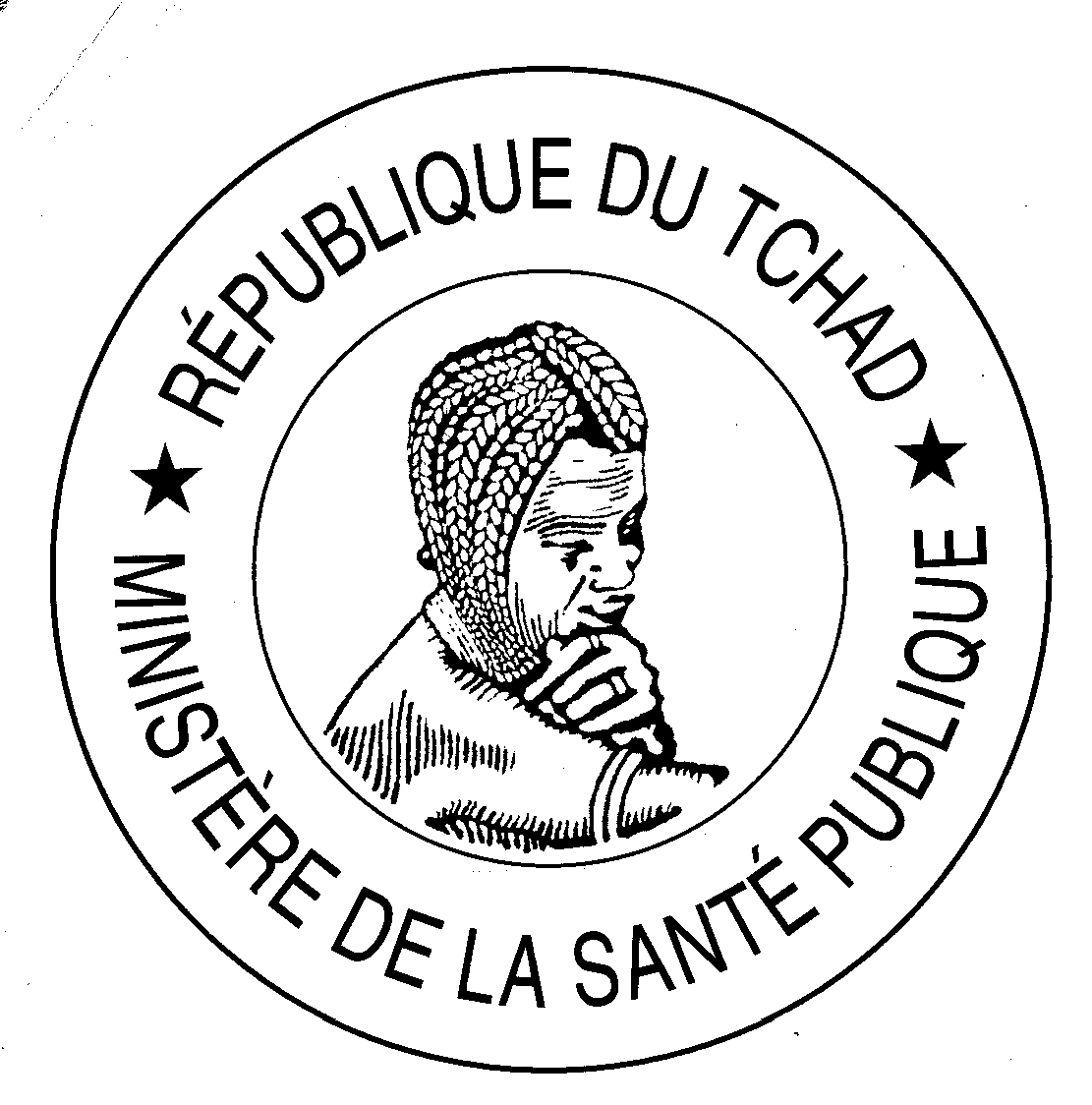
|  |  |
| --- | --- |
| REPUBLIQUE DU TCHAD  =====================  MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  ====================  SECRETARIAT D’ETAT  ===================  SECRETARIAT GENERAL  ====================  DIRECTION GENERALE DES ACTIVITES SANITAIRES | [armoirie](http://www.google.fr/imgres?imgurl=http://nathlin.ifrance.com/tchad/armoirie.gif&imgrefurl=http://nathlin.ifrance.com/tchad/infos.html&usg=__vVYaQy3u1Br2ROQit5wqGILla4o=&h=200&w=242&sz=39&hl=fr&start=1&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=8MmVB8AP6-xPLM:&tbnh=91&tbnw=110&prev=/images?q=armoirie+republique+Tchad&um=1&hl=fr&sa=G&rlz=1T4RNTN_frCI379CI381&tbs=isch:1) |

**STRATEGIE NATIONALE DE COMMUNICATION POUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION**

**2012 – 2016**

**Octobre 2012**



**STRATEGIE NATIONALE DE COMMUNICATION POUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION**

**2012 - 2016**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TSHIRT1 | UNICEF | WHO-FR-C-H |



****

**SOMMAIRE**

**REMERCIEMENTS** P.4

**ABREVIATIONS** P.5

**INTRODUCTION**  P.8

**I/ JUSTIFICATION** P.9

**II/ CONTEXTE NATIONAL** P.11

**III/METHODOLOGIE** P.14

**IV/ SITUATION DE LA COMMUNICATION EN SR**

4.1Sur le plan juridique et environnemental P.13

4.2 Sur le plan des structures, partenariat et ressources P.13

4.3 Analyse des publics-cibles P.17

4.4 Problèmes SR P.24

4.5 Réponses P.25

4.6. Diagnostic organisationnel P.26

4.7 Ressources en communication P.28

4.8 Problèmes de communication identifiés P.29

4.9 Forces, faiblesses et opportunités P.30

**V/CADRE STRATEGIQUE DE LA COMMUNICATION**

5.1 Problèmes SR P.32

5.2 Problèmes de communication identifiés P.34

5.3 Comportements souhaités P.35

5.4 Vision, but, objectifs de la stratégie P.39

5.5 Axes stratégiques P.41

5.6 Activités par axe stratégique P.44

5.7 Audiences, messages et canaux P.46

**VI/ MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE DE COMMUNICATION**

6.1. Acteurs de la mise en œuvre P.53

6.2 Modalités de mise en œuvre P.54

6.3 Mécanisme de suivi-évaluation P.54

**BIBLIOGRAPHIE** P.56

**ANNEXES** P.57

**REMERCIEMENTS**

Le Ministère de la Santé Publique remercie vivement les partenaires au développement, en particulier l’UNFPA, l’OMS, l’UNICEF, ONU Femmes et l’AFD pour leur appui technique, financier et matériel qui a permis l’élaboration et la validation de la Stratégie nationale de communication pour la santé de la reproduction.

Ces remerciements vont également à toutes les personnes ressources tant du secteur public que privé ainsi que organisations non gouvernementales dont la contribution de qualité a permis de cerner toute la complexité de la communication en matière de santé de la reproduction et de proposer conséquemment des stratégies appropriées pour résoudre les problèmes majeurs identifiés suite à l’analyse situationnelle. Leur participation à l’atelier de validation a été décisive.

Le Ministère de la Santé Publique est reconnaissant aux deux consultants nationaux, Dr GARBA TCHANG Salomon et Mr. GATA NDER à tous ainsi qu’à tous ceux qui ont contribué aux ateliers de validation et de finalisation du document.

Le Ministre de la Santé Publique

**Dr MAMOUTH NAHOR N’GAWARA**

**ABREVIATIONS ET ACRONYMES**

ADH Associations des Droits de l’Homme

AFD Agence Française de Développement

AFJT Association des Femmes Juristes du Tchad

AFVP Association Française des Volontaires du Progrès

AGR Activités Génératrices de Revenus

ARV Anti Rétroviraux

AMASOT Association pour le Marketing Social au Tchad

ATEP Association Tchadienne pour l’Etude de Population

ASTBEF Association Tchadienne pour le Bien-être Familial

BAD Banque Africaine de Développement

CAGED  Centre Africain pour le Genre et Développement

CARMMA Campagne d’Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle

En Afrique

CDV Centre de Dépistage Volontaire

CEDEF Convention sur l’Elimination de toutes les Formes de

Discrimination à l’égard des Femmes

CELIAF Cellule de Liaison et d’Information des Associations Féminines

CCC Communication pour le Changement de Comportement

CLAC Centre de Lecture et d’Animation Culturelle

CIOJ Centre d’Information et d’Orientation des Jeunes

CIPD Conférence Internationale sur la Population et le

Développement

CFPR Centre de Formation pour la Promotion Rurale

CPN Consultation Prénatale

CPF Code des Personnes et de la Famille

CONA-CIAF Comité National du Comité Interafricain de Lutte contre les

Mutilations Génitales

DCAP Direction de la Coordination des Activités en matière

de Population

DP Direction de la Population

DPP Déclaration de la Politique de Population

DSRV Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination

EVF/EMP Education à la Vie Familiale et en Matière de Population

EVF/ZR Education à la Vie Familiale en Zone Rurale

EDST Enquête Démographique et de Santé au Tchad

FAO Organisation des Nations Unies pour l’Alimentation et l’Agriculture

FORET/FAWE

FOSAP Fonds de Soutien aux Activités en matière de Population

IEC/CCC Information, Education, Communication/ Communication pour

le Changement de Comportement

ISDH Indicateur Sexto-Spécifique de Développement Humain

ISSED Institut Supérieur des Sciences de l’Education

ISF Indice Synthétique de Fécondité

IST Infection Sexuellement Transmissible

MICS Multi Indicators Clusters Survey

MGF Mutilations Génitales féminines

MMN Mortalité Maternelle et Néonatale

OMD Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA Programme Commun de l’Organisation des Nations-Unies

Sur le VIH/SIDA

ONG Organisation Non Gouvernementale

PA/CIPD Plan d’Action de la Conférence Internationale sur la

Population et le Développement

PAM Programme Alimentaire Mondial

PARSET Plan d’Action de la Réforme du Secteur de l’Education

Au Tchad

PCA Paquet Complémentaire d’Activités

PCIME Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l’Enfant

PD Population et Développement

PIC Plan Intégré de Communication

PF Planification Familiale

PMA Paquet Minimum d’Activités

PNUD Programme des Nations-Unies pour le Développement

PNP Politique Nationale de Population

PPLS Projet Population et Lutte contre le Sida

PTME Prévention de la Transmission Mère-Enfant

PVVIH Personnes vivant avec le Virus de l’Immunodéficience Humaine

REFEMPT Réseau des Femmes Ministres et Parlementaires du Tchad

SASDE Stratégie d’Accélération de la Survie et du Développement de l’Enfant

SPD Stratégie en Matière de Population et Développement

SNRP Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté

SRA Santé Reproductive des Adolescents

SRAJ Santé Reproductive des Adolescents et des Jeunes

SNU Système des Nations Unies

SR Santé de la Reproduction

SONU Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence

SOU Soins Obstétricaux d’Urgence

SOUB Soins Obstétricaux d’Urgence de Base

SOUC Soins Obstétricaux d’Urgence Complets

UNFPA Fonds des Nations Unies pour la Population

UNHCR Haut Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés

UNICEF Fonds des Nations-Unies pour l’Enfance

UNIFEM Fonds des Nations-Unies pour les Femmes

**INTRODUCTION**

La santé de la reproduction est un état complet de bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l’appareil génital, ses fonctions et ses fonctionnements et non pas seulement l’absence de maladie ou d’infirmité (conférence internationale du Caire sur la population et développement en 1994).

Les différentes composantes prioritaires de SR pour le Tchad sont les suivantes :

* La santé maternelle et néonatale;
* La santé de l’enfant ;
* La Planification familiale et la sécurisation des produits de SR;
* La santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes ;
* La prévention des IST et du VIH et SIDA;
* Genre, SR et Droits Humains.

L’adoption et la mise en œuvre de différents politiques et programme de santé de la reproduction tardent à donner les résultats escomptés. Les indicateurs restent toujours aussi alarmants concernant la mortalité maternelle et néonatale ainsi que la mortalité infantile, et en matière de santé de la reproduction, les comportements n’ont guère évolué face à différentes pratiques socioculturelles néfastes à la santé.

Le Ministère de la Santé Publique, à travers la Direction de la Santé de la Reproduction et la Vaccination (DSRV) et le Bureau d’Information d’Education et de Communication (BIEC) en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et divers autres partenaires au développement, a pris l’option d’intensifier les actions de communication et de plaidoyer pour mobiliser les efforts à divers niveaux afin d’améliorer de façon durable la santé de la reproduction au Tchad.

La présente stratégie qui sera développée pour la période 2012-2016 vient renforcer les différentes actions entreprises contre la mortalité maternelle et néonatale et la propagation du VIH/SIDA. Elle couvre les composantes de la santé de la reproduction notamment les priorités retenues par le Tchad.

La stratégie nationale de communication se veut un cadre approprié pour les intervenants à tous les niveaux. Elle a été élaborée sur la base des résultats d’une analyse de la situation et à travers une revue documentaire et une compilation des informations par l’exploitation de la documentation disponible sur la SR, la PF et le plaidoyer, des rencontres de concertation et de définition des priorités sur le terrain avec les cibles. Elle a pour but de susciter des changements de comportements nécessaires au sein des groupes précis de la population afin d’améliorer l’état de leur santé. Elle contribue à l'atteinte des objectifs du plan stratégique de la Feuille de Route Nationale pour l’Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile et permet de renforcer la cohésion des partenaires du programme de SR au niveau central, régional et périphérique. Elle crée un environnement favorable à la Santé de la Reproduction, grâce aux actions de plaidoyer et de communication.

Les principaux éléments de la stratégie sont les suivants:

1. Analyse de la situation de la Communication en SR
2. Orientations stratégiques de la communication
3. Mise en œuvre des activités
4. Suivi et évaluation des activités

**I/ JUSTIFICATION**

Au Tchad, la situation sanitaire se caractérise par une morbidité et une mortalité élevées en dépit des efforts consentis dans le domaine de la santé. Cette situation est plus marquée chez les groupes vulnérables que sont les femmes en âge de procréer, les jeunes et les enfants de moins de cinq (5) ans. De façon spécifique, les femmes enceintes et les nouveau-nés enregistrent respectivement des taux de mortalité de 1.099 pour 100.000 naissances vivantes et 39 décès pour 1000 naissances vivantes selon l’EDST 2004.

Ces chiffres, en particulier la mortalité maternelle, ont une tendance à l’aggravation : 827 pour 100.000 naissances vivantes en 1997 (EDST I), 1.099 en 2004 (EDST II) et selon le rapport conjoint publié par l’OMS, l’UNICEF, l’UNFPA et la Banque Mondiale, 1.200 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 2008 et 1.100 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 2012. Cette situation place le Tchad parmi les pays à forte mortalité maternelle dans le monde. Ce niveau élevé de mortalité est dû aux hémorragies, aux infections du post-partum, aux dystocies, aux hypertensions sur grossesse et aux avortements. En outre, on enregistre une morbidité très élevée liée aux fistules obstétricales dont le nombre est estimée à plus de 250 cas par an.

Ces indicateurs de santé alarmants s’expliquent par une faible utilisation des services de santé de la reproduction. En effet, 55% des femmes enceintes bénéficient d’au moins une consultation prénatale auprès du personnel de santé et seulement 1,2% d’entre elles ont effectué les quatre visites recommandées. La qualité de la CPN est aléatoire puisque seulement 18% des femmes ayant bénéficié des soins prénatals se sont fait prendre la tension artérielle, un échantillon d’urine et celui du sang. De plus, 57% des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux dernières années, n’étaient pas immunisées contre le tétanos.

Quant à l’accouchement assisté par du personnel qualifié, seulement 22,4% de femmes ont bénéficié de cette assistance pendant l’accouchement. En 2010, la plupart des femmes qui ont accouché sans l’aide de personnel qualifié, ont été assistées par des accoucheuses traditionnelles (40%) ou par une parente/amie (28%). Un nombre insignifiant de femmes ont accouché dans les structures sanitaires (9,06%- EDST II) ; la grande majorité continuant à accoucher à domicile. Le taux de césarienne est de 0,7% en milieu rural et de 4% au niveau urbain alors que le niveau recommandé est de 5%. De plus, le pourcentage de mortalité maternelle intra-hospitalière s’élevait à 4,37% en 2011 selon l’évaluation de besoin en SONU, alors que le maximum acceptable est de 1%.

On note par ailleurs que 2,8% des femmes en union utilisent une méthode contraceptive dont seulement 1,6% pour les méthodes modernes. Cette faible utilisation augmente les risques liés à la maternité et expliquent en partie les taux de morbidité et de mortalité observés. Or il est avéré qu’en agissant sur la prévalence contraceptive à travers un programme cohérent de planification familiale (PF) on peut réduire d’au moins 30% la morbidité et la mortalité maternelle. Les besoins non satisfaits au niveau national en matière de planification familiale (23%), sont huit fois plus importants que les besoins actuellement couverts. Si les besoins non satisfaits étaient couverts, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 26% (demande potentielle) chez les femmes en union, c’est-à-dire 9 fois le taux actuel. D’autres facteurs influent négativement : la faible qualité de l’offre des services de santé de la reproduction, la faiblesse du système de santé au niveau organisationnel, la gestion des ressources humaines, la disponibilité des produits de santé de reproduction.

On relève par ailleurs des déterminants comportementaux, notamment les barrières socioculturelles (persistance des rumeurs, interdits religieux), la méconnaissance des pratiques essentielles en santé de la reproduction. Enfin l’absence d’une communication structurée et soutenue sur le long terme, le faible engagement des leaders politiques, religieux et coutumiers ainsi que de la société civile, constituent autant d’ingrédients à la limitation de l’utilisation de services de la planification familiale.

Le statut social et économique de la femme et souvent l’opposition du conjoint, limitent l’accès aux services de la SR/PF.

Face aux insuffisances mentionnées ci-dessus, le Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec les partenaires, a élaboré et mis en œuvre les politiques, stratégies, programmes et projets suivants : (i) la Politique Nationale de la Santé de la Reproduction ainsi que les normes et procédures y afférentes (ii) la Feuille de Route Nationale pour l’Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile, (iii) la Stratégie de lutte contre les fistules (iv) la Stratégie de Sécurisation des Produits de SR (v) la Campagne pour l’Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) et (vi) la Campagne « Main dans la Main » pour la planification familiale.

L’atteinte des objectifs de ces plans passe par une large sensibilisation de toutes les parties prenantes, un accompagnement et un soutien adéquat à ces plans par les donateurs, les décideurs nationaux et les leaders d’opinion.

La SR est le domaine de santé qui sollicite un grand nombre d’intervenants, notamment les structures de l’Etat à travers l’implication de divers ministères, les partenaires du Système des Nations Unies, notamment l’UNFPA, l’OMS, l’UNICEF, ONU FEMMES, ONUSIDA etc., les ONG et associations de la société civile dont ASTBEF, CELIAF, AFJT, REFEMPT, ATEP, AMASOT, sans compter divers réseaux dont le réseau des parlementaires pour la population et le développement, REJPOP, CONA-CIAF etc. Ces structures développent différentes activités de communication en SR. Mais ces nombreuses interventions sont disparates, peu structurées et coordonnées pour permettre d’optimiser les actions et en mesurer l’impact.

Le Bureau d’Information, d’Education et de Communication (BIEC) du Ministère de la Santé Publique qui a la mission de coordonner ces interventions, ne parvient pas à mettre en cohérence tant les contenus des messages, que les programmes de communication en SR. Les difficultés structurelles que vit cette structure ne lui permettent plus de jouer son rôle.

Eu égard aux problèmes et aux nombreux défis à relever et conscient du rôle que la communication et le plaidoyer peuvent jouer dans la promotion de la Santé de la Reproduction, le Ministère de la Santé Publique à travers la Direction de la Santé de la Reproduction et la Vaccination (DSRV) et le Bureau d’Information, d’Education et de Communication (BIEC) en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), et les partenaires au développement, a pris l’option d’élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de communication comportant les messages clés et des argumentaires développés et segmentés en fonction des groupes cibles et des thématiques prioritaires.

**II/ METHODOLOGIE D’ELABORATION**

La présente stratégie de communication nationale en SR a été élaborée sur la base d’une importante revue documentaire et des entretiens organisés sur le terrain avec des personnes ressources, des groupes cibles et des acteurs de la SR.

Les consultants ont au préalable échangé avec la coordination technique de la consultation (UNFPA en partenariat avec la DSRV et le BIEC), sur la liste des thématiques prioritaires, des documents de référence et des groupes cibles de la SR/PF. Les consultants ont identifié une dizaine de documents qu’ils ont collecté auprès de différentes institutions (UNFPA, DSRV, BIEC, CARMA, Direction de la Population du Ministère du Plan etc.), dans différentes structures sanitaires et à partir de leur propre documentation.

Cette abondante documentation (voir bibliographie) a permis de faire l’analyse de la situation et d’orienter la stratégie de communication.

Des entretiens ont été organisés à N’Djaména, Bongor et Abéché avec des personnes ressources, des groupes cibles, des acteurs de la SR, pour collecter des informations et évaluer les connaissances, aptitudes et pratiques en SR. Ces rencontres se sont déroulées dans divers lieux (bureaux des institutions ou associations, hôpitaux, maisons de la culture, CIOJ et divers autres cadres). Un guide d’entretien élaboré par les consultants a servi de support à l’organisation des rencontres.

Les données collectées sur le terrain et la revue documentaire ont ainsi permis l’élaboration d’une première version de la stratégie de communication qui a été améliorée après les observations de la coordination technique de l’UNFPA (bureau du Tchad et sous bureau régional de Dakar).

Ce document a été soumis à l’examen d’une équipe mixte d'experts en communication et en SR, au cours d’un atelier organisé en avril 2012 au Centre Bethel de Bakara, sous la supervision du Ministère de la Santé Publique et de ses partenaires. Le document a été ainsi réaménagé tant dans sa structuration que dans son contenu, grâce aux contributions de trois groupes de travail.

Le document validé après l’atelier de Bakara, a enfin donné lieu à un dernier atelier de finalisation fin octobre à *l’Hotel Le Rocher* de Dandi à 100 Km de N’Djaména. Les participants à cet atelier, qui a réuni autour des consultants, les experts de la DSRV et du Réseau des journalistes en population et développement (REJPOP), ont fait une relecture détaillée du document ainsi que de la Matrice de développement des actions de communication et du plan d’action. A l’issue de cet atelier, la Stratégie Nationale de Communication en SR a été définitivement finalisée ainsi que les documents de mise en œuvre.

**III/ CONTEXTE NATIONAL**

* 1. **Au plan géographique**

Pays d’Afrique Centrale entièrement enclavé, le Tchad a une superficie de 1.284.000km². Il est limité au Nord par la Libye, au Sud par la République Centrafricaine, à l'Est par le Soudan, à l'Ouest par le Cameroun, le Nigeria et le Niger. L’immensité du pays et l’absence de côtes maritimes (le port le plus proche, Port Harcourt au Nigeria, est à environ 1750 km de la capitale) posent des problèmes de transport, de communication et d’accessibilité à l’extérieur.

**Au plan démographique**

Sur le plan démographique, selon les résultats du deuxième recensement général de la population et de l’habitat (RGPH II) de 2009, le pays compte 11 175 915 habitants dont 5 509 522 hommes (49,3%) et 5 666 393 femmes (50,7%). Les moins de 18 ans constituent 57% de la population totale tandis que les femmes âgées de 18 ans et plus représentent 53% de l’ensemble des femmes. Le taux d’accroissement intercensitaire est de 3,6%.

La population tchadienne est sédentaire à 96,5% et vit majoritairement en zone rurale. Elle est fondamentalement pro-nataliste avec un indice synthétique de fécondité (ISF) de 6,3 enfants par femme (EDST II). On relève une grande diversité culturelle et linguistique avec pas moins de 250 groupes ethniques qui cohabitent.

A l’Est du pays, on dénombre environ 220 000 réfugiés soudanais du Darfour et au Sud, plus 100 000 réfugiés centrafricains. Le nombre de 170 000 déplacées, cherchant refuge dans les communautés déjà fragilisées à la frontière avec le Soudan, a doublé. Certaines familles ont dû fuir deux ou trois fois et chaque déplacement les prive un peu plus de leurs maigres ressources les rendant ainsi plus vulnérables à l’infection au VIH et SIDA.

Au même moment, un regain de violence dans le Nord Est de la République Centrafricaine et la détérioration régulière de la situation au Darfour créent des conditions de sécurité extrêmement instables le long de l’axe Soudan/ Tchad/ RCA.

* 1. **Au plan socioculturel**

La population résidente est cosmopolite avec un métissage culturel et multiethnique. Dans cette diversité culturelle, chaque groupe ethnique a développé des valeurs culturelles séculaires qui constituent le fondement de son identité et se manifestent à travers une philosophie, des croyances, des règles de conduite et pratiques sociologiques, un savoir, un savoir-faire et savoir être en matière de procréation. Ces normes, valeurs et perceptions ou représentations sont transmises au cours du processus de socialisation de l’individu. Cet aspect est fondamental pour l’analyse des facteurs socioculturels qui inhibent les efforts en faveur de la promotion de la SR. La valorisation de la virginité, de l’abstinence pré nuptiale et la séparation spatiale des conjoints après l’accouchement sont autant d’éléments tributaires du vécu socioculturel.

Ainsi, bien que toutes les ethnies s’accordent à reconnaître à la femme son rôle « d’élément fondamental et central de la famille », son statut est relégué au second plan quand il s’agit de prendre des décisions relatives au lignage et à la procréation. C’est au patriarche qu’il revient d’en décider en lieu et place de la femme qui reste soumise au « verdict » exécuté par les voix plus autorisées comme les grand-mères et belles-mères. Ces personnages décident de la durée de l’allaitement pour l’enfant, des soins à lui apporter et du respect de l’intervalle inter génésique qui, en principe, s’étale sur deux ans révolus et nécessite une séparation des conjoints.

Les cérémonies initiatiques comme les circoncisions et l’excision étaient les cadres propices à l’éducation sexuelle et prénuptiale. Ces pratiques se poursuivent mais perdent progressivement leur dimension éducative. Elles ont plutôt une valeur rituelle.

Le réseau traditionnel de communication renvoie à la « carte affective » et organisationnelle de la communauté. Ainsi, les leaders communautaires (chefs charismatiques), et les groupes d’âges sont déterminants dans la transmission des informations en matière de sexualité et/ou de procréation.

Les langues de communication les plus parlées sont l’Arabe tchadien et le Sara.

Sur le plan religieux, l’islam est la religion dominante suivi du christianisme et de l’animisme. Qu’il s’agisse des musulmans, des chrétiens ou des animistes, il y a au niveau communautaire la survivance des us et coutumes qui influencent les comportements en matière de SR.

* 1. **Sur le plan économique**

Le Tchad est l’un des pays les plus pauvres du monde malgré les ressources additionnelles générées par l’exploitation récente du pétrole. Cette pauvreté est essentiellement rurale et touche 80% de la population. Les revenus nationaux évoluent très peu et n’arrivent pas à satisfaire les besoins colossaux engendrés par la croissance rapide de la population. Au classement 2011 de l’IDH (Indice du Développement Humain) du PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement), le Tchad figure parmi les 5 derniers (183ème sur 187). Plusieurs rangs nous séparent des autres pays pétroliers de notre sous-région d’Afrique Centrale comme le Gabon (106ème) ou la Guinée Equatoriale (136ème).

En outre, des données concordantes indiquent que 55% des Tchadiens vivent en dessous du seuil de pauvreté, soit avec à peine 12 000 F.CFA par mois pour se nourrir, se soigner, se loger, etc. De fait, environ 4,3 millions de Tchadiens (36%) ne mangent pas à leur faim tandis que 8 millions n’ont pas accès à l’eau potable et ils doivent partager avec les animaux, l’eau des fleuves, des rivières, des puits ouverts ou des mares. Il n’est donc pas surprenant, que des maladies hydriques tels que le choléra, sévissent de façon endémique, faisant chaque année de nombreuses victimes.

* 1. **Sur le plan socio sanitaire**

Le système de santé est de type pyramidal à trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

Le niveau central est chargé de la conception, de l’orientation et du suivi de la politique nationale sanitaire, du choix des stratégies, de la mobilisation et de l’allocation et des ressources nationales et extérieures.

Le niveau intermédiaire qui comprend vingt-deux (22) délégations sanitaires régionales est chargé de la mise en œuvre des politiques et des stratégies nationales.

Le niveau périphérique ou opérationnel compte soixante-dix-neuf (79) districts sanitaires dont cinquante-quatre fonctionnels et 1051 Zones de Responsabilité dont 725 fonctionnels. Ce niveau est chargé de l’exécution du Paquet Complémentaires d’Activités (PCA) et du Paquet Minimum d’Activités (PMA).

* 1. **Sur le plan des inégalités, équité, genre et des droits humains**

Les femmes (50,7% de la population) constituent un fort potentiel de développement, mais très peu valorisé du fait des discriminations de toute sorte dont elles font l’objet. Leur statut est caractérisé par de faibles opportunités politiques et économiques, une faible implication dans les prises de décisions à tous les niveaux ainsi qu’un accès limité aux services sociaux de base notamment de SR.

Ces inégalités de genre au Tchad demeurent importantes et s’apprécient à travers les domaines ci- après :

* **Processus de prise de décision**

Le déséquilibre entre les femmes et les hommes relevé dans la sphère politique est l’expression de la domination des hommes sur la scène politique. Ainsi, la représentativité des femmes au niveau des institutions socio-économiques et politiques reste faible : 13% des parlementaires pour la législature actuelle contre 6% dans la législature précédente et 12,5% des membres du Gouvernement au remaniement d’Août 2011.

* **Accès et contrôle des ressources**

Malgré la présence effective des femmes dans le secteur économique, les programmes et projets reconnaissent timidement la capacité productive des femmes, ce qui limite leur accès aux moyens. Elles sont souvent ignorées dans les consultations et interventions qui les touchent pourtant directement, par exemple les aménagements de terre, de marchés et l’octroi d’équipements agricoles. Sur le plan foncier en milieu rural, des pesanteurs socioculturelles et institutionnelles influent fortement sur l’application du droit positif. Qu’il s’agisse de dévolution successorale ou de droit à la propriété foncière, le hiatus entre le droit positif et la pratique coutumière est mis en exergue.

* **Accès à l'éducation**

Le niveau de scolarisation reste faible particulièrement pour les femmes et les filles. En effet, le taux net de scolarisation est de 78,1% en 2003-2004 pour les garçons contre 54,7% pour les filles. En 2004, le taux d’alphabétisation est de 12% pour les femmes contre 35% pour les hommes. A la même année, la proportion des femmes instruites est de 27% contre 46% pour les hommes.

* **Violences basées sur le genre**

La persistance des inégalités de genre trouve des explications dans le poids que représentent les stéréotypes aux niveaux individuel, familial, communautaire et national ayant pour conséquence l’accroissement des violences basées sur le Genre. Au Tchad, selon l’EDST II, près de 45% des femmes ont été excisées avec des variations selon les régions (de 3 à 92%) et les grands groupes ethniques (de 0 à 95%). En outre, 18% des femmes ont connu des violences sexuelles, 100% des violences psychologiques selon l’enquête MICS 2010.

Parmi les pratiques néfastes pour la femme en rapport avec la SR, on peut retenir :

* Les mariages forcés, les mariages endogamiques, le lévirat et le sororat ;
* Les discriminations dans la succession, l’accès aux ressources et aux emplois ;
* Le statut de la femme qui la prive de pouvoir décisionnel et la surcharge de travail.

**IV/ SITUATION DE LA COMMUNICATION EN SR**

* 1. **Sur le plan de l’environnement juridique**

La communication occupe une place de choix dans les documents de politiques et de stratégies nationales en matière de SR notamment dans la Politique Nationale de Santé, la Feuille de Route pour l’Accélération de la Mortalité, Maternelle, Néonatale et Infantile, les Normes et Politique de SR, le plan d'Action de la Campagne pour l'Accélération de la Mortalité Maternelle en Afrique. Par ailleurs, le Ministère de la Santé Publique dispose d'un plan de communication qui n’est pas encore opérationnel.

L’environnement juridique de la SR est nettement insuffisant avec des lois qui sont peu diffusées, vulgarisées et des textes d’application inexistants, inadaptés ou faiblement appliqués. Il s’agit de :

* la Loi 006/PR/2002 portant Promotion de la Santé de la Reproduction au Tchad ;
* la Loi 019/PR/2007 portant Lutte contre les IST/VIH/SIDA et Protection des Personnes Vivant avec le VIH ;
* la Loi 024/PR/2000 relative à la pharmacie ainsi que la PPN révisée en 2008 ;
* la Déclaration de Politique en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA.

**4.2. Sur le plan des structures, partenariat et ressources**

Les interventions de communication en matière de SR sont pilotées par le gouvernement à travers les ministères suivants: Santé Publique ; Action Sociale, Solidarité Nationale et Famille ;  Communication ; Culture ; Education Nationale ; Jeunesse et Sports ; Economie, Plan et Coopération Internationale ; Agriculture ; Défense Nationale.

A ces institutions gouvernementales, s’ajoutent les organisations non gouvernementales et de la société civile (ASTBEF, CELIAF, AFJT, REFEMPT, ATEP, AMASOT), le Réseau des Parlementaires pour la Population et le Développement, le Réseau des Journalistes pour la Population et le Développement (REJPOP), l’Association Tchadienne pour l’Etude de la Population, le Comité National du Comité Interafricain de sensibilisation et de lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants (CONA-CIAF), les associations des jeunes, les associations des personnes vivant avec le VIH, l’Association des Femmes Economistes, l’Union des Associations des Femmes Arabophones, le Réseau des Femmes sahéliennes et les structures des différentes confessions religieuses.

Notons également les partenaires du SNU,  à savoir l’UNFPA, le PNUD, l’UNICEF, le PAM, l’OMS, la FAO, l’UNHCR, ONU Femmes, CAGED, ONUSIDA. Un partenariat stratégique est développé avec les agences de coopération bilatérale et multilatérale : la Coopération allemande, L’Agence Française pour le Développement (AFD), l’Union Européenne, la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement (BAD).

Bien que les intervenants soient nombreux, l’absence de coordination n’a pas permis d’optimiser les actions. Le Bureau d’ Information, d’Education et de Communication (BIEC) du Ministère de la Santé Publique dont la mission est de coordonner les actions de communication en matière de santé, n’a pu établir un minimum de cohésion, ni dans les contenus des messages, ni dans les programmes de communication en SR. Le BIEC connait depuis quelques années, d’importantes difficultés structurelles qui l’empêchent de jouer son rôle. C'est ainsi que les interventions de communication en SR sont disparates et peu structurées en faveur de la réduction de la mortalité maternelle.

Dans le cadre du troisième programme de coopération Tchad-UNFPA, deux projets ont été mis en œuvre depuis 1997. Il s’agit d’une part, du projet « Plaidoyer » et d’autre part, du projet « Appui à la Radio Rurale ». Le projet plaidoyer a consisté en un vaste programme d’information et de sensibilisation sur la problématique de la population et du développement, à divers niveaux: acteurs politiques, leaders d’opinion (chefs traditionnels et religieux), parlementaires etc. Cela a permis de renforcer l’engagement politique se traduisant par des textes de lois (Loi 006/ PR portant promotion de la SR) et l’établissement des coalitions et réseaux qui mènent des actions de plaidoyer (Réseau des parlementaires en population et développement, Réseau des Femmes Ministres et Parlementaires, Réseau des Associations Islamiques en Population et Développement).

Le projet d’« Appui à la Radio Rurale » a permis la production, de 1997 à 2000, de centaines de magazines, de microprogrammes, de chroniques, de jeux-concours ainsi que des reportages sur divers thèmes de la SR, dont notamment : les méthodes contraceptives, les espacements des naissances, la lutte contre les IST/VIH/SIDA etc. Ce qui a contribué à améliorer le niveau de connaissance des populations sur la SR, et de modifier quelque peu les perceptions, même s’il ne s’est pas encore produit des changements notables dans les comportements.

Les productions de la Radio Rurale et divers autres médias ont sans aucun doute contribué à la prise de conscience et à l’engagement des leaders politiques, religieux et traditionnels, comme indiqué plus haut.

Ces deux projets n’ont pas été maintenus dans les IVe et Ve programmes de Coopération Tchad-UNFPA, mais une assistante technique est fournie à la Direction de la Population (DP) du Ministère du Plan, pour poursuivre un programme transversal de Plaidoyer dans trois composantes : Santé de la Reproduction ; Population et Développement ; Genre.

Des actions de communication en SR sont menées par diverses structures. C’est le cas de l’ASTBEF, qui sensibilise les femmes et leur offre des services en SR, et cherche à amener les jeunes à adopter des comportements sexuels responsables, grâce aux activités de des CIOJ (Centres d’information et d’orientation des jeunes).

Des campagnes de sensibilisation sur les questions liées à la santé reproductive sont également entreprises par l’AFJT (Association des Femmes Juristes du Tchad), la CELIAF (Cellule de Liaison des Associations Féminines), le CONA-CIAF (Comité National du Comité Interafricain de Lutte contre les Mutilations Génitales).

Toutes ces actions combinées ont sans doute contribué à une meilleure connaissance des problèmes de santé de la reproduction et à une certaine prise de conscience. Mais les progrès tardent à se manifester tant dans les domaines de la mortalité maternelle et infantile (dont les taux restent élevés), de la planification familiale qui reste faible, de la prévention contre les IST/VIH/SIDA qui est limitée

Dans la cadre la prévention contre les IST/VIH/SIDA divers messages ont été véhiculés par divers canaux, notamment par les médias et la communication interpersonnelle. Dans ce contexte a été expérimentée la stratégie avancée axée sur la dynamique des pairs éducateurs. Les institutions engagées dans ce processus sont le FOSAP (Fonds de soutien et d’appui à la population et la lutte contre le VIH/SIDA), le PPLS (Programme de prévention et de lutte contre VIH/SIDA) et AMASOT (Association de marketing social au Tchad). Une multitude d’associations appuyée par le FOSAP et le PPLS s’investissent dans la prévention contre les IST/VIH/SIDA. Le FOSAP a mobilisé 84 associations bénévoles chargés de faire de la communication sociale sur la SR/PF et la prévention des IST/VIH/SIDA auprès de 126 000 personnes vulnérables (jeunes, femmes, femmes libres, routiers, commerçants).

**4.3 Analyse des problèmes de communication en SR**

Divers programmes de communication en SR ont été entrepris depuis une dizaine d’années par divers intervenants. Celles-ci se sont axées sur la communication interpersonnelle, les causeries (prestataires de SR), la sensibilisation et la diffusion de messages radiophoniques. Action soutenue par la mobilisation sociale, avec divers activités au niveau social, dont les campagnes d’affichage, les caravanes, les manifestations culturelles etc.

Les activités de communication pour le changement de comportement s’inscrivant dans une approche communautaire sont expérimentées par diverses structures, notamment dans la prévention des IST/VIH/SIDA ou sont mobilisés des pairs éducateurs.

Ces programmes ont eu un certain impact et ont surtout permis aux populations d’être relativement bien informés sur les principaux problèmes liés à la SR. Cependant, ces connaissances tardent à induire les changements de comportement souhaités. Ainsi les résultats de l’EDST II mettent en évidence l’écart entre l’intention et la pratique concernant l’adoption des nouveaux comportements.

Que ce soit dans la prévention des IST/VIH/SIDA, l’adoption par les ménages de la PF, les violences faites aux femmes, on note très peu de progrès. On relève les principaux problèmes suivants :

* Actions dispersées, à l’absence d’une stratégie de communication d’ensemble sur la SR et d’une coordination.
* Aucune étude CAP n’a été faite dans le domaine de SR pour orienter les stratégies de communication.
* Absence d’évaluation et de suivi des actions entreprises

Face à ces problèmes, il y a donc lieu de s’interroger sur les stratégies mise en place et évaluer leur impact pour orienter de nouvelles actions en communication pour accompagner la mise en œuvre des programmes en SR.

**4.4 Analyse des publics cibles**

Les cibles de la SR sont les enfants, les adolescents, les jeunes, les femmes, les hommes, les couples, les familles et les communautés.

En matière de connaissances, attitudes et pratiques, on observe encore beaucoup de comportements peu favorables à la promotion de la SR en particulier à la santé maternelle et infantile, à la Planification familiale, à la Santé Reproductive des Adolescents et des Jeunes, à la prévention des IST et du VIH et SIDA et au Genre et Droits Humains.

* + 1. Situation des connaissances, attitudes et pratiques

Ces indications, par thématique, découlent de l’exploitation du questionnaire d'entretiens et de la revue documentaire.

* ***Planification familiale :***

La prévalence contraceptive est de 3% toutes méthodes confondues et de 1,6% pour les méthodes modernes (EDST II : 2004). On note d’importantes disparités dans l’utilisation des méthodes contraceptives : 10% en milieu urbain contre 1% en milieu rural. Bien que les contraceptifs modernes soient faiblement utilisés, la majorité des femmes tchadiennes les connaissent, notamment la pilule, le condom, l’injectable et actuellement les implants. L’utilisation des contraceptifs est plus élevée chez les femmes qui ont un niveau d’éducation secondaire par rapport aux femmes sans instruction ou d’instruction primaire.

La stratégie SR préconise l’espacement des naissances et, pris isolément ou en groupe, les couples approuvent cette stratégie mais se plaignent quelquefois de la faible disponibilité de certains contraceptifs.

*« C’est Dieu qui décide du nombre d’enfants* » entend-on de la bouche d’un grand nombre de Tchadiens. Les Tchadiens observent traditionnellement l’intervalle inter génésique à travers certaines pratiques  telles que la séparation momentanée du couple, la polygamie, l’allaitement maternelle prolongé (autour de 2 ans). Mais ces méthodes traditionnelles sont socialement contraignantes et parfois coûteuses.

Pour recourir à l’une des méthodes de contraception modernes, la femme est souvent obligée de requérir l’accord de son conjoint. Mais le personnel de santé en SR fait de moins en moins recours à l’autorisation préalable du mari, après l’abrogation de l’Ordonnance 08 qui l’imposait.

L’utilisation des préservatifs pour lutter contre les grossesses non désirées, prévenir les IST/VIH/SIDA est perçue par quelques personnes mal informées et la plupart des leaders religieux, comme un encouragement au libertinage sexuel.

Cette faible utilisation des services est aussi due à l'insuffisance des compétences en counseling et en promotion des méthodes contraceptives par les prestataires.

En outre, diverses rumeurs entravent l'utilisation des méthodes contraceptives.

* ***Santé Maternelle et néonatale***

L’EDST II (2004) a montré *une insuffisance dans la surveillance de la grossesse*

Selon le rapport de l’enquête MICS 2010, six femmes enceintes sur dix (55 %) n’ont pas bénéficié d’un suivi par un personnel qualifié et seule 1 femme sur 10 a été protégée contre le tétanos. Les femmes en milieu urbain vont plus aux CPN que les femmes rurales, dont près de la moitié ne fait aucune visite prénatale.

En ce qui concerne les accouchements, 2 femmes sur 10 (16%) ont été assistées par du personnel qualifié.

On constate également une très faible utilisation des services de SONU (moins de 10%), due aux trois retards qui sont la prise des décisions au niveau des communautés, le transport ou l'évacuation de la femme vers les structures de soins ainsi que la qualité et la disponibilité de la prise en charge au niveau des structures des soins.

L’état nutritionnel des femmes a une grande influence sur le déroulement et l’issue de la grossesse ainsi que sur la morbidité et la mortalité des jeunes enfants Environ trois femmes enceintes sur dix n’ont pas reçu une supplémentassions en fer et acide folique durant leur dernière grossesse et à peine 4 sur 10 (39%) femmes ont bénéficié de la prophylaxie du paludisme pendant la grossesse. Cependant l’anémie et le paludisme sont parmi les causes les plus importantes de morbidité et de mortalité de la mère et de l’enfant.

*La persistance des mauvaises pratiques traditionnelles*

En 2004, près de la moitié des femmes (45 %) sont excisées, tandis que plus du tiers (37 %) des adolescentes de 15-19 ans ont déjà commencé la vie féconde. Ces deux situations augmentent l’exposition aux risques liés aux complications des grossesses et des accouchements.

* ***Genre SR et droits Humains***

Les problèmes de genre constituent un défi majeur. La marginalisation des femmes qui constituent 50,7% de la population est une réelle entrave au développement du pays. La contribution de la femme est handicapée par diverses inégalités (accès limité aux ressources, aux prises de décision, aux services sociaux de base) et son statut qui est peu valorisé ne lui permet pas de jouer pleinement et efficacement son rôle.

Le niveau de scolarisation reste faible. Le taux net de scolarisation est en 2003-2004, 78,1% pour les garçons contre 54,7% pour les filles. En 2004, le taux d’alphabétisation est de 12% pour les femmes contre 35% pour les hommes. A la même année, la proportion des femmes instruites est de 27% contre 46% pour les hommes.

Les femmes continuent d’être victimes des violences basées sur le genre (mariage précoce et forcé, problèmes de succession, violences conjugales, mauvais traitements, violences morales, mutilations génitales féminines etc.). S’agissant spécifiquement des MGF, la prévalence est de 45% au niveau national et varie fortement suivant les régions (3,5% au Mayo-Kebbi, 44,2% à N’Djaména, 79,9% au Moyen Chari/Mandoul et 92,2% au Batha, Guéra, Salamat) selon l’EDST II.

* ***Prévention des IST et du VIH et SIDA***

Les IST sont nombreuses et fort répandues. Les plus connues sont la gonorrhée, la syphilis, l’infection à VIH.

Le SIDA fait l’objet d’une surveillance épidémiologique accrue depuis la mise en place d’un programme national de lutte contre ce fléau.

Le taux de prévalence du VIH au Tchad est de 3,3%[[1]](#footnote-1) chez les 15 à 49 ans. Ce taux cache des disparités importantes entre milieu urbain et milieu rural (7,0% contre 2,3%), entre les sexes (4% chez les femmes contre 2,6% chez les hommes). Le SIDA pose non seulement un problème de santé, mais aussi un problème social et économique. Son impact peut s’accentuer si des mesures énergiques ne sont pas prises pour limiter le fléau. Les principaux déterminants de l’épidémie au Tchad sont : les comportements sexuels à risque, la pauvreté qui rend les populations davantage vulnérables, les relations liées au genre qui exacerbent les risques, la vulnérabilité et l’impact du VIH/SIDA, la discrimination, la marginalisation et la stigmatisation des PVVIH, des familles et communautés affectées par le VIH/SIDA, et enfin, l’impact des pratiques socioculturelles à risque qui affecte les efforts de création des conditions assurant les soins intégrés.

* ***Santé Reproductive des Adolescents et des Jeunes***

Sous la houlette de la DSRV, l’ASTBEF, le Ministère de la Culture, de l’Education Nationale et celui de l’Agriculture, les jeunes reçoivent des informations sur la prévention des IST/ VIH/SIDA, la Planification Familiale, la prise en charge des infections opportunistes, et l’Education à la vie Familiale et en matière de Population (EvF/EmP). La SRAJ est expérimentée au niveau des Maisons de culture, des Centres d’Information et d’Orientation des Jeunes et des Centres de Lecture et d’Animation Culturelle (CLAC), des Centres de Formation pour la Promotion Rurale (CFPR), du réseau des associations des PVVIH, dans les établissements scolaires.

Une gamme variée de services conviviaux visant à leur faire adopter un comportement favorable à la SR leur est destinée. Même si ces actions ont touché un nombre important de jeunes, il faut tout de même relativiser leur portée, compte tenu de la faible proportion de jeunes sensibilisés d’un point de vue global. Sans compter qu’aucune action ou presque n’est entreprise en milieu rural. Il faut noter également la faible implication des filles.

L’une des faiblesses de la SRAJ réside dans la faible implication des familles et des parents afin de surmonter la délicatesse question générationnelle et favoriser le dialogue parents-enfants sur la sexualité.

**4.3.2 Les habitudes en matière d’information et de communication**

Le « bouche à oreille » est le moyen privilégié par lequel les Tchadiens s’informent et communiquent au quotidien, canal auquel il faut ajouter les rencontres de toutes natures qui jalonnent la vie et le tissu social. Toutes les stratégies IEC sont basées sur ces deux formes de communication (interpersonnelle et de groupe) dont le feed-back et les effets sont immédiatement mesurables. Les causeries éducatives et les causeries débats prisées par les prestataires en santé sont directement calquées sur les causeries villageoises au coin du feu.

La communication de proximité par les relais communautaires, les leaders d’opinion, les pairs éducateurs restent les moyens les plus efficaces pour atteindre les populations, notamment celles ciblées par la promotion de la SR. La formation a été souvent utilisée par les équipes d’encadrement en milieu communautaire.

Les moyens de communication moderne de masse occupent de plus en plus une place prépondérante dans la vie et l’information des populations. La radio est le moyen le plus répandu et le plus accessible. Avec la création des radios de proximité, son audience s’est accrue, et la majeure partie des Tchadiens se lève et se couche en écoutant la radio.

La Télévision reste inaccessible pour la majorité des Tchadiens, à cause de la pauvreté et des problèmes énergétiques. L’unique télévision nationale est suivie surtout à N’Djamena et en province par les familles qui ont pu s’équiper d’une antenne parabolique.

Divers supports de communication tels que les affiches, boîtes à images, les banderoles, les dépliants sont régulièrement utilisés pour informer et sensibiliser divers publics.

* + 1. **Synthèse des connaissances, attitudes et pratiques des audiences potentielles**

Les données collectées sur le terrain et les différents sondages réalisés à partir d’un questionnaire, ont permis de déterminer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des audiences cibles, qui sont résumées dans le tableau ci-après :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thèmes** | **Cibles possibles** | **Connaissances, Attitudes et Pratiques** |
| **Santé maternelle et néonatale** | Femmes enceintes | * Méconnaissance des méthodes préventives pré et post natales ; * Préférence d’accouchement à domicile ; * Fausses rumeurs, préjugés sur l’utilisation des méthodes contraceptives modernes ; * Attitude pro-nataliste ; * Manque de pouvoir de décision de la femme (détenu par la belle- mère ou le mari) ; * Tabous alimentaires et autres interdits religieux. |
| Hommes | * Réticence des hommes à l’utilisation de la PF par leur(s) femme(s) * Les hommes ne se sentent pas concernés par les problèmes de santé de leur femme, sentent une gêne à aller vers les services - Les hommes sont souvent mal informés et n’ont pas accès à l’information * Les hommes communiquent très peu sur la SR avec leurs femmes * Les hommes participent au financement du coût de l’accouchement * La décision émane du patriarche quant au choix du lieu de l’accouchement (tenir compte de la différence ethnoculturelle) |
| Adolescents/Jeunes | * Précocité des rapports sexuels (âge moyen aux premiers rapports = 16 ans) ; * Communication entre parent et enfant en matière de sexualité limitée ; * Grossesses précoces, non désirées et avortements provoqués |
| Prestataires de services | * Faible application des politiques, normes et procédures * Mauvais accueil ; * Faible pratique de counseling ; * Faible utilisation du Partogramme ; * Absence de déontologie et d’éthique. |
| **Santé de l’Enfant** | Mères  Couples  Pères | * Ignorance des pratiques familiales essentielles pour la survie de l’enfant * Insuffisance d’informations sur les causes des maladies des enfants ; * Méconnaissances des aliments appropriés selon l’âge de l’enfant ; * Recours tardif aux centres de santé ; * Méconnaissance des premiers soins à domicile ; * Méconnaissance des signes cliniques et de la nécessité du suivi médical ; * Non-respect des normes inter génésiques ; * Pratiques alimentaires néfastes à la santé de l’enfant ; * Faible pratique des règles nécessaires d’hygiène ; * Recours fréquent à la médecine traditionnelle |
| Grande mères et tantes  Femmes en âge de procréer  Aides familiales  Matrone  Leaders communautaires | * Insuffisance d’informations sur les causes des maladies des enfants ; * Méconnaissances des aliments appropriés selon l’âge de l’enfant ; * Méconnaissance des signes cliniques et de la nécessité du suivi médical ; * Pratiques alimentaires néfastes à la santé de l’enfant ; * Faible pratique des règles nécessaires d’hygiène ; * Recours fréquent à la médecine traditionnelle |
| Prestataires de services | * Manque de conscience professionnelle et d’éthique ; * Faible capacité en matière de PCIME |
| **Planification familiale** | Femmes en âge de procréer | * Désir d’avoir autant d’enfants que possible ; * Réticence du conjoint à l’utilisation d’une méthode contraceptive ; * Fausses rumeurs, préjugés sur les méthodes contraceptives modernes y compris les condoms ; * Mauvaise interprétation de l’option tchadienne en matière de planning familial (espacement et non limitation) |
| Couples | * Absence de dialogue entre les couples |
| Les hommes | * Réticence à utiliser les méthodes contraceptives |
| Les leaders communautaires | * Préférence pour les méthodes naturelles et traditionnelles de planification familiale |
| **Prévention IST/VIH et SIDA** | - Professionnelles du sexe  - Vendeuses ambulantes  - Saisonniers  - Routiers  - Jeunes  - Scolaires  - Migrants  - Hommes en tenue  - PVVIH  - Tradi-thérapeutes | * Insuffisance d’informations   sur les IST/VIH et SIDA   * Faible utilisation du préservatif ; * Pratique de l’automédication ; * Manque de notification du partenaire sexuel ; * Multiplicité des partenaires sexuels ; * Pratique de la polygamie ; * Méconnaissance des statuts sérologiques * Persistance des pratiques traditionnelles (excision, circoncision, scarification, tatouage) |
| Prestataires de services | * Non-respect des règles de prévention des infections ; * Méconnaissance des précautions post exposition ; * Insuffisance dans la gestion des déchets biomédicaux ; |
| **SRAJ** | Jeunes/Adolescents  - Scolaires  - Jeunes ruraux  - Jeunes urbains | * Utilisation des stupéfiants par les jeunes ; * Faible utilisation des services de SR ; * Multi partenariat * Insuffisance d’information sur la sexualité ; * Ignorance des risques. |
| - Prestataires de services | * Mauvais accueil * Stigmatisation * Absence de confidentialité |
| - Leaders communautaires  - Parents | * Les parents sont insuffisamment informés en matière de SR * Les parents sont réticents à échanger avec leurs enfants sur la SR |
| **Genre, SR et Droits humains** | - Hommes et femmes  - Leaders  - Exciseuses | * Les gens ignorent les conséquences tardives de l’excision ; * Les hommes méconnaissent les violences basées sur le genre ; * Les violences conjugales sont perçues comme normales |

* 1. **Problèmes de communication en matière de SR**

Plusieurs problèmes ont été identifiés dans la mise en œuvre des activités IEC/SR tels que :

Accès aux services

* La non-disponibilité des services dans certaines parties du pays ;
* Le non-respect de la gratuité des soins ;
* la faible qualité des services.

Utilisation des services

* Le faible taux des accouchements assistés ;
* l’insuffisance du suivi préventif des enfants sains.

Qualité des services

* La faible utilisation des services ;
* la faible prise en charge des grossesses précoces et non désirées ;
* l’inaccessibilité de certains produits/prestations ;
* la faible prise en charge des IST/VIH/SIDA, surtout chez les femmes ;
* la faible réponse aux besoins non satisfaits en PF ;
* l’insuffisance de personnel qualifié.

IEC

* Le faible niveau d’information de la population cible sur la SR.

Genre

* Insuffisance de la prise en compte des violences basées sur le genre dans les services et programmes ;
* La faible implication des hommes.

Environnement politique et socioculturel

* L’insuffisance des textes et lois en faveur de la SR ;
* La faiblesse de la multi-sectorialité ;
* La faible implication du secteur privé et de la société civile ;
* Les pesanteurs ou barrières socioculturelles ;
* La faible mise en œuvre des engagements politiques.

**4.5 Réponses**

Au regard des problèmes identifiés, des solutions ont été proposées et appliquées à travers la mise en place de stratégies, programmes et projets initiés par le Gouvernement en collaboration avec ses partenaires.

Offre de services en SR

* + Elaboration de la Feuille de route et du plan opérationnel d’accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile;
  + Elaboration du plan stratégique de la Sécurisation des Produits de la Santé de Reproduction au Tchad ;
  + Elaboration d’un plan pour la Campagne d’Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) ;
  + Elaboration d’un plan stratégique de lutte contre les fistules obstétricales au Tchad ;
  + Elaboration de Politique et procédures standard en matière de SR ;
  + Mise en œuvre d’un programme SOU/SONU ;
  + Mise en œuvre de la PCIME ;
  + Mise en œuvre de la stratégie PTME ;
  + Projet de prise en charge des FVV ;
  + Mise en œuvre du programme Paludisme.

Environnement politique et socioculturel

* + Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (SNRP) ;
  + Campagne nationale « Main dans la main » pour la Planification Familiale ;
  + La gratuité des Soins Obstétricaux et Néonatals d’Urgence dans les structures de soins obstétricaux d’Urgence ;
  + Engagement des parlementaires, des leaders religieux ;
  + Mise en réseau des associations de PVVIH ;
  + Gratuité des ARV et des tests de dépistage VIH ;
  + Mise en œuvre du Projet multisectoriel de lutte contre le Sida ainsi que les plans sectoriels de lutte contre le VIH/Sida des ministères ;
  + Campagne TMN ;
  + Programme National de Lutte contre la Pratique de l’Excision ;
  + Stratégie d’Accélération de la Survie et du Développement de l’Enfant (SASDE).

Plaidoyer/IEC

* Projet plaidoyer (Tchad-UNPFA) ;
* Projet appui à la Radio Rurale (Tchad-UNFPA) ;
* Existence du BIEC ;
* Plans de communication de différentes structures impliquées dans la SR ;
* Activités de communication dans les CIOJ ;
* Activités de communication dans les services SR et dans les cliniques de modèles de l’ASTBEF.

**4.6 Diagnostic organisationnel :**

* **Les partenaires du secteur public**
* Dans le domaine de la SR :
  + Le Ministère de la Santé Publique, à travers la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination, assure la coordination de la SR. Les Délégations Régionales Sanitaires, en collaboration avec les organisations de la société civile, assure la mise en œuvre.

Le BIEC est un service rattaché au Ministère qui *« a pour mission la conception et la mise en œuvre des programmes d’information, d’éducation et de communication en vue d’une mobilisation sociale effective des populations autour des questions prioritaires de santé publique* » Il est en particulier chargé de coordonner la production du matériel d’IEC, de fournir un appui technique aux services en matière d’IEC et d’assurer des prestations de services d’IEC dans le domaine sanitaire.

* + Le Ministère de l’Action Sociale, de la Famille et de la Solidarité Nationale, intervient activement dans les activités de lutte contre l’excision, la promotion du genre et la prévention du SIDA chez les femmes à travers les centres sociaux.
  + Le Ministère de l’Agriculture, à travers les centres de formation pour la promotion rurale (CFPR) contribue à la promotion de la SR/SRA et la prévention des IST/SIDA en milieu rural ;
  + Les Ministère de la Défense Nationale, par le renforcement des capacités techniques et institutionnelles des structures de santé militaire participe à la prévention des IST/VIH/SIDA et aux activités de la promotion de SR ;
  + Le Ministère de la Sécurité Publique abrite en son sein une cellule de lutte contre le VIH et SIDA ;
  + Le Ministère de l’Education Nationale, avec son programme d’enseignement et de sensibilisation de l’EvF/EmP dans le primaire et son introduction dans le secondaire. Le Centre National des Curricula fournit un appui technique dans l’adaptation linguistique des messages.
  + Le Ministère de la Jeunesse et des Sports  et la cellule sectorielle de lutte contre le Sida intervient en SRA à travers les maisons des jeunes.
  + Le Ministère de la Communication, à travers les media tant publics que privés, contribue à la promotion de la SR ;
  + Le Ministère de l’Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de la Formation Professionnelle mène des actions de formation et de recherche en population et développement.
* **Les ONG et organisations de la Société Civile**

Les ONG et de nombreuses organisations de la société civile contribuent chacune dans son domaine, au développement des services en SR :

* Le Réseau des parlementaires en Population et Développement qui développe le dialogue politique sur la SR ;
* Le Réseau des femmes ministres et parlementaires qui anime le plaidoyer pour la SR ;
* La CELIAF, à travers ses différentes antennes, forme ses membres sur le concept de SR ;
* L’AFJT collecte et vulgarise les textes relatives à la SR ;
* L’ASTBEF, à travers les centres d’orientation et les cliniques modernes, fait la promotion de la SRA et du BEF ;
* L’ATEP produit les données sur les questions de population et soutient la formation en population et développement au Département de Géographie;
* Le Réseau des leaders musulmans pour la population et le développement sensibilise en SR ;
* L’Entente des Eglises et Missions Evangéliques au Tchad et l’Eglise Catholique offrent des services de SR dans leurs structures sanitaires ;
* La CONA-CIAF, à travers ses antennes, organise des séances de sensibilisation en direction des groupes cibles ;
* Le FORET/FAWE fait la promotion de la SR pour les filles ;
* Le Réseau des Journalistes en Population et Développement.
* Dans le domaine Genre et Droits Humains :

Les principaux acteurs suivants œuvrent particulièrement pour la promotion de l’égalité, de l’équité de genre, l’alphabétisation des femmes et la scolarisation et la formation des filles : les Ministères de l’Agriculture, de l’Action Sociale, de la Famille et de la Solidarité Nationale, de l’Education Nationale et des Droits de l’Homme et des Libertés Fondamentales

Le Ministère de l’Action Sociale et de la Famille coordonne les actions d’intégration du genre dans les plans et programmes, coordonne les travaux d’élaboration de la politique nationale Genre, et en assurera le suivi de la mise en œuvre ;

Le Ministère de l’Education, de la Jeunesse et des Sports : (a) s’attèle à l’alphabétisation, la scolarisation des filles tout en assurant leur maintien dans le système éducatif ; (b) encourage les candidatures féminines dans les études supérieures et professionnelles ;

Le Ministère de l’Economie, du Plan et de la Coopération prône l’intégration du Genre dans les politiques et programmes du Gouvernement ;

Le Ministère de l’Agriculture coordonne et exécute les actions de promotion socio-économique de la femme rurale et de sensibilisation sur la scolarisation des filles ;

Les ONG et les associations telles que la CELIAF, FORET/FAWE, ASTBEF, AFJT, les Réseaux des femmes ministres et parlementaires, des parlementaires pour la population et le développement, le Réseau des associations islamiques en Population et Développement, l’Entente des Eglises et Missions Evangéliques au Tchad, la Conférence Episcopale.

* 1. **Ressources en communication**

Depuis l’avènement de la démocratie au Tchad, le paysage médiatique s’est libéralisé et permet à des promoteurs privés d’informer le public sur les ondes émises en modulation de fréquence. Mais les médias publics occupent une place prépondérante à cause de leur large couverture et l’importance des moyens mis à leur disposition.

Le paysage communicationnel est composé de :

* L’Office National de Radiotélévision qui comprend les stations mères de radio et de télévision et des antennes régionales. La Radio couvre l’ensemble du territoire et bénéficie d’une forte audience. En revanche, la télévision a une audience essentiellement urbaine.
* Une trentaine de stations de radios privées, associatives, communautaires, commerciales et confessionnelles émettent sur le territoire national. Ces radios de proximité regroupées au sein de l’URPT (Union des Radios Privées du Tchad), véhiculent divers messages en santé, notamment en SR.
* L’audience et l’influence qu’elles exercent sur les populations, font d’elles des canaux incontournables dans toute stratégie de communication cherchant à toucher le plus grand nombre possible. Même si des études ne sont pas disponibles en SR, des enquêtes réalisées dans d’autres domaines (projet médiation éleveurs/cultivateurs) ont montré qu’une action continue des radios locales sur une période relativement longue, peut contribuer à induire des changements de comportement. Il faut noter que leur rayonnement ne dépasse pas 100 km.
* L’Agence Tchadienne de Presse et d’Edition (ATPE) est chargée de la collecte et de la diffusion d’information sur l’ensemble du territoire. Elle publie un journal imprimé bi hebdomadaire et dispose d’un site WEB.
* On compte une vingtaine d’organes de presse écrite dont la majorité est concentrée à N’Djamena.
* Une *Maison des médias,* œuvre des associations des professionnels des médias, a vu le jour et offre aux journalistes des outils, un cadre de formation et de concertation.
* L’Internet est certes peu développé, mais accessible dans les cybercafés. C’est un secteur d’avenir qui est appelé à se développer avec l’avènement de la fibre optique.
* La téléphonie mobile dont le nombre d’abonnés se chiffre à plusieurs centaines de milliers est en pleine expansion. Il sert assez régulièrement pour véhiculer quelques messages, y compris dans les domaines de la santé.
* Divers supports de communication (affiches, dépliants, boîtes à images, calendriers, agendas, tee-shirts, panneaux publicitaires) sont communément utilisés par diverses structures intervenant dans la communication pour le changement de comportement.
* Les canaux informels et traditionnels de communication jouent un rôle important : le tambour, le cor, les crieurs public, les conteurs, le théâtre, les jeux, la musique, les leaders d’opinion (chefs traditionnels et religieux), etc.
* Sur le plan de la communication pour le développement, il faut signaler l’existence de réseaux et associations qui constituent des relais non négligeables. On peut citer le REJPOP (Réseau des Journalistes en population et Développement) et le Cercle des Journalistes en Santé de la Reproduction et Violences basées sur le Genre qui mobilisent des journalistes sur les questions de population et développement.
* Il existe des lieux et des moments socio-traditionnels susceptibles d’être exploités pour la communication en SR. Il s’agit des grandes fêtes traditionnelles marquées par diverses manifestations dont la danse. En marge de ces manifestations, peuvent être organisés des réunions avec les leaders d’opinion et des causeries avec différentes couches de la population. Les mariages et les baptêmes qui regroupent un certain nombre de personnes, peuvent donner l’occasion à des relais communautaires et aux leaders d’opinion de faire passer un certain nombre de messages.

**4.9 Forces, faiblesses, opportunités et menaces**

Les résultats de l’analyse de situation issue de la revue documentaire et des constats faits sur le terrain, ont abouti à la synthèse ci-après.

* + 1. **Les Forces**

Plaidoyer et engagement politique

* Volonté politique du Président de la République en faveur de la SR.
* Engagement véritable du Gouvernement et de la Première Dame pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.
* Mise en œuvre du Financement Basé sur les résultats. Les indicateurs de la feuille de route font partie des résultats à vendre.
* Mise en route d’une stratégie mobile de SR dans sept (7) régions.
* Existence de la loi relative à la santé de la reproduction.
* Mise en place du Conseil National de Lutte contre le Sida, de ses démembrements et des Cellules Sectorielles de lutte contre le Sida au sein des départements ministériels.
* Adoption par le Gouvernement du Cadre Stratégique National de Lutte contre le Sida.
* Existence d’une Feuille de Route Nationale pour l’Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile.
* Actions entreprises pour le repositionnement de la PF à travers l’organisation de la campagne nationale en faveur de la promotion de la PF.
* Gratuité des accouchements, de la césarienne, des ARV et des tests de dépistage du VIH/SIDA et des soins d’urgence.
* Implication des leaders religieux et d’opinion dans les activités de SR.
* Implication du réseau des Femmes Parlementaires et Ministres.

IEC/CCC/Mobilisation sociale

* Expérience de l’éducation par les pairs en SR.
* Formation du personnel : toutes les régions disposent d’une équipe de formateurs en IEC/SR.
* Existence des radios de proximité susceptibles d’être les véhicules importants des messages en SR.
* Existence des campagnes de JNV, des campagnes de vaccination contre le tétanos maternel et néonatal.
  + 1. ***Les faiblesses***

Mise en œuvre des programmes en SR

* Faiblesse de la coordination des activités et des interventions dans le domaine de la SR.
* Insuffisance de suivi et d’évaluation des activités SR.
* Les documents de politique et de stratégie ainsi que les approches normes et procédures de la SR ne sont pas disséminés auprès du personnel des ONG et des structures techniques du ministère de la santé Publique.
* Absence des textes d’application de la Loi 006/PR/2002 relative à la SR.
* Absence de ligne budgétaire pour les contraceptifs.
* Insuffisance de la multi-sectorialité pour la SR.
* Faiblesse de la capitalisation des expériences réussies et de leur réplication à l’échelle nationale.
* Faiblesse du leadership au niveau décentralisé pour une réponse locale effective aux questions de SR.

Utilisation et qualités des services

* Faible utilisation des services par la population.
* Problème lié aux trois retards (prise de décision, transport et offre des services).
* Insuffisance du personnel qualifié et compétent en matière de communication en SR.
* Insuffisance, mauvaise répartition et instabilité du personnel.
* Faible implication du secteur privé dans les activités de SR.
* Insuffisance de l’accueil par les prestataires.

IEC/CCC

* Faible production et utilisation des matériels et supports de communication en SR.
* Insuffisance de la formation du personnel de santé ainsi que ceux des médias.
* Absence d’une stratégie de communication en SR.
* Absence de coordination des interventions.
* Faiblesse des approches de communication en SR en direction des populations rurales.
* Insuffisance de réponses appropriées aux besoins non satisfaits en PF.
* Faible implication des hommes dans les activités de SR.
* Faible prise en compte des problèmes de SR des hommes.

**4.9.3 Opportunités**

* La Gratuité des soins d’urgence : inclut effectivement les urgences obstétricales
* Appui pour le Relèvement du Système de Santé
* Engagement continu du Chef de l’Etat et du gouvernement en faveur du couple mère enfant
* Implication des Parlementaires dans la mise en œuvre de la Feuille de Route Nationale.
* Engagement des partenaires techniques et financiers pour soutenir l’effort du gouvernement à renforcer l’implication effective des ONG et associations.
* Investissement accru dans le domaine de la SR.
* Engagement pris au niveau national et international (Feuille de route nationale et la CARMMA)

**4.9.4. Menaces**

* Le code de la famille n’a toujours pas été adopté obligeant au recours à plusieurs documents désuets.
* La montée du radicalisme religieux à nos frontières

**V/ CADRE STRATEGIQUE DE COMMUNICATION**

* 1. **Problèmes prioritaires identifiés en SR**
* **Santé maternelle et néonatale**
* Faible utilisation des services en santé de reproduction ;
* Une nuptialité et une fécondité précoce (52% d’adolescentes mariées à 15 ans et 71% d’entre elles ont un premier enfant avant 19 ans) ;
* Mauvais état nutritionnel des femmes (20% de femmes malnutries) ;
* Persistance des pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la femme, notamment l’excision dont la prévalence est de 45% ;
* Recours tardifs aux centres de soins ;
* Préférence pour les accouchements à domicile;
* Faible pratiques d’hygiène ;
* Insuffisance et médiocre qualité des prestations en SR ;
* Interventions dispersées et faible coordination des activités de communication en santé en général, et en SR en particulier ;
* Mauvaise qualité de l’accueil des sages-femmes ;
* Sous information et méconnaissance des risques en SR ;
* Concentration des campagnes de sensibilisation dans les agglomérations urbaines au détriment de la grande masse rurale ;
* Non-prise en compte des hommes, en particulier des maris, dans les programmes en SR ;
* Confusion liée à la gratuité des soins et des médicaments.
* **Santé de l’enfant**
* Malnutrition chronique (41% des enfants)
* Faible couverture vaccinale (11% d’enfants entièrement vaccinés)
* Diverses infections : diarrhée, IRA (près de 90% des enfants souffrent d’infections respiratoires aigües)
* **Planification familiale et sécurisation des produits**
* Croissance accélérée de la population avec un indice synthétique de fécondité (ISF) de 6,3 enfants par femme (moyenne mondiale 1,8 enfant).
* Faible prévalence contraceptive (3% pour toutes les méthodes confondues, dont 1,6% d’utilisation des méthodes modernes de contraception (EDST II) ;
* Faible accès à l’information et aux services offerts par un personnel qualifié ;
* Faible disponibilité des produits (rupture dans les cycles d’approvisionnement) ;
* Aucune stratégie de communication au niveau communautaire ;
* Absence de Code des personnes et de la famille
* La non application de la Loi 006
* **Santé reproductive des adolescents et des jeunes**
* Insuffisance d’informations et de services conviviaux aux jeunes ;
* Grossesses précoces et forte fécondité des adolescentes (58% des filles ont au moins un enfant avant l’âge de 18 ans)
* Avortements provoqués et clandestins ;
* Pauvreté et faible accès aux condoms et méthodes contraceptives ;
* Usage des stupéfiants ;
* Pas de stratégie spécifique et pas assez de structures pour intéresser les jeunes
* Absence d’éducation à la sexualité.
* **Prévention des IST et VIH/SIDA**
* Taux de prévalence au VIH/SIDA élevé (3,3%) ;
* Persistance des comportements à risques ;
* Faible utilisation des méthodes de prévention ;
* Discrimination et stigmatisation ;
* Insuffisance de la prise en charge psycho sociale ;
* Faible couverture en dépistage volontaire (DPV) ;
* Insuffisance de la prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH
* Insuffisance de prévention en milieu professionnel, y compris des soins
* Manque de confidentialité qui nuit au dépistage volontaire de VIH/SIDA (DPV).
* **Genre, SR et droits humains**
* Violation des droits en SR :
* Mariages précoces et forcés
* Les Mutilations Génitales Féminines
* Les viols et autres violences faites aux femmes, jeunes filles et garçons
* L’exploitation sexuelle
* Le lévirat et le sororat
  1. **Problèmes de communications identifiées**
* ***La Planification Familiale***

Elle est compromise par diverses incompréhensions et interprétations. Assimilée à un arrêt de la procréation, elle n’est pas bien acceptée par un grand nombre de Tchadiens qui invoquent diverses raisons. Celles-ci relèvent de certaines interprétations de livres religieux (Coran et Bible) dans lesquels « l’enfant est un don de Dieu. » On note à ce sujet, une très forte opposition des populations de certaines régions au planning familial. Certains couples tchadiens, en particulier les femmes, sont victimes des rumeurs qui font croire que l’utilisation prolongée de l’une des méthodes modernes de contraception pourrait entraîner une stérilité secondaire.

L’espacement des naissances est admis par les religieux qui soulignent que tout ce qui peut contribuer à la santé de la femme est le bienvenu. Mais les méthodes contraceptives traditionnelles ont pour inconvénient d’être peu efficaces en matière d’espacement de naissance.

* ***Santé Reproductive des Jeunes et des Adolescents,***

Le véritable problème semble résider dans les tabous sexuels et l’absence de dialogue intergénérationnelle sur la sexualité. Ce qui, ajouté à une absence totale d’éducation à la sexualité, laisse les jeunes face à eux-mêmes. Les jeunes et même les adolescents font montre d’une certaine liberté en matière de sexualité ; ce qui accroit les incompréhensions avec les parents. Ils sont souvent mal informés et ne prennent pas de précautions. Ceci se traduit par des grossesses précoces, des avortements qui se terminent par des complications, voire des décès, un taux élevé d’infestation au SIDA.

* **Prévention des IST/VIH/SIDA**

Elle enregistre très peu de résultats, à cause d’une faible motivation des Tchadiens à changer de comportement. (13 904 condom distribués en 2009). Cela tient à différents facteurs culturels et psychologiques et à une faible prise de conscience du danger que représentent les IST/VIH/SIDA. Le taux de dépistage volontaire reste faible (2.3%), et les filles montrent moins d’empressement à se faire dépister. La stigmatisation et le manque de confidentialité dans les centres de santé, dissuade souvent les volontaires. La prévention et la prise en charge du SIDA est limitée à quelques zones urbaines, et tout le milieu rural est laissé pour compte.

* **Santé maternelle et néonatale**

La difficulté vient surtout du fait que tout ce qui est relatif à la santé reproductive de la femme, reste une affaire de femmes et du personnel médical. Les hommes et les maris ont tendance à ne pas s’en mêler, sauf en cas de problèmes sanitaires. Le non engagement des hommes complique la situation de la femme, car dans les communautés tchadiennes, la décision appartient pour la plupart des cas, à l’homme.

* **Santé de l’enfant**

On note  que la faible couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes est due à plusieurs facteurs:

* Faible perception des soins préventifs, préjugés et mauvaises interprétations;
* Faible réalisation des activités en stratégie mobile ;
* Insuffisance d’informations et de communication sur la vaccination en milieu rural;
* La faible application des pratiques familiales essentielles à la survie de l’enfant.
  1. **Comportements à promouvoir**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SANTE MATERNELLE ET NEONATALE** | | | | |
| **Comportements à risque** | **Comportements à promouvoir** | **Cibles** | **Activités** | **Canaux** |
| Ignorance de l’importance de la CPN, de la CPON et de l’accouchement assisté | Les femmes et leurs conjoints connaissent et pratiquent la CPN, la CPON et l’accouchement assisté | -Femme en âge de procréer  - Femme enceinte  -Adolescente  -Nouvelle accouchée  - Maris  -Communautés | Communications interpersonnelles  Causeries/ réunions  Visites à domicile  Diffusion messages  Chants  Jeux de rôle | -Prestataires SR  -Leaders communautaires, traditionnels et religieux  -Relais communautaires  -Canaux traditionnels et religieux  -Médias  -Artistes |
| Non implication des maris dans la SR de leur femme | Les hommes s’intéressent à la SR de leur femme, les amènent au centre de santé, suivent la grossesse et l’accouchement de leur épouse. | -Hommes  -Communautés | Causeries/réunions d’information et de sensibilisation  Diffusion messages  Chants  Jeux de rôle | -Prestataires de SR  -Leaders communautaires, traditionnels et religieux  -Canaux traditionnels et religieux  -Médias  -Artistes |
| Attitude des prestataires en SR qui accueillent mal ou ne traitent pas bien les femmes | Les prestataires en SR accueillent convenablement les femmes, leur donnent des conseils et leur offre un service de qualité | -Sages-femmes  -Agents sociaux  -Agents de santé | Formation en IEC, counseling, accueil etc. | MSP et système sanitaire |
| **SANTE DE L’ENFANT** | | | | |
| **Comportements à risque** | **Comportements à promouvoir** | **Cibles** | **Activités** | **Canaux** |
| Faible couverture vaccinale des enfants | Chaque enfant de moins de cinq ans a reçu toutes les doses de vaccins prescrites | -Mères  -Pères  -Personnes ayant des enfants en charge | Communication interpersonnelle  causeries/ réunions  Diffusion messages  Activités culturelles  Mobilisation soc. | -Prestataires de santé  -Leaders traditionnels et religieux  -Associations  -ONGs  -Partenaires  -Canaux traditionnels de communication  -Relais communautaires  -Médias  -Artistes  - Affiches |
| Faible application des pratiques familiales essentielles à la survie de l’enfant | Les Familles connaissent et appliquent les pratiques essentielles à la survie de l’enfant | -Hommes et femmes en âge de procréer  -Familles | Communication interpersonnelle  Diffusion messages  -Causeries/réunions  Mobilisation soc. | -MSP  -Prestataires de santé  -Leaders communautaires, traditionnels et religieux  -Relais communautaires  -Canaux traditionnels et religieux  -Médias  -Artistes  - Affiches |
| **PREVENTION DES IST/VIH/SIDA** | | | | |
| **Comportements à risque** | **Comportements à promouvoir** | **Cibles** | **Activités** | **Canaux** |
| Faible motivation des Tchadiens à changer de comportement pour prévenir les IST/VIH/SIDA  Faible utilisation des condoms et faible DPV | Les Tchadiens adoptent un comportement favorable à la prévention contre les IST/VIH/SIDA | -Hommes  -Femmes  -Jeunes et adolescents  -Professionnels du sexe  -Marchandes ambulantes  -Routiers  -Femmes enceintes | Stratégie avancée  Communication interpersonnelle  Réunions/causeries  Diffusion messages  Activités culturelles  Mobilisation Soc. | -Prestataires de santé  -Associations de lutte contre les IST/VIH/SIDA  -Pairs éducateurs  -Canaux traditionnels et religieux  -Relais communautaires  -Médias  -Artistes |
| La stigmatisation des PVVIH et le manque de confidentialité décourage les DPV | Les Tchadiens adoptent des comportements qui bannissent la stigmatisation des PPVIH  Les prestataires de services SR appliquent strictement la règle de confidentialité. | -Toutes les cibles indiquées plus haut  Et :  -Autorités politiques  -Autorités administratives, locales et communautaires  -Leaders traditionnels et religieux | Plaidoyer pour l’application de la loi portant lutte Contre les IST/VIH/SIDA  Circulaires et décisions administratives  Réunions/causeries  Diffusion message Productions médiatiques  Chants/Jeux de rôle | -Gouvernement  -Parlement  -Collectivités locales  -Associations  -ONG  -Leaders communautaires, traditionnels et religieux  -Relais communautaires  -Canaux traditionnels et religieux  -Médias  -Artistes |
| **SANTE REPRODUCTIVE DES JEUNES ET DES ADOLESCENTS** | | | | |
| **Comportements à risque** | **Comportements à promouvoir** | **Cibles** | **Activités** | **Canaux** |
| Ignorance des risques liés à la SRJA et faible utilisation des centres SR par les jeunes et les adolescents | Les jeunes et les adolescents connaissent les risques liés à leur sexualité et se rendent dans les centres SR pour bénéficier de services et conseils | Jeunes filles et jeunes garçons de 10 à 24 ans dans les zones rurales et urbaines. | Communications interpersonnelles  Communication de proximité  Causeries débats  Education à la sexualité  Activités culturelles  Création de cadres conviviaux pour jeunes  Diffusion messages | -Prestataires SR ;  -Autorités politiques, administratives, locales et communales ;  -Pairs éducateurs ;  -Responsables traditionnels et religieux ;  -Educateurs ;  -CIOJ et centres de jeunes ;  -Médias ;  -Artistes. |
| Relations sexuelles et grossesses précoces | Les adolescents et les jeunes connaissent les risques liés à la sexualité et aux grossesses précoces et retardent l’âge de leur première relation sexuelle | Jeunes filles et jeunes garçons de 10 à 24 ans dans les zones rurales et urbaines | Causeries débats  Communication de proximité  Education à la sexualité  Activités culturelles  Diffusion messages | -Pairs éducateurs ;  -Responsables traditionnels et religieux ;  -Educateurs ;  -CIOJ et centres de jeunes ;  -Médias ;  -Artistes. |
| Absence de dialogue avec les parents sur la sexualité | Les parents discutent de la sexualité avec leurs enfants | Parents et enfants | Causeries/rencontres parents et enfants  Diffusion messages | -Educateurs  -CIOJ et centres des jeunes  -Médias |
| **PLANIFICATION FAMILIALE** | | | | |
| **Comportements à risque** | **Comportements à promouvoir** | **Cibles** | **Activités** | **Canaux** |
| Tendance nataliste des couples qui considèrent que l’enfant est un don de Dieu | Les parents sont conscients de la corrélation entre taille de la famille et ressources du ménage  Les couples adoptent la PF et utilisent les méthodes modernes de contraception pour espacer naissances | - Couples  - Hommes  -Femmes  -Jeunes/ adolescents | Communications interpersonnelles  Causeries/réunions  Visites à domicile  Diffusion messages  Chants/Jeux de rôle | -Prestataires SR  -Leaders d’opinion  -Médias  -Relais communautaires  -Canaux traditionnels et religieux  -Artistes |
| Réticence du conjoint à l’utilisation l’une des méthodes contraceptives | Les hommes changent de perception et d’attitude vis de la PF et encouragent leur femme à adopter l’une des méthodes modernes de contraception. | -Hommes  - Communautés | Réunions d’information et de sensibilisation  Diffusion messages  Chants  Jeux de rôle | -Prestataires SR  -Leaders d’opinion  -Canaux traditionnels et religieux  -Médias  -Artistes |
| Pesanteurs socioculturels, rumeurs et préjugés sur les méthodes modernes de contraception | Les communautés modifient leurs perceptions et considèrent que les rumeurs et les préjugés sur la PF ne sont pas vérifiés. | -Responsables traditionnels et religieux  -Communautés | Réunions d’information et de sensibilisation  Diffusion des messages  Mobilisation sociale | -Canaux traditionnels de communication  -Médias  -Artistes  -Associations  -ONG |
| **GENRE, SR ET DROITS HUMAINS** | | | | |
| **Comportements à risque** | **Comportements à promouvoir** | **Cibles** | **Activités** | **Canaux** |
| Le faible statut de la femme l’empêche de jouir de ses droits sexuels et reproductifs | La femmes a un statut social valorisé et s’implique dans les décisions liées à sa vie sexuelle et reproductive | -Femmes  -Leaders traditionnels et religieux  -Associations féminines  -Autorités politiques  -Parlement  -Autorités locales et communales | Plaidoyer pour l’adoption de textes de loi valorisant le statut de la femme  Conférences/Réunions  Diffusion messages et Productions médiatiques  Mobilisation sociale | -MSP et ministères impliqués dans la SR  -Réseaux  -Associations  -ONGs  -Partenaires  -Médias  -Artistes  - Affiches |
| Persistance des violences basées sur le genre (excision, mariages forcés, mariages précoces, violences conjugales etc.) | Des textes et des actions sont mises en œuvre pour éradique les violences basées sur le genre | -Autorités politiques  -Parlementa  -Leaders traditionnels et religieux  -Associations féminines  -Exciseuses  -Femmes  -Filles | Plaidoyer pour l’adoption des lois interdisant l’excision et les VBG  Causeries et réunions  Diffusion de messages  Mobilisation sociale | MSP et ministères concernés  -Canaux traditionnels et religieux  -Associations, ONGS  -Relais communautaires  -Médias  -Artistes  - Affiches |

* 1. **Vision, but et objectifs de la communication**

**5.4.1 Vision**

La vision de la Feuille de Route Nationale pour l’Accélération de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile, à l’horizon 2015, est celle d’une société tchadienne, où chaque individu, chaque couple, a les moyens, et la liberté de jouir pleinement de sa sexualité, et de choisir le nombre et l’espacement de ses enfants. Une société où la femme qu’elles que soient son origine, sa condition sociale et économique, vit ses grossesses et accouchements et suites de couches en toute sécurité, avec comme résultat, la mère et le bébé vivants et bien portants.

* + 1. **But de la stratégie de communication en SR**

Le but de la stratégie de communication en SR est principalement de promouvoir l’adoption des comportements bénéfiques en matière de sexualité et de santé sexuelle et reproductive, en particulier l’utilisation optimale des services de santé reproductive.

Ce but ne peut être atteint que par la création d’un environnement politique, juridique, social et communautaire favorable à l’atteinte des objectifs de la Politique Nationale de Santé et de la Feuille de Route Nationale pour l’Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile.

* + 1. **Objectif général**

Contribuer à l’amélioration de la santé de la reproduction des populations tchadiennes par la mise en œuvre d’une stratégie de communication en SR.

* + 1. **Objectifs spécifiques de communication en SR**

Les objectifs sont déterminés en deux grands volets : le plaidoyer et la communication pour le changement de comportement. Pour des raisons d’efficacité et de faisabilité, la stratégie sera axée sur quatre thèmes prioritaires (Santé maternelle et néonatale ; Planification Familiale et sécurisation des produits, Santé Reproductive des Jeunes et des Adolescents ; Genre, SR et Droits Humains)

1. **Le plaidoyer**

* **Planification familiale et sécurisation des produits**
* Faire adopter et appliquer d’ici 2016 des textes de lois précises favorisant la maîtrise de la croissance de la population.
* Renforcer l’engagement des parties prenantes (Etat, Collectivités, partenaires, la société civile, ONGs et Associations et le secteur privé) à s’impliquer dans la SR;
* Assurer le financement pérenne et la sécurisation des produits de SR ;
* Amener la plupart des prestataires en SR à adopter des attitudes qui favorisent la santé maternelle et néonatale (accueil, sensibilisation, conseil et soins de qualités).
* **Santé reproductive des adolescents et des jeunes**
* Obtenir des collectivités locales, de l’administration et des décideurs à divers niveaux, la création et la multiplication de cadres conviviaux de santé de la reproduction pour adolescents et jeunes.
* Introduire l’éducation à la sexualité dans les établissements secondaires et supérieurs.
* **Genre, SR et droits humains**
* Amener le Gouvernement et l’Assemblée Nationale à adopter et appliquer des textes de lois réprimant la pratique de l’excision
* Appuyer les actions de lutte contre les VBG
* Plaidoyer institutionnel : repositionner la SR dans l’agenda du développement
* Créer un environnement favorable à la SR ;
* Mobiliser les acteurs publics et privés pour dynamiser le partenariat et la multi-sectorialité en matière de SR.

1. **Communication pour le changement de comportement (CCC)**

* **Santé maternelle et néonatale**
* Amener les femmes enceintes à adopter des comportements conduisant à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale d’ici 2016 (CPN, CPON, accouchement assisté par du personnel sanitaire).
* Amener au moins 80% des prestataires à adopter des comportements favorable à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.
* **Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes (SRAJ)**
  + Amener les jeunes et adolescents à utiliser les structures appropriés (centres de santé, CIOJ etc.) pour accéder à l’information et aux services nécessaires à leur santé de reproduction.
  + Sensibiliser les jeunes à l’adoption d’un comportement responsable en matière de santé de reproduction (DPV, PAF).
  + Convaincre les parents à instaurer le dialogue avec leurs enfants sur la sexualité.
* **La Planification familiale et sécurisation des produits de SR**
* Amener au moins 40% des couples et des individus à utiliser les méthodes modernes de contraception pour planifier les naissances
* **Genre, SR et droits humains**
* Promouvoir l’autonomisation de la femme.
* Sensibiliser les ménages et la communauté sur les dangers de l’excision afin de réduire significativement le taux de prévalence de l’excision.
* Adopter une stratégie visant à impliquer les hommes dans la SR.
  1. **Axes stratégiques**
     1. **Le plaidoyer et le dialogue politique**

Le plaidoyer et le dialogue politique seront au cœur de la stratégie d’ensemble de la communication en vue de créer un environnement favorable à la SR et au changement des comportements. Le plaidoyer et le dialogue politique ont essentiellement pour cibles les décideurs et les leaders communautaires, mais peuvent impliquer tous les acteurs de base, y compris les bénéficiaires. Les thèmes porteront sur :

* La législation (sur les MGF, les violences basés sur le genre, la planification familiale, les soins après avortement, etc.) ;
* Le financement de la SR ;
* La création de centres de services SR pour les jeunes ;
* L’extension des services de qualité ;
* La promotion de l’égalité et l’équité du genre (EEG) ;
* L’implication de différents acteurs et la création ou l’activation de réseaux, en faveur de la SR (parlementaires, leaders communautaires, responsables d’associations, communicateurs etc.) ;
* Le développement des ressources humaines en SR.

Les bénéficiaires seront mobilisés dans le plaidoyer en tant que forces de pression pour contribuer au changement souhaité.

* + 1. **La Communication pour le changement de comportement**

Les principaux éléments de l’approche sont les suivantes :

*Approche participative communautaire*

Il s’agit de favoriser l’implication et la participation de la communauté aux différentes étapes de l’élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie. Cela se traduira par :

* L’implication et la participation des représentants des communautés à l’élaboration et à la mise en œuvre des plans de communication issus de la stratégie de communication.
* La responsabilisation des leaders communautaires dans la mise en œuvre des activités en SR, notamment le plan de communication SR.
* L’utilisation des relais communautaires pour le développement de services de base en SR incluant un paquet d’activités en CCC en SR.
* La formation et la mobilisation des milliers de pairs éducateurs en milieu rural et urbain.
* L’organisation des réunions, des échanges et des débats au niveau communautaire ;
* L’intensification de la sensibilisation par les médias ;
* L’utilisation de cadres et canaux existants (notamment les structures confessionnelles formant les couples et les canaux confessionnels) pour permettre aux couples de parler de leur sexualité et de la SR ;
* Chants et théâtres forum pour promouvoir la SR.
* Organiser des visites des relais communautaires dans les ménages pour les informer et les sensibiliser aux différents problèmes de la SR (PF, CPN/CPON, excision, prévention IST/VIH/SISA)

***Communication interpersonnelle et counseling***

Les prestataires de santé en SR devront être formés dans les deux techniques afin d’améliorer des interactions avec les « clients » sur différents aspects SR (planification familiale, prévention IST/VIH/SIDA, alimentation de l’enfant, hygiène de la mère et de l’enfant etc.) Une brochure sur les messages clés en IEC et counseling devra être mise à la disposition des prestataires.

***La sensibilisation par la radio***

Les radios de proximité à travers le pays seront particulièrement sollicités pour la diffusion des messages en SR. Des conventions seront établies avec ces radios. Elles consisteront :

* Diffusion de feuilletons et de microprogrammes
* A la réalisation de diverses émissions d’information et de sensibilisation

***Actions culturelles***

Le domaine culturel sera mis à contribution dans le changement des comportements à travers le théâtre forum, les chants etc.

* + 1. **Axes complémentaires**

***Développement des outils de communication***

Différents outils de communication ont été réalisés par divers intervenants en SR. Il s’agit notamment des affiches, des dépliants des boites à images, des K7 de sensibilisation et des banderoles lors des activités événementielles. Il convient d’un premier temps de faire un inventaire de tous ces outils et de faire une évaluation de leurs effets et impacts sur les populations. Cette étude permettra d’envisager des outils à développer.

*Recherche, supervision, suivi et documentation*

Pendant la mise en œuvre de la stratégie de communication, des études qualitatives, des recherches opérationnelles et différentes activités de collecte et d’analyse de données seront menées pour mesurer les changements au niveau des CAP, analyser les causes des résistances au changement et développer des messages et supports appropriés.

La supervision et le suivi de la stratégie de communication seront assurés par la DSR et ses services techniques. La stratégie fera l’objet d’une évaluation annuelle.

Les bonnes pratiques, les enseignements seront documentés et capitalisés.

Un système de documentation multimédia sera mis en place à la DSR. Il répertoriera tous les supports développés et/ou utilisés en SR.

*Elaboration de plans intégrés de communication (PICS)*

A partir de la stratégie de communication globale, seront élaborés et mis en œuvre des plans intégrés de communication dans quelques domaines spécifiques. Des PICS devront être réalisés dans les domaines suivants :

* Réduction de la mortalité maternelle ;
* Lutte contre les fistules ;

*Développement de plans d’action au niveau des régions et des districts sanitaires*

Des plans d’actions régionaux seront élaborés et exécutés au niveau des districts sanitaires et des centres de santé, sous la supervision des Délégués régionaux sanitaires. Les MCD et les RCS appuyés par les Points focaux en IEC et SR assureront la mise en œuvre sur le terrain des activités de communication.

*Coordination et collaboration intersectorielle*

Il s’agira de mettre en place des mécanismes de coordination, de suivi et d’évaluation pour catalyser et réguler la collaboration intersectorielle entre les différents intervenants en SR, collecter les données et disséminer les résultats entre les différents acteurs (privés publics, ONG). Ces mécanismes seront mis en place au niveau central (DSRV), régional, local et périphérique. Des outils de communication (bulletin, Internet etc.) seront créés pour assurer la circulation de l’information entre les intervenants.

* 1. **Activités par axe stratégique**
     1. **Plaidoyer, dialogue politique et plaidoyer institutionnel**
* Conférences, réunions, échanges et débats à divers niveaux (central, régions départements, sous-préfectures) sur les thèmes prioritaires en SR.
* Rencontres annuelles d’information et de sensibilisation des leaders communautaires (chefs religieux, chefs de cantons, chefs de villages, chefs de terre, chefs d’initiation, chefs de quartiers, chefs de carré responsables de groupements etc.) sur les thèmes prioritaires en SR.
* Elaboration, proposition et plaidoyer pour l’adoption et la promulgation de textes de loi favorables à la SR (excision, planning familial, violences basés sur le genre etc.)
* Initiative nouvelle et consensuelle, impliquant toutes les parties concernées (Etat, juristes, religieux, société civile) pour l’adoption du code de la famille.
* Table rondes, conférences, ateliers sur les financements des programmes SR (Feuille de route accélération de la mortalité maternelle et néonatale ; sécurisation des produits SR, CARMMA etc.)
* Forums et rencontres au niveau des collectivités locales pour les impliquer dans la promotion de la SR (création des services SR, des centres, d’information et d’orientation des jeunes, campagnes de sensibilisation, décisions communales en faveur de la SR etc.)
* Organisation d’un grand forum réunissant tous les acteurs publics et privés intervenant dans les domaines de la SR pour dynamiser le partenariat, coordonner les interventions
  + 1. **La Communication pour le Changement de Comportement**
* Organisation des activités de communication interpersonnelle, menées de façon continue par les prestataires de SR pour sensibiliser les femmes et les couples ;
* Organisation des causeries éducatives dans les centres de santé et les centre SR ;
* Intensification de la stratégie mobile et de la communication de proximité par les pairs éducateurs ;
* Organisation de réunions communautaires autour des leaders d’opinion ;
* Organisation des visites à domicile par les prestataires SR et les relais communautaires ;
* Diffusion de messages de sensibilisation et des microprogrammes à travers les radios de proximité ;
* Réalisation et diffusion dans les radios de proximité,  de feuilletons radiophoniques sur différents thèmes de la SR ;
* Rédaction d’articles dans les journaux, et production d’émissions télé sur la SR ;
* Généralisation de l’enseignement relatif à l’éducation sexuelle dans les établissements scolaires ;
* Organisation de diverses activités culturelles pour sensibiliser les jeunes à la SR ;
* Composition et diffusion de chansons populaires ;
* Organisation des campagnes de sensibilisation par le théâtre de rue ;
* Réalisation de films sur la SR en vue d’organiser des campagnes de sensibilisation ;
* Organisation des campagnes de mobilisation sociale lors de divers événements à travers des diverses activités d’information, de sensibilisation et d’éducation, des conférences, des caravanes, des affiches, des manifestations culturelles etc.
  + 1. **Le renforcement des capacités**

Sur plan institutionnel, il faudra doter la DSRV et le BIEC de la capacité technique, matérielle et humaine pour la mise en œuvre de la stratégie de communication en SR (les besoins de formation doivent être envisagés à tous les niveaux).

Les prestataires en SR, notamment les sages-femmes devront bénéficier de quelques formations, car ils sont des acteurs de poids dans la présente stratégie. Ces formations pourraient cerner les thèmes suivants :

* La CCC et le counseling ;
* L’accueil et la communication en SR ;
* L’éthique et la déontologie en SR ;
* L’implication des hommes.
  + 1. **Elaboration et mise en œuvre de plans intégrés de communication**
* Elaboration par des consultants des plans intégrés de communication (PICS) dans les thématiques suivantes: santé maternelle et néonatale ; Santé reproductive des adolescents et des jeunes ; lutte contre la fistule
* Atelier de validation des PICS
* Mise en œuvre des PICS

**5.6.5 Plans d’action au niveau des régions et des districts sanitaires**

* Ateliers de dissémination de la stratégie de communication (au niveau central et dans chaque région) ;
* Elaboration des plans régionaux de communication en SR (Equipe cadre de la délégation, Equipes cadre des districts, avec l’appui de la DSRV et du BIEC) ;
* Elaboration des plans au niveau des districts sanitaires (Equipe Cadre des Districts, RCS, avec l’appui de l’équipe cadre régional) ;
* Elaboration des plans locaux (RCS, leaders d’opinions, relais communautaires)
* Mise en œuvre des plans de communication, suivi et évaluation (niveaux régional, du district et local)

**5.7. Audiences, messages et canaux**

Pour orienter la mise en œuvre de la stratégie de communication, les audiences, les messages et les canaux ont été déterminés en fonction des thématiques.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SANTE MATERNELLE ET NEONATALE** | | | | | | | | | | | |
| **Objectifs** | | | | **Audiences primaires** | | **Audiences secondaires** | | | | **Idées de Message** | **Canaux/supports** |
| *Amener 80% des femmes enceintes à adopter des comportements conduisant à la réduction de la morbidité et de la MMNN d’ici 2016* | | | | -Femmes enceintes | | -Epoux  -Familles  -Communautés | | | | Une faible utilisation des services SR, se traduisant par une moindre surveillance de la grossesse (plus de la moitié des femmes n’ont pas été à la CPN)) et une trop forte proportion d’accouchement non assisté (8 femmes sur 10) est la cause des complications obstétricales, l’un des facteurs qui accentue la mortalité maternelle et néonatale  Il est important de savoir que toute femme enceinte est potentiellement exposée à des risques liés aux complications obstétricales.  Le suivi pré et post natal de la femme enceinte réduit considérablement les risques de MMNN.  Un nombre important de femmes tchadiennes continuent à accoucher à domicile, soit pour des problèmes d’accès aux services de santé, soit par préférence, à cause souvent des plaintes sur la qualité de l’accueil et du service.  Il est donc nécessaire de faire admettre aux femmes que l’accouchement à domicile leur fait courir de plus graves dangers.  L’accouchement dans un centre de santé approprié, permet une meilleure prise en charge des complications et la réduction des MMNN. | Prestataires SR  ATR  ONRTV  (TV-Radios)  Radios proximités  Leaders d’opinion  Relais commun.  Associations  Boites à images  Dépliants  Affiches  Théâtres  Chants |
| *Amener au moins 80% des prestataires SR à adopter des comportements favorables (accueil et conseils) à la réduction de la MMN d’ici 2016.* | | | | Sages-femmes  Agents de santé  Agents sociaux | | Partenaires  Structures formation  Associations et ONG | | | | L’étude a montré qu’il existe un véritable problème d’accueil dans toutes les formations sanitaires. Il faut ajouter diverses autres plaintes relatives à des mauvais traitements et diverses entorses à la gratuité des soins obstétricaux. Les messages suivants doivent être disséminés auprès des prestataires SR :  (cf. Modules de formation)  L’accueil est le premier niveau de la prise en charge des femmes enceintes et des patientes.  L’information sur l’état de santé de tout patient est un devoir pour le personnel de santé.  Il est du devoir du personnel de santé d’offrir des soins après avortement (SAA).  Le respect de l’éthique sanitaire est une obligation professionnelle et un devoir moral.  Le respect des mesures de prévention des infections permet de diminuer les risques de contamination. | Documents et stratégies SR  Formation  Briefings  Fiches et dépliants IEC/CCC |
| **PLANIFICATION FAMILIALE** | | | | | | | | | | | |
| **Objectifs** | **Audiences primaires** | | | | | | **Audiences secondaires** | | | **Idées de Message** | **Canaux/supports** |
| *Amener au moins 40% des couples et des personnes en union à utiliser les méthodes modernes de contraception pour planifier les naissances* | Couples  Femmes  et hommes en union | | | | | | Leaders d’opinion  Communautés | | | Le taux dérisoire de prévalence contraceptive (1,6% pour les méthodes modernes) tient à la fois aux préjugés et à la faiblesse de l’information et de la sensibilisation sur la PF.  Le planning familial est le moyen le plus approprié pour assurer le bien-être de la famille.  La planification familiale, tout en préservant la santé de la mère, offre la possibilité d’une prise adéquate des enfants. Elle permet de leur assurer une éducation plus épanouissante.  Les hommes se montrent soit réticent, soit indifférent et bien souvent la femme est amenée à prendre seule la décision. Ce qui n’est pas toujours évident dans le contexte tchadien. Il faut axer la sensibilisation sur les points suivants :  La PF concerne à la fois l’homme et la femme ; c’est l’affaire du couple.  Les hommes doivent par conséquent soutenir leurs femmes dans la décision d’adopter la PF.  Il est important pour les couples de bien connaître les méthodes contraceptives disponibles et leurs avantages.  Diverses rumeurs et préjugés dissuadent les couples. Il faut dissiper les malentendus suivants :  La PF ne rend pas stériles les femmes qui utilisent l’une des méthodes contraceptives.  La PF n’a pas de conséquences dommageables sur la santé de la femme. | Médias  Réseaux communicateurs  Prestataires SR  Associations et groupements  Affiches, dépliants  Théâtre,  Films,  chants  Canaux traditionnels et religieux. |
| *Faire adopter d’ici 2016 des textes de lois favorisant le repositionnement de la PF.* | Gouvernement  Parlement  Collectivités | | | | | | Ministères impliqués dans la SR  Réseaux et coalitions  Associations  Partenaires  ONGs | | | La stratégie relative à la PF qui met davantage l’accent sur l’espacement des naissances, ne parvient pas visiblement à freiner le rythme démographique élevé et l’indice synthétique de fécondité (ISF) qui est de 6,3 enfants par femme.  Il faudra immanquablement prendre des mesures susceptibles de maîtriser les paramètres démographiques.  On ne peut envisager un développement harmonieux sans le mettre en corrélation avec la croissance démographique  L’implication des décideurs au plus niveau permettra d’envisager une réelle politique de population et développement, et garantira le succès de sa mise en œuvre. | Document de stratégie  Campagne de plaidoyer  Ateliers/  conférences  Productions médiatiques  Communication via Internet |
| *Renforcer l’engagement des parties prenantes à s’impliquer dans la SR* | Gouvernement  Collectivités  Société civile  Secteur privé  Partenaires | | | | | | Réseaux  Coalitions  Leaders d’opinion,  Associations/  ONG. | | | La SR regroupe les problèmes majeurs de santé auxquels sont confrontés les populations et en particulier les couches les plus vulnérables que sont les femmes et les enfants de moins de cinq ans.  Le défi est d’assurer le bien-être des populations, de préserver le potentiel humain, et par conséquent de contribuer au développement du pays.  Ce défi impose à toutes les parties de s’engager résolument dans un plan action d’envergure pour réduire la MMNN et infantile et s’attaquer à divers aspects cruciaux de la SR | Forums  Conférences/ateliers  Réseaux  Coalitions  Communication via Internet  Productions médiatiques |
| *Assurer le financement pérenne et la sécurisation des produits de SR* | Gouvernement  Parlement  Collectivités  ONGs  Partenaires | | | | | | Ministères impliqués dans la SR  Réseaux  Coalitions  Associations  Médias | | | L’un des problèmes important de la SR réside dans la disponibilité et la sécurisation des produits. Le taux peu élevé de la prévalence contraceptive, s’explique en partie par le nombre important de besoins non satisfaits.  Les demandes en PF doivent être comblées par la disponibilité et la sécurisation des produits.  Les parties prenantes sont invitées à fournir des efforts exceptionnels pour assurer le financement et la sécurisation des produits SR | Tables rondes  Médias  Réseaux  Coalitions  Communication via Internet |
| **SANTE REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES (SRAJ)** | | | | | | | | | | | |
| **Objectifs** | | **Audiences primaires** | | | | | | **Audiences secondaires** | | **Idées de messages**  **et argumentaires** | **Canaux/supports** |
| *Obtenir des collectivités locales, de l’administration et des décideurs à divers niveaux, la création et la multiplication de cadres conviviaux de santé de la reproduction pour adolescents et jeunes.* | | Gouvernement  Collectivités locales | | | | | | MSP et Ministères impliqués dans la SR  Partenaires  Réseaux  Associations  Leaders d’opinion  Communicateurs  Journalistes | | La SR des adolescents et des jeunes est plus que problématique au Tchad, se traduisant par des relations sexuelles multiples et précoces, des grossesses non désirées suivies d’avortements entrainant de multiples cas de décès. A cette situation vient se greffer les infections aux IST/VIH/SIDA fauchant de centaines de jeunes gens et de jeunes filles.  La difficulté des jeunes à fréquenter les centres de santé, en particulier les centres SR, impose de créer une multitude de centres conviviaux en SRJA, dans les quartiers des grandes agglomérations, et dans chaque localité.  Les décideurs à divers niveaux, les collectivités locales et les partenaires sont appelés à conjuguer leurs efforts pour offrir aux jeunes des cadres appropriés et de proximité en SR | Forums  Conférences/  Ateliers  Réseaux  Associations  Articles journaux productions radiophoniques  Leaders d’opinion |
| *Conduire 50% des jeunes et adolescents à utiliser les structures appropriés (centres de santé, CIOJ etc.) pour accéder à l’information et aux services nécessaires à leur santé de reproduction.* | | Adolescents (es)  Jeunes garçons  Jeunes filles | | | | | | MSP et ministères impliquées  Collectivités  Associations  Educateurs  Leaders d’opinion  Responsables religieux  Médias  Artistes | | Les adolescents jeunes ignorent bien souvent les risques liés à leur sexualité. Cela se traduit par des infections aux IST/VIH/SIDA, des grossesses précoces, des avortements avec un grand nombre de cas de décès.  C’est la raison pour laquelle, tout jeune doit être bien informé sur sa sexualité. Pour ce faire, il doit être encouragé à utiliser les centres SR, en particulier les centres pour jeunes, pour recevoir les informations et conseils relatifs à sa SR et bénéficier des services et prestations qui y sont offerts. | CIOJ (ASTBEF)  Centres culturels  Structures et canaux confessionnels  Educateurs  Pairs éducateurs  Chants  Théâtre  Films  BD  Feuilletons radiophoniques  Articles journaux |
| *généraliser d’ici 2016 l’éducation à la sexualité dans les établissements secondaires* | | Adolescents/jeunes  GVT  Min. de l’éducation  MSP  Educateurs  Enseignants | | | | | | Ministères impliqués dans la SR  Partenaires  Réseaux  Associations | | L’éducation à la sexualité est l’un des moyens efficaces pour encourager les jeunes à adopter des comportements responsables vis-à-vis de leur sexualité.  Il s’agira d’amener les jeunes à connaître les risques liés à leur sexualité et à prendre les mesures appropriées :   * Se prémunir contre les IST/VIH/SIDA en adoptant la méthode PAF (Préservatif, abstinence, fidélité) et accepter le dépistage volontaire. * Pratiquer la PF pour assurer le bien être de leur famille, pour les jeunes en union. * Eviter les relations et les grossesses précoces, qui constituent un frein à l’épanouissement intellectuel et humain des jeunes. | Enseignements  BD  Films |
| **GENRE, SR ET DROITS HUMAINS** | | | | | | | | | | | |
| **Objectifs** | | | **Audiences primaires** | | | **Audiences secondaires** | | | **Idées de messages**  **et argumentaires** | | **Canaux/supports** |
| *Promouvoir l’autonomisation de la femme.* | | | Femmes mariés et en union  Femmes chefs de famille | | | GVT  Parlement  Minist. Action sociale  Ministères impliqués dans la SR  ONGs  Partenaires  Leaders communautaires  Associations  Journalistes  Artistes | | | Le poids démographique de la femme au Tchad (51%) doit se traduire conséquemment par une place reconnue et affirmée tant sur le plan politique, économique que social.  Le gouvernement, les partenaires et les organisations et associations doivent œuvrer pour favoriser l’autonomisation de la femme, à travers le renforcement de ses capacités, la création des opportunités d’emplois, et la mise en place de cadre politique et juridique favorables.  Les parties concernées doivent œuvrer pour la cessation de toutes les discriminations liées au genre (accès à l’emploi et aux ressources, succession) | | Conférences/  Ateliers  Programmes  renforcement  capacité  Foires/  Expositions  Réunions/  Causeries  ONRTV  (TV-Radios)  Radios de proximité  Journaux  Activités culturelles |
| *Sensibiliser les ménages et les communautés sur les dangers de l’excision afin de réduire significativement le taux de prévalence de l’excision.* | | | GVT  Parlement  Partis politiques  Familles  Exciseuses  Leaders religieux  Prestataires. | | | Min. de l’Action sociale et Ministères impliqués  ONG  Partenaires  Réseaux  Associations  Communi-  cateurs/SR  Journalistes  Artistes | | | La moitié des femmes tchadiennes sont excisées et la pratique a encore de beaux jours devant elle, à cause de sa dimension culturelle, rituelle, des préjugés et le poids des habitudes.  Les conséquences de l’excision sur la santé de la femme sont méconnues sinon contestées. D’où la nécessité de messages forts et sans équivoques :  L’excision est source de complications et cause de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.  Abandonner l’excision c’est promouvoir la santé de la petite fille et de la mère.  Arrêter l’excision, c’est promouvoir l’épanouissement sexuel de la femme.  Exciseuses, la pratique de l’excision constitue un problème grave de santé publique auquel on doit mettre fin.  La contribution des leaders religieux est capitale dans l’abandon de l’excision : l’être humain est un capital précieux et sa sauvegarde est le principe fondamental de toute religion.  L’abandon de la pratique de l’excision contribue au développement de la santé communautaire | | Réunions/  Causeries  ONRTV  (TV-Radios)  Radios proximités  Journaux  Dépliants  Affiche  Messages par SMS  Activités culturelles  Canaux traditionnels de communication  Structures/canaux confessionnels |
| *Adopter une stratégie visant à impliquer les hommes dans la SR.* | | | Hommes  Commu-  Nautés  Leaders d’opinion | | | GVT  MSP et ministères impliqués dans la SR  Prestataires de SR  ONG  Partenaires  Réseaux  Association  Communicateurs/SR  Journalistes  Artistes | | | Les hommes ont tendance à penser que la SR de leur femme est une affaire de femme, de sage-femme et de médecins. L’indifférence ou la non implication des hommes a des conséquences réelles sur la SR de la femme, car c’est lui qui a la décision et souvent les ressources nécessaires.  Une communication spécifique doit être orientée vers cette catégorie de la population.  La SR est une affaire de couple. L’homme doit se sentir intimement concerné par la SR de sa femme et s’impliquer avec elle pour le bien-être familial.  Les hommes doivent être associés à toutes les activités SR concernant leur épouse. | | Documents stratégie  Conférences/  Ateliers  Causeries /réunions  ONRTV  (TV-Radios)  Journaux  Canaux/  structures confessionnels  Brochures  Dépliant  Affiches  Manifestations culturelles |
| **PLAIDOYER INSTITUTIONNEL ET ENVIRONNEMENTAL** | | | | | | | | | | | |
| *Mobiliser les acteurs publics et privés pour dynamiser le partenariat et la multi-sectorilité en matière de SR.* | GVT  Parlement  Partis politiques  MSP et ministères impliqués dans la SR  Intervenants/  acteurs SR  Secteur privé | | | | Partenaires techniques et financiers  Prestataires SR  Réseaux SR  Associations  Communicateurs/SR  Journalistes  Artistes | | | | Les aspects liés à la SR ne sont pas suffisamment pris en compte dans la problématique du développement. Alors qu’on constate que les questions de SR affectent tous les secteurs de développement.  Par conséquent, la prise en compte des problèmes de SR contribue à l’atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).  La synergie des efforts de tous les acteurs est nécessaire pour réaliser les objectifs de la politique nationale de la santé de la reproduction, du plan stratégique de SR, et de la feuille de route relative à la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile. | | Documents de plaidoyer,  Forum  Conférences/  Ateliers  Points de presse  ONRTV  (Radio-TV)  Journaux  Brochure  Documentaires,  Informations sur Internet  Canaux institutionnels |

**VI/ MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE DE COMMUNICATION**

La mise en œuvre de la stratégie s’effectuera dans le cadre d’opérationnalisation ci-après :

6.1. acteurs de la mise en œuvre

**6.1.1. Structure chargée de la coordination**

Le Ministère de la Santé Publique est chargé de l’élaboration et la coordination de la mise en œuvre de la politique nationale en matière de santé.

La Direction Générale des Activités Sanitaires, notamment la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination (DSRV) coordonne la mise en œuvre de la stratégie nationale de communication. De ce fait, la DSRV assure le leadership de la coordination et de la mise en œuvre de cette stratégie avec l’appui technique du BIEC.

**6.1.2 Structures impliquées dans la mise en œuvre**

* Les départements ministériels impliqués dans la promotion de la SR ;
* L’Assemblée Nationale ;
* Les partenaires au développement ;
* La Société civile ;
* Les Associations, les ONG et les Réseaux
* Toutes autres structures intervenant dans la promotion de la SR.
  1. **Modalités de mise en œuvre**
     1. **Coordination et la mise en œuvre**

La coordination et la mise en œuvre de la stratégie nationale de communication pour la SR seront assurées par la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination. Ce qui permettra d’harmoniser les activités de communication des programmes et projets SR afin de créer une synergie dans les interventions.

Sur le plan opérationnel, la coordination de la production des outils et matériaux de communication, la gestion du fonds documentaire en relation avec la stratégie, l’inventaire des supports, produits de formation, seront assurés par le service communication de la DSRV. A cet effet, il aura pour tâches :

1. D’élaborer le plan d’action annuel et en assurer la mise en œuvre et le suivi;
2. De veiller à l’élaboration des messages et supports CCC/SR en collaboration avec le BIEC et les autres partenaires ;
3. De veiller à la prise en compte des activités de la stratégie de communication SR dans les plans opérationnels des régions (PO) en collaboration avec les comités régionaux de coordination et de suivi de la Feuille de Route Nationale pour l’Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile ;
4. De contribuer au plaidoyer pour la mobilisation des ressources.
5. De réaliser des enquêtes CAP et des recherches opérationnelles en matière de SR
   1. Mécanisme de suivi et d’évaluation
      1. **Le suivi**

Le suivi de la mise en œuvre de la stratégie de communication est une activité continue de la DSRV. Il doit permettre de relever tous les indicateurs de communication en matière de SR. Il se fera à travers :

* Les rapports d’activités (missions, rapports mensuels d’activités) ;
* Le monitorage
* Les recherches opérationnelles

**6.3.2 Evaluation**

Les évaluations seront faites conjointement avec les différents partenaires ; (commanditaires, bénéficiaires, bailleurs du fonds) en utilisant les techniques suivantes.

* Etudes d’audiences ;
* Enquêtes CAP ;
* Revues ;
* Evaluation à mi-parcours (interne et externe) ;
* Evaluation finale (interne et externe) ;
  + 1. **Outils de suivi et d’évaluation**

Pour assurer le suivi et l’évaluation, les intervenants utiliseront les outils suivants, qui seront au préalable harmonisés, adaptés et validés. Il s’agit :

* des grilles d’analyses ;
* des grilles d’observations ;
* des fiches d’enquêtes ;
* des rapports d’évaluations ;
* Les supports de communication ;
* des bordereaux de réception des supports de communication.
  1. **Ressources**

Desressources conséquentes seront dégagées pour la mise en œuvre des activités de suivi et évaluation aussi bien sur le plan humain, financier et matériel. Le financement sera assuré par le Gouvernement et les partenaires au développement.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. MSP, Tchad, Juin 2009 ; Feuille de route Nationale pour l’accélération de la réduction de la Mortalité Maternelle
2. MSP, Tchad, Juin 2009, Plan opérationnel de mise en œuvre de la Feuille de route Nationale pour l’accélération de la réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile
3. MSP, Tchad, 2009, Plan Stratégique de sécurisation des produits de la SR au Tchad. Période 2009- 2015
4. MSP, Tchad, Plan d’Action de la Campagne d’Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile en Afrique
5. MSP, Tchad, Sept, 2007, Politique Nationale de Santé 2007- 2015
6. MSP, Tchad, Déc. . 1997 ; Politique Nationale de Communication pour la Santé
7. MSP, Tchad, Oct. 2011 Document de La campagne « main dans la main » pour la Planification Familiale
8. Ministère de la Santé, Mali, Stratégie Nationale de Communication pour la Santé de la Reproduction
9. Rapport de la revue du 5è programme 2006-2010, novembre 2010, UNFPA
10. Rapports annuels projets G 104 » Autonomisation de la femme rurale » : 2006, 2007, 2008, 2009, 2010
11. Rapports annuels projets G 102 « Egalité et équité de genre »: 2006, 2007, 2008, 2009, 2010
12. TCHAD/ UNFPA, Août 2010, Rapport d’évaluation du Projet d’Autonomisation de la femme rurale au TCHAD
13. TCHAD, MSP, Juin 2010 Stratégie Nationale de Communication pour la lutte contre le paludisme
14. TCHAD, UNFPA, 2009 Stratégie de Communication Bureau pays

**ANNEXES**

**ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES**

1. Dr Thomas ZOUNGRANA, Conseiller SR UNFPA/ N’Djamèna
2. Toussaint MBAITOUBAM, Programme Associate/ UNFPA/ N’Djamèna
3. MAHAMAT ANNOUR, DGAS/MSP, N’Ndjamena
4. NOUBATOUR ADOUMTAR, Directeur ASTBEF, N’Ndjamena
5. DJAZOULI IBN ADM, Chef du BIEC, N’Djamena
6. Dr KONO NOUDJALBAYE, Expert SR UNFPA, N’Djamena
7. KOI PIERROT GANDA, Expert SR à la DP, N’Djamena
8. Dr MADJIMTA NADJIBAYE, Chef de Centre SR, N’Ndjamena
9. Mme VAIDJOUA MODJIROM, Centre SR, N’Ndjamena
10. Dr DJONDANG LAYAMBA OBED, Centre SR, N’Ndjamena
11. Dr AMPIL Joseph, Coordonnateur du Projet Fistule, N’Ndjamena
12. SE ACHTA TONE GOSSINGAR, Ambassadrice de la CARMMA
13. Dr KOYALTA, DG Hôpital Mère/enfant, N’Ndjamena
14. CIOJ de MOURSAL à N’Djamena : - Moussa NODJITOLOUM Christian, DJIMTONOBEYE Nestor, DJELASSEM Frederick, DJADIBE de Mostène, AHMAT RAMADANE DARRY, MAMADJIBEYE NAKO, DEZOUMBE PADEU Aimé, Arnold, DOUL, ALLARAMADJI MBAINANGA, JAKO Florent, ESSIBEYE Moîse, ALLAHHOUDEINGAR Innocent, KANKOUALA Samuel, NEMAIYELEM Christobelle, WALSOUMO WADJIRI, MAHAMAT ASSOULTANE, NGANOTA OLIVIER, ASNAN GUELMIANPINTO
15. Mme ZENABA KAMADJI, Assistante Logistique UNFPA/ Abéché
16. NADJINGAR MBARBAYE, Responsable, ASTBEF Abéché
17. Mme KALTOUMA ALI Sage Femme Abéché
18. Mme MAIMOUNA MAHAMAT, Surveillante Maternité Abéché
19. Mr FAYCAL ABDELKERIM, Coordonnateur de l’Association Tchadienne de lutte contre le VIH et les MGF
20. DJIMADOUM B. EMMANUEL, Assistant du Délégué Régionale de la Culture d’Abéché
21. Mme KHADIDJA RACHIDIE ABAKAR, Présidente Régionale CELIAF/ Abéché
22. CHEIKH YOUNOUS MAHAMOUD, Conseil Supérieur des Affaires Islamique d’Abéché
23. Dr AMBOULMATO HOROMON, Délégué Sanitaire du Mayo Kerbi Est, Bongor
24. Dr DANDJE ATARKAM  Expert national en SR, Bongor
25. Mr ALIFA TABANGUE, Directeur de l’Hôpital de Bongor
26. Mr NGARA LAGUE, Gestionnaire Hôpital de Bongor
27. Mr SAMA TORDINAN, Chef de canton de Bongor
28. Mme FAMANOU KALTOUMA LAWANE, Sage Femme, Bongor
29. Mme SALOMEE KAÏNTAYOTAAL, Présidente Régionale CELIAF et Association des Femmes Enseignantes, Bongor
30. Dr DEUZOUMBE, MCD GUELENGDENG

**ANNEXE 2** : **LISTE DES PARTICIPANTS A L’ATELIER DE VALIDATION DE LA STRATEGIE NATIONALE DECOMMUNICATION EN SR**

CENTRE BETHEL DE BAKARA : 24 AU 26 MAI 2012

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOM ET PRENOM** | **TITRE** | **SERVICE** | **CONTACT** |
| 01 | Mme ADJOUGOULTA VEALOTO | SFDE | H. Amitié Tchad-Chine | 66416034 |
| 02 | Mme VAÏDJOUA MODJIROM | SFDE | CNSRF | 66280984 |
| 03 | Mme ADJID ACHTA | TSS | DSRV | 66275179 |
| 04 | TOUSSAINT MBAITOUBAM | Programme A. | UNFPA | 66275033 |
| 05 | HASSAN OUMAR ADDAH | Informaticien | DSRV | 66737288 |
| 06 | LEGA ERIC DADJE | Journaliste | Cercle des journalistes SR | 66220339 |
| 07 | YENDER DARGUE O. | Chef sect. production | BIEC | 66338700 |
| 08 | MOYDOTY OURIBE M. | Expert IEC/SRA | Indépendant | 66264972 |
| 09 | Dr GARBA TCHANG SALOMON | Consultant | - | 66293435 |
| 10 | GATA NDER | Consultant | - | 62137633 |
| 11 | SALAMATOU GODY | Agent | DSRV | 66516349 |
| 12 | ROUMANE ABDERAMAN | Agent | DSRV | 66102930 |
| 13 | Mme DAHABAYE ADOUM S. | Chef sect. Concept.  Et reproduction | BIEC | 66210812  99993500 |
| 14 | IRENE SOUCMANE | Technicienne  Supérieure /SR | DSRV | 66416226 |
| 15 | ELIE BARA ALISSOU | Administ/Gestionnaire | DSRV | 66270385 |
| 16 | Dr ROMIAN MAÏKEDJO KABO | Délégué sanitaire | DSR/Logone Occidental | 66250385 |
| 17 | Dr THOMAS ZOUNGRANA | Conseiller SR | UNFPA | 36125950 |
| 18 | Prof. SOLA-AMI KAMBAMBA | Consultant | UNICEF | 66480278 |
| 19 | TARYEM MADJENOUM J. | Secrétaire | DSRV | 66281555 |
| 20 | MARHALET JOSEPHINE | RESPOD | TVT | 66295160 |
| 21 | KOÏ PIERROT GANDA | RESPOD | - | 66292161 |
| 22 | KHADIDJA TOLOUMBAYE | Journaliste | ATP | 66325520 |
| 23 | DJADDA ALI | Ingénieur sanitaire | DSRV | 66214294 |
| 24 | NELEM CHRISTINE | Représentant | DSRV/A | 62063498 |
| 25 | KAMPETE KOUMI | Chauffeur | DSRV | 66787477 |
| 26 | HASSAN ADOUM | Chauffeur | DSR/OuaddaÏ | 66446228 |
| 27 | NADJITAM JUSTIN | Chauffeur | DSR/Logone Occidental | 66087573 |
| 28 | Dr YAM-MADJI ALIACE | Délégué | DSR/Ouaddaï | 6686043 |

1. Enquête Serov prévalence, 2005 [↑](#footnote-ref-1)