

L'AFRIQUE CONTRE LES EPIDEMIES : PRINCIPALES CONSIDERATIONS EN MATIERE DE PREPARATION ET DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES AU TCHAD

Hoinathy Remadji, Allah-Kauis Neneck, Valerio Colosio et Santiago Ripoll

SYNTHÈSE ET PRINCIPALES IMPLICATIONS

Le manque de capacités des services de santé fournis par l'État, notamment la mauvaise gouvernance, restreint considérablement la capacité du pays à lutter contre les maladies. La charge de morbidité liée aux maladies transmissibles est élevée et celle liée aux maladies non transmissibles est en augmentation. Les acteurs de la santé et les acteurs humanitaires ne partagent pas les données de santé, et les indicateurs produits par les autorités gouvernementales sont parfois peu fiables.

- Il est nécessaire d'améliorer les mécanismes de responsabilisation, de coordination et de partage des informations entre le système de santé et l'ensemble des secteurs, en particulier entre les acteurs de la santé et les acteurs humanitaires.
- Il est nécessaire de soutenir la production d'informations de sciences sociales, médicales et épidémiologiques fiables et de qualité.
- **Le manque d'accès physique et économique et la mauvaise qualité des soins dispensés dans les cliniques publiques** impliquent que seuls les habitants des zones rurales et les habitants les plus démunis des zones urbaines cherchent à s'y faire soigner. Cette tendance est exacerbée par le fait que les soins de santé dispensés par l'État ne sont pas gratuits. Par conséquent, si des ONG à but non lucratif ou des cliniques religieuses sont disponibles, les personnes démunies préféreront se tourner vers elles. Les personnes qui peuvent se le permettre évitent les établissements de santé publics et consultent des cliniques privées ou se tournent vers d'autres prestataires de soins de santé. Les capacités, l'infrastructure et les financements des agents de santé sont insuffisants.
 - Les systèmes de santé fournis par l'État doivent être renforcés, en développant les capacités des agents de santé, en garantissant leurs moyens de subsistance et en les reconnaissant.
 - Afin de renforcer la confiance, la prestation de services de santé doit être adaptée aux coutumes et besoins locaux. En outre, le personnel et les agents sanitaires bénévoles doivent être recrutés

localement dans la mesure du possible, afin de renforcer l'appropriation locale et les relations interculturelles au niveau des cliniques.

- **Il convient de cibler les groupes vulnérables au niveau local**, puisque cette vulnérabilité est largement déterminée par le contexte. Toutefois, les groupes suivants peuvent avoir besoin de soutien et doivent être pris en compte :
 - Les personnes dont l'infrastructure WASH (eau, assainissement et hygiène pour tous) est insuffisante, les pasteurs nomades, les populations urbaines démunies, les habitants des camps de déplacés, les pêcheurs, les enfants des rues et les femmes.
- **De nombreux facteurs de risque de maladie au Tchad sont davantage liés au manque de services basiques (par exemple l'eau et l'assainissement) et de filets de sécurité qu'aux « comportements à risque »**. Quant à l'accès aux services de santé au Tchad, il est influencé par les relations entre les sexes, que ce soit en termes de prise de décisions au niveau des ménages ou des relations entre les patients et le personnel des cliniques.
 - Les causes structurelles de la vulnérabilité aux épidémies peuvent être résolues par la coopération des différents secteurs (WASH, protection sociale, égalité entre les sexes et développement, etc.).
- **La population recourt à une diversité de prestataires de soins de santé** (privés, cliniques biomédicales publiques et à but non lucratif, marabouts, tradipraticiens, vendeurs de médicaments, devins, etc.).
 - Les prestataires alternatifs de soins de santé doivent être engagés dans la surveillance, la communication sur les risques, la prestation de certains traitements et l'orientation vers des services biomédicaux.
 - Il est nécessaire de procéder à un examen systématique des étymologies et des interprétations locales des maladies pour faciliter les interprétations interculturelles dans les cliniques et adapter la communication sur les risques à des populations spécifiques.
- **Une importante part de la population se sent privée de ses droits et ne fait pas confiance au gouvernement**.
 - L'implication d'acteurs reconnus (personnel de santé, organisations de la société civile et autorités locales) dans la riposte aux épidémies peut atténuer la réticence de certaines communautés et alimenter la riposte en perspectives nouvelles et précieuses. Nous examinons en détail le rôle de ces acteurs dans cette note d'information.
- **Les précédentes ripostes aux épidémies ont déjà engagé les communautés de manière efficace, mais il est possible d'en améliorer l'impact en adaptant les activités et les communications de riposte au contexte local**.
 - Il est possible de s'appuyer sur des retours d'informations pour modifier les activités de riposte et répondre aux requêtes des communautés.
 - La communication doit être adaptée aux langues et idiomes locaux. Il convient également de veiller à ce que le ciblage et les messages ne recourent pas à la culpabilisation et à la stigmatisation.
 - Il est capital de privilégier les interventions sanitaires holistiques s'appuyant sur l'expertise de la communauté aux interventions spécifiques à une maladie.

TABLE DES MATIERES

SYNTHÈSE ET PRINCIPALES IMPLICATIONS.....	1
Table des matières	3
INTRODUCTION	4
SYSTEME DE SANTE	5
CHARGE DE MORBIDITE	5
SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE.....	6
PRESTATAIRES ALTERNATIFS DE SOINS DE SANTE	9
RECHERCHE DE SOINS ET EXPLICATIONS LOCALES DES MALADIES.....	9
PRESTATION DE SERVICES, EXPERIENCE DES SOINS ET PRATIQUES D'EXCLUSION	10
ÉPIDEMIES DE MALADIES INFECTIEUSES, RIPOSTE ET PREPARATION	11
RISQUE DE MALADIE ET VULNERABILITE	11
POPULATIONS VULNERABLES	13
GOVERNANCE EN MATIERE DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES	14
COMMUNICATION ET TRANSPORT	16
GOVERNANCE ET PRINCIPAUX ACTEURS	17
ENGAGEMENT, EXPERIENCES ET RIPOSTES COMMUNAUTAIRES	19
DEFIS ACTUELS ET RECOMMANDATIONS	21
PRINCIPALES IMPLICATIONS POUR LA RIPOSTE AUX EPIDEMIES.....	22
PRINCIPAUX ACTEURS	26
Chercheurs locaux.....	26
Organismes de recherche tchadiens	26
Associations/Réseaux.....	27
ONG tchadiennes de développement et humanitaires.....	28
REMERCIEMENTS.....	29
Annexe : Informations historiques et contextuelles complémentaires.....	31
Géographie.....	31
Population	31
Moyens de subsistance	32
Politique, gouvernement et administration.....	32
Organisation sociale.....	35
Références	38

INTRODUCTION

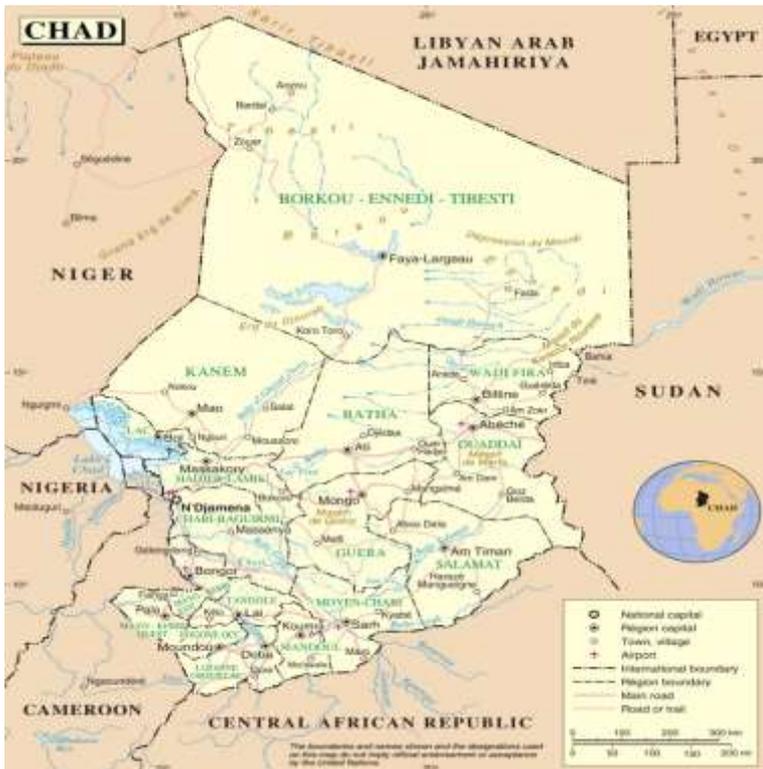


Figure1. Source : <http://ontheworldmap.com/uganda/uganda-political-map.html>

Malgré l'augmentation des revenus pétroliers des gouvernements pendant presque deux décennies, le système de santé du Tchad est toujours insuffisamment financé et ses capacités en termes d'infrastructure et de ressources humaines demeurent limitées. Cela entrave sa capacité à riposter efficacement aux épidémies et à relever d'autres défis sanitaires. Les épidémies se déclarent dans un contexte complexe et interdépendant de crise humanitaire, notamment en cas de conflits, de déplacements forcés, de catastrophes écologiques (sécheresses, inondations, etc.) et d'insécurité alimentaire. Il est donc essentiel que les activités de préparation et de riposte aux épidémies en tiennent compte. Le Tchad a réalisé d'importants progrès en matière de planification et d'élaboration de politiques relatives à la riposte, à la vaccination et à la lutte

contre les zoonoses. L'amélioration de la coordination entre les acteurs étatiques et non étatiques, et l'engagement de diverses parties prenantes (par exemple des prestataires alternatifs de soins de santé, la société civile et des autorités religieuses) et communautés ont donné des expériences positives lors d'épidémies précédentes.

La note d'information est organisée comme suit : 1) un aperçu du système de santé national, y compris des secteurs public et privé de la santé ; 2) les principaux défis en matière d'épidémies de maladies infectieuses, de préparation et de riposte et 3) une liste des principaux acteurs que le système de réponse rapide pourrait engager dans les activités de riposte. Elle se conclut sur les implications et les recommandations relatives à la préparation et à la riposte aux futures épidémies au Tchad.

Cette note d'information offre un aperçu contextuel du système de santé tchadien, tout en soulignant les principaux facteurs et leurs implications pour la préparation et la riposte aux épidémies. Elle s'appuie sur un examen de la documentation universitaire et de la documentation grise, mais également sur des entretiens avec des spécialistes en sciences sociales et autres personnes ayant une expertise du contexte tchadien. Une annexe fournit une présentation plus approfondie du contexte général, de l'histoire et de l'économie politique, ainsi que des différents groupes sociaux et de l'organisation sociale du pays. Cette note d'information technique a été élaborée par l'Institute of Development Studies, en vue de favoriser l'intégration des perspectives des sciences sociales et de l'anthropologie dans l'assistance technique du programme L'Afrique contre les maladies (ACE) soutenu par UK AID, ainsi que dans son mécanisme de réponse rapide.

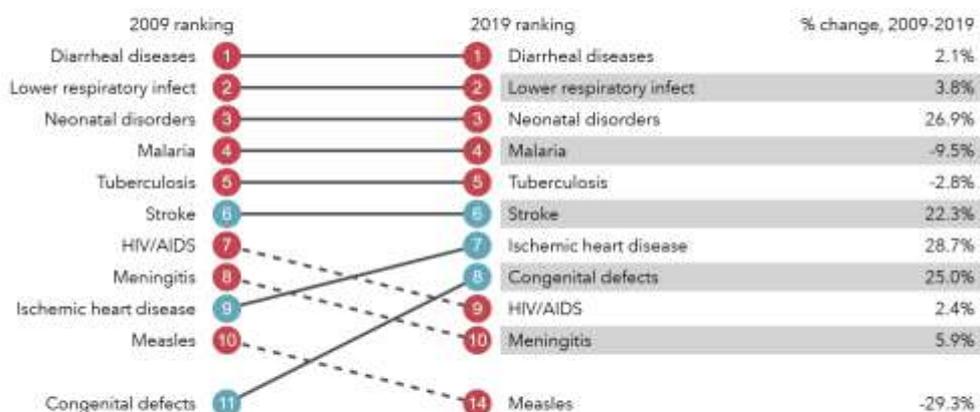
SYSTEME DE SANTE

CHARGE DE MORBIDITE

Au Tchad, l'espérance de vie à la naissance est de 53 ans pour les hommes et de 55 ans pour les femmes¹. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est de 113,8 pour 1 000 naissances vivantes. Le Tchad affiche l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde à 6,7 %, soit 1 femme sur 15 qui meurt en couche². Les maladies diarrhéiques, les infections des voies respiratoires inférieures, les maladies néonatales, le paludisme et la tuberculose sont les principales causes de mortalité chez les Tchadiens (voir figure ³). La prévalence du VIH/sida est de 1,3 %, soit 120 000 personnes vivant avec le VIH⁴. La riposte du Tchad au VIH/sida a permis de réduire la prévalence de 12 % depuis 2010. Les femmes sont affectées de manière disproportionnée par le VIH/sida au Tchad (60 %), mais elles sont également plus susceptibles de suivre un traitement (67 %)⁴. Il faut noter que les statistiques nationales⁵ ne sont pas toujours fiables et qu'il est recommandé de les croiser avec des études indépendantes.

What causes the most deaths?

- Communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases
- Non-communicable diseases
- Injuries



Top 10 causes of total number of deaths in 2019 and percent change 2009-2019, all ages combined

See related publication: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

Figure 2. Charge de morbidité du Tchad (source : IHME 2019)

Les maladies non transmissibles sont de plus en plus importantes. En effet, 10 % des décès sont imputables aux maladies cardiovasculaires, 3 % aux cancers, 2 % aux maladies respiratoires chroniques et 1 % au diabète⁶. La malnutrition est un double fardeau au Tchad : 39,8 % des enfants de moins de 5 ans présentent un retard de croissance, tandis que 8,9 % des femmes et 3,1 % des hommes sont obèses⁷. L'obésité est associée aux populations urbaines à revenu élevé (en particulier à N'Djamena)⁸.

SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE

La gouvernance de l'actuelle infrastructure de santé est dérivée du modèle colonial français, qui était descendant et centralisé. Ce modèle a des conséquences sur la gestion des catastrophes naturelles et des pandémies à grande échelle, car le pouvoir décisionnel centralisé crée des goulots d'étranglement. Les réformes successives de décentralisation mises en œuvre depuis les années 1990 n'ont pas modifié radicalement le système. Autres défis liés au manque de financement public et de personnel qualifié au sein du système de santé de l'État. Les financements et le personnel qualifié font cruellement défaut au système de santé. On compte seulement 3,7 médecins ainsi que 2,1 infirmières et sages-femmes pour 100 000 habitants, et ceux-ci sont principalement concentrés dans la région de N'Djamena⁹. Il y a 40 lits d'hôpital pour 100 000 habitants¹. Certains projets de développement et projets humanitaires menés par des organismes externes tels que MSF et l'UNICEF intégraient des médecins étrangers dans des hôpitaux et cliniques publics pour augmenter les capacités et assurer une formation en cours d'emploi¹⁰. Les dépenses médicales représentent 3,62 % du PIB du Tchad. Des doutes ont été exprimés quant à la gestion des

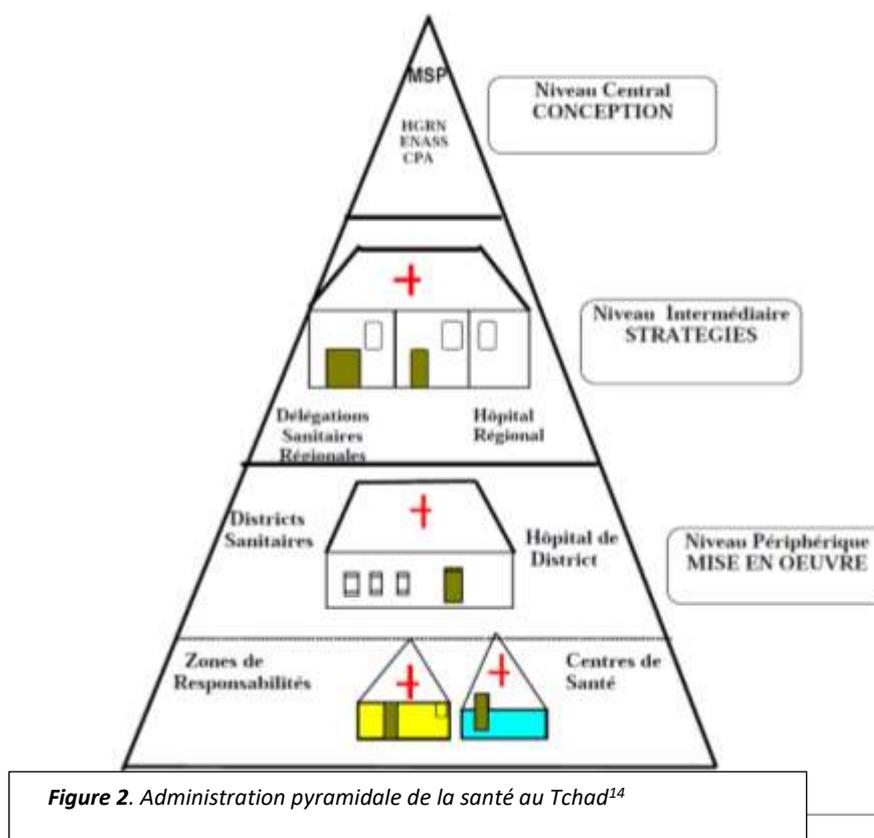
ressources du système de santé de l'État (équipement, médicaments, fonds), sur lequel pèsent des accusations de népotisme et de corruption¹¹.

Se concentrant sur sa Politique nationale de santé, le ministère de la Santé publique déploie actuellement sa Politique nationale de santé (PNS) 2016-2030, définie par des techniciens du ministère avec le soutien d'acteurs nationaux et internationaux. Les acteurs internationaux peuvent soutenir la prestation de soins de santé de manière verticale, en améliorant le système de santé dirigé par le gouvernement, que ce soit en termes de renforcement des politiques, de financement des établissements de santé, ou d'appui logistique en vue d'améliorer les prestations de soins de santé des cliniques et hôpitaux publics. Ces acteurs incluent des organismes des Nations Unies et des donateurs bilatéraux. Des acteurs externes soutiennent également les systèmes de santé en offrant des services biomédicaux complémentaires (cliniques, vaccinations, etc.), et notamment des ONG telles que MSF, International Medical Corps, etc. (voir la liste des organisations internationales dans l'Annexe 1). Les donateurs et les différents prestataires de soins de santé, qu'ils soient financés par des aides nationales ou étrangères, sont insuffisamment coordonnés, ce qui a entraîné la « fragmentation des systèmes de santé et un double emploi des services et des mécanismes de suivi »¹².

Structure du système de santé publique

Le système de santé tchadien est conçu selon une structure pyramidale, organisée en quatre niveaux¹³ :

1. Un niveau central supérieur, qui comprend le Conseil national de santé, les services centraux du ministère de la Santé, l'Hôpital général de référence nationale (HGRN), l'École nationale des agents sanitaires et sociaux (ENASS) et la Centrale pharmaceutique d'achats (CPA). Au niveau politique, les principaux acteurs sont le ministère de la Santé et le ministère de la Défense nationale, qui, avec le secrétariat général de la présidence et le cabinet civil du Président, jouent un rôle majeur dans la prise de décisions.
2. Un niveau central comprenant les services centraux et les institutions nationales. Ce niveau comprend 5 hôpitaux nationaux.
3. Le niveau intermédiaire est subdivisé en 23 délégations sanitaires provinciales, hôpitaux de référence provinciale, pharmacies régionales d'approvisionnement et écoles régionales de formation sanitaire.
4. Enfin, le niveau périphérique rassemble 138 districts sanitaires, dont 107 seulement sont opérationnels à ce jour. À cela s'ajoutent les centres de santé et un secteur privé de la santé assez peu développé.



D'une manière générale, très peu de personnes ont accès au système de santé au Tchad. La prestation de soins biomédicaux reste très limitée et il n'y a pas d'accès gratuit à l'ensemble des services de santé fournis par l'État. Un sondage Gallup de 2019 rapportait que 63 % des Tchadiens se déclaraient mécontents de l'accès à des soins de santé de qualité¹⁵. La gratuité des soins a été introduite par la loi pour les services de soins maternels, le soutien aux enfants de moins de 5 ans, les urgences et le traitement de la tuberculose et du VIH/sida. Cependant, un grand nombre de ces services demeurent payants en l'absence de financements adéquats¹⁶. À l'instar des autres pays africains, le Tchad est confronté au problème de la circulation de médicaments de contrefaçon. D'ailleurs, 33 % des patients déclarent avoir acheté des médicaments de contrefaçon¹⁷.

Le taux de fréquentation des centres de santé dans les zones rurales figure parmi les plus faibles du monde. Les inégalités de revenus et le coût élevé des soins de santé et des transports signifient que seules les personnes aisées des zones urbaines peuvent se passer des cliniques publiques, qui dispensent des soins de mauvaise qualité. Les ménages plus pauvres des zones urbaines et les habitants des zones rurales sont contraints à des soins de santé de mauvaise qualité¹⁸. Pour lutter contre le manque de disponibilité et le coût prohibitif des cliniques de santé primaire, des ONG et des organisations religieuses ont créé des cliniques à but non lucratif au Tchad. Ces cliniques sont moins chères, voire gratuites pour celles qui sont associées à un projet de développement financé par des aides étrangères.

Le niveau de revenu est généralement faible et seuls 6,28 % de la population peuvent dépenser plus de 10 % de leurs revenus pour leur santé. Selon la Banque mondiale, entre 4 et 10 % de la population font face à des dépenses de santé dites « catastrophiques » chaque année, un fait aggravé par l'absence de mécanismes de filet de sécurité sociale ou de soutien des moyens de subsistance¹⁹.

Les Tchadiens savent ce que sont des soins de santé biomédicaux de qualité et sont prêts à se rendre plus loin ou à dépenser davantage pour ces derniers, s'ils peuvent se le permettre financièrement. La population sait dans quelles circonstances la médecine moderne est efficace et connaît les résultats qu'elle doit produire. Bien souvent, par exemple dans la ville d'Abéché, elle « doute que l'hôpital local ait les moyens d'offrir des soins dignes de la médecine moderne »²⁰.

PRESTATAIRES ALTERNATIFS DE SOINS DE SANTE

Comme dans d'autres pays africains, les services de santé du Tchad sont fortement dépendants de prestataires extérieurs aux structures de santé biomédicale.

Les personnes choisissent leurs prestataires en fonction de leurs affiliations communautaires et religieuses. Les patients musulmans ont tendance à davantage recourir aux traitements prodigués par le marabout, un chef spirituel également chargé de dispenser des soins de santé de base dans les communautés rurales, tandis que les patients chrétiens ou les patients adeptes de religions traditionnelles préfèrent généralement se tourner vers les guérisseurs traditionnels, dont le nom et la fonction varient selon la communauté locale concernée. On estime que 60 à 79 % de la population recourent à la médecine traditionnelle²¹, et en particulier les habitants des zones rurales et périurbaines. Les guérisseurs traditionnels sont généralement appelés « tradipraticiens ». Ils utilisent une variété de plantes pour traiter différentes maladies. Ils ont récemment créé leur propre confédération, la « Confédération nationale des tradipraticiens du Tchad ».

Plus récemment, on a observé chez les pentecôtistes l'émergence du phénomène des « pasteurs guérisseurs », qui prétendent guérir les maladies par la prière, mais aussi des docteurs tchoukou ou djim, des jeunes habitant dans les centres urbains qui vendent des médicaments biomédicaux et prodiguent même des soins médicaux d'urgence ; ou encore des voyantes, des femmes qui utilisent des cauris et autres méthodes de divination pour lire l'avenir, mais aussi pour guérir certaines maladies.

RECHERCHE DE SOINS ET EXPLICATIONS LOCALES DES MALADIES

Les malades cherchent conseil auprès de différents prestataires de soins de santé simultanément ou successivement. Lorsqu'ils cherchent des soins de santé, les Tchadiens se tournent d'abord vers les praticiens traditionnels. Si la maladie perdure ou s'aggrave, ils s'adressent aux prestataires officiels de soins de santé, si leurs ressources le permettent. Souvent, les Tchadiens cherchent également à se faire soigner dans les dispensaires ou se tournent vers les vendeurs de médicaments (en dépit de l'insuffisante réglementation du marché et de la mauvaise qualité des médicaments de contrefaçon en circulation)²².

Cette préférence initiale pour les prestataires alternatifs de soins de santé est accentuée par le manque de confiance dans les cliniques publiques et leur coût excessif. Quand il en existe dans leur région, les personnes démunies préfèrent se tourner vers des ONG ou des cliniques religieuses plutôt que vers les établissements de santé publics. En effet, ces derniers dispensent des soins moins coûteux. Quant à eux, les Tchadiens plus aisés des zones urbaines évitent les établissements de santé publics pour se rendre dans des cliniques privées

qui prodiguent des soins de meilleure qualité¹⁸. Parfois, la recherche de soins de santé de meilleure qualité pousse les Tchadiens aisés hors du territoire national. Le Cameroun, le Soudan, l'Égypte et la Tunisie sont les destinations privilégiées pour les évacuations médicales.

Au sein des ménages, ce sont les hommes qui généralement décident quand et qui consulter. Selon les rôles attendus, ils sont censés payer les traitements tandis que les femmes prodiguent les soins et apportent un soutien aux patients.

Interprétations de la maladie et de la santé

Les Tchadiens associent les maladies à diverses causes. Ils détectent les causes immédiates et ultimes des maladies, leur attribuant parfois une origine anthropique (par exemple une tierce personne qui aurait pratiqué la sorcellerie ou la magie), voire une origine divine ou surnaturelle. Ils invoquent souvent cette dimension de magie et de sorcellerie comme cause de maladie pour traiter certaines pathologies par exemple l'épilepsie, l'autisme ou les malformations génétiques. Pour ceux qui croient en une cause divine, toutes les maladies sont « la volonté de Dieu ». Ces croyances populaires sont courantes et déterminent le choix des prestataires de soins de santé à consulter. Les modèles de morbidité africains traditionnels appliqués par certains anthropologues au Tchad stipulent que lorsque des personnes tombent malades, elles ressentent le besoin de connaître quatre éléments : la nature de la maladie (une maladie attribuée à un éventail de symptômes), la cause fondamentale de la maladie (comment cela est arrivé), l'agent de la maladie (la chose ou la personne qui l'a causée), et son origine (pourquoi moi et pourquoi maintenant ?)²³. Ces modèles peuvent passer sous silence les particularités locales. Dans les faits, les populations sollicitent une aide pour traiter les symptômes, et en l'absence de soulagement immédiat, ils cherchent alors des explications alternatives pour répondre aux causes ultimes de la maladie²⁴.

Les universités tchadiennes (et autres) ne produisent pas assez de documentation sur les terminologies et les interprétations des maladies infectieuses, et leur lien avec les pratiques en matière de soins. La majorité des travaux d'anthropologie médicale pertinents qui sont disponibles traitent des communautés pastorales²⁵⁻²⁸. Par exemple, les Peuls parlent de : *ouirde* (fièvre de la saison des pluies), et cherchent sur le marché un traitement contre le paludisme, *sabib* (diarrhée), *kalara/kolera* (diarrhée cholérique), *ouarama* (maladie complexe associée à une chaleur et un gonflement), *fuli/sondarow* (symptômes de la tuberculose), etc. Les symptômes et les rapports entre les sexes déterminent le type de traitement qui sera recherché et le prestataire qui sera consulté²⁸. Le terme générique « épidémie » n'existe pas dans toutes les langues parlées au Tchad, mais dans certaines seulement. Dans les régions d'Ere, Djoumane et Kim, certaines personnes emploient le terme *mbôgôm* pour désigner les épidémies de rougeole et de variole²⁹. Il est nécessaire de procéder à un examen systématique de ces terminologies et interprétations pour assurer une surveillance efficace des maladies émergentes, une communication efficace sur les activités d'atténuation des risques et une appropriation des relations interculturelles au niveau des cliniques médicales.

PRESTATION DE SERVICES, EXPERIENCE DES SOINS ET PRATIQUES D'EXCLUSION

En 2016, un ancien ministre de la Santé publique a reconnu que le système de santé peinait à répondre aux besoins des personnes démunies, des indigents et des populations rurales. Depuis l'époque coloniale, l'État concentre l'infrastructure dans les grandes villes, négligeant les zones rurales. Par conséquent, les services de santé publique n'atteignent pas les régions reculées. Les femmes enceintes rencontrent plusieurs problèmes pour accéder aux établissements de santé, que ce soit en termes d'accès physique, mais aussi liés à l'obligation d'être accompagnées d'un homme³⁰. Mené en 2012, un sondage indiquait que 9,4 % des personnes interrogées se sont heurtées à une discrimination pour accéder aux services de santé, en raison de leur origine ethnique, de leur confession, ou de leur situation socio-économique⁵⁷.

Cette discrimination est encore plus flagrante dans la relation entre les pasteurs nomades et les cliniques médicales. Les services de santé adaptés aux communautés sédentaires sont inadaptés aux besoins des communautés pastorales en matière de moyens de subsistance. Il existe également des barrières sociolinguistiques entre les groupes nomades et les professionnels de santé. Les pasteurs souffrent d'un manque de respect et de discrimination quand ils cherchent à s'approvisionner en médicaments²⁶. La méfiance à l'égard des prestataires de soins de santé est l'un des principaux facteurs de la réticence à la vaccination. Les solutions proposées comprennent la mise à disposition de cliniques mobiles pour les pasteurs, de listes et de descriptions dans la langue locale des pasteurs nomades (par exemple le peul) et un renforcement des capacités des prestataires de services concernant les besoins et les contraintes des nomades. Le recrutement d'agents de santé et de sages-femmes issus de la communauté nomade peut contribuer à améliorer l'accès aux cliniques ainsi que les relations entre les cliniques et les patients²⁷, comme l'ont montré les campagnes de vaccination contre la polio de 2011-2012³¹. Les soins hospitaliers prodigués dans la ville d'Abéché pendant les crises du Darfour ont souligné à quel point il était important de disposer de compétences interculturelles adéquates. En effet, les patients étaient pris en charge par des agents de santé de nationalités et d'origines ethniques différentes, dont les explications sur les soins pratiqués n'étaient pas culturellement adaptées, amenant des patients à quitter l'hôpital contre l'avis des médecins⁵⁹.

ÉPIDÉMIES DE MALADIES INFECTIEUSES, RIPOSTE ET PRÉPARATION

RISQUE DE MALADIE ET VULNERABILITÉ

Maladies endémiques et urgence saisonnière

Au Tchad, les épidémies de maladies telles que le choléra et le paludisme sont fréquentes. Le choléra est endémique dans ce pays. Les régions frontalières du Cameroun, du Niger et du Nigeria sont souvent frappées par des épidémies, les premières se déclarant généralement entre les mois de mars et mai. Cette émergence est liée aux étendues d'eau telles que les régions du lac Tchad et la rivière Logone³². La transmission est favorisée par la mauvaise qualité des systèmes d'eau et d'assainissement, et notamment par les conditions déplorables du système WASH dans les camps de réfugiés³³. Seuls 56 % des Tchadiens ont accès à une source d'eau améliorée, accès qui favorise les zones urbaines et en particulier la capitale. Seuls 51 % de la population

nationale ont accès à un système d'assainissement amélioré, qui profite majoritairement aux villes, puisque 85 % des ménages ruraux ne disposent pas de toilettes³⁴.

Le paludisme est endémique dans la région et représente une des principales causes de morbidité et de mortalité dans le pays. L'historique de conflits a entravé les services de médecine préventive et curative et la distribution de moustiquaires, à l'instar des autres interventions. La courte saison des pluies (juin à septembre) est celle où le risque de paludisme est le plus élevé saison du paludisme, et la chimioprophylaxie a prouvé son efficacité pour enrayer la propagation. La proximité avec la région du lac Tchad implique que l'incidence du paludisme augmente pendant la saison estivale, en raison d'un taux d'humidité plus élevé et de la transmission par vecteur.

La rougeole et d'autres maladies évitables par la vaccination sont répandues dans ce pays. Malgré les progrès du programme de vaccination, seul 1 enfant tchadien sur 4 est complètement vacciné, et 57 % seulement des enfants sont vaccinés contre la rougeole. La vaccination d'urgence a démontré son efficacité pour juguler la rougeole et l'empêcher d'atteindre des proportions épidémiques³⁵. Pourtant, sans immunité collective (soit 95 % au lieu du taux actuel), il est probable que des épidémies se déclarent périodiquement. Une épidémie de rougeole sévit actuellement et, au moment de la rédaction de la présente note d'information, 67 % des districts sanitaires sont touchés³⁶. L'accès limité aux services de santé est un facteur expliquant la faible couverture vaccinale. Si les chiffres varient d'un groupe et d'une région à l'autre, un sondage mené en 2018 par Wellcome Trust montrait que les Tchadiens accordaient de l'importance aux vaccins. En effet, 85 % des personnes interrogées déclaraient qu'il était important que les enfants soient vaccinés, et 81 % se disaient d'accord ou plutôt d'accord sur le fait que les vaccins sont sûrs³⁷. Le taux de vaccination est plus faible chez les pasteurs nomades, notamment à cause du manque d'accès physique aux services et informations sanitaires, mais également de comportements discriminatoires de la part des vacinateurs (et non par crainte du vaccin lui-même)³⁸.

L'élevage de bétail est central dans l'économie tchadienne. Plus de 40 % de la population sont dépendants de l'élevage du bétail et le pays compte plus de 94 millions de têtes de bétail. Le pastoralisme nomade représente plus de 90 % de l'élevage du bétail³⁹. Ainsi, les zoonoses sont courantes et ont un impact sur la sécurité économique des gardiens de troupeau et sur leurs résultats médicaux. La fièvre de la vallée du Rift est répandue dans le pays, tout comme la fièvre Q (associée à l'élevage de dromadaires)⁴⁰, la brucellose et les trypanosomiasés⁴¹.

Tableau 1. *Épidémies notables de maladies infectieuses au Tchad, 2000-2020*

Méningite	2001, 2004, 2010, 2011	Les épidémies les plus importantes sont associées à <i>Neisseria meningitidis</i> de sérotype A (NmA), mais souvent plusieurs sérotypes et autres bactéries (<i>Streptococcus pneumoniae</i> et <i>Haemophilus influenzae</i> type b [Hib]) peuvent survenir simultanément ⁴² . Maladie courante dans les camps de réfugiés, en raison de la concentration et de la circulation des habitants. La riposte impliquait une vaccination d'urgence ⁴³ .
Choléra	2001, 2004, 2006, 2010, 2011 (>16 000 cas), 2017	L'émergence endémique du choléra est associée aux pluies et aux étendues d'eau. Toutefois, les petits foyers peuvent évoluer en épidémies lorsque le choléra se transmet à cause de mauvaises infrastructures d'eau et d'assainissement, en particulier dans les camps.
Polio	2005, 2007, 2019, 2020	Le risque se concentre principalement dans les régions du lac Tchad. Foyers très localisés de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale et pas nécessairement liés à l'historique local de vaccination (par exemple, frontière camerounaise). Associée à un assainissement de mauvaise qualité, à l'absence d'immunité et aux mouvements de population.
Chikungunya	2016, 2020 (>16 000 cas)	Il touche actuellement le district d'Abéché à l'est du pays. Transmis par les moustiques, associé aux pluies et aux étendues d'eau, ainsi qu'à la disponibilité de moustiquaires.
Hépatite E	2004, 2016, 2017	Associée à une mauvaise infrastructure WASH et à la consommation d'eaux de surface. La dernière épidémie était confinée à la région située au sud-est de Salamat.

POPULATIONS VULNERABLES

Les populations vulnérables varient en fonction de l'épidémie, mais celles qui présentent de potentielles comorbidités extrêmement répandues dans le pays, telles que le VIH/SIDA, les infections parasitaires, la malnutrition et les taux élevés de malaria, sont plus susceptibles d'être touchées. Les populations vulnérables incluent les personnes dont l'infrastructure WASH (eau, assainissement et hygiène pour tous) est insuffisante, les populations rurales, les pasteurs nomades, les populations urbaines démunies, les habitants des camps de déplacés, les pêcheurs, les enfants des rues et les femmes.

Les efforts de riposte doivent tenir compte du fait que les contraintes sont plus souvent structurelles (par exemple l'infrastructure WASH insuffisante dans le cas du choléra) que comportementales. En outre, il convient de noter que certaines personnes peuvent être vulnérables à la riposte elle-même. La communication sur le choléra peut stigmatiser certaines personnes, puisque celui-ci est associé à l'insalubrité. Or, cette possible stigmatisation a dissuadé des patients de se rendre dans les unités de traitement du choléra⁴⁴. Lorsqu'ils détaillent les causes fondamentales de la maladie, le ciblage et la communication sur les risques doivent être tenus compte cette potentielle stigmatisation. D'autres mesures de riposte ont eu des répercussions sur les moyens de subsistance des populations, en les rendant moins enclines à se fier à la riposte ou à suivre les orientations (par exemple, les interdictions de se rassembler sur

les marchés et de circuler au-delà des frontières dans le cadre de la COVID-19 ont durement affecté les moyens de subsistance des pasteurs)⁴⁵.

Importance des mouvements de populations

Le caractère poreux et arbitraire des frontières du Tchad (fruit de son histoire coloniale) implique l'existence de liens ethniques, de parenté et économiques de part et d'autre de la frontière. En outre, les mouvements transfrontaliers sont fréquents, à cause de la migration internationale de travailleurs, de la mobilité saisonnière du bétail, des visites aux proches pendant les fêtes, etc. Parmi les autres facteurs ayant une influence sur la mobilité figurent les conflits et les phénomènes extrêmes : ces dix dernières années, les troubles au Soudan (par exemple le conflit du Darfour) et leurs répercussions à la frontière orientale ont entraîné des déplacements transfrontaliers et internes de population dans l'est du pays. Pour leur part, les conflits en République centrafricaine (RCA) et au Nigeria ont entraîné le déplacement de centaines de milliers de personnes, principalement dans la région du lac et aux frontières du sud-est, mais aussi de rapatriés libyens, venant s'ajouter aux personnes déplacées dans leur propre pays en raison des inondations et autres catastrophes naturelles. En 2019, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés estimait que 730 000 personnes au Tchad relevaient de sa compétence, y compris des réfugiés, des demandeurs d'asile et des personnes déplacées dans leur propre pays⁴⁶, ce qui représente un groupe vulnérable considérable en période de pandémie et d'épidémie. Ces mouvements de population peuvent influencer la propagation des infections, puisqu'ils traversent pratiquement chaque région du Tchad, et impliquent l'utilisation de moyens de transport bondés. Par exemple, les épidémies de choléra ont été associées aux déplacements le long des frontières avec le Nigeria, le Cameroun et le Niger³².

GOVERNANCE EN MATIERE DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES

En termes de préparation aux épidémies, le Tchad suit les tendances mondiales. Il intègre le Règlement sanitaire international (RSI) (2005) à sa législation nationale en 2012 afin de prévenir les épidémies mondiales et d'y répondre. Il a également développé le Plan national de sécurité sanitaire. En 2009, le Tchad a mis en œuvre une surveillance de la grippe suite à l'épizootie de grippe aviaire. Il opère aujourd'hui une surveillance sentinelle et possède un laboratoire de référence capable d'effectuer des diagnostics PCR, qui s'est montré utile pour la riposte à la COVID-19.

Surveillance des maladies

Avant la COVID-19, la surveillance des maladies était assurée par le Comité national de lutte contre les épidémies. Cette surveillance était fondée sur le Plan national de sécurité sanitaire et les directives nationales de la Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR). Le Service de surveillance épidémiologique intégrée (SSEI) assure une surveillance des maladies transmissibles en aidant les délégations et districts sanitaires à collecter des données sanitaires, et en renseignant le Comité national de lutte contre les maladies en cas d'épidémie. Le Comité technique national de lutte contre les épidémies (CTNLE) et le SSEI se réunissent chaque semaine pour lutter contre les épidémies actives, et notamment de choléra, de rubéole et de méningite.

Architecture officielle de riposte

Dans le cadre de la riposte à la pandémie de COVID-19, un plan national⁴⁷ a été élaboré, recouvrant des activités telles que la surveillance, la communication, la création d'installations de quarantaine et d'isolement, ou encore l'utilisation de laboratoires mobiles et d'équipes d'intervention rapide. La coordination est assurée par le Comité de gestion de crise sanitaire (CGCS), dirigé par le Président Déby, et cinq sous-comités spécialisés dans les domaines suivants : sensibilisation, finances et commandes, assistance aux personnes démunies, mobilisation des ressources, et défense et sécurité⁴⁸.

La COVID-19 au Tchad

Au moment de la rédaction de la présente note, l'impact de la pandémie au Tchad était relativement faible, avec 100 décès et 1 600 cas déclarés. Cependant, le Tchad a l'un des taux de létalité les plus élevés au monde, en raison de ses capacités de soins intensifs restreintes et du faible taux de fréquentation de l'hôpital des cas moins graves⁴⁴. À l'instar d'autres pays africains, le gouvernement a imposé des mesures afin de freiner la transmission, comme la fermeture des frontières, la restriction des déplacements entre les villes, la fermeture des commerces et l'interdiction des rassemblements. Ces mesures ont eu un impact énorme sur les moyens de subsistance. Les personnes les plus touchées sont les personnes démunies et les travailleurs du secteur informel qui dépendent de salaires journaliers, les petites entreprises et les pasteurs qui ont souffert des interdictions frappant les marchés et des restrictions des déplacements, etc. Les campagnes de vaccination des enfants ont été suspendues et les services de santé interrompus⁴⁶.

En ce qui concerne la coordination humanitaire, le Tchad coordonne sa riposte avec les agences de l'ONU, la Croix-Rouge et les ONG internationales, par l'intermédiaire de la structure de groupement humanitaire. Ce mécanisme a permis de coordonner les principaux acteurs humanitaires au niveau central au Tchad⁴⁹. Toutefois, la coordination entre les autorités gouvernementales et les acteurs humanitaires est beaucoup plus fragile sur le terrain. La Direction des organisations non gouvernementales et des affaires humanitaires (DONGAH) et la Commission nationale pour l'accueil et la réinsertion des réfugiés et des rapatriés (CNARR) sont chargées de la coordination des organismes étrangers. Cependant, les acteurs humanitaires lancent (ou cessent) les activités de riposte aux épidémies sans communiquer avec les autorités publiques locales. Le gouvernement a créé des comités locaux, départementaux et provinciaux pour coopérer avec les organismes humanitaires sur le terrain, mais leur financement est extrêmement limité. Les autorités publiques indiquent qu'elles devraient être mieux informées des activités humanitaires et affirment qu'elles disposent des connaissances contextuelles nécessaires au bon déroulement des projets humanitaires⁵⁰.

Encadré 1. Économie politique

Il est important de comprendre la politique et l'histoire du Tchad pour appréhender comment les différentes catégories de sa population réagissent et se fient à la riposte gouvernementale aux épidémies. Voir l'Annexe 2 pour de plus amples détails.

- Depuis que le pays a pris son indépendance de la France en 1960, plusieurs conflits militaires ont éclaté entre les élites déclarant représenter les agriculteurs catholiques du sud et les gardiens de troupeau musulmans du nord. Cependant, exprimer le conflit selon une rhétorique d'opposition agriculteurs/gardiens de troupeaux et nord/sud occulte le fait que l'action militaire constitue la seule voie d'accès au pouvoir au Tchad, et que les « alliances tactiques, les rivalités personnelles et parfois les motivations purement matérialistes » expliquent en grande partie le déclenchement de conflits dans le pays (Hansen, 2020).
- L'instabilité s'est atténuée depuis le coup d'État militaire de l'actuel Président Idriss Déby Itno en 1990, qui a instauré une démocratie multipartite officielle. Le pluralisme politique du pays a été dominé par le Mouvement patriotique du salut (MPS) de l'actuel Président Déby, au pouvoir depuis 1990. Il y a eu une centralisation progressive du pouvoir aux mains de la présidence, pouvoir qui est devenu de plus en plus autoritaire. L'opposition a été réprimée et n'a pas réussi à s'unir en une coalition à même de menacer cette continuité.
- Le parti MPS est dominé par les Zaghawa et d'autres groupes ethniques originaires du nord du Tchad, suscitant ainsi le ressentiment des plus de 120 autres groupes ethniques. Les élites politiques et économiques de l'opposition ont créé des ONG et des organisations de la société civile pour étendre leur influence au-delà de la politique. Pour cette raison, les partenaires de la société civile subissent un harcèlement et une répression de la part du gouvernement.
- Si les habitants des villes peuvent élire directement leurs maires, il n'y a pas d'autorités élues au niveau rural, où un sous-préfet nommé par le gouvernement supervise les autorités coutumières (sultans, chefs de cantons, chefs de villages).

COMMUNICATION ET TRANSPORT

Jusqu'en 2003, le nombre de routes asphaltées au Tchad était très limité. Depuis, le gouvernement a financé le développement de son infrastructure routière grâce aux revenus pétroliers. Aujourd'hui, 3 200 kilomètres de routes sont asphaltés⁵¹, reliant N'Djamena aux villes de Moundou et Sarh au sud, et à la ville d'Abéché à l'est. Certaines portions de ces routes se sont toutefois détériorées et ne sont praticables qu'en véhicule tout-terrain. Il n'y a pas d'autre grand axe routier asphalté. L'eau et l'électricité sont fournies par deux sociétés nationales, la Société tchadienne des eaux et la Société nationale d'électricité (SNE). Il n'existe pas de réseaux nationaux de distribution d'électricité ou d'eau et chaque ville possède ses propres installations alimentant les quartiers par divers moyens.

Airtel et Tigo sont les deux principaux opérateurs de téléphonie mobile, mais aucun des deux ne couvre l'ensemble du territoire national. De plus, le prix de l'accès à internet est l'un des plus élevés en Afrique⁵². En 2019, seuls 11 % de la population avaient accès à Internet⁵³. L'utilisation des médias sociaux a augmenté au cours des dix dernières années et des associations et ONG locales ont créé leur propre page Facebook.

Facebook est la plateforme la plus populaire, surtout auprès des jeunes citadins. La diaspora utilise les médias sociaux à des fins de mobilisation politique. Le gouvernement considère les médias sociaux comme une « menace pour la sécurité nationale » et en a bloqué l'accès (WhatsApp, Twitter, Instagram, YouTube, et Facebook, ainsi que d'autres sites internet de médias comme bbc.com) pendant 16 mois, de mars 2018 à juillet 2019, limitant de fait l'organisation de manifestations anti-gouvernementales⁵³.

Communication

La radio est un moyen de communication fiable pour élaborer des campagnes de communication publique. La radio gouvernementale Radiodiffusion nationale du Tchad (RNT) est la seule à couvrir l'ensemble du territoire nationale⁵⁴. Le paysage médiatique tchadien comprend une soixantaine de stations de radio communautaires privées, associatives, confessionnelles et commerciales. La plupart d'entre elles sont implantées dans les zones rurales et diffusent des informations dans les diverses langues locales. Peu de Tchadiens possèdent une télévision et il s'agit exclusivement de personnes raccordées au réseau électrique, essentiellement dans les grandes villes. Par conséquent, ce moyen de communication a une portée limitée. TéléTchad est la chaîne de télévision d'État. La téléphonie mobile est devenue un moyen de communication essentiel. En 2019, on comptait 48 abonnements de téléphonie mobile pour 100 habitants⁵⁵, même si la couverture est inégale en zone rurale et qu'il est peu probable que les personnes démunies des zones rurales possèdent un téléphone.

Plus de 100 langues sont parlées au Tchad. Les langues officielles du Tchad sont le français et l'arabe standard moderne. Le français est la langue de travail et de communication de l'administration publique, tandis que l'arabe tchadien est la principale langue véhiculaire du quotidien, couramment utilisée pour les transactions commerciales. Parlé et compris par 60 % de la population⁵⁴, l'arabe tchadien n'est pourtant la langue maternelle que de quelques groupes⁵⁴. Il existe des différences d'alphabétisation entre les sexes : en 2016, 31,3 % des hommes de plus de 15 ans savaient lire et écrire, contre 14 % des femmes seulement.⁵⁶

GOVERNANCE ET PRINCIPAUX ACTEURS

Autorités gouvernementales

Le gouvernement Déby dirigé par le Mouvement patriotique du salut (MPS) bénéficie d'un soutien dans tout le pays, et l'opposition n'a pas réussi à s'unir pour proposer une alternative viable. Il n'y a eu aucun changement de pouvoir depuis 1990. Progressivement, l'autorité s'est concentrée dans la figure du Président, et les partis d'opposition ont été réprimés. C'est pourquoi les Tchadiens accordent de moins en moins de confiance à la politique démocratique (voir l'encadré ci-dessus sur le contexte). Seulement 18 % des Tchadiens interrogés dans le cadre d'un sondage Gallup de 2014 déclaraient avoir confiance en l'honnêteté des élections. Le pouvoir politique et militaire de l'État est dominé par des élites originaires du nord du Tchad, et les postes importants dans les entreprises et en politique sont dominés par le groupe ethnique des Zaghawas et les réseaux familiaux du Président. Par conséquent, les autres groupes ethniques et les chrétiens originaires du sud du pays se sentent exclus. Cela pourrait expliquer la méfiance de la population à l'égard des conseils sanitaires prodigués par le gouvernement. En 2018, 47 % des personnes

interrogées déclaraient se fier (pleinement ou partiellement) aux conseils sanitaires du gouvernement et 37 % ne pas s'y fier (pas du tout ou pas beaucoup)³⁷. Voir l'Annexe 2 pour de plus amples informations sur l'économie politique du Tchad.

Cette situation politique pourrait expliquer que peu de Tchadiens se fient aux recommandations de santé publique émises par le gouvernement en cas de pandémie ou d'épidémie. Dans le cadre d'un sondage Wellcome Trust, 39 % des personnes interrogées déclaraient avoir peu ou pas du tout confiance dans le gouvernement national, 24 % avoir confiance en lui et 27 % avoir confiance en lui dans une certaine mesure. Cette défiance est particulièrement prononcée quand les recommandations entrent en contradiction avec les pratiques culturelles ou les croyances religieuses locales. Dans ce même sondage Wellcome Trust, 70 % des Tchadiens interrogés déclaraient qu'ils privilégieraient la religion en cas de divergence entre la science et les préceptes religieux. Comme nous le démontrons ci-dessous, l'implication des chefs religieux dans la riposte aux épidémies s'est pourtant montrée déterminante à maintes reprises pour éviter cette potentielle contradiction.

Autorité coutumière

Les autorités coutumières et traditionnelles (sultans, chefs de cantons, chefs de villages) constituent souvent utilisés les premiers interlocuteurs communautaires du gouvernement tchadien et des organismes internationaux dans le cadre de projets de développement et de projets humanitaires, y compris la riposte aux épidémies. Ces autorités supervisées par le sous-préfet de la région nommé par le pouvoir politique, doivent être homologuées par le ministère des Affaires étrangères.

Dans le cas des pasteurs nomades, cet engagement passe par le sage du campement (boulama), qui dirige les campements nomades épars et mobiles.

Les autorités traditionnelles et coutumières jouent un rôle crucial dans la mise en œuvre des projets de développement, car elles sont les seules autorités sur le terrain, en particulier dans les communautés rurales isolées. Il existe toutefois des variations quant à l'intégration et au degré de confiance que leur accordent les communautés. Les membres vulnérables et marginalisés des communautés sont parfois exclus du processus décisionnel. C'est notamment le cas des jeunes, des femmes et des minorités ethniques.

Chefs religieux

Les chefs religieux entretiennent de bonnes relations avec le gouvernement, qui voit en eux des leaders capables de contribuer à mettre en œuvre les politiques. La Direction des affaires religieuses et traditionnelles du gouvernement organise des prières et des forums interconfessionnels depuis le début des années 2000, auxquels participent les chefs des principales religions représentées au Tchad. Les citoyens font plus souvent confiance aux chefs religieux qu'aux autorités gouvernementales. Les organismes internationaux consultent souvent les chefs religieux pour les aider à faire passer leurs messages relatifs aux épidémies. Ils ont déjà été sollicités avec succès pour transmettre des messages relatifs à la santé et à l'hygiène lors de ripostes au choléra²⁹ et, en tandem avec les autorités traditionnelles, pour véhiculer des messages de prévention et de vaccination contre la polio⁵⁷.

Professionnels de la santé

La majorité de la population a confiance dans les recommandations sanitaires émises par les docteurs et les infirmières. Selon un sondage mené par Wellcome Trust en 2018, 51 % des Tchadiens interrogés se fiaient aux messages de ces agents de santé, contre 35 % qui s'en méfiaient. Les docteurs et les infirmières sont les acteurs les plus reconnus du pays (par opposition au gouvernement et aux ONG) et 75 % des personnes interrogées au Tchad ont déclaré se fier à eux. Un certain nombre de positions coutumières sont occupées par des femmes, qui peuvent jouer un rôle dans l'engagement communautaire et la communication sur les risques. Les sages-femmes traditionnelles (localement appelées « matrones ») aident les femmes enceintes en assurant le suivi de leur grossesse, en leur procurant une assistance pendant l'accouchement et en leur facilitant l'accès aux soins. Les infirmières sensibilisent la communauté et prodiguent des soins. Les sages-femmes et les infirmières sont reconnues et respectées dans les zones rurales, c'est pourquoi les ONG les recrutent souvent pour sensibiliser sur le sujet des femmes dans les projets de développement.

Société civile

Il y a au Tchad une grande diversité d'organisations de la société civile et de mouvements sociaux⁵⁸⁻⁶¹, qui regroupent des associations religieuses, des groupes de femmes et de jeunes, des groupes de développement et des syndicats. Elles sont souvent dirigées par des élites (principalement urbaines) dans le sud, en réaction à la privation de leurs droits politiques. Cela implique qu'on trouve moins d'organisations de la société civile dans le nord, et que les partenaires de la société civile sont parfois harcelés et réprimés par le gouvernement^{62,63}. Quant aux syndicats, ils se libèrent progressivement de la tutelle des politiciens pour jouer pleinement leur rôle de mouvements sociaux.

Bien que les médias nationaux soient contrôlés par le gouvernement central, il existe des associations de médias indépendants comme l'Union des journalistes tchadiens (UJT) et l'Association des éditeurs de la presse privée au Tchad (AEPT). Depuis 2009, la Maison des médias du Tchad, gérée par la société civile, joue un rôle important dans la formation des journalistes et l'organisation d'événements communautaires, bien que l'État exerce un contrôle croissant sur celle-ci depuis deux ans.

Dans le cadre de l'intervention humanitaire, les ONG tchadiennes coopèrent avec des organismes humanitaires internationaux dans la gestion des urgences humanitaires. La plupart de ces organisations de la société civile font partie de réseaux nationaux axés sur des questions spécifiques, par exemple des réseaux pour les droits des femmes, pour la sécurité alimentaire, pour les questions liées à la jeunesse, etc.⁶⁴ Les femmes et les jeunes sont particulièrement bien organisés et on compte au moins huit grandes associations de jeunes et de femmes au niveau national, et une multitude d'associations au niveau local (voir la liste des organisations de la société civile dans l'Annexe 1).

La diaspora tchadienne n'est pas aussi active que celles d'autres pays africains, mais elle contribue à révéler les violations des droits humains et la corruption du gouvernement via les médias sociaux.

ENGAGEMENT, EXPERIENCES ET RIPOSTES COMMUNAUTAIRES

En cas d'épidémie, les autorités sanitaires s'appuient généralement sur une diversité d'acteurs tels que les chefs traditionnels, les associations de jeunes et de femmes, les comédiens, les conteurs (troubadours et griots) et les journalistes pour assurer une communication efficace. La population rurale se fie davantage à ces acteurs qu'aux docteurs et infirmières, parce qu'elle est moins souvent en contact avec des professionnels de la santé et connaît mieux ces acteurs et autorités coutumières. Par le passé, le recours à plusieurs interlocuteurs pour une même intervention a déjà permis d'inciter la population à suivre les conseils de santé publique.

Comme mentionné précédemment, la riposte du Tchad au VIH/sida a permis de réduire leur prévalence. En effet, les communautés respectent davantage les mesures d'atténuation des risques et les personnes infectées se font davantage traiter⁴. La riposte du Tchad au VIH/sida est un bon exemple de mobilisation communautaire à des fins de prévention et de lutte contre la stigmatisation. Avec le soutien de l'UNICEF, les organisations locales ont mené un dialogue avec les communautés et organisé un théâtre participatif afin d'inciter les femmes à se faire soigner et à effectuer des tests de dépistage du VIH et d'autres IST. Elles ont également mobilisé des jeunes et des responsables communautaires, y compris des chefs religieux et traditionnels. Cette mobilisation s'accompagnait d'une vaste campagne de communication « Naître libre pour briller » diffusée à la radio, à la télévision et dans la presse écrite, et lancée à l'échelle nationale par la Première Dame. L'UNICEF a également mobilisé son réseau de jeunes militants au moyen de la plateforme U-Report, qui utilise les services de messagerie instantanée pour informer les jeunes sur la santé sexuelle et reproductive⁶⁵.

Les interventions communautaires holistiques se sont avérées plus efficaces que les interventions ciblant une maladie en particulier. Par exemple, le succès de la promotion de la vaccination tient à l'engagement des agents de santé communautaires dans le dépistage au niveau des districts ruraux⁶⁸, et dans le plaidoyer pour la vaccination dans le cadre d'un ensemble plus vaste d'interventions communautaires, notamment de vaccination, d'hygiène et de santé sexuelle et reproductive⁶⁷. Cette stratégie est efficace lorsqu'une maladie qui n'est pas considérée comme grave a un impact limité sur une communauté, mais qu'elle peut être traitée dans le cadre d'un ensemble plus large d'interventions qui sont, d'une manière générale, considérées comme pertinentes et utiles.

Communiquer efficacement

Comme dans d'autres pays, il n'est pas rare de voir apparaître des explications alternatives à l'émergence d'une pandémie. Au début de la pandémie de COVID-19 au Tchad, certaines personnes ont par exemple nié l'existence du virus, ou affirmé que celui-ci ne tuait que les blancs, ou encore que le virus ne survivrait pas au Tchad à cause de la chaleur. Afin d'orienter la communication sur les risques et les activités d'engagement communautaire, il est nécessaire d'effectuer un suivi des rumeurs et des fausses informations sur les épidémies et la riposte circulant au sein des communautés, et de recueillir les questions de la population ainsi que ses potentielles suggestions d'amélioration.

L'association de divers canaux de communication a prouvé son efficacité dans la riposte tchadienne aux épidémies. On relève par exemple les défis suivants en matière de lutte contre le paludisme : manque de

régularité dans la prise des traitements, consultation tardive des cliniques ou dispensaires et manque de moustiquaires. Les campagnes efficaces incluaient des messages dissipant les mythes et les rumeurs ciblant les bienfaits et la sécurité des moustiquaires de lit. Ces campagnes s'appuyaient sur divers canaux de communication, des crieurs et théâtres publics aux services de messagerie instantanée, en passant par des spots radio⁶⁸.

Il est également crucial d'adapter les activités de riposte aux besoins spécifiques de la population ciblée. Par exemple, les campagnes efficaces de lutte contre la polio proposaient de regrouper les vaccinations animales et humaines, et d'étudier de nouveaux canaux de communication entre les vaccinateurs et les pasteurs. Elles engageaient la communauté au moyen d'équipes locales de mobilisation sociale et d'agents sanitaires bénévoles agissant comme interlocuteurs et entretenant les réseaux de contacts

tout au long de l'année, par exemple en communiquant avec les chefs de campement par téléphone portable³⁸.

DEFIS ACTUELS ET RECOMMANDATIONS

En 2018, le groupe de réflexion Prevent Epidemics a mené une évaluation mondiale sur la préparation des différents pays face à la pandémie, en mesurant 20 indicateurs : de la législation au financement, en passant par la capacité des laboratoires, la surveillance, la capacité de la main-d'œuvre, la communication sur les risques et le déploiement. Le Tchad a reçu la note de 29 sur 100, l'une des plus basses de la région. L'évaluation a conclu que le Tchad n'était « pas prêt » pour une épidémie, et que si celle-ci venait à se déclarer, elle entraînerait des pertes en vies humaines et un bouleversement politique et économique⁶⁹. Prevent Epidemics a constaté une volonté politique de préparation, notamment par l'achèvement du plan de préparation, ainsi que certains progrès dans la prévention des zoonoses et dans la vaccination des enfants. Les principales lacunes mises en évidence étaient un manque de mesures de biosécurité, une faible capacité à déployer les opérations de riposte d'urgence et un manque de coordination entre les autorités de santé publique et les autorités chargées de la sécurité⁶⁹. Selon l'indice de sécurité sanitaire mondiale, le Tchad obtenait en 2019 le score de 28,8 % et affichait des performances relativement bonnes en matière d'adhésion aux normes internationales et d'élaboration de plans. Toutefois, les capacités réelles de son système de santé et de sa surveillance des épidémies étaient insuffisantes.

La préparation et la riposte aux épidémies sont également entravées par des urgences humanitaires complexes dans diverses régions du pays, où urgences sanitaires, crises de sécurité alimentaire, urgences environnementales et conflits se superposent, entraînant des effets multiplicateurs. Par exemple, en pleine pandémie de COVID-19, les acteurs gouvernementaux et humanitaires ont du faire face à des épidémies de paludisme et de chikungunya, à des inondations catastrophiques, à des pertes de récolte et aux problèmes de sécurité alimentaire en résultant, ainsi qu'à des conflits localisés. Cela affecte gravement l'allocation de ressources et la coordination des différents acteurs pour gérer les différentes urgences se produisant simultanément.

PRINCIPALES IMPLICATIONS POUR LA RIPOSTE AUX EPIDEMIES

Favoriser la coordination et la responsabilisation du système de santé : le manque de capacités en matière de services de santé fournis par l'État, notamment la mauvaise gouvernance, restreint considérablement la capacité du pays à lutter contre les maladies. Il est nécessaire d'améliorer les mécanismes de responsabilisation, de coordination et de partage des informations entre le système de santé et l'ensemble des secteurs, en particulier entre les acteurs de la santé et les acteurs humanitaires. Il est nécessaire d'améliorer la qualité et la fiabilité des informations de sciences sociales, médicales et épidémiologiques produites.

- Soutenir les fonctionnaires du ministère de la Santé dans le développement des capacités et plaider en faveur du financement des activités du ministère de la Santé. Plaider en faveur de systèmes de bonne gouvernance et de responsabilisation en matière d'utilisation des ressources gouvernementales et internationales gérées par le système gouvernemental, afin que les ressources non salariales parviennent aux centres de soins de santé primaire.
- Soutenir la coordination et le partage d'informations entre le ministère de la Santé, les donateurs, les organismes internationaux proposant des soins de santé, les cliniques publiques, les cliniques d'ONG et les cliniques religieuses, afin d'éviter les doubles emplois et d'élargir la couverture. Soutenir la coordination entre les acteurs, non seulement à un niveau centralisé (par exemple au niveau des groupements humanitaires), mais aussi au niveau local.
- Aider les institutions de santé publique et les organisations à but non lucratif à produire des statistiques sanitaires fiables et exploitables et assurer une surveillance, en intégrant des données de sciences sociales ainsi que des indicateurs médicaux et épidémiologiques.
- Il est souvent nécessaire d'opérer une surveillance et une riposte transfrontalières coordonnées, étant donné que les réseaux de parenté, ethniques, interethniques, politiques et commerciaux en Afrique centrale dépassent souvent les frontières. Tout cela est exacerbé par les mouvements de réfugiés résultant des conflits dans les pays voisins.

Résoudre les causes structurelles de la vulnérabilité : de nombreux facteurs de risque de maladie (qui entraînent des comorbidités et une exposition à l'infection) sont davantage liés à une prestation de services de base insuffisante et au manque de filets de sécurité qu'à des schémas comportementaux. L'accès aux services de santé au Tchad est influencé par les relations entre les sexes, que ce soit en termes de prise de décisions au niveau des ménages ou de relations entre les patients et le personnel des cliniques.

- Travailler en coopération avec les autres secteurs humanitaires et de développement afin de traiter les facteurs structurels de la vulnérabilité aux maladies :
 - l'infrastructure WASH pour faciliter le lavage des mains et enrayer la transmission oro-fécale ;
 - les mécanismes de protection sociale pour éviter des dépenses sanitaires catastrophiques ;
 - soutenir la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance pour réduire la vulnérabilité aux maladies résultant d'une immunodépression ;

- projets d'égalité des sexes et projets sanitaires promouvant une plus grande autonomie et une plus grande participation des femmes et des jeunes filles à la prise de décisions, afin de leur garantir un accès aux soins de santé et des soins sexospécifiques.

Identifier les populations vulnérables : il est nécessaire de cibler les groupes vulnérables au niveau local, mais il convient également d'envisager un soutien aux groupes suivants :

- les personnes dont l'infrastructure WASH (eau, assainissement et hygiène pour tous) est insuffisante, les pasteurs nomades, les populations urbaines démunies, les personnes vivant dans les camps de déplacés, les pêcheurs, les enfants des rues et les femmes ;
- lors de la préparation des plans de riposte, il est nécessaire de tenir compte de la vulnérabilité de populations spécifiques aux activités de riposte elles-mêmes, et de promouvoir l'équité et la proportionnalité (par exemple l'impact des restrictions en matière de transport et des interdictions de rassemblement sur les pasteurs et les personnes démunies des zones urbaines)

Travailler avec les différents prestataires de soins de santé au sein d'un système pluraliste : la population a recours à divers prestataires de soins de santé. Les prestataires alternatifs de soins de santé doivent être engagés dans la surveillance, la communication sur les risques, la prestation de certains traitements et l'orientation vers des services biomédicaux. Il est nécessaire de procéder à un examen systématique des étymologies et des interprétations locales des maladies pour faciliter les interprétations interculturelles dans les cliniques et adapter la communication sur les risques à des populations spécifiques.

- Travailler avec les prestataires alternatifs de soins de santé : guérisseurs (tels que marabouts, tradipraticiens, docteurs tchoukou), vendeurs de médicaments, devins et autres. Dispenser à ces prestataires une formation de base en matière d'épidémiologie et de communication sur les risques et les engager dans la surveillance des maladies, la fourniture d'informations sanitaires, la prestation de certains traitements (par exemple les solutions de réhydratation orale en cas de diarrhée, les moustiquaires, etc.), le diagnostic de certaines maladies et la démarche d'orientation de leurs patients vers les cliniques biomédicales, le cas échéant.
- Soutenir les efforts nationaux afin de veiller à ce que les médicaments commercialisés répondent aux normes de qualité minimales.
- Compte tenu du manque cruel de documentation sur la confiance des Tchadiens à l'égard des différents prestataires de soins de santé et sur leurs démarches pour se faire soigner, il est nécessaire de mener des enquêtes locales sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) en matière de comportements de recherche de soins et sur les terminologies locales. En outre, il est nécessaire d'apporter un soutien à long terme aux universités en vue de mener un examen anthropologique systématique des étymologies locales des maladies et traitements dans l'ensemble du pays. Quant à eux, le personnel de santé et les agents de riposte doivent être sensibilisés à la terminologie locale de la maladie et des catégories de symptômes, ou encore aux problèmes d'accès aux soins des populations.

Renforcer les systèmes de santé fournis par l'État : le manque d'accès physique aux cliniques publiques et la mauvaise qualité des soins qu'elles prodiguent impliquent que seuls les habitants des zones rurales ou les habitants les plus démunis des zones urbaines cherchent à s'y faire soigner. Cette tendance est d'autant plus prononcée que les soins de santé dispensés par l'État ne sont pas gratuits. Par conséquent, si des ONG à but non lucratif ou des cliniques religieuses sont disponibles, les personnes démunies préféreront se tourner vers elles. Les personnes qui peuvent se le permettre évitent les établissements de santé publics et consultent des cliniques privées ou se tournent vers d'autres prestataires de soins de santé. Afin de renforcer la confiance, la prestation de services de santé doit être adaptée aux coutumes et besoins locaux. Les capacités des professionnels de santé doivent être élargies, et le personnel et il convient de recruter des agents sanitaires bénévoles localement dans la mesure du possible, afin de renforcer l'appropriation locale et les relations interculturelles au niveau des cliniques.

- La prestation de services de santé dans les situations d'urgence épidémique devra être adaptée aux différentes populations du pays, et notamment à leurs préférences culturelles et leurs moyens de subsistance. Par exemple, les communautés nomades du Tchad ont demandé à disposer de cliniques mobiles et de programmes de vaccination associant santé humaine et santé animale. Les communautés doivent être impliquées dans la conception de ces services.
- Soutenir les agents de santé des cliniques publiques et des cliniques à but non lucratif, renforcer leurs capacités, garantir leurs moyens de subsistance et reconnaître leur travail, en particulier ceux des zones isolées. Renforcer les compétences de communication interpersonnelle et développer les connaissances socioculturelles afin de mettre un terme aux discriminations dans le système de santé.
- Recruter les agents de santé localement autant que possible. Garantir la disponibilité d'une traduction, si nécessaire. Introduire des mécanismes de responsabilisation et de plainte pour mettre un terme aux discriminations. Recruter et soutenir des agents sanitaires bénévoles au niveau local en vue d'offrir des services ou d'agir comme médiateur et traducteur entre les cliniques et les communautés.

Impliquer les interlocuteurs reconnus : une importante part de la population se sent privée de ses droits et ne fait pas confiance au gouvernement. L'implication d'acteurs reconnus dans la riposte aux épidémies peut atténuer la réticence de certaines communautés et alimenter la riposte en perspectives nouvelles et précieuses. Lorsqu'il s'agit d'aborder les problèmes de santé, les acteurs les plus reconnus (comparativement à d'autres acteurs tels que le gouvernement et les ONG) au Tchad sont les docteurs et les infirmières. La collaboration avec la société civile est nécessaire, même si elle est compliquée par la répression du gouvernement. Il est crucial collaborer avec les autorités locales (coutumières et administratives) et les chefs religieux aux fins de l'élaboration et de la mise en œuvre de la préparation et de la riposte aux épidémies.

- Les docteurs et les infirmières sont les interlocuteurs privilégiés par la population tchadienne. Il est nécessaire de les engager dans les activités de riposte et d'engagement communautaire, d'écouter les retours de la population et de répondre à ses questions (au moyen d'émissions de radio locales, par exemple).

- L'État a une portée limitée, en particulier dans les zones isolées. C'est pourquoi il est capital de travailler avec la société civile. On trouve davantage d'organisations de la société civile dans le sud. Il convient de garder à l'esprit que les organisations de la société civile sont surveillées par le gouvernement et qu'elles sont réprimées quand elles émettent des critiques. Les syndicats et certaines associations de journalistes sont parvenus à un certain degré d'indépendance. Des ONG, groupes religieux, syndicats, groupes de jeunes et de femmes, artistes et associations de journalistes (voir la liste ci-jointe) ont de l'expérience dans les ripostes sanitaires nationales.
- Collaborer avec les autorités locales, qu'elles soient coutumières (sultans, chefs de cantons, chefs de villages) ou administratives (comités locaux, départementaux et provinciaux), mais ne pas tenir pour acquis que les communautés locales leur font confiance. Mener des enquêtes succinctes au niveau local pour identifier les personnes et les positions les plus reconnues. Veiller à inclure les voix des groupes généralement marginalisés (par exemple, les jeunes, les femmes et les groupes sociaux discriminés tels que les Haddad [voir Annexe 2]) lors de l'élaboration d'activités participatives.
- Il est essentiel de travailler avec les autorités religieuses au niveau central comme au niveau local. Ces autorités sont présentes dans les zones isolées, sont respectées des communautés, et certaines d'entre elles prodiguent des soins (par exemple les marabouts). Quand les recommandations de santé publique sont contraires aux préceptes religieux, les populations ont tendance à favoriser leurs obligations religieuses. Mais lorsque les politiques de riposte du Tchad ont impliqué les chefs religieux dans l'engagement communautaire, cela a favorisé l'adhésion des populations aux recommandations de santé publique et renforcé leur confiance dans la riposte.

Engager les communautés et instaurer un dialogue efficace : l'engagement des communautés doit passer par le dialogue. Il est possible s'appuyer sur des retours d'informations pour modifier les activités de riposte et répondre aux requêtes des communautés. Avec plus d'une centaine de langues locales et différents niveaux de compréhension du français et de l'arabe tchadien, la communication doit être adaptée aux idiomes et langues locaux. Privilégier les interventions sanitaires holistiques s'appuyant sur l'expertise communautaire aux interventions spécifiques à une maladie, et veiller à ce que le ciblage et les messages ne recourent pas à la culpabilisation et à la stigmatisation.

- La communication et les messages doivent être adaptés aux cultures, et donc utiliser les langues locales, les terminologies locales et les cadres locaux d'étude des maladies, afin de favoriser les comportements de recherche de traitement. Toute riposte à une épidémie dans une région tchadienne doit passer par une évaluation linguistique, y compris de la compréhension et des préférences en matière de communication. La radio locale est le moyen de communication le plus utilisé, mais d'autres moyens (programmes de messagerie instantanée, recours aux crieurs publics, etc.) doivent être examinés.
- Adapter les messages, en termes de contenu et d'interlocuteurs, aux groupes sociaux concernés. En effet, les personnes à qui ils se fient peuvent varier, tout comme leurs logiques et leurs idiomes. La participation de divers acteurs au moyen de canaux très différents est un exemple d'intervention efficace.

- Créer des mécanismes de retour d'informations communautaire fermé entre les communautés et les efforts de préparation et de riposte : en observant comment les personnes perçoivent les activités de riposte aux épidémies, en faisant la chasse aux fausses informations et à la désinformation, en tenant compte des suggestions et en rassemblant les questions et les réponses concernant la riposte, puis en utilisant ces informations pour adapter ou modifier les activités.
- Veillez à ce que le ciblage et les messages n'entraînent pas de stigmatisation, comme c'est le cas du ciblage pour le choléra. Pour cela, éviter les messages culpabilisants sur le manque d'hygiène et l'insalubrité. Élaborer des interventions avec la participation et l'engagement des communautés par l'intermédiaire de leurs chefs reconnus, et adapter la prestation de services.
- Privilégier les interventions communautaires holistiques aux modules spécifiques à une maladie. Travailler avec des agents de santé communautaires expérimentés et mener des activités de santé exploitant leurs réseaux et leur expertise actuels pour l'ensemble des questions liées aux maladies et à la santé.

PRINCIPAUX ACTEURS

Cette section présente une liste des principaux acteurs recensés pendant le processus de recherche pour la présente note d'information et avec lesquels les acteurs de la réponse rapide pourraient vouloir collaborer.

CHERCHEURS LOCAUX

Dr Hoinathy Remadji, anthropologue

Dr Djimer Seli, anthropologue

Dr Eugène Neleyota, politologue

M. Allah-Kauis Neneck, sociologue/anthropologue

M. Abdelbanat Oumar, anthropologue

Mme Maimouna Bah, anthropologue

M. Lewa Elie Doksala, anthropologue

ORGANISMES DE RECHERCHE TCHADIENS

CRASH —Centre de recherches en anthropologie et sciences humaines (*CRASH*). Groupe de réflexion et réseau de chercheurs tchadiens. <https://www.facebook.com/crash.tchad/> Héberge à N'Djamena l'influente revue interdisciplinaire de sciences sociales *caTchas*. Cahiers Tchadiens des Sciences Humaines <https://catchas.mmsh.univ-aix.fr/Pages/default.aspx>

Faculté des sciences humaines et sociales, Université de N'Djamena. Elle forme les futurs anthropologues, sociologues et spécialistes des sciences politiques, et mène des recherches sur le contexte tchadien.

<https://www.universite-ndjamena.td/formation/facultes/faculte-des-sciences-humaines-et-sociales/>

Université populaire (UP). L'Université populaire mène des activités de développement professionnel. Elle participe également à promouvoir la bonne gouvernance, la société civile et la citoyenneté.

<https://www.peaceinsight.org/fr/organisations/universite-populaire-up/?location=chad&theme>

ASSOCIATIONS/RESEAUX

Cellule de Liaison des Associations Féminines (CELIAF). La CELIAF regroupe plus de 700 associations de femmes et plaide en faveur de l'inclusion des femmes dans la société civile, la politique et l'économie. Elle promeut également l'éducation civique et la participation des femmes et des jeunes aux processus publics de prise de décision.

<https://www.peaceinsight.org/fr/organisations/cellule-de-liaison-et-dinformation-des-associations-feminines-celiarf/?location=chad&theme>

Union des Syndicats du Tchad (UST). L'Union des Syndicats du Tchad est un acteur puissant et indépendant de la société civile.

<http://www.ituc-africa.org/Union-des-Syndicats-du-Tchad-UST.html>

Union des Associations des Femmes Arabophones du Tchad (UAFAT). Union-cadre des associations arabophones.

<https://www.facebook.com/pages/category/Community-Organization/Union-des-associations-f%C3%A9minines-arabophones-du-Tchad-UAFAT-1872343512794867/>

Réseau des femmes ministres et parlementaires du Tchad (REFEMPT), un réseau de femmes parlementaires et ministres œuvrant pour l'égalité des sexes.

<https://www.genreenaction.net/Reseau-des-Femmes-africaines-ministres-et.html>

Association des Autorités Coutumières et Traditionnelles du Tchad (AACTT). Cette association est engagée dans des activités de développement et de plaidoyer (par exemple sur le sujet du mariage d'enfants), ainsi que dans la médiation locale des conflits.

<https://www.peaceinsight.org/fr/organisations/association-des-autorites-coutumieres-et-traditionnelles-du-tchad-actt/?location=chad&theme>

Union des Journalistes du Tchad (UJT). L'Union des Journalistes du Tchad est une organisation de la société civile qui est influente et se fait entendre. Elle défend la liberté des médias et a été la cible d'arrestations par les autorités gouvernementales.

Coordination des Associations et Mouvements des Jeunes du Tchad (CAMOJET), plateforme apolitique d'associations de jeunesse qui défend les droits humains et la citoyenneté, et promeut le développement social et professionnel des jeunes tchadiens.

<https://www.peaceinsight.org/fr/organisations/collectif-des-associations-et-mouvements-de-jeunes-du-tchad-camojet/?location=chad&theme>

Conseil Supérieur des Affaires Islamiques (CSAI), le plus haut conseil dédié aux affaires islamiques au Tchad.

Conférence Episcopale des Évêques du Tchad (CET), conseil supérieur des affaires catholiques du Tchad.

Entente de Eglises et Missions Evangéliques du Tchad (EEMET). L'organisation-cadre représentant les églises évangéliques du pays.

Confédération Nationale des Tradipraticiens du Tchad. Comme son nom l'indique, il s'agit de la confédération nationale des tradipraticiens du Tchad.

ONG TCHADIENNES DE DEVELOPPEMENT ET HUMANITAIRES

Association Help Tchad pour le développement. Activités générales de développement. <https://tadamon.community/organisations/association-help-tchad-pour-le-d-veloppement-atdh-/overview>

Action Rurale pour un Développement équitable et endogène (ARDEE). Programmes de développement rural, d'allocations en espèces et de réduction de la pauvreté. Aucun site internet.

Organisation Humanitaire pour la Promotion des Initiatives de Développement Local. Soutien local à la riposte à la COVID-19. Aucun site internet.

Afri'competence. Soutien aux populations déplacées en matière de santé et d'assainissement. <https://www.facebook.com/africomptence/>

Association Humaniste d'Entraide et d'Action Sociale. Soutien aux réfugiés. Hébergement. Gestion des camps. <https://www.peaceinsight.org/fr/organisations/aheas/?location=chad&theme>

Organisation Humanitaire pour l'Urgence et le Développement. Programmes de développement et humanitaires, soutien aux populations déplacées. Aucun site internet.

Mission Parole de Vie du Tchad. Interventions dans les domaines de la sécurité alimentaire et de la malnutrition.

Action pour le Développement Social et Humanitaire (ADSH). Interventions générales dans les domaines du développement et de l'humanitaire. Jeunesse et santé. <https://www.facebook.com/pages/category/Non-Governmental-Organization--NGO-/ONG-Action-Pour-le-D%C3%A9veloppement-Social-et-Humanitaire-ADSH-103276374376366/>

Vision pour le développement durable au Tchad, interventions générales de développement. Soutien aux réfugiés. Aucun site internet.

Association pour l'Action Humanitaire et le Développement Durable. Activités générales dans les domaines du développement durable et de l'humanitaire. <http://www.achdr.org/index.php>

Association pour le développement économique et social du lac. Activités pour le développement durable : activités génératrices de revenus, santé, jeunesse, éducation. Axée principalement sur le sud. <https://www.adesaf.fr/>

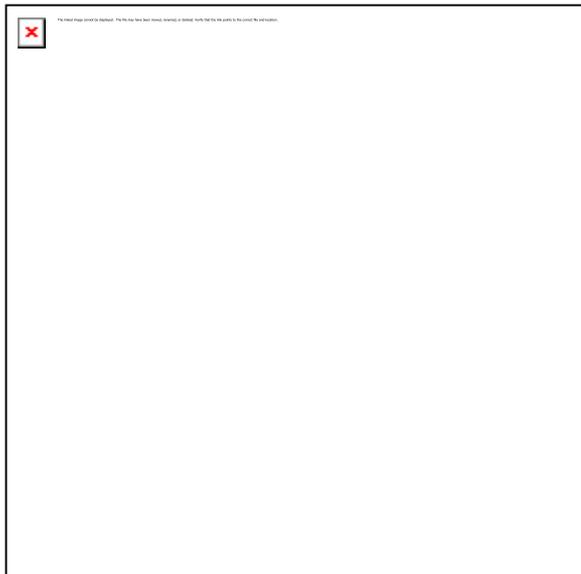
Association pour la Protection de la Santé, de l'Environnement et la Lutte contre la Pénurie Alimentaire (APSELPA). Programmes de santé, de développement durable et de sécurité alimentaire. <https://www.facebook.com/pages/category/Community/ONG-Apselpa-1398553736856701/>

Pour une liste exhaustive des contacts humanitaires au Tchad (dernière mise à jour en août 2020), veuillez consulter l'annuaire public de l'OCHA : <https://www.humanitarianresponse.info/fr/op%C3%A9rations/chad/document/tchad-liste-des-contacts-humanitaires-ao%C3%BBt-2020>

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent remercier le Dr Djimer Seli (Université de N'Djamena), le Dr Eugène Neleyota (Université de N'Djamena), M. Abdelbanat Oumar (Centre de recherches en anthropologie et sciences humaines, CRASH), Mme Maimouna Bah (Université de N'Djamena), M. Lewa Elie Doksala (Université de N'Djamena), le Dr Tarda Olivier (UNFPA) et Jean-Pierre Gami (ministère de la Santé publique et de la Solidarité nationale).

Cette note d'information a été révisée par : Hayley MacGregor, Annie Wilkinson, Judith Scheele, Mirjam de Bruijn et Ketil Fred Hansen.



Citation suggérée : Remadji, H., Neneck, A.K., Colosio, V. et Ripoll, S. (2020) L'Afrique contre les épidémies : Principales considérations en matière de préparation et de riposte aux épidémies au Tchad, *Note d'information*

Publiée en décembre 2020



Ceci est un document en libre accès diffusé selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY), qui autorise l'utilisation, la diffusion et la reproduction sans restriction et sur tout support, à condition que les auteurs et les sources originaux soient crédités, et toute modification ou adaptation mentionnées.
<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>

ANNEXE : INFORMATIONS HISTORIQUES ET CONTEXTUELLES COMPLEMENTAIRES

Cette annexe fournit des informations contextuelles complémentaires sur les aspects présentés dans cette note d'information, et aborde d'autres sujets qui pourraient intéresser les acteurs de la riposte.

GEOGRAPHIE

D'une superficie de 1 284 000 km², le Tchad est un pays enclavé situé en Afrique centrale, à la jonction du désert du Sahara et de savanes plus fertiles. Le Rapport sur le développement humain 2019 du PNUD classe le Tchad en 173^e position sur un total de 174 pays⁷⁰. En 2012, la FAO estimait la superficie de terres arables à 19 millions d'hectares et la surface cultivée totale à seulement 3,63 millions d'hectares⁷¹.

Le Tchad compte plusieurs cours d'eau permanents et saisonniers. Les deux principaux cours d'eau sont le fleuve Chari et la rivière Logone, qui alimentent le lac Tchad en eau douce. Le Tchad compte 8 autres lacs importants en termes de superficie, de pêche et d'autres ressources naturelles.

Le Tchad est divisé en trois zones climatiques : une zone saharienne, une zone sahélienne et une zone soudanienne. La saison des pluies court de juin à septembre et la saison sèche d'octobre à mai. Selon les données de la FAO⁷¹, les précipitations annuelles moyennes dans la zone saharienne, qui couvre plus de la moitié de la superficie du pays, sont de 300 mm. Les précipitations annuelles dans la zone sahélienne sont de l'ordre de 300 à 600 mm. Cela en fait une zone idéale pour l'élevage du bétail. Enfin, la zone soudanienne est la plus humide. Les précipitations annuelles dans cette zone sont de l'ordre de 600 mm et peuvent atteindre 1 200 mm par endroits.

POPULATION

Selon les dernières estimations de la Banque mondiale, le Tchad comptait environ 15,94 millions d'habitants en 2019⁷². La densité était de 12,292 habitants au kilomètre carré en 2018. La répartition de cette population est inégale et correspond à l'échelle des activités socio-économiques, ainsi qu'aux zones climatiques : peu abondante dans la zone saharienne, où une majorité de la population travaille dans l'élevage du bétail, et dans une moindre mesure dans l'agriculture au niveau des oasis ; relativement peu abondante dans la zone sahélienne, où la population pratique une agriculture de subsistance ou travaille dans l'élevage semi-nomade à proximité des lacs, des montagnes, ou des zones inondables qui bordent les cours d'eau ; et plus dense dans le sud, où se situent les grandes villes (en dehors de la capitale N'Djamena), la réserve de pétrole et la plupart des exploitations agricoles. La population urbaine (dont la proportion est officiellement de 23,279 %) croît plus rapidement que la population rurale.

MOYENS DE SUBSISTANCE

Au Tchad, environ 80 % de la population travaillent dans l'agriculture, l'élevage du bétail et la pêche⁷¹. La majorité des petits agriculteurs habitent dans les zones soudanienne et sahélienne du pays. Ils y cultivent le millet, le sorgho, l'arachide, le sésame et quelques légumes tels que tomates, aubergines, poivrons et gombos. Le millet et le sorgho constituent les aliments de base, tandis que l'arachide et le sésame sont cultivés à la fois pour les protéines et le commerce. Le coton est cultivé dans le sud uniquement et constitue la principale culture commerciale du Tchad. Les gardiens de troupeau de bétail sont des populations nomades et semi-nomades qui habitent principalement les zones sahélienne et saharienne du pays. Les populations qui parlent l'arabe ou le toubou/gorane élèvent des dromadaires et des vaches. Les populations parlant le peul élèvent des vaches. Depuis les années 1980, les gardiens de troupeaux ont tendance à migrer vers le sud à cause notamment des changements climatiques.

POLITIQUE, GOUVERNEMENT ET ADMINISTRATION

Histoire

Le Tchad faisait partie de l'Afrique-Équatoriale française (AEF) avant d'obtenir son indépendance le 11 août 1960 sous la présidence de Ngarta François Tombalbaye, un ancien instituteur chrétien originaire du sud du pays. Sous la colonisation, le sud a progressivement renforcé sa domination par la culture du coton et son approche plus clémentine envers la langue et les institutions françaises que le nord, où les élites musulmanes dominantes (qui contrôlaient les routes commerciales transsahariennes avant la colonisation et jouissaient d'un statut d'État depuis un siècle) ont résisté au pouvoir colonial.

Trois ans après l'indépendance proclamée en 1963, des politiciens musulmans entretenant des liens étroits avec le Soudan ont créé le Front de libération nationale du Tchad (FROLINAT), qui a lancé une rébellion armée contre le gouvernement central. En réaction, le Président Tombalbaye a aboli les partis politiques d'opposition ce qui a exacerbé les tensions entre le nord et le sud du pays, avant d'être renversé par un coup d'État militaire en 1975, mené par Félix Malloum, un chrétien du sud lui aussi.

Le ressentiment des musulmans du nord a perduré et le FROLINAT est parvenu à établir le fragile Gouvernement d'union nationale de transition en 1979, qui se disloqua rapidement, entraînant une guerre civile. Suite aux conflits intenses entre les différentes factions du FROLINAT, Hissene Habré, chef de l'une d'elles, a pris le pouvoir en 1982 avec le soutien de la France et des États-Unis. Il a ensuite instauré un régime de parti unique. Habré a récemment été reconnu coupable de crimes contre l'humanité suite à la répression de ses opposants politiques, des groupes ethniques hadjarai et zaghawa et des populations du sud du Tchad⁷³.

Habré a été évincé par un coup d'État militaire dirigé par son ancien général des armées Idriss Déby, dont les troupes ont envahi N'Djamena en 1990. Comme illustré ci-dessous, le paysage politique du Tchad est façonné par Déby et son parti du Mouvement patriotique du salut (MPS) depuis lors.

Partis politiques

Le parti actuellement au pouvoir est le Mouvement patriotique du salut, parti politique de l'actuel Président Idriss Déby Itno. Le MPS est né de l'alliance contre Habré de chefs militaires majoritairement originaires du nord. Le MPS dirige le pays depuis 1990. En 1996, Déby a officiellement autorisé un système multipartite. Depuis, le candidat du MPS à la Présidence, Idriss Déby, a remporté 5 élections présidentielles (la dernière en 2016) et son parti domine les élections législatives, y compris la dernière en 2011. Des élections législatives devaient avoir lieu en 2015, mais la Présidence ne cesse de les différer depuis. Elle justifie cette décision par le manque de fonds publics et la menace d'attaques de Boko Haram.

Après presque trente années au pouvoir, le Président Déby a proclamé la 4^e république en mai 2018, et modifié la constitution. La nouvelle constitution a rétabli la limite de deux mandats présidentiels (limite abolie en 2005 lorsque Déby a décidé de se présenter aux présidentielles) et allongé la durée du mandat de 5 à 6 ans. Cette limite n'étant pas rétroactive, la nouvelle constitution autorisait Déby à briguer deux nouveaux mandats, lui permettant de diriger le pays jusqu'en 2033. Le vote a été boycotté par les partis d'opposition, qui ont demandé un référendum. Voilà un exemple récent de la centralisation progressive du pouvoir aux mains de la présidence, pouvoir qui est devenu de plus en plus autoritaire. Les nouvelles ressources assurées par l'exploitation pétrolière depuis 2003 ont encore renforcé l'emprise du Président⁷⁴, ainsi que le soutien de l'armée française. Depuis 2014, les recettes pétrolières diminuent avec la chute du cours du pétrole, mais le gouvernement s'est maintenu en alignant la politique du Tchad sur les intérêts de l'UE et des USA dans la lutte mondiale contre le djihadisme, et des fonds proviennent désormais des télécommunications et des énergies renouvelables (par exemple de l'énergie solaire)⁶³. Le gouvernement exerce un contrôle strict sur les médias et restreint leur liberté d'expression, mettant ainsi un frein aux groupes d'opposition et nuisant à l'indépendance des tribunaux. Par exemple, la nouvelle constitution a aboli la Haute Cour de justice, qui traitait les cas de trahison impliquant des membres du gouvernement. En 2019, le Tchad était classé 162^e pays sur 183 à l'indice de perception de la corruption 2019 de Transparency International, avec un score de 20/100.

Si les Zaghawas sont un groupe minoritaire représentant moins de 2 % de la population totale, d'importants secteurs de l'appareil étatique tels que l'armée et la police secrète sont dominés par ce groupe ethnique, qui est principalement concentré à l'est du Tchad et dans l'État soudanais du Darfour du Nord. Plusieurs membres de la famille du Président Déby et de la famille Bideyat du groupe ethnique Zaghawa occupent des postes de premier plan au gouvernement

et dans des entreprises, et jouissent d'une relative immunité juridique⁵⁴. En raison de cette domination politique des élites politiques musulmanes, et en particulier des Zaghawas, les autres groupes ethniques se sentent privés de leurs droits, surtout les chrétiens du sud.

L'opposition tchadienne est très fragmentée et compte une multitude de partis. Ils se sont montrés incapables d'évincer le MPS, que ce soit aux élections présidentielles ou législatives. Par exemple, la coalition du MPS a remporté 134 sièges sur 188 lors des dernières élections législatives de 2011. Il existe trois partis d'opposition. L'Union Nationale pour le Développement et le Renouveau (UNDR), qui a remporté 10 sièges, est dirigée par Saleh Kebzabo. De fait, il est le principal chef de l'opposition démocratique. Bien qu'il soit constamment attaqué par le gouvernement, le parti a réussi à conserver ses principaux chefs. L'Union pour le Renouveau et la Démocratie (UDR) a 8 sièges à l'Assemblée nationale. Elle a été fondée par le Général Wadal Abdelkader Kamougué, un chef charismatique qui a failli gagner les présidentielles en 1996. Sa mort en 2011 a laissé un vide dans la direction du parti et c'est l'un de ses fils qui le dirige aujourd'hui. Le parti Fédération Action pour la République/Parti Fédéraliste (FAR) a remporté 4 sièges. En raison de problèmes organisationnels, un grand nombre de ses chefs ont rejoint d'autres partis. Son objectif de fédéraliser le pays explique sa popularité.

L'opposition politique est légalement reconnue, mais elle est victime de harcèlement et d'arrestations lorsqu'elle exprime son désaccord. Des chefs d'opposition ont disparu après avoir été placés en détention par l'État, qui interdit depuis 2018 les rassemblements et réunions politiques entre représentants de l'opposition⁷⁵. Une autre stratégie du gouvernement Déby consiste à absorber les chefs de l'opposition dans le MPS, en leur proposant des postes au sein du parti ou du cabinet⁷⁶.

Conflits

Depuis son indépendance, le Tchad est pris dans un cycle de conflits politiques et militaires interminables, et de périodes d'accalmie relative que Marielle Debos définit comme des « entre-deux-guerres »⁷⁷, étant donné qu'il n'y a jamais eu de transition totale vers une gestion pacifique du pouvoir. Il existe trois dynamiques de conflit entremêlées au Tchad : la politisation de la séparation entre nord musulman et sud chrétien, les conflits entre gardiens de troupeau et agriculteurs et les répercussions des conflits des pays voisins sur le territoire national. Il est important de noter que ces séparations nord-sud et gardiens de troupeau-agriculteurs relèvent plus souvent de la rhétorique que d'une explication précise des conflits, car la rébellion et le conflit constituent souvent la principale voie d'accès au pouvoir dans le pays⁷⁷, et les « alliances tactiques ou rivalités personnelles et les motivations parfois purement matérialistes sont [souvent] plus importantes »⁶³ que ces grandes formules.

Les répercussions au Tchad des conflits se déroulant au-delà de ses frontières constituent la troisième dynamique politique. Le conflit au Darfour a provoqué un afflux massif de réfugiés en provenance du Soudan. Des militants soudanais ont également franchi la frontière et soutenu les groupes de rebelles luttant contre le pouvoir du MPS à N'Djamena. Pour sa part, Déby a financé les combattants zaghawa au Darfour. Le Tchad se positionne en allié de « l'Occident » dans la lutte contre le djihadisme et a envoyé des troupes pour combattre Al-Qaïda et Boko Haram au Nigeria, dont les activités ont entraîné un afflux de réfugiés. Suite à cette intervention étrangère, le Tchad jouit d'une meilleure réputation au sein de l'Union africaine. En représailles, Boko Haram a perpétré plusieurs attentats terroristes dans la région du lac depuis 2015⁷⁸. Des forces rebelles basées en Libye ont également lancé des attaques au Tchad.

Structure administrative

Les institutions coloniales ont façonné le Tchad contemporain à bien des égards. Les Français ont organisé les villes tchadiennes selon un modèle quasiment identique à l'ensemble de leurs colonies africaines : un quartier pour les blancs (les administrateurs coloniaux, leurs collaborateurs et leurs proches), un quartier soi-disant « évolué » regroupant les « indigènes évolués », en d'autres termes ceux qui ont été scolarisés, et enfin un quartier indigène où vit le reste de la population, aux origines diverses. Aujourd'hui, les quartiers huppés sont habités par les personnes proches du pouvoir, tandis que des personnes aux revenus moyens peuplent les quartiers défavorisés.

La structure administrative du Tchad est calquée sur celle du système colonial, avec une administration centralisée et une variété d'autorités locales nommées par le gouvernement central : les gouverneurs des 23 provinces et les préfets des 107 préfectures. De même, le gouvernement central nomme et supervise les « autorités coutumières » (sultans, chefs de cantons, chefs de villages), reconnues par la Loi n° 10-013/PR du 25 août 2010 comme des « collaborateurs de l'administration » et placées sous l'autorité et le contrôle des directeurs des entités administratives de leur juridiction. Ces vingt dernières années, le gouvernement tchadien a considérablement augmenté ses effectifs à la suite de nouvelles nominations, ce qui a engendré de fréquentes tensions, résultant souvent en la destitution de quelques chefs, remplacés ensuite par des rivaux comme le montre l'exemple récent du sultanat de Ouaddaï⁷⁹. Les autorités coutumières sont d'abord nommées au sein des communautés conformément à leurs pratiques coutumières (souvent les sages choisissent le meilleur candidat dans la famille au pouvoir, bien que le système soit souple et susceptible de changer), suite à quoi le gouvernement confirme la décision et nomme officiellement l'autorité par l'intermédiaire du ministère des Affaires internes.

Si les habitants des villes peuvent élire directement leurs maires par des élections officiellement démocratiques, il n'y a pas d'autorités élues au niveau rural, où un sous-préfet rural nommé par le gouvernement supervise les autorités coutumières. Elles représentent ainsi les seules formes d'autorités rurales de base et jouent un rôle crucial dans la connexion des communautés rurales aux autorités gouvernementales.

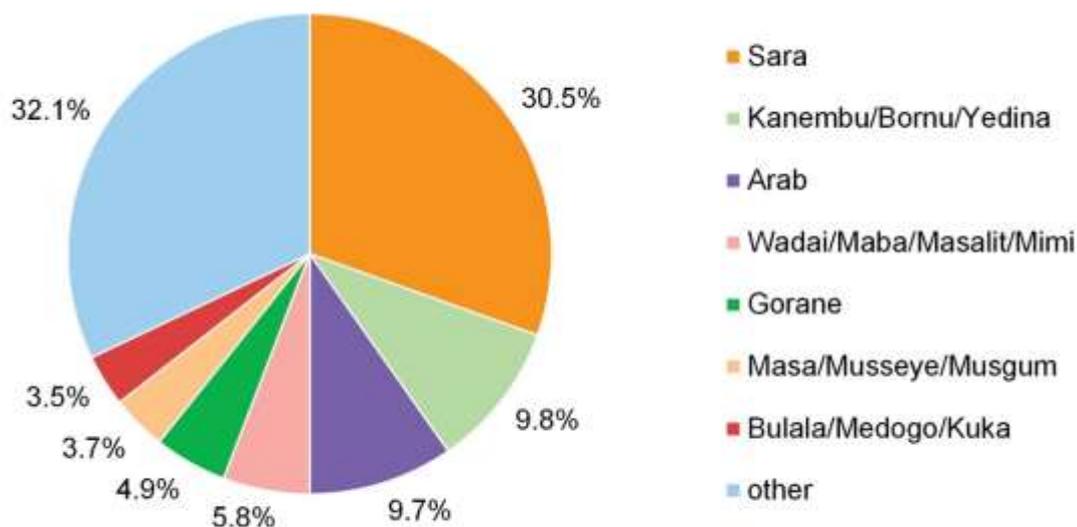
ORGANISATION SOCIALE

Ethnicité

Le Tchad compte plus de 100 groupes ethniques⁸⁰ parlant 150 langues différentes⁸¹ et répartis sur l'ensemble du territoire national^a. En termes démographiques, les groupes ethniques les plus importants sont : les Saras (30,5 %), qui vivent principalement dans les régions centrales des bassins fluviaux du Chari et du Logone ; les Kanembous/Bornous/Yedinas (9,8 %) qui vivent habituellement dans les régions du lac Tchad et du Kanem ; les Arabes, disséminés dans tout le pays, y compris dans les régions voisines des Saras ; les gardiens de troupeau nomades à l'est et dans la région centrale du sud du pays, et les peuples masalits (Ouaddaï/Maba/Masalit/Mimi) (7 %) dans les régions de l'est, y compris dans la province du Ouaddaï^a.

L'État était contrôlé principalement par les Saras sous le régime de Tombalbaye et par le groupe ethnique des Toubous/Gouranes sous le régime de Habré. Il est aujourd'hui dominé par les Zaghawas, le groupe ethnique du Président de la République, qui est surreprésenté dans l'armée et les autorités locales nommées⁸⁴.

Chad ethnolinguistic composition (2014–15)



© Encyclopædia Britannica, Inc.

Figure 3. Composition ethnolinguistique du Tchad (2014-15)⁸²

Il est important de mentionner la discrimination généralisée subie à travers le pays par des groupes tels que les forgerons, désignés par le terme « Haddad » en arabe tchadien, dans les zones sahélienne et saharienne⁸⁵, qui vivent à la périphérie des campements et effectuent des tâches subalternes (exerçant traditionnellement le métier de forgeron). D'autres groupes sont privés de leurs droits, comme les Yalnas, les Kamayas (dans la ceinture saharienne) et d'autres groupes plus petits sont parfois stigmatisés. Ces préjugés sont ancrés dans les hiérarchies précoloniales, où les descendants de catégories professionnelles au statut considéré comme inférieur, comme les forgerons, ou encore les descendants d'esclaves, ne jouissaient pas d'autant de droits que les autres groupes. Les étiquettes apposées à ces groupes, comme Haddad qui signifie « forgeron », ou les Yalnas et Kamayas, associés à l'esclavage, sont utilisées pour restreindre l'accès aux terres ou à la représentation politique, en ne reconnaissant pas pleinement la légitimité de leurs autorités coutumières⁸⁶.

Les langues tchadiennes sont classées en trois grandes familles : afro-asiatiques (en particulier l'arabe tchadien et des langues telles que le massa, le kabalaye ou le bidiyo), nigéro-congolaises (notamment les langues du groupe adamawa, comme le moundang, le toupouri, le day ou les langues boua) et nilo-sahariennes (qui regroupe les langues sara-bongo-baguirmiennes, et les groupes de langues parlées dans le désert et dans l'est telles que le tedaga, le zaghawa, le massalit et le tama).

Les langues officielles du Tchad sont le français et l'arabe standard moderne. Le français est la langue de travail et de communication de l'administration publique, tandis que l'arabe tchadien est la principale langue

véhiculaire du quotidien, couramment utilisée pour les transactions commerciales. Parlé et compris par soixante pour cent de la population⁵⁴, l'arabe tchadien n'est

pourtant la langue maternelle que de quelques groupes. Le sara est parlé par 20 % des Tchadiens, autour de la ville de Sarh (dont le nom fait référence au groupe ethnique des Saras) au sud du pays. On peut citer parmi les autres langues le kanembou, parlé par 5 % de la population, principalement dans le sud-ouest du pays, à la frontière camerounaise, ou encore le dazaga (3,8 %) et le maba (3,4 %), parlés dans les zones sahélienne et saharienne au nord du Tchad⁵⁴.

Religion

L'islam et le christianisme sont les principales religions au Tchad. On trouve également des religions indigènes, dont le nombre d'adeptes tend à diminuer depuis la colonisation. Comme mentionné précédemment, la plupart des musulmans vivent dans les régions du nord et de l'est du pays, tandis que les chrétiens et les adeptes de religions traditionnelles vivent principalement dans le sud du Tchad et dans la province du Guéra. Il est toutefois important de noter que cette répartition n'est pas aussi nette, car il y a également d'importantes populations musulmanes dans la province du Guéra, celle du Mayo-Kébbi et dans le sud en général. Les chiffres concernant le nombre

d'adeptes varient en fonction des données statistiques disponibles. Selon une enquête menée en 2014 et 2015 par le programme d'enquêtes démographiques et sanitaires³⁴, 51,8 % de la population tchadienne est musulmane, ce qui fait de l'islam la religion la plus pratiquée dans ce pays. Le christianisme arrive en seconde place avec 44,1 % de pratiquants, dont 20 % de catholiques et 23,9 % de protestants (baptistes, évangélistes et anglicans). Comme c'est le cas dans d'autres pays, les religions indigènes ou traditionnelles se retrouvent parfois incorporées aux statistiques des religions monothéistes, en fonction de la conception des enquêtes. Le recensement de 2009 indiquait que 8 % des personnes interrogées pratiquaient une religion traditionnelle. Bien qu'ils constituent 44 % de la population, les chrétiens du sud sont exclus du pouvoir politique. Ils sont représentés au gouvernement, mais leur voix n'est pas suffisamment entendue⁷⁵. Pourtant, Déby a réussi à obtenir le soutien des populations du sud comme du nord. Les personnes se déclarant comme non religieuses sont très rares et souvent marginalisées.

Parenté, genre et jeunesse

La plupart des sociétés tchadiennes sont patrilineaires. Les membres d'une famille s'identifient à un ancêtre commun de sexe masculin, considéré comme le membre originel de la lignée familiale. Au nord comme au sud, les groupes familiaux sont liés à leurs clans, bien que l'importance de ceux-ci soit en diminution, en particulier dans les villes. Les liens familiaux et claniques déterminent les appartenances sociales et culturelles, tandis que l'appartenance politique est déterminée par le groupe ethnique, la religion et les identités régionales, une dynamique qui est exacerbée par l'historique de conflits armés⁸⁷.

En termes de propriété, les femmes sont considérées comme les usufruitières de la propriété de leurs maris ou de leurs familles. De la même manière, l'héritage et la succession ont tendance à être patrilineaires. Ces pratiques en matière de propriété et de succession sont assez similaires dans les diverses institutions

« traditionnelles » et les institutions musulmanes à travers le pays, et contribuent à l'exclusion des femmes et des jeunes de la prise de décisions au niveau familial⁸⁸.

Les femmes sont souvent engagées dans le secteur informel. Toutefois, les tâches qu'elles effectuent sont principalement domestiques et elles sont souvent obligées de travailler au champ dans les zones rurales. Elles ont moins accès aux soins de santé (parce qu'elles manquent de ressources et ont une liberté de mouvement limitée dans certaines régions), à l'éducation, à l'emploi, aux droits de succession et de propriété. En outre, certaines formes de violence visant à les « éduquer » sont tolérées⁸⁹. Les rôles sociaux sont étroitement liés au sexe. D'une manière générale, la culture vivrière est réservée aux hommes, tandis que les femmes gèrent les activités domestiques, le petit commerce et aident parfois les hommes dans certaines tâches agricoles.

Les jeunes ont également un accès limité aux ressources familiales (par exemple les terres agricoles), qui sont aux mains de l'homme qui est chef de famille. Par conséquent, les jeunes Tchadiens sont principalement engagés dans les secteurs informels, comme chauffeurs de taxi ou petits commerçants dans les zones urbaines, ou dans la maçonnerie et le maraîchage dans les zones rurales. Si on note une augmentation du nombre de jeunes diplômés à la faveur d'une relative stabilité économique et politique, le taux de chômage est très élevé chez les jeunes à cause du manque d'opportunités d'emploi⁹⁰.

RÉFÉRENCES

1. WHO. (2020, June 10). *Chad statistics summary (2002—Present)*. Global Health Observatory Country Views. <https://apps.who.int/gho/data/node.country.country-TCD>
2. Danawi, H., Deen, S., & Hasbini, T. (2016). Maternal Mortality in Chad. *International Journal of Childbirth Education*, 31(2).
3. IHME. (2019). *Global Burden of Disease Chad*. Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://www.healthdata.org/chad>
4. UNAIDS. (2020). *Chad*. <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/chad>
5. Leonard, L. (2011). Working 'off the record': Polio eradication and state immunity in Chad. *Critical Public Health*, 21(3), 257–271.

6. WHO. (2016). *Noncommunicable diseases country profile: Chad*. World Health Organisation. https://www.who.int/nmh/countries/tcd_en.pdf?ua=1
7. Global Nutrition Report. (2020). *Chad Nutrition Profile*. Global Nutrition Report. <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/africa/middle-africa/chad/>
8. Shibre, G., Zegeye, B. H., Garedeu, G. W., Negash, W., Lemma, G., & Mamo, M. T. (2020). *Regional Variation and Socioeconomic Inequalities in Obesity Prevalence Among Non-pregnant Women in Chad: Evidence From Three Waves of Chad Demographic and Health Surveys*.
9. WHO. (2020). *Global Health Workforce Alliance: Chad*. <https://www.who.int/workforcealliance/countries/tcd/en/>
10. WHO. (2017). *Hepatitis E- Chad* (Disease Outbreak News). WHO. <https://www.who.int/csr/don/24-january-2017-hepatitis-e-chad/en/>
11. Chene, M. (2014). *Overview of corruption and anti-corruption in Chad*. Transparency International. <https://knowledgehub.transparency.org/helpdesk/overview-of-corruption-and-anti-corruption-in-chad>
12. Azétsop, J., & Ochieng, M. (2015). The right to health, health systems development and public health policy challenges in Chad. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine : PEHM*, 10, 1–1. PubMed. <https://doi.org/10.1186/s13010-015-0023-z>
13. WHO. (2018). *Chad Strategie de Cooperation, un aperçu*. World Health Organisation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137147/ccsbrief_tcd_fr.pdf?sequence=1
14. Ministère de la Santé Publique. (2016). *Plan Directeur de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (MTN) 2016-2020*. Ministère de la Santé Publique. https://espen.afro.who.int/system/files/content/resources/CHAD_NTD_Master_Plan_2016_2020.pdf
15. Loschky, J. (2020, April 15). Africans Face COVID-19 With Health and Healthcare Problems. *Gallup News*. <https://news.gallup.com/poll/308450/africans-face-covid-health-healthcare-problems.aspx>
16. Jaeger, F. N., Bechir, M., Harouna, M., Moto, D. D., & Utzinger, J. (2018). Challenges and opportunities for healthcare workers in a rural district of Chad. *BMC Health Services Research*, 18(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2799-6>
17. Ogisi, M. (2011, May 10). Fake Medicine Common in Many Sub-Saharan African Countries. *Gallup News*. <https://news.gallup.com/poll/149942/fake-medicine-common-sub-saharan-african-countries.aspx>
18. Gauthier, B., & Wane, W. (2008). *Bypassing health providers: The quest for better price and quality of health care in Chad*. The World Bank. <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/1813-9450-4462>
19. World Bank. (2015). *Country Partnership Framework for the Republic of Chad for the Period 2016-2020*. World Bank. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/882741468197971085/pdf/95277-CASP-P151195-IDA-R2015-0288-IFC-R2015-0312-MIGA-R2015-0090-Box393245B-OUO-9.pdf>
20. Grohma, P., & Wagner, U. (2020). Revealing causes beyond culture: An MSF surgical project through the lens of anthropology and health promotion. In *Médecins Sans Frontières and Humanitarian Situations* (pp. 178–192). Routledge.
21. WHO. (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine*. World Health Organisation. <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/WhoGlobalReportOnTraditionalAndComplementaryMedicine2019.pdf?ua=1>
22. Leonard, L. (2005). Where there is no state: Household strategies for the management of illness in Chad. *Social Science & Medicine*, 61(1), 229–243.
23. Zempléni, A. (1982). Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique. *Archives de Sciences Sociales Des Religions*, 5–19. https://www.persee.fr/doc/assr_0335-5985_1982_num_54_1_2254
24. Zempléni, A. (n.d.). *De l'individualisation à la socialisation de la maladie* (No. 2018) [Video]. Retrieved 11 August 2020, from <https://www.anthropologie-societes.ant.ulaval.ca/andras-zempleni-livre-8-de-lindividualisation-la-socialisation-de-la-maladie-perspectives>
25. Krönke, F. (2004). Hilfesuchverhalten und die Barrieren der Nutzung des öffentlichen Gesundheitswesens bei pastoralnomadischen FulBe im Tschad. *Anthropos*, 99(1), 25–38. JSTOR. <http://www.jstor.org/stable/40466304>
26. Schelling, E., Béchir, M., Doumagoum-Moto, D., Bonfoh, B., Ould Tableb, M., & Zinsstag, J. (2010). Health research among highly mobile pastoralist communities of Chad. *Society, Biology and Human Affairs*, 75(2). <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.473.4944&rep=rep1&type=pdf#page=107>

27. Schelling, E. (2002). *Human and animal health in nomadic pastoralist of Chad: Zoonoses, morbidity and health services*.
28. Hampshire, K. (2002). Networks of nomads: Negotiating access to health resources among pastoralist women in Chad. *Social Science & Medicine*, 54(7), 1025–1037.
29. Kouokam Magne, E. (2011). *Anthropologie des modes de transmission du cholera aux frontieres tchado-camerounaises*. Action Contre la Faim. https://mail.platefor.mywhc.ca/attachments/article/403/14-TCD_2011_SLL_ACF_AMTFTC_FR.pdf
30. UNFPA and CRASH. (2018). *Etude socio-anthropologique sur la fréquentation des formations sanitaires par les femmes enceintes, parturientes et accouchées*. CRASH.
31. Ndiaye, S. M., Ahmed, M. A., Denson, M., Craig, A. S., Kretsinger, K., Cherif, B., Kandolo, P., Moto, D. D., Richelot, A., & Tuma, J. (2014). Polio Outbreak Among Nomads in Chad: Outbreak Response and Lessons Learned. *The Journal of Infectious Diseases*, 210(suppl_1), S74–S84. <https://doi.org/10.1093/infdis/jit564>
32. UNICEF. (n/a). *Cholera Epidemiology and Response Factsheet Chad*. UNICEF. https://www.unicef.org/cholera/files/UNICEF-Factsheet-Chad_EN-FINAL.pdf
33. MSF. (2020, September 21). *How to identify the causes of an epidemic and respond strategically*. <https://www.msf.org/epidemiological-response-cholera-lake-chad-basin>
34. INSEED. (2016). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS)*. Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr317/fr317.pdf>
35. Guerrier, G., Guerra, J., Fermon, F., Talkibing, W. B., Sekkenes, J., & Grais, R. F. (2011). Outbreak response immunisation: The experience of Chad during recurrent measles epidemics in 2005 and 2010. *International Health*, 3(4), 226–230. <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2011.06.003>
36. ACAPS. (2020, October 30). *Chad Overview*. <https://www.acaps.org/country/chad/crisis/complex-crisis>
37. Wellcome Trust. (2018). *Wellcome Global Monitor*. Wellcome TRUST. <https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor/2018>
38. Abakar, M. F., Seli, D., Lechthaler, F., Schelling, E., Tran, N., Zinsstag, J., & Muñoz, D. C. (2018). Vaccine hesitancy among mobile pastoralists in Chad: A qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0873-2>
39. Guindé, M., Mahamat, O., & Abdallah, M. (2018). The Importance of Pastoralism in Chad. *OIE Bulletin*, 2018(2). <https://oiebulletin.com/?panorama=praps-chad>
40. Schelling, E., Diguimbaye, C., Daoud, S., Nicolet, J., Boerlin, P., Tanner, M., & Zinsstag, J. (2003). Brucellosis and Q-fever seroprevalences of nomadic pastoralists and their livestock in Chad. *Preventive Veterinary Medicine*, 61(4), 279–293.
41. Tongue, L. K., & Ngapagna, A. N. (2019). Emerging Vector-Borne Diseases in Central Africa: A Threat to Animal Production and Human Health. In *Current Topics in the Epidemiology of Vector-Borne Diseases*. IntechOpen.
42. Page, A., Coldiron, M. E., Gamougam, K., Acyl, M. A., Tamadji, M., Lastrucci, C., Hurtado, N., Tehoua, F., Fermon, F., & Caugant, D. A. (2017). Four years of case-based surveillance of meningitis following the introduction of MenAfriVac in Moissala, Chad: Lessons learned. *Tropical Medicine & International Health*, 22(12), 1561–1568.
43. International Medical Corps. (2020). *A Meningitis outbreak in refugee camps*. International Medical Corps. <https://www.internationalmedicalcorps.org.uk/meningitis-outbreak-chad-refugee-camps>
44. MSF. (2017). *Chad: Misinformation and lack of resources hamper cholera response*. Medecins San Frontieres. <https://reliefweb.int/report/chad/chad-misinformation-and-lack-resources-hamper-cholera-response>
45. OCHA. (2020). *COVID-19: Having a significant impact on social life and the national economy*. OCHA Chad. <https://reports.unocha.org/en/country/chad/card/55RmWAhNyy/>
46. UNHCR. (2019). *Chad Operations*. <https://reporting.unhcr.org/node/2533?y=2020#year>
47. Ministère de la Santé Publique. (2020). *Plan national de contingence pour la préparation et la riposte à l'épidémie de la maladie à coronavirus COVID-19. 1 Mars 2020 au 28 Février 2021*. Ministère de la Santé Publique. <https://www.tralac.org/documents/resources/covid->

19/countries/3798-republic-of-chad-national-contingency-plan-preparation-and-response-to-covid-19-epidemic-1-march-2020-28-february-2021-french/file.html

48. OCHA. (2020). *Chad Situation Report, 8 Jun 2020*. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. <https://reliefweb.int/report/chad/chad-situation-report-8-jun-2020>
49. Stoddard, A., Harmer, A., Haver, K., Salomons, D., & Wheeler, V. (2007). *Cluster approach evaluation: Final draft*. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/Cluster%20evaluation%20final.pdf
50. Ground truth solutions. (2020). *Strengthening accountability in Chad. Local authorities' perceptions*. Ground Truth Solutions and CHS Alliance. https://groundtruthsolutions.org/wp-content/uploads/2019/10/GTS_KII_report_ENG291019.pdf
51. Alwihda Info. (2020, August 22). *Qualité des routes: Le Tchad est le dernier du classement en Afrique*. https://www.alwihdainfo.com/Qualite-des-routes-le-Tchad-est-le-dernier-du-classement-en-Afrique_a92512.html
52. Kodmadjingar, A. (2018, November 16). Le Tchad est à la traîne pour son accès à internet. *Voa Afrique*. <https://www.voaafrique.com/a/le-tchad-est-%C3%A0-la-traine-pour-son-acc%C3%A8s-%C3%A0-internet/4662019.html>
53. Toussi, S. (2019, October 21). Chad Lifted the 16-Months Social Media Shutdown But Concerns Remain. *CIPESA Promoting Effective and Inclusive ICT Policy in Africa*. <https://cipesa.org/2019/10/chad-lifted-the-16-months-social-media-shutdown-but-concerns-remain/>
54. Infosaid. (2012). *Media & Telecoms Landscape Guide—Chad*. Infosaid. <http://www.cdacnetwork.org/tools-and-resources/i/20140613150126-yvaqg>
55. Statista. (2020). *Number of mobile cellular subscriptions per 100 inhabitants in Chad from 2000 to 2016*. Technology and Communications. <https://www.statista.com/statistics/501989/mobile-cellular-subscriptions-per-100-inhabitants-in-chad/>
56. UNESCO. (2020). *Education and Literacy- Chad*. <http://uis.unesco.org/country/TD>
57. Jegede, A. S. (2007). What Led to the Nigerian Boycott of the Polio Vaccination Campaign? *PLOS Medicine*, 4(3), e73. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040073>
58. Guiryanan, O. (2017). Mouvement syndical tchadien et gouvernance politique. Analyse socio-historique et synchronique de la contribution des syndicats au changement social au Tchad. *CaTchas- Cahiers Tchadiens Des Sciences Humaines*, 1. <http://catchas.mmsh.univ-aix.fr/n/Pages/n01/11.aspx>
59. Hoinathy, R. (2017). Editorial. *CaTchas- Cahiers Tchadiens Des Sciences Humaines*, 1. <http://catchas.mmsh.univ-aix.fr/n/Pages/n01/01.aspx>
60. Neneck, A.-K. (2017). L'Initiative pour la Transparence dans les Industries Extractives (ITIE) au Sud du Tchad. Une gouvernance des ressources naturelles inachevée. *Cat*, 1. <http://catchas.mmsh.univ-aix.fr/n/Pages/n01/06.aspx>
61. Kouladoum, P. P. (2017). Transparence dans les industries extractives. Analyse critique du rôle de la Coalition tchadienne « publiez ce que vous payez-publiez ce que vous gagnez ». *CaTchas- Cahiers Tchadiens Des Sciences Humaines*, 1. <http://catchas.mmsh.univ-aix.fr/n/Pages/n01/04.aspx>
62. ICG. (2020). *As Chad's Problems Mount, What Role for Civil Society?* International Crisis Group. <https://www.crisisgroup.org/africa/central-africa/chad/chads-problems-mount-what-role-civil-society>
63. Hansen, K. (2020). Chad: Armed Presidents and Politics. In *Oxford Research Encyclopedia of Politics*.
64. Amar, Z., El Kum- Molina, S., Bambe, N., & Guiryanana, O. (2014). *La société civile au Tchad. Cartographie des acteurs*. COWI. https://www.akpublics.de/media/MISEREOR/20140827_1_carographie_tchad_fr.pdf
65. UNICEF. (2018). *Communication for Development (C4D). Global Annual Results Reports 2018*. https://www.unicef.org/media/54916/file/Global_Annual_Results_Report_2018_C4D.pdf.pdf
66. MSF. (2019). *Measles epidemic declared in May 2018, still not under control one year on*. Medecins San Frontieres. <https://www.msf.org/measles-epidemic-declared-may-2018-still-not-under-control-chad>
67. UNICEF. (2018). *UNICEF Annual Report 2016 Chad*. https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Chad_2016_COAR.pdf

68. UNDP. (2017). *World Malaria Day 2017: Millions of bednets reach remote and high-risk areas of Chad as rainy season looms*. United Nations Development Programme. <https://reliefweb.int/report/chad/world-malaria-day-2017-millions-bednets-reach-remote-and-high-risk-areas-chad-rainy>
69. Prevent Epidemics. (2020). *Chad Country Overview*. <https://preventepidemics.org/countries/tcd/>
70. PNUD. (2019). *Rapport sur le développement humain 2019. Au-delà des revenus, des moyennes et du temps présent — les inégalités de développement humain au XXIe siècle*. Programme des Nations Unies pour le Développement. http://www.hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_fr.pdf
71. Aquastat de la FAO. (2005). *Profil du pays - Tchad* (AQUASTAT - Système mondial d'information sur l'eau et l'agriculture de la FAO). <http://www.fao.org/aquastat/en/countries-and-basins/country-profiles/country/TCD>
72. Banque mondiale. (2019). *Tchad*. <https://donnees.banquemondiale.org/pays/tchad>
73. Høgestøl, S. A. E. (2016). The Habré Judgment at the Extraordinary African Chambers: A Singular Victory in the Fight Against Impunity. *Nordic Journal of Human Rights*, vol. 34, n° 3, p. 47 à 156. <https://doi.org/10.1080/18918131.2016.1233374>
74. Barma, A. Y. (2017, juin 15). « Tchad S.A. », le rapport accablant de Swissaid sur le clan Déby. *Afrique La Tribune*. <https://afrique.latribune.fr/finances/commodities/2017-06-15/tchad-s-a-le-rapport-accablant-de-swissaid-sur-le-clan-deby-739474.html>
75. Freedom House. (2020). *Chad country profile*. Freedom in the World 2019. <https://freedomhouse.org/country/chad/freedom-world/2019>
76. Global Security. (2020). *Chad- Government*. <https://www.globalsecurity.org/military/world/africa/cd-government.htm>
77. Debos, M. (2016). *Living by the Gun in Chad: Combatants, impunity and state formation*. Zed Books Ltd.
78. ICG. (2017). *Fighting Boko Haram in Chad: Beyond Military Measures* (no 46). International Crisis Group. <https://www.crisisgroup.org/africa/central-africa/chad/246-fighting-boko-haram-chad-beyond-military-measures>
79. Kodmadjingar, A. (2019, August 20). Division sur la nomination d'un nouveau chef traditionnel du Ouaddaï. *Afrique La Tribune*. <https://www.voaafrique.com/a/division-sur-la-nomination-d-un-nouveau-chef-traditionnel-du-ouadda%C3%AF/5049414.html>
80. Dumont, G.-F. (2007). Géopolitique et populations au Tchad. *Outre-Terre*, vol. 20, n° 3, p. 263 à 288. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/oute.020.0263>
81. Lionnet, F. (2012). Sauvegarder la langue Laal. *Tchad et Cultures*, n° 308. <http://www.princeton.edu/~flionnet/papiers/tchad-et-culture.pdf>
82. CIA. (2020). *Chad*. The World Fact Book. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cd.html>
83. Encyclopedia Britannica. (n.d.). Justice in Chad. In *Encyclopedia Britannica*. <https://www.britannica.com/place/Chad/Finance-and-trade#ref283021>
84. Tubiana, J., & Debos, M. (2017). *Déby's Chad: Political Manipulation at Home, Military Intervention Abroad, Challenging Times Ahead*. United States Institute of Peace. <https://www.usip.org/publications/2017/12/debys-chad>
85. Ndjil-Amava, A. A. (2011). *Les Haddad du centre et du nord du Tchad* (Cahier d'histoire À la découverte du Tchad 24). Centre Al-Mouna.
86. Gatta, G. N. (1985). *Tchad : Guerre civile et désagrégation de l'État*. Éditions Présence Africaine.
87. World Country Encyclopedia. (n.d.). *Chad*. Countries and their Cultures. <https://www.everyculture.com/Bo-Co/Chad.html>
88. Baniara Yoyana et Magnant, J.-P. (2013). *Introduction aux droits coutumiers du Tchad*. Afredit.
89. Rosine, B. D. (2017). *Violences à l'égard des femmes, étude documentaire et analyse des violences subies par les femmes, Rapport d'étude*. Intermon-Oxfam.
90. Bichara, D. H. K. (2020). *Barriers to youth entrepreneurship in N'Djamena, Chad*. Cape peninsula University of Technology. http://etd.cput.ac.za/bitstream/handle/20.500.11838/3009/Hadje_Koubra_Bichara_Doudoua_216271088.pdf?sequence=1