIERE NAISSANCE	
	NOM _____		NOM _____		NOM _____	
493	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) a-t-il/elle souffert de la toux?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8
494	Combien de temps a duré la toux? SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER 00 POUR "JOUR".		JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998
495	Quand (NOM) souffrait de la toux, avait-il des difficultés à respirer ou une respiration difficile/rapide?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8
496	Combien de temps a-t-il/elle eu des difficultés à respirer/une respiration difficile/rapide? SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER 00 POUR "JOUR".		JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998
497	Pendant la maladie qui a conduit au décès, (NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498) ← NSP.....8
497A	La fièvre était-elle légère ou forte?		LEGERE.....1 FORTE.....2 NSP.....8	LEGERE.....1 FORTE.....2 NSP.....8	LEGERE.....1 FORTE.....2 NSP.....8	LEGERE.....1 FORTE.....2 NSP.....8
497B	Combien de temps a duré la fièvre? SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER 00 POUR "JOUR".		JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998
498	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) était-il/elle inconscient(e)?		OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
498A	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) a-t-il/elle eu des convulsions?		OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
498B	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) a-t-il/elle eu une éruption de boutons sur tout le corps/toute la figure?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498D) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498D) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498D) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498D) ← NSP.....8
498C	Combien de temps a duré l'éruption? SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER 00 POUR "JOUR".		JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998
498D	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) était-il/elle très maigre?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498F) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498F) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498F) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498F) ← NSP.....8

SELON Q. 212	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE	AVANT AVANT-DERNIERE NAISSANCE
	NOM _____	NOM _____	NOM _____
498E Pendant combien de temps, (NOM) a-t-il/elle été très maigre? SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER 00 POUR "JOUR".	JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
498F Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) avait-il/elle les pieds ou les jambes enflés?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.499) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.499) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.499) ← NSP.....8
498G Pendant combien de temps (NOM) a-t-il/elle eu les pieds ou les jambes enflés? SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER 00 POUR "JOUR".	JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
499 RETOURNER A Q.475 POUR L'ENFANT DECEDE SUIVANT; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT DECEDE, PASSER A Q.501.			

SECTION 5. MARIAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	ENFANT MOINS DE 10 ANS.....1 2 MARI/CONJOINT.....1 2 AUTRES HOMMES.....1 2 AUTRES FEMMES.....1 2	
502	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIEE.....1 OUI, VIT AVEC UN HOMME.....2 MARIAGE NON CONSOMME.....3 NON, PAS EN UNION.....4	→507 →515F
503	Avez-vous actuellement un partenaire sexuel régulier, un partenaire sexuel occasionnel ou pas de partenaire sexuel du tout?	PARTENAIRE SEXUEL REGULIER.....1 PARTENAIRE SEXUEL OCCASIONNEL...2 PAS DE PARTENAIRE SEXUEL.....3	
504	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ETE MARIEE.....1 OUI, A VECU AVEC UN HOMME.....2 NON.....3	→511 →515F
506	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE.....1 DIVORCEE.....2 SEPEREE.....3	→511
506A	Qui a été à l'origine du divorce/séparation?	ENQUETEE/FEMME.....1 MARI/CONJOINT.....2 FEMME ET MARI/COMMUN ACCORD...3 FAMILLE.....4	
506B	Quelle a été la cause de votre divorce/séparation?	STERILITE FEMME/ENQUETEE.....01 STERILITE MARI/CONJOINT.....02 IMPUISSANCE MARI/CONJOINT.....03 CAUSE MATERIELLE/FINANCIERE...04 CONFLIT CONJUGAL.....05 PRESSION FAMILIALE.....06 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→511
507	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 VIT AILLEURS.....2	→508
507A	NOTER LE NUMERO DE LIGNE DE SON MARI SELON LE QUESTIONNAIRE MENAGE. S'IL NE FIGURE PAS DANS LE MENAGE, NOTER '00'.		<input type="text"/> <input type="text"/>
508	Est-ce-que votre mari/conjoint a d'autres épouses, en plus de vous-même?	OUI.....1 NON.....2	→511
509	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	→511
510	Etes-vous la première, la seconde,.....épouse?*	RANG..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
511	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme, une fois ou plus d'une fois? SI UNE SEULE FOIS, NOTEZ '1' SI PLUSIEURS FOIS DEMANDEZ ET ENREGISTREZ LE NOMBRE	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	
512	VERIFIER 511: MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint? MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNEE.....98	→514
513	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
514	<p>VERIFIER 502 ET 506:</p> <p>Q.502: ACTUELLEMENT MARIEE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>	<p>Q.506: VEUVE, DIVORCEE OU SEPEREE <input type="checkbox"/></p>	515F
515	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale. Les questions que je vais vous poser sont confidentielles, vous pouvez donc répondre sans crainte.</p> <p>Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel avec votre [mari/l'homme avec qui vous vivez]?</p> <p>SI LA REPONSE EST "JAMAIS", RETOURNEZ A Q.502, ENREGISTREZ 'MARIAGE NON CONSOMME' ET SUIVEZ LES NOUVELLES INSTRUCTIONS DE PASSAGE.</p>	<p>NOMBRE DE JOURS.....1 <input type="text"/></p> <p>NOMBRE DE SEMAINES.....2 <input type="text"/></p> <p>NOMBRE DE MOIS.....3 <input type="text"/></p> <p>NOMBRE D'ANNEES.....4 <input type="text"/></p> <p>AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996</p>	
515A	<p>VERIFIER 301 ET 302:</p> <p>CONNAIT LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>NE CONNAIT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>Lors de votre dernier rapport sexuel avec [votre mari/l'homme avec qui vous vivez] un condom a-t-il été utilisé?</p> <p>Certains hommes utilisent un condom (préservatif) c'est-à-dire qu'ils se mettent une capote en caoutchouc au pénis durant les rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel avec votre [mari/l'homme avec qui vous vivez] un condom a-t-il été utilisé?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
515B	<p>Avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que votre [mari/l'homme avec qui vous vivez] au cours des 12 derniers mois?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 → 517</p>	
515C	<p>Quand avez-vous eu, pour la dernière fois, des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que [votre mari/l'homme avec qui vous vivez]?</p>	<p>NOMBRE DE JOURS.....1 <input type="text"/></p> <p>NOMBRE DE SEMAINES.....2 <input type="text"/></p> <p>NOMBRE DE MOIS.....3 <input type="text"/></p> <p>NOMBRE D'ANNEES.....4 <input type="text"/></p> <p>AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996</p>	
515D	<p>Un condom a-t-il été utilisé à cette occasion?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
515E	<p>Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes autres que [votre mari/l'homme avec qui vous vivez] avez-vous eu des rapports sexuels?</p>	<p>NOMBRE DE PERSONNES..... <input type="text"/></p> <p>NSP.....98</p>	517
515F	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale.</p> <p>Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel (si vous en avez déjà eu)?</p>	<p>JAMAIS.....000 → 608</p> <p>NOMBRE DE JOURS.....1 <input type="text"/></p> <p>NOMBRE DE SEMAINES.....2 <input type="text"/></p> <p>NOMBRE DE MOIS.....3 <input type="text"/></p> <p>NOMBRE D'ANNEES.....4 <input type="text"/></p> <p>AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A	
515G	<p>VERIFIER 301 ET 302: CONNAIT LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>Lors de votre dernier rapport sexuel, un condom a-t-il été utilisé?</p>	<p>NE CONNAIT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>Certains hommes utilisent un condom (capote anglaise) c'est-à-dire qu'ils se mettent une capote en caoutchouc au pénis durant les rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel, un condom a-t-il été utilisé?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
515H	<p>VERIFIER 515F: MOINS DE 12 MOIS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>	<p>12 MOIS OU PLUS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		517
515I	<p>Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels?</p>	<p>NOMBRE DE PERSONNES..... <input type="text"/></p> <p>NSP.....98</p>		
517	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>		519
518	<p>Où est-ce?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.</p> <p>ATTENTION: SI LA REPONSE EST "HOPITAL MILITAIRE/GARNISON" ENCERCLER LE CODE '12' POUR N'DJAMENA ET LE CODE '13' POUR LES AUTRES VILLES</p> <p>ATTENTION: SI LA REPONSE EST "INFIRMERIE" INSISTEZ POUR SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE VRAI INFIRMERIE (CODE '25' "CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE") OU S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL OU D'UN CENTRE DE SANTE PUBLIC</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL/MATERNITE PUBLIC.....11</p> <p>HOPITAL MILITAIRE/GARNISON....12</p> <p>CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE/GARNISON.....13</p> <p>POLYCLINIQUE.....14</p> <p>PHARMACIE DE L'HOPITAL OU DU CENTRE DE SANTE.....15</p> <p>AUTRE PUBLIC.....16</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE.....21</p> <p>CLINIQUE/CABINET MEDICAL.....22</p> <p>AS. TCHAD BIEN ETRE FAMIL.....23</p> <p>CENTRE DE SANTE PRIVE.....24</p> <p>CENTRE SANTE D'ENTREPRISE.....25</p> <p>PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT.....26</p> <p>AUTRE PRIVE MEDICAL.....27</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVE</p> <p>PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....31</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/BAR/MARCHE.....41</p> <p>SECOURISTE.....42</p> <p>VENDEUR AMBULANT.....43</p> <p>AMIS/VOISINS/PARENTS.....44</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p>		518C
518A	<p>A quelle distance se trouve (NOM DE L'ENDROIT DE Q518)?</p> <p>NOTER "95" POUR 95 KILOMETRES ET PLUS</p>	<p>DISTANCE EN KILOMETRES..... <input type="text"/></p> <p>NSP.....98</p>		
518B	<p>Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DE L'ENDROIT DE Q518)?</p> <p>NOTER "300" POUR 5 HEURES ET PLUS</p>	<p>TEMPS EN MINUTES..... <input type="text"/></p> <p>NSP.....998</p>		
518C	<p>Combien coûte un condom (coût à l'unité)?</p>	<p>PRIX EN FCFA (UNITE).... <input type="text"/></p> <p>GRATUIT.....996</p> <p>NSP.....998</p>		
519	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel?</p>	<p>AGE..... <input type="text"/></p> <p>PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96</p>		

SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	<p>VERIFIER 314:</p> <p>NI LUI NI ELLE STERILISE <input type="checkbox"/></p> <p>LUI OU ELLE STERILISE <input type="checkbox"/></p>		612
602	<p>VERIFIER 227:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants?</p>	<p>AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1</p> <p>PAS D'AUTRE/AUCUN.....2</p> <p>DIT NE PEUT PAS ETRE ENCEINTE...3</p> <p>INDECISE/NSP.....8</p>	606 604
603	<p>VERIFIER 227:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps, voudriez-vous attendre, à partir de maintenant, avant la naissance d'un (autre) enfant?</p> <p>Après l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?</p>	<p>MOIS.....1</p> <p>ANNEES.....2</p> <p>BIENTOT/MAINTENANT.....993</p> <p>DIT NE PEUT PAS ETRE ENCEINTE...994</p> <p>APRES LE MARIAGE.....995</p> <p>AUTRE _____ 996 (PRECISER)</p> <p>NSP.....998</p>	606
604	<p>VERIFIER 227:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p>		607
605	<p>Si vous tombiez enceinte dans les prochaines semaines, seriez-vous <u>contente</u>, <u>pas contente</u>, ou cela vous serait-il égal?</p>	<p>CONTENTE.....1</p> <p>PAS CONTENTE.....2</p> <p>EGAL.....3</p>	
606	<p>VERIFIER 313: UTILISE UNE METHODE?</p> <p>PAS PDSEE <input type="checkbox"/></p> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT DE METHODE <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE ACTUELLEMENT UNE METHODE <input type="checkbox"/></p>		612
607	<p>Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans les 12 prochains mois?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	609
608	<p>Pensez-vous que vous utiliserez une méthode dans le futur?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	610
609	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>PILULE.....01</p> <p>DIU.....02</p> <p>INJECTION.....03</p> <p>IMPLANT.....04</p> <p>DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05</p> <p>CONDOM.....06</p> <p>STERILISATION FEMININE.....07</p> <p>STERILISATION MASCULINE.....08</p> <p>CONTINENCE PERIODIQUE.....09</p> <p>RETRAIT.....10</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>PAS SURE/NSP.....98</p>	612

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A		
610	Quelle est la principale raison pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez jamais de méthode?	NON MARIEE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23 SOUS-FECONDE/STERILE.....24 VEUT DES ENFANTS.....26 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETEE OPPOSEE.....31 MARI/CONJOINT OPPOSE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES A UNE METHODE PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	→612		
611	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8			
612	VERIFIER 216: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE</p>	<p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>	<p>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>	NOMBRE..... <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→614
<p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>	<p>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>				
612A	Quelle est la principale raison pour laquelle vous voudriez _____? (NOMBRE D'ENFANTS DE Q612)	RAISONS ECONO./FINANCIERES....01 SOUTIEN DANS LA VIEILLESSE....02 AIDE DANS LE TRAVAIL.....03 TRAVAIL SUPPLEMENTAIRE.....04 POUR POUVOIR TRAVAILLER.....05 INQUIETUDE DE L'AVENIR.....06 ASSURER BON AVENIR/EDUCATION AUX ENFANTS.....07 PRESTIGE DE LA FAMILLE STATUT SOCIAL.....08 VOLONTE DE DIEU.....09 OBLIGATION RELIGIEUSE/SOCIALE..10 AFFECTION/COMPAGNIE.....11 PROBLEMES DE SANTE LIES A LA MATERNITE.....12 MALADIE/MORT DES ENFANTS.....13 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98			

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																		
613	<p>Parmi les _____ enfants que vous voudriez, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, cela n'a-t-il pas d'importance?</p> <p>(NOMBRE D'ENFANTS DE Q612)</p> <p>FAITES LA SOMME DES 'GARÇONS', DES 'FILLES' ET DES 'N'IMPORTE'. CETTE SOMME DOIT ETRE EGALE AU NOMBRE DE Q.612. SI 'NON', VERIFIEZ ET CORRIGEZ.</p>	<p>GARÇONS</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>FILLES</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>N'IMPORTE</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>																			
614	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	<p>APPROUVE.....1</p> <p>DESAPPROUVE.....2</p> <p>SANS OPINION.....3</p>																			
615	<p>Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données :</p> <p>A la radio?</p> <p>A la télévision?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ACCEP- TABLE</th> <th>NON ACCEP- TABLE</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		ACCEP- TABLE	NON ACCEP- TABLE	NSP	RADIO.....1		2	8	TELEVISION.....1		2	8							
	ACCEP- TABLE	NON ACCEP- TABLE	NSP																		
RADIO.....1		2	8																		
TELEVISION.....1		2	8																		
616	<p>Durant les derniers mois, avez-vous entendu quelque chose sur la planification familiale:</p> <p>A la radio?</p> <p>A la télévision?</p> <p>Dans les journaux ou les magazines?</p> <p>Sur une affiche?</p> <p>Sur un prospectus ou une brochure?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AFFICHE.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PROSPECTUS OU BROCHURES.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	RADIO.....1		2	TELEVISION.....1		2	JOURNAUX OU MAGAZINES.....1		2	AFFICHE.....1		2	PROSPECTUS OU BROCHURES.....1		2	
	OUI	NON																			
RADIO.....1		2																			
TELEVISION.....1		2																			
JOURNAUX OU MAGAZINES.....1		2																			
AFFICHE.....1		2																			
PROSPECTUS OU BROCHURES.....1		2																			
616A	<p>VERIFIER 616:</p> <p>RADIO 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>RADIO 'NON' <input type="checkbox"/></p>		→ 618																		
617	<p>Durant les derniers mois, avez-vous entendu à la radio un message faisant la promotion de:</p> <p>L'espacement des naissances?</p> <p>De la santé de la mère?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPACEMENT NAISSANCES.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SANTE DE LA MERE.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ESPACEMENT NAISSANCES.....1		2	SANTE DE LA MERE.....1		2										
	OUI	NON																			
ESPACEMENT NAISSANCES.....1		2																			
SANTE DE LA MERE.....1		2																			
618	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisins ou vos parents?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	→ 620																		
619	<p>Avec qui en avez-vous discuté?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>MARI/CONJOINT.....A</p> <p>MERE.....B</p> <p>PERE.....C</p> <p>SOEUR(S).....D</p> <p>FRERE(S).....E</p> <p>FILLE.....F</p> <p>BELLE-MERE.....G</p> <p>AMIE(S)/VOISINS.....H</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>																			

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
620	VERIFIER 502:		
	OUI, ACTUELLE- MENT MARIEE <input type="checkbox"/>	OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	NON, PAS EN UNION/ MARIAGE NON CONSOMME <input type="checkbox"/>
			701
621	Les époux/conjoints ne sont pas toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre mari/conjoint sur la planification familiale. Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
622	Combien de fois, avez-vous parlé avec votre mari/conjoint de la planification familiale, au cours des 12 derniers mois?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	
623	Pensez-vous que votre mari/conjoint veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MEME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8	

SECTION 7. CARACTERISTIQUES DU CONJOINT ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE DE LA FEMME

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	<p>VERIFIER 502 ET 504 :</p> <p>ACTUEL. MARIEE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ETE MARIEE OU A VECU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS ETE MARIEE NI VECU AVEC UN HOMME/ MARIAGE NON CONSOMME <input type="checkbox"/></p>		703 709
702	Quel âge a eu votre mari/conjoint à son dernier anniversaire?	AGE.....	<input type="text"/>
703	Est-ce que votre mari/conjoint a fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint: primaire, secondaire, supérieur, professionnel niveau secondaire, professionnel niveau supérieur ou école coranique?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3 PROFESSIONNEL NIV. SECONDAIRE...4 PROFESSIONNEL NIV. SUPERIEUR...5 ECOLE CORANIQUE.....6 NSP.....8	706
705	Quelle est la dernière (classe, année) qu'il a achevé à ce niveau?*	ANNEE..... NSP.....8	<input type="text"/>
706	Quelle est (était) l'occupation principale de votre mari/conjoint, c'est-à-dire quel genre de travail fait (faisait)-il?		<input type="text"/>
707	<p>VERIFIER 706:</p> <p>TRAVAILLE/ TRAVAILLAIT DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p> <p>NE TRAVAILLE/ TRAVAILLAIT PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p>		709
708	Est-ce que votre mari/conjoint travaille/travaillait principalement sur ses propres terres, sur celles de la famille, est-ce qu'il loue/louait la terre, ou travaille/travaillait-il les terres de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
709	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?	OUI.....1 NON.....2	712
710	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI.....1 NON.....2	712

* CODES POUR Q.705:

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE (Y COMPRIS LES MEDERSA)	SUPERIEUR	PROFESSIONNEL NIVEAU SECONDAIRE	PROFESSIONNEL NIVEAU SUPERIEUR
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHVEE DANS LE NIVEAU CORRESPONDANT				
CLASSE	1 = CP1 2 = CP2 3 = CE1 4 = CE2 5 = CM1 6 = CM2	1 = 6ème 2 = 5ème 3 = 4ème 4 = 3ème 5 = 2nde 6 = 1ère 7 = Terminale	1 = 1ère année 2 = 2ème année 3 = 3ème année 4 = 4ème année ou +	1 = 6ème ou 1ère an. 2 = 5ème ou 2ème an. 3 = 4ème ou 3ème an. 4 = 3ème ou 4ème an. 5 = 2nde ou 5ème an. 6 = 1ère ou 6ème an. 7 = Term.ou 7ème an.	1 = 1ème année 2 = 2ème année 3 = 3ème année 4 = 4ème année ou +

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
711	Avez-vous fait un travail quelconque durant les 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	→ 801A
712	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement?		
713	VERIFIER 712: TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		→ 715
714	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre ou celle de votre famille, louez-vous la terre ou travaillez-vous la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
715	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 A SON COMPTE.....3	
716	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement une fois de temps en temps?	TOUTE L'ANNEE.....1 TRAVAIL SAISONNIER.....2 DE TEMPS EN TEMPS.....3	→ 718 → 719
717	Au cours des 12 derniers mois, combien de mois avez-vous travaillé?	NOMBRE DE MOIS.....	
718	(Pendant les mois où vous avez travaillé) combien de jours par mois, avez-vous travaillé habituellement?	NOMBRE DE JOURS.....	→ 720
719	Pendant les 12 derniers mois, combien de jours environ avez-vous travaillé?	NOMBRE DE JOURS.....	
720	Touchez-vous un salaire pour ce travail? C'est-à-dire gagnez-vous de l'argent ou autre chose en nature pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	→ 723
721	Combien gagnez-vous habituellement pour ce travail? - SI LA FEMME EST PAYEE EN NATURE, ENERCLEZ '0' - SI LA FEMME GAGNE DE L'ARGENT, INSISTEZ: Est-ce par heure, par jour, par semaine, par mois ou par an? ENERCLEZ LE CODE CORRESPONDANT ET ENREGISTREZ LA SOMME, PRECEDEE DE '0' SI NECESSAIRE	EN NATURE..0 P/HEURE....1 P/JOUR....2 P/SEM....3 P/MOIS....4 P/ANNEE....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	
722	VERIFIER 502 : OUI, ACTUEL. MARIEE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé: vous, votre mari/conjoint, vous avec votre mari/conjoint ou quelqu'un d'autre?	NON, PAS EN UNION/MARIAGE NON CONSOMME <input type="checkbox"/> Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé: vous, quelqu'un d'autre, ou vous avec quelqu'un d'autre?	ENQUETEE DECIDE.....1 MARI/CONJOINT DECIDE.....2 ENQUETEE DECIDE AVEC MARI/CONJ..3 QUELQU'UN D'AUTRE DECIDE.....4 ENQUETEE DECIDE AVEC QUELQU'UN..5

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
723	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison?	A LA MAISON.....1 LOIN DE LA MAISON.....2	
724	VERIFIER 217 ET 218: A-T-ELLE UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS VIVANT AVEC ELLE?		801A
	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
725	Qui s'occupe habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous travaillez?	ENQUETEE.....01 MARI/CONJOINT.....02 ENFANT-FILLE PLUS AGEE.....03 ENFANT-GARÇON PLUS AGE.....04 AUTRES PARENTS.....05 VOISINS.....06 AMI(E)S.....07 DOMESTIQUE/PERSONNE ENGAGEE.....08 ENFANT VA A L'ECOLE.....09 JARDIN D'ENFANT/GARDERIE.....10 N'A PAS TRAVAILLE DEPUIS LA DERNIERE NAISSANCE.....95 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801H	Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 801E) avez-vous averti votre/vos partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2	
801I	Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 801E) avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre/vos partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2 PARTENAIRE DEJA INFECTE.....3	801K
801J	Qu'avez-vous fait? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....A A UTILISE CONDOMS.....B A PRIS DES MEDICAMENTS.....C AUTRE _____ X (PRECISER)	
801K	VERIFIER 801B: N'A PAS CITE LE "SIDA" <input type="checkbox"/> A CITE LE "SIDA" <input type="checkbox"/>		801LA
801L	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI.....1 NON.....2	811C
801LA	Où avez-vous entendu parler du SIDA la première fois?	RADIO.....01 TV.....02 JOURNAUX/MAGAZINES.....03 DEPLIANTS/PROSPECTUS.....04 AGENT DE SANTE.....05 MOSQUEE/EGLISE.....06 ECOLE/ENSEIGNANT.....07 CONFERENCES DE QUARTIER.....08 AMI(E)S/PARENTS.....09 LIEU DE TRAVAIL.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
802	De quelles sources d'informations avez-vous le plus appris sur le SIDA? Aucune autre source? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RADIO.....A TV.....B JOURNAUX/MAGAZINES.....C DEPLIANTS/PROSPECTUS.....D AGENT DE SANTE.....E MOSQUEE/EGLISE.....F ECOLE/ENSEIGNANT.....G CONFERENCES DE QUARTIER.....H AMI(E)S/PARENTS.....I LIEU DE TRAVAIL.....J AUTRE _____ X (PRECISER)	
802B	Comment peut-on attraper le SIDA? Aucune autre façon? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RAPPORTS SEXUELS.....B NE PAS UTILISER CONDOM.....C RAPPORTS SEXUELS AVEC DES PARTENAIRE MULTIPLES.....E RAP. SEXUELS AVEC PROSTITUEES...G RELATIONS HOMOSEXUELLES.....H TRANSFUSION DE SANG.....I INJECTIONS.....J DE LA MERE A L'ENFANT.....K EN EMBRASSANT.....L PIGURES DE MOUSTIQUES.....M VIVRE AVEC UN SIDEEN.....N LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..Q EXCISION/CIRCONCISION/ PERCEMENT D'OREILLE.....R MANGER/BOIRE DANS MEME VAISSELLE QU'UN SIDEEN.....S AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
803	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter d'attraper le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	807

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
804	<p>Que peut-on faire?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..B UTILISER DES CONDOMS.....C N'AVOIR QU'UN SEUL PARTENAIRE...D ETRE FIDELE.....F EVITER LES PROSTITUEES.....G EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....H EVITER TRANSFUSIONS DE SANG.....I EVITER INJECTIONS.....J EVITER D'EMBRASSER.....L EVITER PIQURES MOUSTIQUES.....M EVITER DE VIVRE AVEC SIDEEN.....N CHERCHER LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS.....O RECHERCHER LA PROTECTION DE DIEU/PRIERES.....P EVITER LAMES/CISEAUX/COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..Q EVITER EXCISION/CIRCONCISION/ PERCEMENT D'OREILLE.....R EVITER MANGER/BOIRE DANS MEME VAISSELLE QU'UN SIDEEN.....S</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p> <p>NSP.....Z</p>	
807	<p>Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé, soit en fait atteinte du virus du SIDA?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
808	<p>Pensez-vous qu'une personne qui a le SIDA ne meurt presque jamais de cette maladie, qu'elle en meurt parfois, ou qu'elle en meurt presque toujours?</p>	<p>PRESQUE JAMAIS.....1 PARFOIS.....2 PRESQUE TOUJOURS.....3 NSP.....8</p>	
808A	<p>Peut-on guérir du SIDA?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
808B	<p>Le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
808C	<p>Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou qui est mort du SIDA?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
809	<p>Pensez-vous que les risques que vous attrapez le SIDA sont faibles, moyens, importants, ou que vous ne courez aucun risque de l'attraper?</p>	<p>FAIBLE.....1 MOYEN.....2 IMPORTANT.....3 PAS DE RISQUE DU TOUT.....4 A LE SIDA.....5</p>	<p>809C 811A</p>
809B	<p>Pourquoi pensez-vous (NE PAS AVOIR DE RISQUES/AVOIR DE FAIBLES RISQUES) d'attraper le SIDA?</p> <p>Aucune autre raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>S'ABSTIENT DE RAP. SEXUELS.....B UTILISE CONDOMS.....C A SEULEMENT 1 PARTENAIRE SEX....D A NOMBRE LIMITE DE PART. SEX....E CONJOINT N'A PAS AUTRES PART....F N'A PAS RELATIONS HOMOSEX.....H N'A PAS TRANSFUSION DE SANG.....I N'A PAS D'INJECTIONS.....J PROTEGE PAR GUERISSEURS TRADITIONNELS.....O PROTEGE PAR DIEU.....P EVITE LAMES/CISEAUX/COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..Q EVITE EXCISION/CIRCONCISION/ PERCEMENT D'OREILLE.....R EVITE MANGER/BOIRE DANS MEME VAISSELLE QU'UN SIDEEN.....S</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>	<p>809CA</p>

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
809C	<p>Pourquoi pensez-vous avoir des risques (MOYENS/IMPORTANT) d'attraper le SIDA?</p> <p>Aucune autre raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>N'UTILISE PAS CONDOMS.....C PLUS D'1 PARTENAIRE SEXUEL.....D NOMBREUX PARTENAIRE(S) SEXUELS....E CONJOINT A AUTRE(S) PARTENAIRE...F RELATIONS HOMOSEXUELLES.....H TRANSFUSION DE SANG.....I INJECTIONS.....J LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..Q EXCISION/CIRCONCISION/ PERCEMENT D'OREILLE.....R MANGE/BOIS DANS MEME VAISSELLE QU'UN SIDAEN.....S AUTRE _____ X (PRECISER)</p>	
809CA	<p>A votre avis, que faut-il faire des malades atteints du SIDA?</p>	<p>LES ENVOYER A L'HOPITAL.....01 LES GARDER A LA MAISON.....02 LES ISOLER.....03 LES AIDER.....04 AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>	
811A	<p>Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous changé votre comportement pour éviter d'attraper le SIDA?</p> <p>SI OUI, Qu'avez-vous fait?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C LIMITE SEX. A 1 PARTENAIRE.....D REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE(S)...E DEMANDE CONJOINT D'ETRE FIDELE..F ARRETE RELATIONS HOMOSEXUEL....H ARRETE INJECTIONS.....J CHERCHE LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS....O RECHERCHE LA PROTECTION DE DIEU/PRIERES.....P EVITE LAMES/CISEAUX/COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..Q EVITE EXCISION/CIRCONCISION/ PERCEMENT D'OREILLE.....R EVITE MANGER/BOIRE DANS MEME VAISSELLE QU'UN SIDAEN.....S AUTRE _____ X (PRECISER) PAS DE CHANGEMENT.....Y</p>	811C
811B	<p>Le fait de connaître le SIDA a-t-il influencé ou changé votre décision d'avoir des rapports sexuels ou votre comportement sexuel?</p> <p>SI OUI, De quelle façon?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B A COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C SEXE LIMITE A 1 PARTENAIRE.....D A REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE(S)..E DEMANDE CONJOINT D'ETRE FIDELE..F ARRETE RELATIONS HOMOSEXUEL....H AUTRE _____ X (PRECISER) NON: PAS CHANGE. COMP. SEXUEL...Y</p>	
811C	<p>Certaines personnes utilisent un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper le SIDA ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. En avez-vous déjà entendu parler?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2</p>	811F

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
811D	VERIFIER 515 ET 515F: A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	→ 901
811E	Il se peut que nous ayons déjà parlé de cela. Avez-vous déjà utilisé un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper ou de transmettre des maladies, comme le SIDA?	OUI.....1 NON.....2	→ 811G
811F	VERIFIER 515 ET 515F: A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	→ 901
811G	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous donné ou reçu de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels?	OUI.....1 NON.....2	

SECTION 9. MORTALITE MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
901	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur vos soeurs et frères, c'est-à-dire, sur tous les enfants nés de votre propre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. A combien d'enfants votre propre mère a donné naissance, y compris vous-même?	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MERE NATURELLE.... <input type="text"/> <input type="text"/>	
902	VERIFIER 901: DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/>	SEULEMENT UNE NAISSANCE (ENQUETEE SEULEMENT) <input type="checkbox"/>	→ 916
903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRECEDENTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère le plus âgé (au suivant)?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
905 (NOM) est-ce un homme ou une femme?	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2
906 Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [2] ← 908 NSP.....8 PASSER A [2] ←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [3] ← 908 NSP.....8 PASSER A [3] ←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [4] ← 908 NSP.....8 PASSER A [4] ←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [5] ← 908 NSP.....8 PASSER A [5] ←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [6] ← 908 NSP.....8 PASSER A [6] ←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [7] ← 908 NSP.....8 PASSER A [7] ←
907 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [7]
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédé(e)?	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [2] ← 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [3] ← 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [4] ← 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [5] ← 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [6] ← 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [7] ← 910 NSP.....98
909 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
910 Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [7]
911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI.....1 PASSER A [2] ← 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [3] ← 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [4] ← 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [5] ← 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [6] ← 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [7] ← 914 NON.....2
912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI.....1 PASSER A [2] ← 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [3] ← 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [4] ← 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [5] ← 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [6] ← 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [7] ← 915 NON.....2
913 Est-ce que (NOM) est morte dans les 2 mois suivant la fin d'1 grossesse ou d'1 accouchement?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [2] ← 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [3] ← 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [4] ← 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [5] ← 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [6] ← 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [7] ← 915
914 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
915 A combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance durant sa vie?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
915A Où s'est produit le décès de (NOM)?	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [2]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [3]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [4]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [5]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [6]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [7]

SI PLUS DE FRERE/SOEUR, PASSER A 916

904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère le plus âgé (au suivant)?	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
905 (NOM) est-ce un homme ou une femme?	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2
906 Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [8]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [9]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [10]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [11]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [12]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [13]
907 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> PASSER A [8]	<input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> PASSER A [13]
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédé(e)?	19 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....98
909 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
910 Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [8]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [9]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [10]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [11]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [12]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [13]
911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2
912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2
913 Est-ce que (NOM) est morte dans les 2 mois suivant la fin d'1 grossesse ou d'1 accouchement?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915
914 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
915 A combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance durant sa vie?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
915A Où s'est produit le décès de (NOM)?	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [8]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [9]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [10]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [11]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [12]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [13]

SI PLUS DE FRERE/SOEUR, PASSER A 916

916	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		MINUTES.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECTION A. TAILLE ET POIDS

A01	VERIFIER 215: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1991	<input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991	<input type="checkbox"/> → FIN
-----	---	--------------------------	---	--------------------------------

ENQUETRICE: EN A02 (COLONNES 2-4) ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1991 ET ENCORE EN VIE.

EN A03 ET A04 ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUETEE ET DE CHAQUE ENFANT EN VIE, NE DEPUIS JANVIER 1991, EN COMMENÇANT PAR LE PLUS JEUNE.

EN A06 ET A08 NOTER LA TAILLE ET LE POIDS DE L'ENQUETEE ET DES ENFANTS VIVANTS.

NOTES: -TOUTES LES FEMMES ENQUETEEES AVEC UNE NAISSANCE OU PLUS DEPUIS JANVIER 1991 DOIVENT ETRE PESEES ET MEASUREES, MEME SI TOUS LES ENFANTS SONT DECEDES.

-S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS VIVANTS NES DEPUIS JANVIER 1991, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.

	1 ENQUETEE	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	4 AVANT-AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
A02 N° DE LIGNE DE Q.212 DE LA SECTION 2		□ □	□ □	□ □
A03 NOM (DE Q.212 POUR LES ENFANTS)	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____
A04 DATE DE NAISSANCE: -DE Q.215 POUR LES ENFANTS ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE		JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □
A05 CICATRICE DU BCG SUR LE BRAS		CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2
A06 TAILLE (en centimètres)	□ □ □ □ . □	□ □ □ □ . □	□ □ □ □ . □	□ □ □ □ . □
A07 L'ENFANT A-T-IL ETE MESURE COUCHE OU DEBOUT?		COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
A08 POIDS (en kilogrammes)	□ □ □ □ , □	0 □ □ □ , □	0 □ □ □ , □	0 □ □ □ , □
A09 DATE DE PESEE ET DE MESURE	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □
A10 RESULTAT	MESUREE.....1 ABSENTE.....3 REFUSE.....4 AUTRE.....6 <u> </u> (PRECISER)	MESURE.....1 MALADE.....2 ABSENT.....3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 <u> </u> (PRECISER)	MESURE.....1 MALADE.....2 ABSENT.....3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 <u> </u> (PRECISER)	MESURE.....1 MALADE.....2 ABSENT.....3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 <u> </u> (PRECISER)
A11 NOM DE L'OPERATEUR: _____	□ □	NOM DE L'ASSISTANT*: _____	□ □	

* Codes: Mère: 90; Autres membres du ménage: 91; Autres personnes: 92.

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX
A remplir une fois que l'interview est finie

Commentaires
sur l'enquêtée:

Commentaires sur des
questions spécifiques:

Autres commentaires:

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du Chef d'Equipe:

Date:

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

Nom de la Contrôleuse:

Date:

REPUBLICQUE DU TCHAD
 MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION
 DIRECTION DE LA STATISTIQUE DES ETUDES ECONOMIQUES ET DEMOGRAPHIQUES
 BUREAU CENTRAL DU RECENSEMENT

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
 QUESTIONNAIRE HOMME

IDENTIFICATION																					
NOM DE LA LOCALITE _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																				
NOM DU CHEF DE MENAGE _____																					
PREFECTURE _____																					
SOUS-PREFECTURE _____																					
CANTON _____																					
NUMERD DE GRAPPE (EDST)																					
NUMERO DE STRUCTURE																					
NUMERO DE MENAGE																					
NUMERO DE ZD (RECENSEMENT).....																					
N'DJAMENA = 1; ABECHÉ/MOUNDOU/SARH = 2; PETITES VILLES = 3; RURAL = 4																					
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE L'HOMME _____																					

VISITES D'ENQUETEUR													
	1	2	3	VISITE FINALE									
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>									
NOM DE L'ENQUETEUR	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>									
RESULTAT*	_____	_____	_____	ANNEE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>									
PROCHAINE VISITE: DATE	_____	_____		NOM <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>									
HEURE	_____	_____		RESULTAT <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>									
				NBRE. TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>									
<p>*CODES RESULTAT</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 REMPLI</td> <td style="width: 33%;">4 REFUSE</td> <td style="width: 33%;">7 AUTRE _____ (préciser)</td> </tr> <tr> <td>2 PAS A LA MAISON</td> <td>5 PARTIELLEMENT REMPLI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 DIFFERE</td> <td>6 INCAPACITE</td> <td></td> </tr> </table>					1 REMPLI	4 REFUSE	7 AUTRE _____ (préciser)	2 PAS A LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI		3 DIFFERE	6 INCAPACITE	
1 REMPLI	4 REFUSE	7 AUTRE _____ (préciser)											
2 PAS A LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI												
3 DIFFERE	6 INCAPACITE												

LANGUE DE L'INTERVIEW**.....	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																
INTERPRETE (OUI = 1; NON = 2).....	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																
<p>**CODES LANGUES:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">FRANCAIS.....01</td> <td style="width: 25%;">GOR.....05</td> <td style="width: 25%;">LELE.....09</td> <td style="width: 25%;">MOUSSEYE.....13</td> </tr> <tr> <td>ARABE TCHADIEN..02</td> <td>GORANE.....06</td> <td>MABA (OUADDAIEN)..10</td> <td>NGAMBAY.....14</td> </tr> <tr> <td>SAR.....03</td> <td>GOULEY.....07</td> <td>MBAY.....11</td> <td>TOUPOURI.....15</td> </tr> <tr> <td>BORNOU.....04</td> <td>KANEMBOU...08</td> <td>MOUNDANG.....12</td> <td>AUTRES LANGUES...16</td> </tr> </table>		FRANCAIS.....01	GOR.....05	LELE.....09	MOUSSEYE.....13	ARABE TCHADIEN..02	GORANE.....06	MABA (OUADDAIEN)..10	NGAMBAY.....14	SAR.....03	GOULEY.....07	MBAY.....11	TOUPOURI.....15	BORNOU.....04	KANEMBOU...08	MOUNDANG.....12	AUTRES LANGUES...16
FRANCAIS.....01	GOR.....05	LELE.....09	MOUSSEYE.....13														
ARABE TCHADIEN..02	GORANE.....06	MABA (OUADDAIEN)..10	NGAMBAY.....14														
SAR.....03	GOULEY.....07	MBAY.....11	TOUPOURI.....15														
BORNOU.....04	KANEMBOU...08	MOUNDANG.....12	AUTRES LANGUES...16														

CONTROLEUSE	CHEF D'EQUIPE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
DATE _____	DATE _____		

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même et votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à N'Djaména, à Abéché, à Moundou, à Sarh, dans une autre ville, dans un village ou à l'étranger?	N'DJAMENA.....1 ABECHE/MOUNDOU/SARH.....2 PETITE VILLE.....3 VILLAGE.....4 ETRANGER.....5	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE)?	NOMBRE D'ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUR.....96	<input type="text"/> <input type="text"/> → 105
104	Juste avant de vous installer à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE), viviez-vous à N'Djaména, à Abéché, à Moundou, à Sarh, dans une autre ville, dans un village ou à l'étranger?	N'DJAMENA.....1 ABECHE/MOUNDOU/SARH.....2 PETITE VILLE.....3 VILLAGE.....4 ETRANGER.....5	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHERENTS	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	<input type="text"/>
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→ 111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire, supérieur, professionnel niveau secondaire, professionnel niveau supérieur ou école coranique?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3 PROFESSIONNEL NIV. SECONDAIRE...4 PROFESSIONNEL NIV. SUPERIEUR...5 ECOLE CORANIQUE.....6	→ 111
109	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevé à ce niveau*?	ANNEE.....	<input type="text"/>
110	VERIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 112
111	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout ?	FACILEMENT.....1 DIFFICILEMENT.....2 PAS DU TOUT.....3	→ 113

* CODES POUR Q.109:

NIVEAU	PRIMAIRE (Y COMPRIS LES MEDERSA)	SUPERIEUR	PROFESSIONNEL NIVEAU SECONDAIRE	PROFESSIONNEL NIVEAU SUPERIEUR
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE DANS LE NIVEAU CORRESPONDANT			
CLASSE	1 = CP1 2 = CP2 3 = CE1 4 = CE2 5 = CM1 6 = CM2	1 = 6ème 2 = 5ème 3 = 4ème 4 = 3ème 5 = 2nde 6 = 1ère 7 = Terminale	1 = 1ère année 2 = 2ème année 3 = 3ème année 4 = 4ème année ou +	1 = 6ème ou 1ère an. 2 = 5ème ou 2ème an. 3 = 4ème ou 3ème an. 4 = 3ème ou 4ème an. 5 = 2nde ou 5ème an. 6 = 1ère ou 6ème an. 7 = Term.ou 7ème an.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
111A	Dans quelle langue savez-vous lire principalement? SI PLUSIEURS LANGUES SONT CITEES, N'ENCERLER LE CODE QUE DE LA LANGUE QUI SE TROUVE LA PREMIERE SUR LA LISTE	FRANÇAIS.....1 ARABE.....2 AUTRE LANGUE.....3	
112	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
113	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio chaque jour?	OUI.....1 NON.....2	
114	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
115	Est-ce que vous travaillez actuellement?	OUI.....1 NON.....2	→117
116	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	→124
117	Quelle est/était votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites/faisiez-vous principalement?	 _____ _____ _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
118	VERIFIER 117 : TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		→120
119	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre ou celle de votre famille, louez-vous la terre ou travaillez- vous la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
120	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 A SON COMPTE.....3	
121	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnier ou travaillez-vous seulement une fois de temps en temps?	TOUTE L'ANNEE.....1 TRAVAIL SAISONNIER.....2 DE TEMPS EN TEMPS.....3	→123
122	Au cours des 12 derniers mois, pendant combien de mois êtes-vous resté à ce travail?	NOMBRE DE MOIS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>

123 Combien gagnez-vous habituellement pour ce travail?

- SI L'HOMME EST PAYE EN NATURE, ENCERCLEZ '0'

- SI L'HOMME GAGNE DE L'ARGENT, INSISTEZ:
Est-ce par heure, par jour, par semaine, par mois
ou par an?ENCERCLEZ LE CODE CORRESPONDANT ET ENREGISTREZ
LA SOMME, PRECEDEE DE '0' SI NECESSAIRE

- SI L'HOMME NE GAGNE RIEN, ENCERCLEZ '7'

EN NATURE..0

P/HEURE....1

P/JOUR....2

P/SEM.....3

P/MOIS....4

P/ANNEE....5

AUTRE.....6

(PRECISER)

RIEN.....7

124 Quelle est votre religion?

CATHOLIQUE.....1

PROTESTANT.....2

MUSULMAN.....3

ANIMISTE.....4

SANS RELIGION..5

AUTRE.....6

(PRECISER)

125 Quelle est votre ethnie?

--	--

SECTION 2. REPRODUCTION

PASSER
A

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A				
201	Maintenant je voudrais vous parler de vos enfants. Je m'intéresse seulement aux enfants dont vous êtes le père biologique. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants?	OUI.....1 NON.....2	→206				
202	Avez-vous des fils ou des filles qui vivent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→204				
203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
204	Avez-vous des fils ou des filles qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→206				
205	Combien de fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
206	Avez-vous eu un fils ou une fille qui est né vivant, mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun enfant qui a crié ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	→208				
207	Combien de vos fils sont décédés? Combien de vos filles sont décédées? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS DECEDE..... FILLE DECEDEE.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
208	FAITES LA SOMME DE Q. 203, 205 ET 207, ET NOTER LE TOTAL. SI "AUCUN", NOTER '00'	TOTAL.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûr d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ enfants durant votre vie. Est-ce bien exact? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.						
210	VERIFIER 208: A/A EU DES ENFANTS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU D'ENFANT <input type="checkbox"/>		→301				
210A	En quel mois et quelle année est né votre dernier enfant?	MOIS..... ANNEE.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
210B	VOIR 210A, DERNIER ENFANT: NE DEPUIS JANVIER 1991 <input type="checkbox"/>	AVANT JANVIER 1991 <input type="checkbox"/>	→301				
211	Au moment où vous attendiez votre dernier enfant, vouliez-vous cet enfant à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne pas avoir d'(autre) enfant du tout?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS DU TOUT.....3					

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.

ENCERCLER LE CODE '1' DANS 301 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE. PUIS CONTINUER A LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT. ENCERCLER LE CODE '2' SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE '3' SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE '1' OU '2' ENERCLE A 301 OU A 302, POSER 303.

301 Quels sont les moyens ou méthodes dont vous avez entendu parler?	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?		303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?
	OUI SPONTANE	OUI DESCRIPTION NON	
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours pour éviter ou retarder une grossesse.	1	2	OUI.....1 NON, NSP.....2
02 DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	1	2	OUI.....1 NON, NSP.....2
03 INJECTION Les femmes peuvent avoir une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	1	2	OUI.....1 NON, NSP.....2
04 IMPLANT/NORPLANT Les femmes se font insérer sous la peau du bras plusieurs petits bâtonnets qui empêchent de tomber enceinte pendant plusieurs années.	1	2	OUI.....1 NON, NSP.....2
05 DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	1	2	OUI.....1 NON, NSP.....2
06 CONDOM (PRESERVATIF) Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	1	2	OUI.....1 NON.....2
07 STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	Avez-vous déjà eu une partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir des enfants? OUI.....1 NON, NSP.....2
08 STERILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
09 RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter d'avoir des rapports sexuels les jours du mois pendant lesquels elle est plus susceptible de tomber enceinte.	1	2	OUI.....1 NON, NSP.....2
10 RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	1	2	OUI.....1 NON.....2
11 Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	1	3	OUI.....1 NON.....2
	(PRECISER)		OUI.....1 NON.....2
	(PRECISER)		OUI.....1 NON.....2

304 VERIFIER 303: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE) → PASSER A 307

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	
305	Avez-vous, vous ou une de vos partenaires, déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI.....1 NON.....2	→309
306	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303 ET 304 (ET 302 SI NECESSAIRE).		
307	En ce moment, vous-même ou votre partenaire, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI.....1 NON.....2	→309
308	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANTS/NORPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....96 (PRECISER)	→401
309	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter à votre femme/partenaire de tomber enceinte?	NON MARIE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....21 RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 FEMME MENOPAUSE/HYSTERECTOMIE.23 FEMME SOUS-FECONDE/STERILE....24 FEMME POST-PARTUM/ALLAITE.....25 VEUT DES (D'AUTRES) ENFANTS...26 FEMME ENCEINTE.....27 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETE OPPOSE.....31 EPOUSE/PARTENAIRE OPPOSEE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE.....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES AUX METHODES PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 UTILISATION CONCERNE FEMME....61 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	

SECTION 4. MARIAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
401	Etes-vous actuellement marié ou vivez-vous actuellement avec une femme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIE.....1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME.....2 MARIAGE NON CONSUMME.....3 NON, PAS EN UNION.....4	→402A →410F →404
402	Combien de femmes avez-vous?	NOMBRE DE FEMMES.....	<input type="text"/>
402A	Avec combien de femmes vivez-vous comme si vous étiez marié?		<input type="text"/>
403	ECRIVEZ LE NUMERO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MENAGE DE SA/SES FEMMES. SI UNE FEMME NE VIT PAS DANS LE MENAGE, NOTEZ '00'. LE NOMBRE DE CASES REMPLIES DOIT ETRE EGAL AU NOMBRE DE FEMMES DE Q.402	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	→407
404	Avez-vous actuellement une partenaire sexuelle régulière, une partenaire sexuelle occasionnelle ou pas de partenaire sexuelle du tout?	PARTENAIRE SEXUELLE REGULIERE...1 PARTENAIRE SEX. OCCASIONNELLE...2 PAS DE PARTENAIRE SEXUELLE.....3	
405	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme?	OUI, A ETE MARIE.....1 OUI, A VECU AVEC UNE FEMME.....2 NON.....3	→407 →410F
406	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuf, divorcé ou séparé?	VEUF1 DIVORCE.....2 SEPRE.....3	→407
406A	Qui a été à l'origine du divorce/séparation?	ENQUETE/HOMME.....1 FEMME.....2 HOMME ET FEMME/COMMUN ACCORD...3 FAMILLE.....4	
406B	Quelle a été la cause de votre divorce/séparation?	STERILITE HOMME/ENQUETE.....01 STERILITE FEMME.....02 CAUSE MATERIELLE/FINANCIERE...04 CONFLIT CONJUGAL.....05 PRESSION FAMILIALE.....06 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
407	Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme, une fois ou plus d'une fois? SI UNE SEULE FOIS, NOTEZ '1' SI PLUSIEURS FOIS DEMANDEZ ET ENREGISTREZ LE NOMBRE	NOMBRE DE FOIS.....	<input type="text"/>
408	VERIFIER 402 ET 407: MARIE/A VECU AVEC UNE FEMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre femme/conjoint? MARIE/A VECU AVEC UNE FEMME PLUS D'UNE FOIS/ OU A PLUSIEURS FEMMES <input type="checkbox"/> ↓ Maintenant nous allons parler de votre première femme/conjoint.En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec elle?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNEE.....98	→409A
409	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec elle?	AGE.....	<input type="text"/>
409A	VERIFIER 401 ET 406: Q.401: ACTUELLEMENT MARIE/ VIT AVEC UNE FEMME <input type="checkbox"/> Q.406: VEUF, DIVORCE OU SEPRE <input type="checkbox"/>		→ 410F

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
410H	VERIFIER 410F: MOINS DE 12 MOIS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	12 MOIS OU PLUS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	410J
410I	Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels?	NOMBRE DE PERSONNES..... <input type="text"/> NSP.....98	
410J	VERIFIER 401: ACTUELLEMENT MARIE OU VIT AVEC 1 FEMME <input type="checkbox"/> ↓ La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, était-ce avec votre épouse/femme avec qui vous vivez), une partenaire régulière, une connaissance, quelqu'un que vous avez payé ou quelqu'un d'autre?	ACTUELLEMENT NON MARIE/ NE VIT PAS AVEC UNE FEMME/ MARIAGE NON CONSOMME <input type="checkbox"/> ↓ La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, était-ce avec une partenaire régulière, une connaissance, quelqu'un que vous avez payé ou quelqu'un d'autre?	EPOUSE/FEMME AVEC QUI IL VIT.....1 PARTENAIRE REGULIERE.....2 CONNAISSANCE.....3 QUELQU'UN PAYE POUR RAP.SEX.....4 QUELQU'UN D'AUTRE.....5
413	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms?	OUI.....1 NON.....2	415
414	Où est-ce? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. ATTENTION: SI LA REPONSE EST "HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON" ENCERCLER LE CODE '12' POUR N'DJAMENA ET LE CODE '13' POUR LES AUTRES VILLES ATTENTION: SI LA REPONSE EST "INFIRMERIE" INSISTEZ POUR SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE VRAI INFIRMERIE (CODE '25' "CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE") OU S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL OU D'UN CENTRE DE SANTE PUBLIC _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE PUBLIC.....11 HOPITAL MILITAIRE/GARNISON.....12 CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE/ GARNISON.....13 POLYCLINIQUE.....14 PHARMAICE DE L'HOPITAL OU DU CENTRE DE SANTE.....15 AUTRE PUBLIC.....16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....21 CLINIQUE/CABINET MEDICAL.....22 AS. TCHAD BIEN ETRE FAMIL.....23 CENTRE DE SANTE PRIVE.....24 CENTRE SANTE D'ENTREPRISE.....25 PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT.....26 AUTRE PRIVE MEDICAL.....27 (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....31 AUTRE BOUTIQUE/BAR/MARCHE.....41 SECOURISTE.....42 VENDEUR AMBULANT.....43 AMIS/VOISINS/PARENTS.....44 AUTRE.....96 (PRECISER)	414C
414A	A quelle distance se trouve (NOM DE L'ENDROIT DE Q414)? NOTER "95" POUR 95 KILOMETRES ET PLUS	DISTANCE EN KILOMETRES..... <input type="text"/> NSP.....98	
414B	Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DE L'ENDROIT DE Q414)? NOTER "300" POUR 5 HEURES ET PLUS	TEMPS EN MINUTES..... <input type="text"/> NSP.....998	
414C	Combien coûte un condom (coût à l'unité)?	PRIX EN FCFA (UNITE)..... <input type="text"/> GRATUIT.....996 NSP.....998	
415	Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel?	AGE..... <input type="text"/> PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96	

SECTION 5. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

PASSER
A

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	<p>VERIFIER 401:</p> <p>PAS EN UNION/ MARIAGE NON CONSOMME <input type="checkbox"/></p> <p>ACTUELLEMENT MARIE OU VIT AVEC UNE FEMME <input type="checkbox"/></p>		503
502	<p>VERIFIER 404:</p> <p>PARTENAIRE SEXUEL REGULIER <input type="checkbox"/></p> <p>PARTENAIRE SEXUEL OCCASIONNEL <input type="checkbox"/></p> <p>PAS DE PARTENAIRE SEXUEL <input type="checkbox"/></p>		505A
503	<p>Est-ce-que votre épouse (ou l'une de vos épouses)/ partenaire est enceinte actuellement?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>PAS SUR.....8</p>	505A
504	<p>Quand elle est tombée enceinte, vouliez-vous qu'elle tombe enceinte à ce moment-là, vouliez-vous qu'elle tombe enceinte plus tard, ou ne vouliez-vous pas du tout qu'elle tombe enceinte?</p>	<p>A CE MOMENT-LA.....1</p> <p>PLUS TARD.....2</p> <p>PAS DU TOUT.....3</p>	505B
505	<p>A) EPOUSE/PARTENAIRE PAS ENCEINTE OU PAS SURE OU PAS D'EPOUSE/PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants?</p> <p>B) EPOUSE/ PARTENAIRE ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que votre femme/partenaire attend, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préfére- riez-vous ne pas avoir d'autres enfants?</p>	<p>AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1</p> <p>PAS D'AUTRE/AUCUN.....2</p> <p>DIT QUE SA FEMME NE PAS TOMBER ENCEINTE.....3</p> <p>DIT QU'IL NE PEUT PLUS AVOIR D'ENFANT.....4</p> <p>INDECIS/NSP.....8</p>	507
506	<p>VERIFIER 503:</p> <p>EPOUSE/PARTENAIRE PAS ENCEINTE OU PAS SURE OU PAS D'EPOUSE/PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps voudriez- vous attendre, à partir de maintenant, avant la naissance d'un (autre) enfant?</p> <p>EPOUSE/ PARTENAIRE ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Après l'enfant que votre épouse/partenaire attend, combien de temps voudriez- vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?</p>	<p>MOIS.....1</p> <p>ANNEES.....2</p> <p>BIENTOT/MAINTENANT.....993</p> <p>DIT QUE SA FEMME NE PAS TOMBER ENCEINTE.....994</p> <p>APRES LE MARIAGE.....995</p> <p>AUTRE _____ 996 (PRECISER)</p> <p>NSP.....998</p>	
507	<p>VERIFIER 308: UTILISE UNE METHODE?</p> <p>PAS POSEE <input type="checkbox"/></p> <p>N'UTILISE PAS ACTUEL- LEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		512
508	<p>Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans les 12 prochains mois?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	510
509	<p>Pensez-vous que vous utiliserez une méthode dans le futur?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	511

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
510	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANTS/NORPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER) PAS SUR.....98	→512
511	Quelle est la principale raison pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez jamais de méthode?	NON MARIE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 FEMME MENOPAUSEE/HYSTERECT...23 FEMME SOUS-FECONDE/STERILE...24 VEUT DES ENFANTS.....26 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETE OPPOSE.....31 EPOUSE/PARTENAIRE OPPOSEE....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES A UNE METHODE PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 UTILISATION CONCERNE FEMME....61 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
512	VERIFIER 202 ET 204 : A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir? Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir? INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→514
512A	Quelle est la principale raison pour laquelle vous voudriez _____ ? (NOMBRE D'ENFANTS DE Q512)	RAISONS ECONO./FINANCIERES....01 SOUTIEN DANS LA VIEILLESSE....02 AIDE DANS LE TRAVAIL.....03 TRAVAIL SUPPLEMENTAIRE.....04 POUR POUVOIR TRAVAILLER.....05 INQUIETUDE DE L'AVENIR.....06 ASSURER BON AVENIR/EDUCATION AUX ENFANTS.....07 PRESTIGE DE LA FAMILLE STATUT SOCIAL.....08 VOLONTE DE DIEU.....09 OBLIGATION RELIGIEUSE/SOCIALE..10 AFFECTION/COMPAGNIE.....11 PROBLEMES DE SANTE LIES A LA MATERNITE.....12 MALADIE/MORT DES ENFANTS.....13 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																		
513	<p>Parmi les _____ enfants que vous voudriez, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, cela n'a-t-il pas d'importance?</p> <p>(NOMBRE D'ENFANTS DE Q512)</p> <p>FAITES LA SOMME DES 'GARÇONS', DES 'FILLES' ET DES 'N'IMPORTE'. CETTE SOMME DOIT ETRE EGALE AU NOMBRE DE Q.512. SI 'NON', VERIFIEZ ET CORRIGEZ.</p>	<p>GARÇONS</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>FILLES</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>N'IMPORTE</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>																			
514	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	<p>APPROUVE.....1</p> <p>DESAPPROUVE.....2</p> <p>SANS OPINION.....3</p>																			
515	<p>Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données :</p> <p>A la radio?</p> <p>A la télévision?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ACCEP- TABLE</th> <th>NON ACCEP- TABLE</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		ACCEP- TABLE	NON ACCEP- TABLE	NSP	RADIO.....1	2	8	8	TELEVISION.....1	2	8	8							
	ACCEP- TABLE	NON ACCEP- TABLE	NSP																		
RADIO.....1	2	8	8																		
TELEVISION.....1	2	8	8																		
516	<p>Durant les derniers mois, avez-vous entendu quelque chose sur la planification familiale:</p> <p>A la radio?</p> <p>A la télévision?</p> <p>Dans les journaux ou les magazines?</p> <p>Sur une affiche?</p> <p>Sur un prospectus ou une brochure?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AFFICHE.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PROSPECTUS OU BROCHURES.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	RADIO.....1	2		TELEVISION.....1	2		JOURNAUX OU MAGAZINES.....1	2		AFFICHE.....1	2		PROSPECTUS OU BROCHURES.....1	2		
	OUI	NON																			
RADIO.....1	2																				
TELEVISION.....1	2																				
JOURNAUX OU MAGAZINES.....1	2																				
AFFICHE.....1	2																				
PROSPECTUS OU BROCHURES.....1	2																				
516A	<p>VERIFIER 516:</p> <p>RADIO 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>RADIO 'NON' <input type="checkbox"/></p>		→518																		
517	<p>Durant les derniers mois, avez-vous entendu à la radio un message faisant la promotion de:</p> <p>L'espacement des naissances?</p> <p>De la santé de la mère?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPACEMENT NAISSANCES.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SANTE DE LA MERE.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ESPACEMENT NAISSANCES.....1	2		SANTE DE LA MERE.....1	2											
	OUI	NON																			
ESPACEMENT NAISSANCES.....1	2																				
SANTE DE LA MERE.....1	2																				
518	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la planification familiale avec vos amis, vos voisins ou vos parents?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	→520																		
519	<p>Avec qui en avez-vous discuté?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>EPOUSE/PARTENAIRE.....A</p> <p>MERE.....B</p> <p>PERE.....C</p> <p>SOEUR(S).....D</p> <p>FRERE(S).....E</p> <p>FILLE.....F</p> <p>BELLE-MERE.....G</p> <p>AMIS/VOISINS.....H</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>																			

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
520	VERIFIER 401 :		
	ACTUELLE- MENT MARIE <input type="checkbox"/>	VIT AVEC UNE FENNE <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION/ MARIAGE NON CONSOMME <input type="checkbox"/>
			601A
521	Les conjoints ne sont pas toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre/vos épouses sur la planification familiale. Pensez-vous que votre/vos épouse(s) approuve(nt) ou désapprouve(nt) les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
522	Combien de fois, avez-vous parlé avec votre/vos épouses de la planification familiale, au cours des 12 derniers mois?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	

SECTION 6. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

PASSER

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
601A	Avez-vous déjà entendu parler de maladies qui peuvent se transmettre sexuellement?	OUI.....1 NON.....2	→ 601F
601B	Quelles maladies connaissez-vous? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS/VEROLE.....A GONORRHEE/BLENNORRAGIE.....B SIDA.....C CONDYLOME/TUMEUR GENITALE.....D AUTRE.....W (PRECISER) AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Z	
601C	VERIFIER 410 ET 410F: A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	→ 601F
601D	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 601F
601E	Quelles maladies avez-vous eues? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS/VEROLE.....A GONORRHEE/BLENNORRAGIE.....B SIDA.....C CONDYLOME/TUMEUR GENITALE.....D AUTRE.....W (PRECISER) AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Z	
601F	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement du pénis?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
601G	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère sur le pénis?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
601H	VERIFIER 601D, 601F ET 601G: AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>	AUCUN 'OUI' <input type="checkbox"/>	→ 601N
601I	La dernière fois que vous avez eu la (MALADIE DE 601E/ ECOULEMENT/PLAIE), avez-vous recherché des conseils ou un traitement?	OUI.....1 NON.....2	→ 601JB
601J	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs/Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE. S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. ATTENTION: SI LA REPONSE EST "HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON" ENCERCLER LE CODE 'B' POUR N'DJAMENA ET LE CODE 'C' POUR LES AUTRES VILLES ATTENTION: SI LA REPONSE EST "INFIRMERIE" INSISTEZ POUR SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE VRAI INFIRMERIE (CODE 'K' "CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE") OU S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL OU D'UN CENTRE DE SANTE PUBLIC	SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE PUBLIC.....A HOPITAL MILITAIRE/GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE/ GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL OU DU CENTRE DE SANTE.....E AUTRE PUBLIC.....F (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CABINET MEDICAL.....H AS. TCHAD BIEN ETRE FAMIL.....I CENTRE DE SANTE PRIVE.....J CENTRE SANTE D'ENTREPRISE.....K PHARMACIE/DEPOT PHARMEUT.....L AUTRE PRIVE MEDICAL.....M (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....N AUTRE BOUTIQUE/BAR/MARCHE.....O SECOURISTE.....P VENDEUR AMBULANT.....Q AMIS/VOISINS/PARENTS.....R GUERISSEUR.....S AUTRE.....X (PRECISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601JA	En tout, combien vous a coûté le traitement? SI PLUS DE 99.994 F CFA NOTER '99994'	COUT TOTAL (F CFA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....99995 NSP.....99998	
601JB	VERIFIER 410 ET 410F: A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	601N
601K	Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 601E/ECOULEMENT/PLAIE) avez-vous averti votre/vos partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2	
601L	Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 601E/ECOULEMENT/PLAIE) avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre/vos partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2 PARTENAIRE DEJA INFECTEE.....3	601N
601M	Qu'avez-vous fait? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....A A UTILISE CONDOMS.....B A PRIS DES MEDICAMENTS.....C AUTRE.....X (PRECISER)	
601N	VERIFIER 601B: N'A PAS CITE LE "SIDA" <input type="checkbox"/>	A CITE LE "SIDA" <input type="checkbox"/>	601OA
601O	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI.....1 NON.....2	611C
601OA	Où avez-vous entendu parler du SIDA la première fois?	RADIO.....01 TV.....02 JOURNAUX/MAGAZINES.....03 DEPLIANTS/PROSPECTUS.....04 AGENT DE SANTE.....05 MOSQUEE/EGLISE.....06 ECOLE/ENSEIGNANT.....07 CONFERENCES DE QUARTIER.....08 AMI(E)S/PARENTS.....09 LIEU DE TRAVAIL.....10 AUTRE.....96 (PRECISER)	
602	De quelles sources d'informations avez-vous le plus appris sur le SIDA? Aucune autre source? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RADIO.....A TV.....B JOURNAUX/MAGAZINES.....C DEPLIANTS/PROSPECTUS.....D AGENT DE SANTE.....E MOSQUEE/EGLISE.....F ECOLE/ENSEIGNANT.....G CONFERENCES DE QUARTIER.....H AMI(E)S/PARENTS.....I LIEU DE TRAVAIL.....J AUTRE.....X (PRECISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
602B	Comment peut-on attraper le SIDA? Aucune autre façon? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RAPPORTS SEXUELS.....B NE PAS UTILISER CONDOM.....C RAPPORTS SEXUELS AVEC DES PARTENAIRES MULTIPLES.....E RAP. SEXUELS AVEC PROSTITUEES...G RELATIONS HOMOSEXUELLES.....H TRANSFUSION DE SANG.....I INJECTIONS.....J DE LA MERE A L'ENFANT.....K EN EMBRASSANT.....L PIQURES DE MOUSTIQUES.....M VIVRE AVEC UN SIDEEN.....N LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..Q EXCISION/CIRCONCISION/ PERCEMENT D'OREILLE.....R MANGER/BOIRE DANS MEME VAISSELLE QU'UN SIDEEN.....S AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Z	
603	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter d'attraper le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	607
604	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..B UTILISER DES CONDOMS.....C N'AVOIR QU'UN SEUL PARTENAIRE...D ETRE FIDELE.....F EVITER LES PROSTITUEES.....G EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....H EVITER TRANSFUSIONS DE SANG.....I EVITER INJECTIONS.....J EVITER D'EMBRASSER.....L EVITER PIQURES MOUSTIQUES.....M EVITER DE VIVRE AVEC SIDEEN.....N CHERCHER LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS.....O RECHERCHER LA PROTECTION DE DIEU/PRIERES.....P EVITER LAMES/CISEAUX/COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..Q EVITER EXCISION/CIRCONCISION/ PERCEMENT D'OREILLE.....R EVITER MANGER/BOIRE DANS MEME VAISSELLE QU'UN SIDEEN.....S AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Z	
607	Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé, soit en fait atteinte du virus du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
608	Pensez-vous qu'une personne qui a le SIDA ne meurt presque jamais de cette maladie, qu'elle en meurt parfois, ou qu'elle en meurt presque toujours?	PRESQUE JAMAIS.....1 PARFOIS.....2 PRESQUE TOUJOURS.....3 NSP.....8	
608A	Peut-on guérir du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
608B	Le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
608C	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou qui est mort du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
609	Pensez-vous que les risques que vous attrapiez le SIDA sont faibles, moyens, importants, ou que vous ne courez aucun risque de l'attraper?	FAIBLE.....1 MOYEN.....2 IMPORTANT.....3 PAS DE RISQUE DU TOUT.....4 A LE SIDA.....5	609C 611A

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
609B	Pourquoi pensez-vous (NE PAS AVOIR DE RISQUES/AVOIR DE FAIBLES RISQUES) d'attraper le SIDA?	S'ABSTIENT DE RAP. SEXUELS.....B UTILISE CONDOMS.....C A SEULEMENT 1 PARTENAIRE SEX....D A NOMBRE LIMITE DE PART. SEX....E CONJOINT N'A PAS AUTRES PART...F EVITER LES PROSTITUEES.....G N'A PAS RELATIONS HOMOSEX.....H N'A PAS TRANSFUSION DE SANG.....I N'A PAS D'INJECTIONS.....J PROTEGE PAR GUERISSEURS TRADITIONNELS....O PROTEGE PAR DIEU.....P EVITE LAMES/CISEAUX/COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..Q EVITE EXCISION/CIRCONCISION/ PERCEMENT D'OREILLE.....R EVITE MANGER/BOIRE DANS MEME VAISSELLE QU'UN SIDEEN.....S AUTRE _____ X (PRECISER)	→ 609CA
609C	Pourquoi pensez-vous avoir des risques (MOYENS/IMPORTANT) d'attraper le SIDA?	N'UTILISE PAS CONDOMS.....C PLUS D'1 PARTENAIRE SEXUEL....D NOMBREUX PARTENAIRES SEXUELS...E CONJOINT A AUTRE(S) PARTENAIRE..F FREQUENTE PROSTITUEES.....G RELATIONS HOMOSEXUELLES.....H TRANSFUSION DE SANG.....I INJECTIONS.....J LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..Q EXCISION/CIRCONCISION/ PERCEMENT D'OREILLE.....R MANGE/BOIS DANS MEME VAISSELLE QU'UN SIDEEN.....S AUTRE _____ X (PRECISER)	
609CA	A votre avis, que faut-il faire des malades atteints du SIDA?	LES ENVOYER A L'HOPITAL.....01 LES GARDER A LA MAISON.....02 LES ISOLER.....03 LES AIDER.....04 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
611A	Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous changé votre comportement pour éviter d'attraper le SIDA?	PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C LIMITE SEX. A 1 PARTENAIRE.....D REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRES...E DEMANDE CONJOINT D'ETRE FIDELE..F EVITE LES PROSTITUEES.....G ARRETE RELATIONS HOMOSEXUEL....H ARRETE INJECTIONS.....J CHERCHE LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS....O RECHERCHE LA PROTECTION DE DIEU/PRIERES.....P EVITE LAMES/CISEAUX/COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..Q EVITE EXCISION/CIRCONCISION/ PERCEMENT D'OREILLE.....R EVITE MANGER/BOIRE DANS MEME VAISSELLE QU'UN SIDEEN.....S AUTRE _____ X (PRECISER) PAS DE CHANGEMENT.....Y	→ 611C
	SI OUI, Qu'avez-vous fait?		
	ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A								
611B	<p>Le fait de connaître le SIDA a-t-il influencé ou changé votre décision d'avoir des rapports sexuels ou votre comportement sexuel?</p> <p>SI OUI, De quelle façon?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C LIMITE SEX. A 1 PARTENAIRE.....D REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE.....E EVITE LES PROSTITUEES.....G ARRETE RELATIONS HOMOSEXUEL.....H</p> <p>AUTRE _____X (PRECISER)</p> <p>PAS CHANGEMENT COMP. SEXUEL....Y NSP.....Z</p>									
611C	<p>Certaines personnes utilisent un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper le SIDA ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. En avez-vous déjà entendu parler?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2</p>	→ 611F								
611D	<p>VERIFIER 410 ET 410F:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table>	<p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>	<p>N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		→ 613						
<p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>	<p>N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>										
611E	<p>Il se peut que nous ayons déjà parlé de cela. Avez-vous déjà utilisé un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper ou de transmettre des maladies, comme le SIDA?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2</p>	→ 611G								
611F	<p>VERIFIER 410 ET 410F:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table>	<p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>	<p>N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		→ 613						
<p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>	<p>N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>										
611G	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous donné ou reçu de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2</p>									
613	<p>ENREGISTRER L'HEURE</p>	<p>HEURES..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>MINUTES..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>									

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR
A remplir une fois que l'interview est finie

Commentaires
sur l'enquêtée:

Commentaires sur des
questions spécifiques:

Autres commentaires:

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du Chef d'Equipe: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

Nom de la Contrôleuse: _____ Date: _____

REPUBLICQUE DU TCHAD
 MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION
 DIRECTION DE LA STATISTIQUE DES ETUDES ECONOMIQUES ET DEMOGRAPHIQUES
 BUREAU CENTRAL DU RECENSEMENT

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
 QUESTIONNAIRE COMMUNAUTAIRE

IDENTIFICATION													
NOM DE LA LOCALITE _____	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 80px; height: 150px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												
PREFECTURE _____													
SOUS-PREFECTURE _____													
CANTON _____													
NUMERO DE GRAPPE (EDST)													
NUMERO DE ZD (RECENSEMENT).....													
N'DJAMENA = 1; ABECHÉ/MOUNDOU/SARH = 2; PETITES VILLES = 3; RURAL = 4													

DATE DE LA VISITE _____	JOUR <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
NON DE L'ENQUETEUR _____	MOIS <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
RESULTAT*	ANNEE <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
	NOM <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
	RESULTAT <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		

*CODES RESULTAT:

1 REMPLI
 2 NON REMPLI (PRECISER LA RAISON CI-DESSOUS)

HOMMES ENQUETES 1) _____ (PRECISER LA FONCTION/TITRE) 2) _____ 3) _____ 4) _____	NOMBRE D'HOMMES <input type="checkbox"/> ENREGISTER '7' SI '7'OU PLUS NOMBRE DE FEMMES <input type="checkbox"/>
FEMMES ENQUETES 1) _____ (PRECISER LA FONCTION/TITRE) 2) _____	

SUPERVISEUR	CONTROLEUR DE BUREAU	AGENT DE SAISIE						
NOM _____ <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			NOM _____ <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			NOM _____ <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
DATE _____								

SECTION 1. CARACTERISTIQUES GENERALES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	<p>VERIFIER LE TYPE DE LOCALITE ET COCHER LA CASE CORRESPONDANTE</p> <p>RURAL <input type="checkbox"/> N'DJAMENA <input type="checkbox"/></p> <p>A BECHE/MOUNDOU/SARH</p> <p>AUTRES VILLES</p>		107
102	NOTER LE TYPE D'HABITAT	DENSE.....01 DISPERSE.....02 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
103	Quel est le nom du chef lieu de poste administratif/ sous-préfecture/préfecture le plus proche de (NOM DE LA LOCALITE)?	_____ (NOM DU CHEF LIEU LE + PROCHE)	
104	A combien de kilomètres se situe (NOM DU CHEF LIEU LE PLUS PROCHE)? SI VOUS ETES PASSE PAR CE CHEF LIEU EN VOUS RENDANT DANS LA GRAPPE ACTUELLE, NOTER LE NOMBRE DE KILOMETRES D'APRES VOS OBSERVATIONS.	KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
105	Quel est le moyen de transport utilisé le plus souvent par la majorité de habitants (NOM DE LA LOCALITE) pour se rendre à (NOM DU CHEF LIEU LE + PROCHE)?	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	
106	Quel est la principale voie d'accès entre (NOM DE LA LOCALITE) et (NOM DU CHEF LIEU LE + PROCHE)?	ROUTE Goudronnée.....1 ROUTE EN TERRE BATTUE.....2 PISTE CAROSSABLE TOUTE L'ANNEE...3 PISTE SAISONNIERE.....4 PISTE CYCLABLE/SENTIER.....5 VOIE D'EAU.....6	
107	Y-a-t-il l'électricité à (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?	OUI.....1 NON.....2	
108	Y-a-t-il le téléphone à (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?	OUI.....1 NON.....2	
109	Y-a-t-il l'eau courante (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?	OUI.....1 NON.....2	
110	quelle est la principale activité des habitants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?	AGRICULTURE.....01 ELEVAGE.....02 PECHE.....03 COMMERCE.....04 ARTISANAT.....05 INDUSTRIE.....06 EXPLOITATION MINIERE.....07 SERVICES/BUREAU/ADMINISTRATION..08 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	

COMPLÉTER LE TABLEAU CI-DESSOUS À PARTIR DE VOS OBSERVATIONS ET/OU DES INFORMATIONS OBTENUES

	111	112	113	
	<p>Y-a-t-il (NOM DU SERVICE) à (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?</p> <p>SI NON: A combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?</p>	<p>Quel est le moyen de transport utilisé le plus souvent par la majorité des habitants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche?</p>	<p>Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche en utilisant le moyen de transport le plus fréquent?</p> <p>NOTER EN MINUTES. SI PLUS DE 120 M. NOTER EN HEURES</p>	
1) ECOLE PRIMAIRE	<p>NON: NOMBRE DE KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUI.....000 <input type="text"/></p> <p>PASSER A LIGNE '12' ←</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1</p> <p>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2</p> <p>CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3</p> <p>BICYCLETTE.....4</p> <p>PIROGUE.....5</p> <p>A PIED.....6</p>	<p>MINUTES...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	PASSER A LIGNE 2 →
2) ECOLE SECONDAIRE OU PROFES-SIONNELLE	<p>NON: NOMBRE DE KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUI.....000 <input type="text"/></p> <p>PASSER A LIGNE '13' ←</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1</p> <p>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2</p> <p>CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3</p> <p>BICYCLETTE.....4</p> <p>PIROGUE.....5</p> <p>A PIED.....6</p>	<p>MINUTES...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	PASSER A LIGNE 3 →
3) MARCHÉ JOURNALIER	<p>NON: NOMBRE DE KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUI.....000 <input type="text"/></p> <p>PASSER A LIGNE '15' ←</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1</p> <p>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2</p> <p>CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3</p> <p>BICYCLETTE.....4</p> <p>PIROGUE.....5</p> <p>A PIED.....6</p>	<p>MINUTES...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	PASSER A LIGNE 4 →
4) MARCHÉ HEBDOMA-DAIRE	<p>NON: NOMBRE DE KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUI.....000 <input type="text"/></p> <p>PASSER A LIGNE '15' ←</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1</p> <p>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2</p> <p>CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3</p> <p>BICYCLETTE.....4</p> <p>PIROGUE.....5</p> <p>A PIED.....6</p>	<p>MINUTES...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	PASSER A LIGNE 5 →
5) BOUTIQUE	<p>NON: NOMBRE DE KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUI.....000 <input type="text"/></p> <p>PASSER A LIGNE '16' ←</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1</p> <p>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2</p> <p>CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3</p> <p>BICYCLETTE.....4</p> <p>PIROGUE.....5</p> <p>A PIED.....6</p>	<p>MINUTES...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	PASSER A LIGNE 6 →
6) BUREAU DE POSTE	<p>NON: NOMBRE DE KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUI.....000 <input type="text"/></p> <p>PASSER A LIGNE '17' ←</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1</p> <p>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2</p> <p>CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3</p> <p>BICYCLETTE.....4</p> <p>PIROGUE.....5</p> <p>A PIED.....6</p>	<p>MINUTES...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	PASSER A LIGNE 7 →
7) SERVICE DE TRANSPORT EN COMMUN	<p>NON: NOMBRE DE KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OUI.....000 <input type="text"/></p> <p>PASSER A Q.201 ←</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1</p> <p>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....2</p> <p>CHARRETTE/DOS D'ANIMAL.....3</p> <p>BICYCLETTE.....4</p> <p>PIROGUE.....5</p> <p>A PIED.....6</p>	<p>MINUTES...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	PASSER A Q.201 →

3

SECTION 2. PROGRAMMES DE SANTE ET DE PLANIFICATION FAMILIALE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Est-ce qu'au cours des 12 derniers mois, quelqu'un a visité votre (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) à propos de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→204
202	De quelle organisation faisait-il partie? ESSAYER D'OBTENIR LE NOM EXACT DE L'ORGANISATION. EVITER D'UTILISER DES ABREVIATIONS	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> NSP..... 98	
203	Quels sujets ont été abordés pendant cette visite? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES	ESPACEMENT NAISSANCES.....A AVANTAGES LIMIT. NAISSANCES.....B UTILISATION PLANNING FAMILIAL....C ALLAITEMENT.....D PROMOTION METHOD.SPECIFIQUE(S)...E OU TROUVER LES METHODES.....F AUTRE _____ X (PRECISER)	
204	Où accouchent la majorité des femmes de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?	A LA MAISON.....1 ETABLISSEMENT DE SANTE.....2	
205	Y-a-t-il eu une accoucheuse traditionnelle à (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) qui assiste régulièrement les femmes lors des accouchements?	OUI.....1 NON.....2	→207
206	Cette accoucheuse traditionnelle a-t-elle reçu une formation spéciale de la part du gouvernement ou d'un autre organisme?	OUI.....1 NON.....2	
207	Y-a-t-il eu une matrone de l'hôpital ou du centre de santé qui assiste régulièrement les femmes de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) lors des accouchements?	OUI.....1 NON.....2	
208	Y-a-t-il eu une sage-femme professionnelle qui assiste régulièrement les femmes de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) lors des accouchements?	OUI.....1 NON.....2	
209	Est-ce qu'un membre de l'équipe du centre de santé visite régulièrement (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?	OUI.....1 NON.....2	→211
210	Le membre de l'équipe du centre de santé	PREVEN- OUI.....1 TION : NON.....2 SOINS OUI.....1 PRENAT.: NON.....2 VACCIN- OUI.....1 NATIONS NON.....2 OPHTAL- OUI.....1 MOLOGIE: NON.....2 LEPRE: OUI.....1 NON.....2 ONCHO- OUI.....1 CERCOSE: NON.....2 TRYPA- OUI.....1 NOSOM.: NON.....2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
211	(En dehors des membres de l'équipe du centre de santé), est-ce qu'au cours des 12 derniers mois, quelqu'un a visité votre (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) à propos de santé?	OUI.....1 NON.....2	→214
212	De quelle organisation faisait-il partie? ESSAYER D'OBTENIR LE NOM EXACT DE L'ORGANISATION. EVITER D'UTILISER DES ABREVIATIONS	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NSP..... 98	
213	Quels sujets ont été abordés pendant cette visite? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES	SOINS PRENATALS.....A VACCINATION.....B OPHTALMOLOGIE.....C LEPRE.....D ONCHOCERCOSE.....E TRYPANOSOMIASE.....F DIARRHÉE/UTILISATION DES SRO.....G ALLAITEMENT.....H NUTRITION/CROISSANCE.....I MST/SIDA.....J PALUDISME.....K AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
214	Il arrive parfois que des enfants, qui jouent normalement pendant la journée, éprouvent des difficultés pour voir et pour se déplacer au crépuscule, après le coucher du soleil. Dans la soirée, ces enfants restent parfois assis seuls, se tiennent aux habits de leur mère, ils sont incapables de trouver leurs jouets, ou de voir pour manger. Connaissez-vous ce problème?	OUI.....1 NON.....2	→217
215	Quel nom donnez-vous à ce problème? ESSAYEZ D'OBTENIR LE NOM LOCAL DE CETTE MALADIE	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 	
216	Connaissez-vous des enfants qui ont souffert de (NOM DE LA MALADIE) au cours du mois passé dans votre (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?	OUI.....1 NON.....2	

COMPLÉTER LE TABLEAU CI-DESSOUS À PARTIR DE VOS OBSERVATIONS ET DES INFORMATIONS OBTENUES

	217	218	219	220	221		
	Y-a-t-il (NOM DU SERVICE) à (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)? SI NON: A combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	Quel est le moyen de transport utilisé le plus souvent par la majorité des habitants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche?	Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? NOTER EN MINUTES. SI PLUS DE 120 MINUTES, NOTER EN HEURES	Le (NOM DU SERVICE) le plus proche fournit-il des services de:	A (NOM DU SERVICE) le plus proche est-il possible de se procurer:	PASSER A LIGNE	
362	1) HOPITAL PUBLIC OU (POUR NDJAMENA SEULEMENT) POLYCLINIQUE	NON: NBRE.DE KM... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OUI.....000 PASSER Q.220 ←	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	MINUTES..1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES...2 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON NSP PLANIF. FAMILIALE...1 2 8 SOINS PRENATALS...1 2 8 ACCOUCHEMENT...1 2 8 CONS. EN NUTRITION...1 2 8 VACCINATION...1 2 8 MEDECINE GENERALE...1 2 8 CHIRURGIE...1 2 8	OUI NON NSP CONTRACEPTIFS.....1 2 8 CONDOMS.....1 2 8 SACHETS DE SRO.....1 2 8 COMPRIME DE FER.....1 2 8 ANTI-PALUDEENS (NIVA-QUINE/CHLOROQUINE)..1 2 8 MEDICAMENTS DE BASE..1 2 8	→ 2
	2) HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON	NON: NBRE.DE KM... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OUI.....000 PASSER Q.220 ←	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	MINUTES..1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES...2 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON NSP PLANIF. FAMILIALE...1 2 8 SOINS PRENATALS...1 2 8 ACCOUCHEMENT...1 2 8 CONS. EN NUTRITION...1 2 8 VACCINATION...1 2 8 MEDECINE GENERALE...1 2 8 CHIRURGIE...1 2 8	OUI NON NSP CONTRACEPTIFS.....1 2 8 CONDOMS.....1 2 8 SACHETS DE SRO.....1 2 8 COMPRIME DE FER.....1 2 8 ANTI-PALUDEENS (NIVA-QUINE/CHLOROQUINE)..1 2 8 MEDICAMENTS DE BASE..1 2 8	→ 3
	3) HOPITAL PRIVE	NON: NBRE.DE KM... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OUI.....000 PASSER Q.220 ←	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	MINUTES..1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES...2 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON NSP PLANIF. FAMILIALE...1 2 8 SOINS PRENATALS...1 2 8 ACCOUCHEMENT...1 2 8 CONS. EN NUTRITION...1 2 8 VACCINATION...1 2 8 MEDECINE GENERALE...1 2 8 CHIRURGIE...1 2 8	OUI NON NSP CONTRACEPTIFS.....1 2 8 CONDOMS.....1 2 8 SACHETS DE SRO.....1 2 8 COMPRIME DE FER.....1 2 8 ANTI-PALUDEENS (NIVA-QUINE/CHLOROQUINE)..1 2 8 MEDICAMENTS DE BASE..1 2 8	→ 4

	217	218	219	220	221
	Y-a-t-il (NOM DU SERVICE) à (NOM DU VILLAGE/VILLE/ QUARTIER)? SI NON: A combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	Quel est le moyen de transport utilisé le plus souvent par la majorité habitants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/ QUARTIER) pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche?	Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? NOTER EN MINUTES. SI PLUS DE 120 MINUTES, NOTER EN HEURES	Le (NOM DU SERVICE) le plus proche fournit-ildes services de:	A (NOM DU SERVICE) le plus proche est-il possible de se procurer:
4)	NON: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NBRE.DE KM... OUI.....000 PASSER Q.220 ←	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	MINUTES..1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON NSP PLANIF. FAMILIALE....1 2 8 SOINS PRENATALS.....1 2 8 ACCOUCHEMENT.....1 2 8 CONS. EN NUTRITION...1 2 8 VACCINATION.....1 2 8 MEDECINE GENERALE....1 2 8	OUI NON NSP CONTRACEPTIFS.....1 2 8 CONDOMS.....1 2 8 SACHETS DE SRO.....1 2 8 COMPRIME DE FER.....1 2 8 ANTI-PALUDEENS (NIVA- QUINE/CHLOROQUINE).1 2 8 MEDICAMENTS DE BASE..1 2 8
5)	NON: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NBRE.DE KM... OUI.....000 PASSER Q.220 ←	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	MINUTES..1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON NSP PLANIF. FAMILIALE....1 2 8 SOINS PRENATALS.....1 2 8 ACCOUCHEMENT.....1 2 8 CONS. EN NUTRITION...1 2 8 VACCINATION.....1 2 8 MEDECINE GENERALE....1 2 8	OUI NON NSP CONTRACEPTIFS.....1 2 8 CONDOMS.....1 2 8 SACHETS DE SRO.....1 2 8 COMPRIME DE FER.....1 2 8 ANTI-PALUDEENS (NIVA- QUINE/CHLOROQUINE).1 2 8 MEDICAMENTS DE BASE..1 2 8
6)	NON: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NBRE.DE KM... OUI.....000 PASSER Q.220 ←	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	MINUTES..1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON NSP PLANIF. FAMILIALE....1 2 8 SOINS PRENATALS.....1 2 8 ACCOUCHEMENT.....1 2 8 CONS. EN NUTRITION...1 2 8 VACCINATION.....1 2 8 MEDECINE GENERALE....1 2 8 CHIRURGIE.....1 2 8	OUI NON NSP CONTRACEPTIFS.....1 2 8 CONDOMS.....1 2 8 SACHETS DE SRO.....1 2 8 COMPRIME DE FER.....1 2 8 ANTI-PALUDEENS (NIVA- QUINE/CHLOROQUINE).1 2 8 MEDICAMENTS DE BASE..1 2 8
7)	NON: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NBRE.DE KM... OUI.....000 PASSER Q.220 ←	VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6	MINUTES..1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES...2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI NON NSP VACCINATION.....1 2 8 MEDECINE GENERALE....1 2 8	OUI NON NSP CONTRACEPTIFS.....1 2 8 CONDOMS.....1 2 8 SACHETS DE SRO.....1 2 8 COMPRIME DE FER.....1 2 8 ANTI-PALUDEENS (NIVA- QUINE/CHLOROQUINE).1 2 8 MEDICAMENTS DE BASE..1 2 8

	217	218	219	220	221
	<p>Y-a-t-il (NOM DU SERVICE) à (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER)?</p> <p>SI NON: A combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?</p>	<p>Quel est le moyen de transport utilisé le plus souvent par la majorité habitants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/QUARTIER) pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche?</p>	<p>Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? NOTER EN MINUTES. SI PLUS DE 120 MINUTES, NOTER EN HEURES</p>	<p>Le (NOM DU SERVICE) le plus proche fournit-ildes services de:</p>	<p>A (NOM DU SERVICE) le plus proche est-il possible de se procurer:</p>
<p>8) VERIFIER q.101</p> <p>RURAL <input type="checkbox"/></p> <p>POSER q.217- q.221 POUR LA "PHARMACIE/ CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE"</p> <p>URBAIN <input type="checkbox"/></p> <p>PASSER A q.222</p>	<p>NOM: NBRE.DE KM... <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>OUI.....000</p> <p>PASSER q.220</p>	<p>VEHICULE A MOTEUR.....1 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE..2 CHARRETTE/DOS D'ANIMAL..3 BICYCLETTE.....4 PIROGUE.....5 A PIED.....6</p>	<p>MINUTES..1 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>HEURES...2 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>VACCINATION.....1 2 8 MEDECINE GENERALE....1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>CONTRACEPTIFS.....1 2 8 CONDOMS.....1 2 8 SACHETS DE SRO.....1 2 8 COMPRIME DE FER.....1 2 8 ANTI-PALUDEENS (NIVA- QUINE/CHLOROQUINE).1 2 8 MEDICAMENTS DE BASE..1 2 8</p>

→q.222

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES
222	<p>Quel est le principal problème des habitants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/ QUARTIER) en matière de santé?</p> <p>Quel est le second problème le plus important?</p>	<p style="text-align: right;">1er PRBLE. 2è PRBLE.</p> <p>MANQUE D'ETABLISSEMENT SANITAIRE.....01.....01 MANQUE DE PERSONNEL DE SANTE.....02.....02 MANQUE DE MEDICAMENTS.....03.....03 ETABLIS. SANITAIRE TROP LOIN.....04.....04 PROBLEME DE TRANSPORT.....05.....05 ACCESSIBILITE.....06.....06 COUT DES SOINS/MEDICAMENTS.....07.....07 MANQUE D'ARGENT.....08.....08 INCOMPETENCE DU PERSONNEL.....09.....09 MAUVAIS ACCUEIL DANS ETABL. SANITAIRE..10.....10 MANQUE D'EAU.....11.....11 MANQUE DE NOURRITURE.....12.....12</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>
223	<p>Quelle est la principale maladie qui touche les jeunes enfants de (NOM DU VILLAGE/VILLE/ QUARTIER)?</p> <p>Quelle est la seconde maladie la plus importante?</p> <p>INSCRIRE CI-DESSOUS LE NOM LOCAL DE LA MALADIE, PUIS ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.</p> <p>1ère MALADIE</p> <p>_____</p> <p>2è MALADIE</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: right;">1ère MALAD. 2è MALAD</p> <p>CHOLERA.....01.....01 COQUELUCHE.....02.....02 DIARRHEE.....03.....03 DIPHTERIE.....04.....04 FIEVRE.....05.....05 JAUNISSE/ICTERE/HEPATHITE.....06.....06 LEPRE.....07.....07 MENINGITE.....08.....08 ONCHOCERCOSE.....09.....09 PALUDISME.....10.....10 PNEUMONIE.....11.....11 ROUGEOLE.....12.....12 SOUS-NUTRITION.....13.....13 TETANOS.....14.....14 TOUX.....15.....15 TUBERCULOSE.....16.....16 TRYPANOSOMIASE.....17.....17 VARICELLE.....18.....18 MALADIES DE PEAU.....19.....19 MALADIES RESPIRATOIRES.....20.....20 MALADIES DES YEUX.....21.....21</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR
A remplir une fois que l'interview est finie

Commentaires sur des questions spécifiques: _____

Autres commentaires: _____

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

Nom du Superviseur : _____ Date: _____