



# ACCES AUX SOINS PCIMA DES POPULATIONS TRANSHUMANTES

Recherches qualitatives dans les Régions de Bahr-el-Ghazal, Batha, Guéra, Kanem  
et Wadi Fira au Tchad

RAPPORT FINAL

Janvier 2016

Lenka Blanárová | CMN | ACF-UK



## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
ABREVIATIONS	3
RESUME	4
INTRODUCTION	6
A. OBJECTIF	6
B. METHODOLOGIE	7
▪ TYPE DE L'ETUDE	7
▪ POPULATION CIBLEE	7
▪ ZONES CIBLEES	7
▪ ECHANTILLONAGE	7
▪ TECHNIQUES ET OUTILS DE LA COLLECTE DE DONNEES	9
▪ ASPECTS ETHIQUES	10
▪ EQUIPE DE L'ETUDE	10
▪ DEFIS ET LIMITATIONS	10
RESULTATS ET ANALYSES	12
A. GEOGRAPHIE	12
B. PROFIL DEMOGRAPHIQUE	13
C. PROFIL SOCIOCULTUREL	15
D. ORGANISATION SOCIALE & ACTEURS COMMUNAUTAIRES CLES	19
E. CANAUX DE COMMUNICATION FORMELS ET INFORMELS	20
F. SANTE	22
G. COMPREHENSION LOCALE DE LA MALNUTRITION	25
H. PERCEPTIONS DU PROGRAMME PCIMA	28
I. STRATEGIES DE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE	30
CONCLUSION	31
RECOMMANDATIONS	32
BIBLIOGRAPHIE	34
ANNEXES	36

## REMERCIEMENTS

Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) au Tchad et Coverage Monitoring Network (CMN) adressent leurs remerciements au Gouvernement de la République du Tchad, notamment le Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire (CNNTA) du Ministère de la Santé Publique (MSP), qui a démontré un vif intérêt dans la réalisation de cette étude.

Grand merci à **Mamadou Ndiaye**, Nutrition Manager d'UNICEF Tchad, et **Julia Wight**, Chef d'équipe pour l'enquête SLEAC, pour leur soutien infatigable ainsi qu'à toute l'équipe d'énumérateurs et superviseurs pour leur enthousiasme et leur dévouement pendant la réalisation de l'étude.

Nous tenons aussi à remercier à tous les représentants communautaires qui ont enrichi nos découvertes grâce à leurs connaissances et observations du milieu.

## ABREVIATIONS

ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire / Relai Communautaire
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ATPE	Alimentation Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CdS	Centre de Santé
CMN	Coverage Monitoring Network
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Consultation Préscolaire
DS	District Sanitaire
LOAS	Lot Quality Assurance Sampling / Contrôle par échantillonnage de la qualité des lots
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PB	Périmètre Brachial
SLEAC	Simplified LOAS Evaluation of Access and Coverage / Evaluation LOAS simplifiée de l'accessibilité et de la Couverture
SMART	Standard Monitoring and Assessment of Relief and Transition / Programme Normalisé de Suivi et d'Evaluation des Secours après la crise
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage / Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture
UNA	Unité Nutritionnelle Ambulatoire
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNS	Unité Nutritionnelle Supplémentaire
UNT	Unité Nutritionnelle Thérapeutique
VAD	Visite à Domicile

## RESUME

La bande sahélienne au Tchad s'étend sur environ 40 % de la superficie du territoire. C'est la zone par excellence du nomadisme et du pastoralisme transhumant, avec de grands troupeaux parcourant de distances variées en recherche de pâturages. Environ 80% du cheptel tchadien est régi par les systèmes pastoraux mobiles diversifiés, et largement tributaires des ressources naturelles renouvelables. Ainsi, l'élevage est non seulement un outil incontournable dans la lutte contre la pauvreté, mais aussi le principal potentiel en matière de garantie pour la sécurité alimentaire.

Toutefois, la malnutrition aigüe n'épargne pas les enfants issus de familles mobiles. Son apparition et sa prévalence contiennent des caractéristiques spécifiques basées sur le mode social et le régime alimentaire des transhumants. Dans le cas d'un recours aux soins, les services sanitaires et nutritionnels disponibles dans les zones concernées n'ont pas toujours été conçus et adaptés à ce mode de vie, et ainsi n'arrivent pas à couvrir les besoins des éleveurs.

À cette fin, UNICEF avec son partenaire technique CMN, ont effectué des recherches qualitatives afin de parvenir à une compréhension plus approfondie des facteurs positifs (« facilitateurs ») et des facteurs négatifs (« barrières ») ayant un impact sur l'accès des populations transhumantes aux programmes de prise en charge de la malnutrition aigüe (PCIMA).

Cette étude a été couplée avec l'enquête SLEAC, menée dans 11 régions de la bande sahélienne au cours des mois d'août et septembre 2015. Elle a permis de réaliser 48 entretiens individuels et/ou discussions de groupe avec un total de 304 personnes, dont 146 femmes et 158 hommes, à Bahr-El-Ghazal, Batha, Guéra, Kanem et Wadi Fira. L'échantillon a compris les représentants de toutes les ethnies principales, Arabes, Goranes et Peuhls mais la participation de ces derniers n'a pas pu être assurée dû aux imprévus logistiques.

L'environnement extrêmement éprouvant (les changements climatiques, la disparition des pâturages, les conflits avec les populations sédentaires lors de la transhumance) impacte l'ensemble du fonctionnement social des populations transhumantes et, par la même, leur gestion individuelle et collective de la santé. Dans le but d'éviter des taxes et amendes perçues excessives et autres complications à leur vie quotidienne, les communautés ont tendance de recourir à l'automédication pour soigner les malades. Les soins aux structures sanitaires ne sont recherchés qu'en cas de complication et confiance totale en qualité des soins.

La malnutrition, en tant que telle, est peu reconnue par les populations transhumantes qui considèrent la finesse du corps comme un atout plutôt qu'un handicap dans un milieu qui requiert une mobilité absolue. Si toutefois l'enfant tombe dans la malnutrition, son état est sans hésitation lié à celui des animaux qui, à leur tour, souffrent de la faim et ainsi n'arrivent pas de nourrir les éleveurs.

Avec le dépistage et/ou la sensibilisation communautaire très limitée ou non-existante, le programme PCIMA n'a pas encore atteint la reconnaissance générale par les communautés mobiles; certaines croyant que le service n'est réservée qu'aux ethnies sédentaires. Les stratégies classiques, par le biais de relais communautaires, ou les stratégies avancées, par le biais des équipes mobiles, s'appuient peu sur l'organisation communautaire des populations transhumantes et leur rythme de vie prévisible pour pouvoir les intégrer dans les activités.

## RESULTATS PRINCIPAUX

Suite à l'analyse approfondie des données recueillies, les facteurs suivants ont été identifiés et confirmés comme ayant un impact sur l'accès aux soins PCIMA des populations transhumantes dans les régions de Bahr-el-Ghazal, Batha, Guéra, Kanem et Wadi Fira au Tchad.

<b>Barrières</b> (facteurs négatifs)	<b>Boosters</b> (facteurs positifs)
<i>Méconnaissance de la malnutrition</i>	<i>Certaines connaissances sur le programme PCIMA</i>
<i>Automédication</i>	<i>Appréciation du programme PCIMA</i>
<i>Stigmatisation</i>	<i>Certaines connaissances sur la malnutrition</i>
<i>Manque du dépistage communautaire</i>	
<i>Manque de la sensibilisation communautaire</i>	
<i>Méconnaissance du programme PCIMA</i>	
<i>Rejet</i>	
<i>Barrières géographiques</i>	
<i>Manque de moyens financiers</i>	

## RECOMMANDATIONS

### Recommandation 1

Réaliser une enquête nutritionnelle afin d'estimer la prévalence de la malnutrition aigüe sévère / malnutrition aigüe globale dans le milieu transhumant

### Recommandation 2

Réaliser une étude qualitative approfondie afin de compléter et enrichir les résultats et analyses du présent rapport afin d'établir le répertoire le plus exhaustif possible des connaissances, croyances et perceptions des populations transhumantes en relation avec la malnutrition et son traitement

### Recommandation 3

Elaborer et mettre en place une stratégie nationale d'engagement communautaire adaptée au milieu transhumant visant à améliorer l'accès de ces populations aux services PCIMA

### Recommandation 4

Préparer les outils de communication avec les populations transhumantes et renforcer les capacités des intervenants clés

### Recommandation 5

Améliorer la qualité du service PCIMA dans les centres de santé en proximité des couloirs de transhumance et/ou marchés du bétail

## INTRODUCTION

Plusieurs pays prioritaires de la deuxième phase du projet Coverage Monitoring Network (CMN) sont, en partie, habités par des populations transhumantes. La variété des contextes et des caractéristiques socio-culturelles qui les concerne ne peut pas conduire à une généralité descriptive: certains transhumants sont éleveurs, d'autres pêcheurs, certaines se déplacent en famille tandis que d'autres privilégient le déplacement de quelques jeunes hommes avec les troupeaux, les familles restant au village. En outre, la prise en considération du type de vie mobile par les politiques de santé publique diffère également d'un pays à l'autre selon le contexte politique, le positionnement historique de ces populations dans le territoire ou encore les modalités de relations sociales entretenues avec les populations sédentaires.

Le nomadisme, notamment dans la région sahélienne, est confronté, depuis plusieurs décennies, à une mutation profonde: l'interdiction de l'esclavage de tente, les politiques volontaristes de sédentarisation, les fluctuations économiques, les tensions politiques ou encore les difficultés d'accès aux ressources vitales tels que l'eau sont autant de défis que doivent relever ces peuples souvent « minoritaires » dans un environnement changeant. Ces transformations impactent l'ensemble du fonctionnement social et par la même, la gestion individuelle et collective des problématiques de santé.

La malnutrition aigüe n'épargne pas les enfants issus de familles mobiles. Toutefois, son apparition et sa prévalence contiennent des caractéristiques parfois spécifiques basées sur le mode social et le régime alimentaire des transhumants. Les services nutritionnels disponibles dans les zones concernées n'ont pas toujours été conçus et adaptés à ce type de mode de vie. Les stratégies classiques de prévention ou de dépistage de la malnutrition par le biais de relais communautaires, par exemple, paraissent difficilement transposables pour des communautés mobiles.

La meilleure compréhension des contextes et des caractéristiques socio-culturelles des populations transhumantes de la bande sahélienne au Tchad, ensemble avec l'identification des facteurs positifs (« facilitateurs ») et des facteurs négatifs (« barrières ») ayant un impact sur l'accès aux soins et la couverture des programmes de la prise en charge de la malnutrition aigüe (PCIMA), permettront de façon certaine augmenter la couverture du traitement de la malnutrition à travers des solutions programmatiques adaptées aux réalités du mode de vie nomade.

À cette fin, UNICEF avec son partenaire technique, CMN, ont effectué des recherches qualitatives afin de parvenir à une compréhension plus approfondie des représentations, attitudes, motivations, pratiques et organisation sociale des communautés transhumantes par rapport à la malnutrition et à la recherche du traitement.

## OBJECTIFS

### OBJECTIF PRINCIPAL

Améliorer la compréhension des barrières à l'accès aux services PCIMA des populations transhumantes au Tchad et identifier une variété de solutions programmatiques qui pourraient répondre à ces barrières.

### OBJECTIFS SPECIFIQUES

- a. Réaliser une revue littéraire dans le domaine de la santé des populations transhumantes au Tchad;
- b. Organiser des recherches qualitatives auprès des populations transhumantes au Tchad ainsi que des établissements sanitaires, vétérinaires et autres en contact régulier avec ses populations;
- c. Assurer une analyse approfondie des données qualitatives collectées permettant une compréhension améliorée des éléments sociaux et culturels des populations transhumantes ayant un impact positif ou négatif sur l'accès aux programmes PCIMA;
- d. Élaborer et disséminer un rapport consolidé contenant des résultats et des analyses des recherches qualitatives;

- e. Élaborer et disséminer des axes stratégiques en mobilisation communautaire permettant une diminution en nombre et étendue des barrières identifiées.
- f. Impliquer et collaborer avec les autorités sanitaires et autres acteurs clés tout au long de la durée de cette étude.

## METHODOLOGIE

### ■ TYPE DE L'ETUDE

L'étude a été conduite selon les exigences méthodologiques des enquêtes qualitatives basées sur les outils de la sociologie et de l'anthropologie de la santé. L'approche qualitative a permis « d'acquérir des connaissances précises concernant la réalité sociale et culturelle vécue quotidiennement et vise à déterminer ce qui existe et pourquoi il en est ainsi plutôt que combien en existe-t-il.<sup>\*</sup> »

### ■ POPULATION CIBLÉE

L'étude a ciblé les populations transhumantes du Tchad, notamment les femmes et les hommes des communautés transhumantes, leaders des campements/clans/tribus et/ou leurs représentants coutumiers, points focaux avec des populations sédentaires/autorités administratives ainsi que le personnel des établissements sanitaires ou vétérinaires sur les couloirs de transhumance, personnel des organisations locales/internationales ayant l'expérience professionnelle avec les populations nomades et les chercheurs/experts sur les questions relatives aux populations transhumantes, spécifiquement dans le domaine de la santé.

### ■ ZONES CIBLÉES

Les zones ciblées ont été présélectionnées en concertation avec UNICEF et CNNTA selon une série de critères qui ont visé d'assurer une cohérence géographique et d'optimiser la qualité de l'étude, tels que:

- a. Zones ciblées doivent être couvertes par l'enquête SLEAC, réalisée en aout-septembre 2015 dans les 11 régions de la bande sahélienne;
- b. Zones ciblées doivent être marquées par la présence des populations transhumantes, tenant compte de leur mouvement vers le nord au moment de l'étude;
- c. Zones ciblées doivent être représentatives de la diversité ethnique et linguistique des populations transhumantes;
- d. Zones ciblées doivent être dans une situation sécuritaire compatible avec la présence des équipes.

Suite à la consultation des partenaires, six (6) régions de la bande sahélienne au Tchad, notamment Batha, Bahr-El-Ghazal, Guéra, Kanem, Ouaddai et Wadi Fira, ont été retenues comme ayant répondu aux critères de la présélection.

### ■ ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillon de l'étude a été constitué avec l'aide de la « matrice d'échantillonnage qualitative » (cf. Annexe 1) qui a visé d'assurer la représentativité des régions sélectionnées ainsi que la participation équitable de tous les informateurs clés. Cet outil unique a permis de prendre en compte ces facteurs déterminants ainsi que les mouvements des équipes de l'enquête SLEAC à travers les régions.

Au départ, l'échantillon de l'étude a été établi en fonction de la disponibilité des équipes de l'enquête SLEAC de mener des recherches qualitatives lors de leur passage dans les différentes régions du Tchad. Le planning

<sup>\*</sup> Maier et Goergen, 1994.

préliminaire de l'enquête nutritionnelle a donné l'opportunité à l'utilisation potentielle de 22 jours ouvrés, réparties en plusieurs équipes, pour la collecte des données qualitatives auprès des populations ciblées dans les cinq (5) régions présélectionnées. Dû à un manque de la disponibilité des équipes dans la région d'Ouaddai, celle-ci a été éliminée de l'échantillonnage successif.

Ensuite, vu le rendement de 22 jours ouvrés, i.e. 2 entretiens individuels et/ou discussions de groupe par jour, ce qui se traduit en un total de 44 entretiens individuels et/ou discussions de groupe, et un risque élevé de la non-réalisation de certains entretiens due aux circonstances peu prévisibles, la charge de travail journalier a été augmentée à 3 entretiens individuels et/ou discussions de groupe par jour. Ainsi, 66 entretiens et/ou discussions de groupe ont été échantillonnés.

Vu les défis évidents d'enquêter les peuples des campements transhumants pendant la période de la transhumance, l'équipe de l'étude avait une certaine liberté de modifier l'échantillonnage établi en fonction de la disponibilité des informateurs clés. Par contre, cette liberté n'a été limitée qu'à la méthode de la collecte de données (entretien individuel vs. discussion de groupe) et/ou un choix d'un autre informateur clé dans la même catégorie assignée (cheikh férik<sup>†</sup> vs. damin<sup>‡</sup> ou khalifa<sup>§</sup>).

En fin de compte, l'équipe de l'étude a réalisé 42 + 6\*\* entretiens individuels et/ou discussions de groupe avec un total de 304 personnes, dont 146 femmes et 158 hommes<sup>††</sup>. Ainsi, la cible de l'échantillonnage qualitatif souhaité a été atteinte à 66% mais l'objectif, tel que stipulé dans le protocole<sup>††</sup> élaboré avant le lancement des recherches qualitatives, a été accompli à 96%. Dans ce sens, la décision d'augmenter la charge de travail journalier a été justifiée et a permis de compenser les pertes des entretiens et/ou discussions de groupe due aux imprévisibilités du terrain.

Néanmoins, l'équipe de l'étude n'a réalisé aucun entretien et/ou discussion de groupe avec un damin ou un tradipraticien, même si 4 et 5 entretiens, respectivement, ont été échantillonnés dans toutes les régions enquêtées. Les raisons pour le changement de la cible de ces entretiens individuels dans tous les cas ne sont pas connues. Par contre, dans 8 cas l'équipe de l'étude a respecté la catégorie d'un informateur clé donc la perte de données ne peut pas être constatée. Pourtant il est possible de le constater dans 4 cas (sur un total de 48, soit 8%) où l'équipe de l'étude a changé la cible pour des raisons inconnues et a utilisé un guide d'entretien inapproprié pour échanger avec un informateur clé.

D'ailleurs, l'équipe de l'étude n'a réalisé aucun échange avec les Peuhls, malgré le fait que leurs représentants ont été échantillonnés. Il n'est pas clair pourquoi l'équipe n'a pas saisi cette opportunité mais il y a eu les changements de composition de l'équipe pour l'enquête nutritionnelle à la dernière minute qui pourraient jouer sur la disponibilité des enquêteurs qui maîtrisent le fulfuldé, la langue locale des Peuhls. Ainsi, l'avis de ces peuples n'est pas directement représenté dans cette étude, à part d'un seul entretien de la coordinatrice de l'étude avec les représentants d'une organisation des Peuhls à N'Djamena.

**Table 1 : Aperçu de la couverture multidimensionnelle de l'étude**

Région	Echantillon	Réalisation	%	Type de transhumance	Type de pastoralisme	Ethnie
Bahr-El-Ghazal	12	12	100	G, M, P, S	B, Mo, Mi, S	A, G, K
Batha	21	12	57	G, M, P, S	B, Mo, Mi, S	A
Guéra	12	5	42	G	B, Mi	A
Kanem	15	9	60	G, M, P	B, Mi, S	A, G
Wadi Fira	6	6	100	G, M, P	B, C, Mo, Mi	A

<sup>†</sup> Chef de campement transhumant.

<sup>‡</sup> Intermédiaire sur le marché au bétail.

<sup>§</sup> Représentant du chef de canton au niveau des préfectures et sous-préfectures.

\*\* Entretiens réalisés par la coordinatrice de l'étude à N'Djamena avec les représentants du gouvernement tchadien et/ou organisations nationales et internationales représentant les intérêts des populations transhumantes et/ou en contact régulier avec eux.

<sup>††</sup> Répartis en 15 et 32 entretiens individuels et discussions de groupe respectivement.

<sup>†††</sup> Protocole de recherches qualitatives « Accès aux soins PCIMA des populations transhumantes », Juillet 2015.



**Légende:**

**Type de transhumance:** Grand (> 400 km), Moyen (150 – 400 km), Petit (<150km), Sédentaires

**Type de pastoralisme:** Bouviers, Chameliers, Moutonniers, Mixtes, Semi-agriculteurs

**Ethnie :** Arabes, Goranes, Kanembou (ethnie sédentaire), Peuhls

▪ **TECHNIQUES ET OUTILS DE LA COLLECTE DE DONNÉES**

La présente étude a utilisé des techniques et outils de la sociologie et de l'anthropologie de la santé, tels que:

- a. **Entretiens semi-structurés** à questions ouvertes, c'est-à-dire des entretiens basés sur l'utilisation d'un guide d'entretien dont on fait varier l'ordre exact et le choix des mots en fonction de la personne interrogée<sup>§§</sup>;
- b. **Discussions de groupe**, c'est-à-dire des discussions collectives sur une thématique donnée. Ce type de discussion permet de recueillir et d'analyser les « normes », les perceptions collectives ou dominantes dans la population décrite. Ce type de discussion peut être l'occasion d'identifier des personnes pour les entretiens individuels, par exemple ceux qui ne s'expriment pas devant le groupe.
- c. **Observation participante** qui permet de s'immerger dans le quotidien des personnes et d'observer les pratiques qu'elles n'expriment pas forcément bien oralement (par exemple les pratiques culinaires, organisation des repas, rites thérapeutiques, etc.) ou encore de mesurer l'importance de certaines données: recensement des moyens de locomotion dans un village, présence importante d'emballages de médicaments, etc.
- d. **Recherche documentaire**, c'est-à-dire la revue des publications scientifiques obtenues via des bibliothèques électroniques ainsi que des rapports techniques ou administratifs partagés par le gouvernement tchadien ou les organisations locales/internationales sur la problématique des populations transhumantes en général et sur leur accès aux soins en particulier.

Les guides d'entretien pour chaque profil/catégorie de personne (cf. Annexe 2) ont été développés pour mieux orienter les discussions et assurer l'intégralité et la complémentarité des données recueillies. Les barrières d'accès aux soins PCIMA au Tchad les plus récurrentes ont inspiré les thèmes de recherche. A part des thèmes spécifiques aux programmes PCIMA (ci-dessous), les sujets plus généraux, telles que la vie quotidienne ou l'organisation communautaire, ont été aussi explorés.

Barrière	Thème
<b>Distance / transport</b>	- Moyens de locomotion disponibles au niveau communautaire
	- Faisabilité du transport collectif des enfants les jours de programme
	- Mécanisme d'entraide financière pour couvrir les frais de transport
	- Décentralisation de la prise en charge
	- Modalités de prise en charge et de suivi adaptées aux zones éloignées et isolées
<b>Itinéraire thérapeutique des enfants</b>	- Saisonnalité des difficultés de transport (zones inondables)
	- Pratiques d'automédication: plantes, médicaments de vendeurs ambulants
	- Médecine traditionnelle + magico-religieuse: pratiques, implication des guérisseurs, partenariat avec les CdS
	- Médecine privée: pratiques, formations, partenariat
	- PCIMA: connaissance du programme, gratuité effective, perception du programme, perception et utilisation du PlumpyNut®
<b>Occupations des mères</b>	- Suivi des absents, recherche des abandons, causes des abandons
	- Calendrier saisonnier
	- Gardiennage des enfants, répartition des tâches intrafamiliales
<b>Méconnaissance de la maladie et du programme PCIMA</b>	- Rapports de genre : pouvoir décisionnaire, implication des hommes
	- Représentations de la maladie & champ lexical associé
	- Stigmatisation des familles de MAS

<sup>§§</sup> Hudson, 1994.

- Canaux de communication
- Stratégie de sensibilisation et cibles

Lors des entretiens ou discussions de groupe les questions ont été posées dans les langues locales maîtrisées par des personnes enquêtées.

#### ▪ ASPECTS ETHIQUES

L'équipe de l'étude devait respecter l'anonymat des personnes enquêtées et leur assurer la confidentialité des avis partagés. Egalement, il a été rappelé de strictement observer le principe de non-jugement ainsi que la libre expression de personnes et de capter les témoignages et opinions exprimés en toute fidélité. Chaque participant a été invité à accorder son consentement avant que l'entretien et/ou discussion de groupe ait commencé. La participation aux échanges n'a pas été récompensée quelle que soit la manière et ne représente qu'un bénéfice collectif pour les populations ciblées dans la mesure où les résultats de l'étude orienteront une amélioration des interventions dans le cadre du programme PCIMA.

#### ▪ EQUIPE DE L'ETUDE

L'équipe de l'étude est composée de 22 enquêteurs repartis en 11 équipes de 2 personnes, 5 superviseurs de terrain, un chef d'équipe (responsable pour la réalisation de l'enquête nutritionnelle) et 2 points focaux de l'étude (CMN et UNICEF) qui ont soutenu la collecte de données à distance.

Les enquêteurs ont été recrutés par un comité de recrutement, composé des représentants de la CNNTA et l'UNICEF, suite à l'appel à candidature pour l'enquête SLEAC. Etant donné que l'étude a été intégrée dans l'enquête nutritionnelle, le profil des enquêteurs n'a pas été spécifique aux exigences de recherches qualitatives. Un groupe de 22 enquêteurs a été sélectionné en fonction de leurs compétences linguistiques<sup>\*\*\*</sup> et/ou leur expérience antérieure avec la collecte de données qualitatives.

Une formation accélérée sur les grands objectifs de l'étude ainsi que les méthodes de travail a été développée et assurée par un point focal CMN lors de son passage à N'Djamena avant le lancement de l'enquête nutritionnelle. Dû au manque du temps disponible, il n'était pas possible de vérifier la bonne compréhension des informations partagées par les membres de l'équipe via un test écrit et/ou pratique avant leur déploiement. Cependant, le chef d'équipe a pris l'initiative de revoir l'organisation et le côté pratique de l'étude le jour de leur départ sur le terrain. Chaque membre de l'équipe a reçu un manuel de terrain et un planning de l'étude détaillés ainsi que tous les guides d'entretien nécessaires pour la réalisation des entretiens et/ou discussions de groupe assignés.

#### ▪ DEFIS ET LIMITES

Même si l'intégration à l'enquête SLEAC a permis la réalisation de cette étude importante utilisant des ressources déjà mobilisées pour l'enquête nutritionnelle, elle a subi quelques limitations vu la priorisation de l'enquête SLEAC, telles que la non-réalisation de 34% entretiens et/ou discussions de groupe, y compris la non-représentation d'un groupe ethnique (Peuhl); le recrutement des enquêteurs et superviseurs non-qualifiés pour les recherches qualitatives entraînant la faible qualité de données collectées (réponses non-pertinentes, superficielles, parfois contradictoires; données limitées ou manquantes sur la compréhension de la malnutrition et/ou le programme PCIMA).

De plus, malgré le fait que l'équipe de l'étude a été encouragé à utiliser les téléphones portables permettant l'enregistrement de la voix pour capter le contenu de leurs rencontres dans l'intégralité, aucune équipe n'a exploité cette possibilité. Les avis n'ont été saisis qu'à l'écrit pendant la réalisation d'un entretien et/ou discussion de groupe – ce qui a eu un impact négatif sur la qualité de données collectées. En fait, seulement

<sup>\*\*\*</sup> Particulièrement la maîtrise des langues gorane et fulfuldé.

30% des guides d'entretien pourraient être classée « satisfaisant », en fonction de la complétude des notes, le degré de détail ainsi que la fiabilité qui s'est manifesté à travers des réponses. Ce constat a contribué à la conclusion que l'exhaustivité de données n'a pas été achevée, ce qui s'est visiblement révélé lors de la triangulation de données par méthode, source et ethnie par moyen de l'outil BBO.

## RESULTATS ET ANALYSES

### A. GEOGRAPHIE

#### Localité, topographie, climat, hasards naturels, conflits

Le Sahel au Tchad s'étend sur environ 40 % de la superficie du territoire. Il est limité au nord par la zone saharienne avec moins de 300 mm de pluie par an et la zone soudanienne, fertile, au sud avec 800 – 1200 mm de pluie par an. C'est une zone tropicale où se produit une alternance marquée entre une courte saison humide estivale et une très longue saison sèche, elle-même subdivisée en une saison sèche et chaude, suivie d'une saison sèche et très chaude, qui se termine lorsque les pluies commencent.

En saison sèche, les alizés continentaux, tels que le célèbre harmattan (vent de nord ou de nord-est), balayent constamment la bande sahéenne, souvent chargé de fines particules de sable ou de poussière. La pluie fait totalement défaut. En saison des pluies, les alizés laissent place à la mousson (vent de sud ou de sud-ouest) qui naît du fort contraste thermique entre l'océan Atlantique et le Sahara. C'est le seul moment de l'année où la pluie est largement susceptible de se produire en grande quantité. Toutefois, certaines années, la mousson peut ne pas monter suffisamment en latitude pour atteindre les régions sahéennes et y donner la saison des pluies.

La formation végétale est celle de la savane arbustive du type sahélo-soudanien. C'est la zone par excellence du nomadisme et du pastoralisme transhumant, avec de grands troupeaux parcourant de distances variées en recherche de pâturages. Cependant, à cause de la pression démographique croissante, les pâturages disparaissent au profit de la culture du millet et du sorgho semée par les populations sédentaires. Ceci crée des conflits entre les transhumants et les sédentaires - les uns étant bloqués dans les couloirs de transhumance utilisés depuis les décennies, les autres découragés par les dégâts à leurs nouveaux champs lors de passage des troupeaux.

*« Les nomades restent de plus en plus loin des villes et villages dans ces zones conflictuelles surtout pour éviter les champs et par conséquent les amendes abusives de certains agents de l'état (notamment les forces de l'ordre et les agents des eaux et forêt) qui souvent, cherchent à profiter de cette situation conflictuelle. »*

(La vulnérabilité des éleveurs nomades face aux problèmes de santé humaine au Tchad, p. 11.)



**Carte 1 :** Régions de la bande sahéenne du Tchad inclus dans l'enquête, SLEAC Tchad 2015, y compris cinq régions retenues pour l'étude qualitative sur l'accès aux services PCIMA des populations transhumantes.

## B. PROFIL DEMOGRAPHIQUE

### Composition ethnique et linguistique

Le pastoralisme nomade au Tchad est sous-tendu par une tradition multimillénaire, attestée par l'art rupestre gravé et peint dans les massifs du Nord. Il ne se limite pas seulement à l'exigence zootechnique mais peut être appréhendé comme une forme d'interaction et d'équilibre entre les phénomènes naturels et socioéconomiques. Il est fondé sur l'utilisation maximale des ressources naturelles, en recourant à des moyens essentiellement biologiques.<sup>†††</sup> Les communautés respectives sont marquées par les différents degrés de la mobilité entre des pâturages de deux zones de latitudes et donc de pluviométrie contrastées. Leur mouvement de crue-décru et hautement prévisible et rythmé selon les occurrences de pluies.

Selon la distance parcourue, les transhumants peuvent être classifiés comme **grands transhumants** (bouvier, chameliers) dont l'amplitude de déplacement est d'environ 400 km. Ils déplacent avec tout leur lignage en compagnie de ses troupeaux (e.g. entre Salamat et Abéché). Les **moyens transhumants** (bouvier, chameliers) parcourent les distances d'environ 250 km (e.g. Goz Beïda et Abéché) pendant que l'amplitude de déplacement des **petits transhumants**, souvent moutonniers ou bergers mixtes, ne dépasse pas 150 km (e.g. éleveurs du massif du Ouaddaï).

Du côté ethnique (et très générique), on distingue trois grandes familles des populations transhumantes au Tchad – les **Arabes du Tchad**, les **Goranés** (aussi appelés les Dazas) et les **Peuhls**. Les Arabes sont principalement les chameliers qui effectuent une grande transhumance. En termes d'organisation sociale, ce groupe présente une structure tribale hiérarchisée. Les Goranés sont originaires du Bahr-El-Ghazal et leur société semble avoir une organisation clanique. Les Peuhls sont les éleveurs (notamment de bovins et moutons), disposant d'une forte structuration sociale. Leur système d'élevage est souvent basé sur la recherche de pâturages verts toute l'année et sur la valorisation du lait par les femmes.<sup>†††</sup>

### Statut socioéconomique

La principale **source de revenu** des communautés transhumantes est presque exclusivement l'élevage. Ainsi, la richesse de férik se mesure par la taille de son troupeau.

*« La richesse se mesure au nombre d'animaux, principalement de dromadaires. Celui qui en possède moins de trente est considéré comme un pauvre même s'il possède beaucoup de chèvres et de moutons. Le riche est celui qui possède cent têtes ou plus. Les autres signes de richesse résident dans la possession d'un cheval, le mariage précoce des fils (vers 17 – 18 ans) et aussi les décorations du dromadaire transportant la nouvelle mariée. »*

(Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p.243)

Mais c'est aussi ce troupeau qui incarne des multiples taxes que les éleveurs sont censés à payer lors de la commercialisation du bétail et de ces produits.

*« Il y a la taxe d'exportation des animaux sur pied à 1500 FCFA/tête de bovin, la taxe de laissez passer du commerce intérieur à 1000 FCFA/tête, la taxe de vente d'animaux au marché à 4000 FCFA/tête, la taxe d'abattage 1'500 FCFA/tête de bovin, 1700 FCFA pour le dromadaire, 100 FCFA pour le petit ruminant, la taxe de certification de viande, la taxe de certificat de peau et cuire 500 FCFA, la taxe d'exportation de la viande fraîche 200 FCFA/kg, la taxe de la viande boucané 75 FCFA/kg. A ceux-là s'ajoutent les « droits » du chef traditionnel et du garant.<sup>§§§</sup> »*

A ceux-ci s'ajoutent les amendes payées pour l'entrée des animaux dans les champs plus le dédommagement de

<sup>†††</sup> Etude épidémiologique de la malnutrition en milieu nomade au Tchad : Diagnostic et Approche d'interventions, 2012, p.3.

<sup>†††</sup> Etude sur les sociétés pastorales au Tchad, 2002, p. 15.

<sup>§§§</sup> La cartographie participative en milieu nomade: Un outil d'aide à la décision en santé publique, 2004.

l'agriculteur qui peuvent s'élever à la somme de 500'000 FCFA.

Vu la possession des animaux variés, les populations transhumantes ne font pas généralement face aux problèmes d'un manque de **transport**. En fonction du type de la transhumance et du type de pastoralisme pratiqués, ils ont l'accès aux moyens de locomotion, tels que les chameaux, chevaux, taureaux ou ânes. Même si l'utilisation des chameaux par les femmes peut varier par ethnie, l'utilisation des ânes leur est réservée partout. En cas d'urgence, il est aussi possible d'utiliser des charrettes ou motos.

*« Nous utilisons les chevaux et les chameaux pour se transporter. Les femmes utilisent les ânes ou elles marchent à pied. »*

(Hommes, DS Chaddra, Bahr-El-Ghazal)

*« En cas d'urgence les femmes peuvent monter les chameaux ou utiliser les charrettes. »*

(Femmes, DS Moussoro, Bahr-El-Ghazal)

Les distances entre les **lieux d'installation** du campement et le village le plus près ne semblent pas être motivées par l'appartenance ethnique mais plutôt par le type de transhumance et les régions entre lesquelles les populations se déplacent. Selon les témoignages des groupes transhumants au Kanem et Bahr-El-Ghazal, il est possible d'affirmer qu'ils préfèrent de s'installer assez près de villages sédentaires (1 – 20 km). Par contre, leurs compatriotes à Batha ou Wadi Fira s'installent à des distances plus substantielles, même au-delà de 100 km du village.

*« Nous nous installons à 3 km du village pour avoir l'accès à l'eau et au marché. »*

(Femmes, DS Mangalmé, Guéra)

*« Nous nous installons à 7 km du village pour avoir l'accès rapide à l'hôpital et au marché. »*

(Hommes, DS Chaddra, Bahr-El-Ghazal)

*« Nous nous installons à 40 km du village à cause du bétail. Autrement on a des problèmes avec les sédentaires. »*

(Hommes, DS Oum Hadjer, Batha)

*« Nous nous installons à 100 km du village pour avoir l'accès au pâturage. »*

(Hommes, DS Biltine, Wadi Fira)

Concernant les mouvements, un éclaireur visite au préalable les zones ciblées\*\*\*\* et fait des propositions au conseil du *férik*. Après les discussions, le compromis est recherché, tenant compte des besoins des hommes et des différentes espèces d'animaux. Les décisions ne sont souvent faciles, étant donné que la densité de champs s'accroît, les pâturages deviennent rares, l'abreuvement sur les puisards ne peut pas absorber autant de bétail que les mares. Tout cela oblige hommes et troupeaux à se disperser dans l'espace – ce qui affecte même les unités de base car les bergers sont obligés d'emmener les animaux plus loin alors que le reste de la famille préfère rester plus stable avec les petits ruminants.\*\*\*\*

Les **défis majeurs** des communautés transhumantes, comme soulevés par les personnes interrogées, se concentrent autour du manque d'eau potable et un manque de pâturage qui entraînent la famine et les maladies du bétail et en conséquence les hommes.

*« Notre défi majeur c'est la rareté de la pluie. Sans la pluie, les pâturages sont secs et nos animaux périssent. Sans eux, nous périssons aussi. »*

(Cheikh férik, DS Biltine, Wadi Fira)

*« Nos défis majeurs sont la protection de nos animaux des bêtes sauvages, les soins de nos animaux et les*

\*\*\*\* Avec l'arrivée de la téléphonie mobile, les éclaireurs sont dispensés de longs et double déplacements de va et vient. Le téléphone leur permet de recevoir des informations capitales sur le remplissage des mares d'eau, la disponibilité des pâturages, etc.

\*\*\*\* Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p. 257.

*problèmes de santé dans nos communautés. La perte de nos animaux engendre la perte des vies humaines. »*

(Cheikh férik, DS Mangalmé, Guéra)

*« Le décès du bébé d'Annadif exprime bien la précarité des conditions dans lesquelles vivent les nomades: le manque d'eau potable, le manque d'alimentation équilibrée ou complémentaire pour le bébé, l'exposition aux microbes, le manque de centres de santé ou de médicaments efficaces...mais également, il illustre tristement l'ignorance dans le domaine de l'hygiène et de la santé. »*

(Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p. 222)

## C. PROFIL SOCIOCULTUREL

### Mariage et relations intergénérationnelles

Le **mariage** se pratique le plus souvent au sein de la tribu mais aussi à l'extérieur. Il est organisé par les parents des futurs époux. L'âge moyen du marié est de 17 – 20 ans. Pour la fille, la proposition à mariage peut se produire vers 12 ans ou même avant. Le versement de la dot, au moins en partie, constitue une condition préalable. Autrefois, elle était composée d'animaux. Aujourd'hui elle comprend une somme d'argent (100 à 300 000 FCFA) à laquelle s'ajoutent des animaux et différentes marchandises (bijoux, thé, sucre, parfum, savon, tissus, chaussures).<sup>\*\*\*\*</sup>

La famille habite sous la tente (*beyt*) qui est une habitation adaptée aux besoins des familles mobiles. Elle est facile à monter, à démonter et à transporter. Elle a une forme ovale. Autrefois, elle était couverte de nattes tressées par les femmes. Dernièrement, on recourt aux bâches imperméables. La tente appartient toujours à la femme, jamais à l'homme.<sup>§§§§</sup>

La **répartition des tâches** entre les femmes et les hommes suit une formule simple selon laquelle aux femmes sont confiées les tâches au sein du foyer pendant que les hommes œuvrent à son extérieur, avec des petites variations à travers des ethnies. En d'autres mots, les hommes surveillent les troupeaux, construisent et réparent les enclos pour les animaux, parfois ils puisent de l'eau et cherchent les fagots, pendant que les femmes entretiennent les maisons, préparent des repas, font la lessive, traitent et vendent du lait. Les tâches de valeur communautaire sont divisées entre toutes les femmes du campement une fois par an lors de la cérémonie pendant laquelle une tâche particulière leur est assignée par une « grande femme ».

*« Les femmes s'occupent de la cuisine et des enfants et les hommes du bétail. »*

(Cheikh férik, DS Biltine, Wadi Fira)

*« Les hommes vont paître les troupeaux, les femmes s'occupent des tâches ménagères.. »*

(Cheikh férik, DS Mangalmé, Guéra)

*« Les femmes font marcher la vie quotidienne du campement, elles s'occupent de l'organisation du ménage, elles montent la tente, préparent le repas, ravitaillent la famille en eau. »*

(Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p.84)

*« Au sein de la famille, chaque membre a une occupation. Le père est responsable de subvenir aux besoins familiaux, de veiller aux troupeaux, les vendre et d'aller sur les marchés. La femme est la plus chargée en heures de travail : elle abreuve des petits ruminants et des ânes, ravitaille en eau de boisson et de bois, cuisine, sans oublier les soins aux enfants et la tente (montage, démontage, entretien. Les jeunes garçons assurent la garde des animaux du matin au soir. Parfois ils gardent loin du campement quand les pâturages y sont meilleurs. Les filles secondent leur mère. Les enfants de moins de six ans ont du temps pour s'amuser. Ils accompagnent souvent leurs mères ou les jeunes lors de leurs activités. »*

<sup>\*\*\*\*</sup> Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p. 243.

<sup>§§§§</sup> Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p. 242.



(Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p.242)

Le **pouvoir décisionnaire** est confié aux hommes en tant que chefs de ménage. Si le père n'est pas présent, l'oncle paternel ou le grand-père peut prendre la décision. La femme ne peut jamais décider sauf dans le cas de mariage de sa fille.

*« Les décisions sont prises par l'homme qui est le chef de ménage comme le Coran le souligne. »*

(Cheikh férik, DS Mangalmé, Guéra)

*« Seul le père peut prendre des décisions. Si le père n'est pas présent, l'oncle paternel ou le grand-père les prennent au nom de la famille. La femme n'a pas le droit de décider car elle n'est pas instruite. »*

(Cheikh férik, DS Ati, Batha)

*« L'homme fait toutes les décisions sauf lors d'une demande de mariage ou la femme assiste à la décision du mariage de sa fille. »*

(Imam, DS Ati, Batha)

*« C'est le père qui est responsable des grandes décisions : il choisit d'intégrer ou de quitter tel ou tel campement de transhumance, de le devancer ou de stationner plus loin. »*

(Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p.242)

Au cas où le problème entre un jeune couple se présente, le père ou la mère du garçon ou de la fille peut intervenir pour mettre fin à la dispute et permettre que le jeune couple s'améliore et vive en bons termes. *« Il faut dire que quand ils interviennent, ils y a un changement dans le jeune couple. »*

(Cheikh férik, DS Mangalmé, Guéra)

En ce qui concerne la **garde d'enfants**, elle est complètement sous la responsabilité des femmes comme « les hommes ont autres choses à faire. » Souvent, les grand-mères ou autres membres de la famille comblent les besoins.

*« En réalité les jeunes femmes ne s'occupent pas de leurs bébés. C'est plutôt les grand-mères qui le font. Elles n'ont pas le temps alors elles confient les enfants aux grand-mères. Parfois même les hommes les gardent pendant que les femmes partent en brousse pour chercher les fagots ou puiser l'eau. »*

(Cheikh férik, DS Biltine, Wadi Fira)

Ceci contribue aux **relations intergénérationnelles** et intracommunautaires solides, comme témoigné par le cheikh férik dans la région de Batha,

*« Plusieurs ethnies vivent ensemble. Elles sont instruites en lisant le Coran. Tous les enfants à partir de 10 ans sont instruits par les anciens qui sont déjà expérimentés pour comprendre leur propre ethnie et la distinguer des autres. »*

Le mariage précoce des filles, leur faible pouvoir décisionnaire ainsi que la répartition des tâches bien déterminée selon laquelle la garde d'enfants est confiée uniquement aux mères ou grand-mères (dont tous les deux peuvent être peu informés sur les bonnes pratiques dans le domaine de la planification familiale, grossesse ou l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant) ont la capacité de jouer négativement sur la compréhension des maladies maternelles et infantiles ainsi que la prévention et le traitement de ces indispositions dans le férik, comme détaillé ci-dessous.

## Planification familiale

Les **rapports sexuels** entre les femmes et les hommes sont réguliers et continuent jusqu'à le 4<sup>ème</sup> – 5<sup>ème</sup> mois de la grossesse. Le refus peut créer un problème dans la vie conjugale. Dans le campement à Bahr-El-Ghazal, les hommes s'abstiennent de rapports sexuels avec les femmes enceintes par peur de l'avortement.



Après l'accouchement les rapports sexuels sont normalement repris après 1 – 2 mois « pour satisfaire le mari ». La nouvelle grossesse est toujours souhaitée par les hommes, pas si souvent par les femmes qui souhaitent espacer les naissances.

*« On souhaite chaque nouvelle grossesse parce qu'on ne peut pas refuser l'enfant. »*

(Hommes, DS Biltine, Wadi Fira)

*« Nous ne souhaitons pas tomber enceinte très tôt après l'accouchement parce que notre condition de vie est difficile. Nous voulons faire l'espacement de naissance mais nos maris refusent. »*

(Femmes, DS Oum Hadjer, Batha)

Aucun groupe des personnes interrogées n'a confirmé la connaissance ou l'utilisation de moyens de contraception.

## Pratiques alimentaires

### Principaux aliments

*lait, mil, riz, viande, gombo, maïs, œufs, miel*

*« Le lait a plus de valeur que l'eau. Il est bon pour le soif et la faim. »*

(Organisation à base communautaire, N'Djamena)

« Le lait constitue l'aliment de base. Les produits à se procurer concernent surtout les céréales : sorgho (*berbere*), mil penicillaire (*khalla dokhan*) dont est tirée la fameuse « boule ». Ensuite viennent le sucre et le thé. \*\*\*\* »

Les populations transhumantes mangent 2 à 3 fois par jour, en fonction de ressources disponibles et/ou leurs occupations pendant la journée. La base de l'alimentation dans le campement est le lait (vache ou chamelle) qui est servi avec tous les repas. Pendant que quelques campements à Batha, Guéra et Bahr-el-Ghazal préfèrent manger ensemble « pour renforcer des liens entre eux », la majorité des personnes interrogées a témoigné la division de repas en trois parties pour les hommes, femmes et les enfants.

*« Nous mangeons deux fois par jour, la matinée et le soir, parce qu'entre temps nous sommes au pâturage. »*

(Femmes, DS Oum Hadjer, Batha)

*« Les repas se partagent en famille – cela renforce la relation entre les membres de la famille. »*

(Hommes, DS Mangalmé, Guéra)

*« Les repas sont divisés en trois parties – pour les hommes, les femmes et les enfants – parce qu'il faut distinguer et éviter la contamination des aliments. »*

(Hommes, DS Ati, Batha)

*« On divise les repas en trois parties parce que la tradition interdit aux femmes de manger avec les hommes. »*

(Femmes, DS Biltine, Wadi Fira)

## Tabous alimentaires

Les tabous alimentaires ne semblent pas être très répandus dans les campements transhumants. Les personnes interrogées n'ont mentionné que quelques interdits religieux, tels que le chien, l'âne, le cheval ou le singe pendant que le lait non-bouilli n'est pas interdit mais plutôt déconseillé parce que « ça donne mal au ventre ». Un groupe de femmes à Bahr-El-Ghazal ont mentionné qu'elles ne mangent pas du poisson, mais surtout pour des raisons d'inaccessibilité et odeur.

\*\*\*\* Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p. 244.

« La religion nous interdit de manger l'âne, le cheval et le singe. Ce sont des animaux déconseillés. »  
(Femmes, DS Oum Hadjer, Batha)

« On ne mange pas l'huile parce qu'il n'est pas bon pour le corps. »  
(Accoucheuse traditionnelle, DS Ati, Batha)

« Chez nous, on ne mange pas du maïs parce que les gens tombent malades après. »  
(Hommes, DS Mondo, Kanem)

### Pratiques alimentaires des femmes enceintes/allaitantes

Les pratiques alimentaires des femmes enceintes ou allaitantes ne sont pas restreintes par les interdits mais plutôt par les effets sur le corps d'une mère ou de l'enfant. Entre autres, les femmes évitent la consommation du piment, de la viande et de la sauce, du lait et des poulets ainsi que des aliments sucrés. A part de quelques exceptions, les femmes semblent d'éviter les aliments riches en valeurs nutritionnels pour éviter des complications au moment de l'accouchement. Cette pratique de l'anorexie volontaire pour avoir le plus petit bébé possible et réussir à accoucher seule n'est pas seulement une solution pragmatique vu le risque élevé de l'accouchement loin du campement / services sanitaires mais elle est considérée comme une marque de bravoure. Il va sans dire qu'elle reflète négativement sur la santé du nouveau-né, notamment si les populations adhèrent au culte de la minceur, comme détaillé dans la section sur la compréhension locale de la malnutrition ci-dessous.

« Nous ne mangeons pas le sucre, le lait et le piment parce que cela fait enfler le corps de la femme et ballonner le ventre de l'enfant. »  
(Femmes, DS Chaddra, Bahr-El-Ghazal)

« Les femmes enceintes peuvent pas manger la viande, le lait et les aliments sucrés. »  
(Femmes, DS Biltine, Wadi Fira)

« On ne peut pas boire le thé et manger la boule parce que l'enfant peut tomber malade. »  
(Femmes, DS Oum Hadjer, Batha)

### Allaitement maternel & sevrage

Les femmes allaitent leurs bébés dès la naissance. Étant « riche en éléments nutritifs », le colostrum semble être régulièrement donné mais il est toujours accompagné par l'eau simple, l'eau bénie ou l'eau sucrée<sup>++++</sup>. L'allaitement maternel exclusif n'est pas ainsi respecté. Les aliments de complément, tel que la bouillie, sont servis à partir du 7<sup>ème</sup> ou 8<sup>ème</sup> mois, avec une exception pour les bébés dont les mères perdent le lait maternel précocement. Dans ce cas, les aliments de complément sont donnés aussitôt qu'à partir du 4<sup>ème</sup> mois après la naissance.

« Les bébés commencent manger la bouillie à partir du 4<sup>ème</sup> mois si la mère souffre de l'insuffisance du lait. »  
(Femmes, DS Oum Hadjer, Batha)

« Les bébés commencent à manger la bouillie à partir de 6<sup>ème</sup> mois. Le lait de la chamelle est donné à partir de 2 ans, le lait de la vache entre 2 et 3 ans pour assurer le bon développement du corps. »  
(Femmes, DS Biltine, Wadi Fira)

« Les bébés mangent tout à partir de 7<sup>ème</sup> mois. Mais le lait de mouton, la boule ou le riz ne sont pas donnés jusqu'à au moins 5 ans. »  
(Femmes, DS Chaddra, Bahr-El-Ghazal)

<sup>++++</sup> Etude épidémiologique de la malnutrition en milieu nomade au Tchad.

L'eau bénie est le résidu de lavage d'une ardoise en bois sur laquelle est écrit des versés coraniques en encre noire, fait essentiellement du charbon de bois, de la gomme arabique et de l'eau.

Les femmes allaitent jusqu'à 15 – 24 mois mais arrêtent en cas de la nouvelle grossesse. Selon la majorité des personnes interrogées, l'allaitement pendant la grossesse peut provoquer la diarrhée ou autres maladies. Seuls deux groupes de femmes ont mentionné qu'elles continuent allaiter pour protéger leurs enfants contre les maladies.

*« Nous allaitons les bébés malgré la nouvelle grossesse pour les protéger des maladies. »*

(Femmes, DS Noukou, Kanem)

*« Chez les nomades, il n'y pas d'enfants qui sont sevrés à moins d'un an. Ceux qui sont allaités pendant 2 ans représentent 92%. Les causes pour le sevrage avant 2 ans sont la grossesse précoce et le travail qui consiste à s'éloigner du domicile. »*

(Etude épidémiologique de la malnutrition en milieu nomade au Tchad, p. 112)

## D. ORGANISATION SOCIALE ET ACTEURS COMMUNAUTAIRES

La transhumance suppose une organisation sociale complexe qui permet d'assurer le bon fonctionnement des unités mobiles et leur redevabilité envers les autres fériks, les communautés sédentaires et/ou les instances étatiques. Elle suppose également un dispositif de prise de décision qui puisse fonctionner en permanence car il peut y avoir des décisions opportunes à prendre à tout moment : avancer, stationner, accélérer, ralentir, abreuver, soigner, coopérer, etc. Aux acteurs actifs dans les programmes PCIMA ou autres, dont cibles sont les populations transhumantes, la compréhension de l'organisation sociale permettrait de s'adresser aux personnes disposant du pouvoir décisionnaire ainsi que de développer des schémas d'échange d'information adaptés à ces structures mobiles.

Au sommet de l'échelle s'assoie le **chef de canton** qui sert d'intermédiaire entre l'administration tchadienne et les populations transhumantes. Il veille au respect des alliances (*ahalie*) passées avec d'autres communautés – nomades ou sédentaires – et rend la justice pour les affaires ordinaires. Il est basé au chef-lieu de canton et ne se déplace qu'en cas de problème important.

Le **khalifa** est un représentant d'un chef de canton basé au niveau des préfectures et sous-préfectures. Lors de la transhumance il peut quitter le poste quand les ressortissants du canton transhument ailleurs. Le khalifa peut aussi incarner le rôle de **damin** qui sert d'intermédiaire sur les marches à bétail. Il atteste la provenance des animaux vendus par les éleveurs et certifie que ce ne sont pas des bêtes volées. Il retient une commission par animal vendu qu'il partage avec la mairie.

Le **chef de campement**, *cheikh férik*, aussi dénommé *dayne* quand les troupeaux se déplacent, représente l'unité résidentielle des éleveurs qui se déplacent ensemble avec leurs animaux. Il est le représentant du chef de canton et, à ce titre, est reconnu par l'administration tchadienne. Il est assimilé à un chef de village en milieu nomade. Il détient plusieurs responsabilités, entre autres, collecter les impôts et les transmettre au chef de canton, rendre justice et amender les coupables, régler les problèmes entre les membres de son *férik*, prospecter les futurs pâturages, etc.

*« Mon rôle est de représenter la communauté; régler les différents conflits. Les décisions sont prises par le collège de personnes âgées et communiquées automatiquement à tous les membres de la communauté après une rencontre. Les informations sont vite partagées et même les jeunes savent ce qui est décidé. »*

(Cheikh férik, DS Mangalmé, Guéra)

*« Cheikh férik a un rôle surtout pacificateur - il règle des mésententes dans le campement; et un rôle informatif et éducatif. Il est chargé de partager les idées et les informations. Les décisions sont prises par le cheikh férik seul ou il se soumet aux conseils de ses collaborateurs. »*

(Cheikh férik, DS Biltine, Wadi Fira)

Comme impliqué ci-dessus, le premier cercle de la prise de décision se compose d'un *cheikh férik* ainsi que quelques proches parents qui lui servent de conseillers, sans oublier le marabout, *al faki*. Ensuite vient le second cercle composé des différents chefs de famille.<sup>\*\*\*\*</sup> Ceci, en effet, reflète une composition d'un *férik* en tant qu'une unité de transhumance qui absorbe trois autres niveaux d'organisation: *férik* en tant qu'une unité familiale de base, *férik* en tant qu'une unité de gestion et *férik* en tant qu'un groupe par affinité.

<sup>\*\*\*\*</sup> Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p. 253.

Campement comme une famille de base se compose généralement du père, de son épouse et de leurs enfants non-mariés vivant sous la même tente. S'il s'agit d'un père polygame, chaque épouse a sa tente pour elle et ses enfants. La famille dispose de son propre cheptel.

Campement comme une unité de gestion se compose de deux ou plusieurs ménages regroupant leurs animaux afin de constituer une unité économique viable – souvent dans le besoin impératif d'avoir un jeune berger de 14 à 20 ans pour conduire et surveiller le troupeau – notamment lors de la transhumance – pour prévenir les dégâts potentiels aux champs de sédentaires.

Campement comme un regroupement de tentes sur la base de l'affinité se compose des unités familiales de proches parents, par exemple des frères.

Campement comme une unité de transhumance est une association de tous ces niveaux qui créent un ensemble très solidaire et organisé autour de la défense des intérêts communs. Le campement reste compact au nord; au sud, il se disperse un peu mais les membres restent en contact et finissent par se retrouver avant la remontée.<sup>§§§§§</sup>

## E. CANAUX DE COMMUNICATION FORMELS ET INFORMELS

Les canaux de communications utilisés dans le milieu de nomade peuvent sembler être très basiques, pourtant ils sont très efficaces et adaptés aux déplacements continus de ces populations. Le plus souvent, ils utilisent les variations de « bouche à l'oreille ».

*« Chef de canton crée une commission pour passer l'information – par téléphone ou par cheval en cas de panne téléphonique. »*

(Imam, DS Mondo, Kanem)

*« Chef de férik désigne des jeunes pour passer l'information aux autres. S'ils sont à la grande distance, ils se déplacent à cheval. »*

(Cheikh férik, DS Biltine, Wadi Fira)

Selon Béchir<sup>\*\*\*\*\*</sup>, les régulations de la transhumance reposent exclusivement sur les échanges d'informations. Ces échanges ont lieu essentiellement sur les marchés hebdomadaires, chez les chefs traditionnels et à toutes les rencontres formelles ou informelles. La radio est aussi une source importante de réception et de diffusion des informations. 78% des ménages transhumants disposent d'un poste radio récepteur. Les émissions les plus écoutées sont les communiqués en langue locale et l'émission radio rurale qui diffuse des informations éducatives. La station étrangère la plus connue et la plus écoutée est la BBC diffusant en langue Arabe.

D'ailleurs, le téléphone portable est une possession précieuse qui a révolutionné le monde nomade. Il permet très facilement d'avoir des informations nécessaires. Les appareils les plus prisés sont ceux dont la batterie peut tenir au moins une semaine. Ainsi, ils sont rechargés les jours de marchés hebdomadaires à partir de groupes électrogènes. Des systèmes de recharge rudimentaires à l'aide de piles à torche sont aussi développés sur place.<sup>†††††</sup>

Pour la communication au sein d'un férik et/ou la communication avec les féricks avoisinants au cas d'urgence ou circonstances bien-déterminées, les messages sont communiqués par la voix et/ou tambour utilisant un code agréé en avance et reconnu par tous ses utilisateurs.

*« La nuit est tombée au même moment. La femme du vieux Azzaz a frappé le tambour: trois coups longs puis plusieurs coups rapides, recommençant ce code plusieurs fois. Tous les féricks dans un rayon de vingt kilomètres ont pu, de cette façon, être informés que des personnes étaient mortes. Ils ont, à leur tour, sorti leurs tambours pour*

<sup>§§§§§</sup> Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p. 242 - 257.

<sup>\*\*\*\*\*</sup> Etude épidémiologique de la malnutrition en milieu nomade au Tchad, p. 133.

<sup>†††††</sup> Etude épidémiologique de la malnutrition en milieu nomade au Tchad, p. 132.

*transmettre le message plus loin. »*

(Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p. 222)

*« On est allé voir son petit frère Abderrahmane qui fait paître les chameaux à quelques minutes du campement. Pour l'appeler il a crié « Ouuuuuuuu ! » de manière très aigue et en montant sur la fin. Et son petit frère a répondu de la même manière pour signaler sa position. « C'est notre Thuraya à nous ! » s'écrie Djibrine en plaisantant. »*

(Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p. 77)

En ce qui concerne le programme PCIMA, il n'est pas du tout clair quels canaux de communication sont utilisés à cette fin. On pourrait supposer que le *cheikh férik* est chargé de la dissémination d'information une fois cette information est partagée avec lui par les agents venant de l'extérieur mais tenant compte du niveau des connaissances sur la malnutrition et/ou le programme PCIMA des informateurs clés, il est peu probable que les membres de fériks soient sensibilisés. D'ailleurs, peu d'organisations nationales ou internationales déclarent d'avoir des « stratégies avancées » pour approcher les communautés transhumantes vu le coût et les efforts extraordinaires nécessaires pour chercher ces regroupements dans les grandes espaces vides de la bande sahélienne. Si les équipes sont déployées, la sensibilisation se fait en forme des discussions directes avec les membres du campement et/ou les messages clés sont reliés aux chefs de campement qui sont responsabilisés pour leur diffusion.

Canaux de communication	Diffusion de messages	« Leader d'opinion » encourage l'action	« Modèle » démontre la lutte et le succès	Engagement communautaire	Dialogue sur les barrières et solutions
« Peer à Peer »	x	x	x	x	x
« Porte à Porte »	x	x	x	x	x
Discussions communautaires	✓	✓	x	x	x
Théâtre communautaire / Evènements spéciaux	x	x	x	x	x
Mass médias	x	x	x	x	x

\* Dans le tableau au-dessus, les carrés orange représentent les canaux de communication utilisés dans le cadre du programme PCIMA dans les campements transhumants. Les carrés en bleu représentent les activités complémentaires recommandées afin de renforcer la sensibilisation et stimuler le changement de comportement. Ils représentent aussi l'approche de la communication participative qui prend ses racines dans les médias et s'affine vers le dialogue sur les barrières et solutions au niveau « peer à peer ».

## F. SANTÉ

Les principaux facteurs affectant la morbidité en milieu nomade sont entre autre (i) la proximité aux animaux qui favorise les maladies zoonotiques (ii) la mobilité et la dispersion qui les éloignent des structures existantes, (iii) l'environnement hostile qui les expose à l'humidité quand ils campent en bordures des cours d'eau et à la chaleur lorsqu'ils transhument vers les dunes (iv) et aussi les facteurs socioéconomiques et culturels incluant la présence ou l'absence des tradipraticiens. \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* Utilisation d'un centre de santé par des pasteurs nomades arabes, 2004.

La dizaine de **maladies infantiles** les plus citées par les personnes interrogées sont le paludisme, suivi par la fièvre, la diarrhée, la toux, la bronchite, la rougeole, le rhumatisme, la grippe, la méningite, la coqueluche et les douleurs des dents. Seuls les hommes dans le campement Abgoutia à Mangalmé ont mentionné la malnutrition comme une maladie infantile récurrente.

En termes de causes, la population lie souvent ces maladies à la qualité de l'alimentation et/ou de l'eau, le changement de saisons entraînant le changement de température (froid/vent) et/ou l'arrivée de la pluie qui est automatiquement associée avec une plus grande concentration des moustiques.

*« Les maladies sont causées par les aliments et l'eau sales. »*

(Femmes, DS Chaddra, Bahr-El-Ghazal)

*« Les maladies sont causées par les changements de température. Le vent et les moustiques nous apportent les malaises. »*

(Hommes, DS Noukou, Kanem)

Certains hommes ont mentionné la faiblesse ou la fatigue, les autres les symptômes tels que le vomissement, la fièvre ou l'amaigrissement.

*« Les maladies viennent avec la fièvre et l'amaigrissement. »*

(Femmes, DS Oum Hadjer, Batha)

Certains groupes ont même admis de ne pas connaître les causes de maladies.

*« Nous ne savons pas pourquoi les maladies apparaissent. Personne ne nous a expliqué les causes des maladies qui nous dérangent. »*

(Femmes, DS Biltine, Wadi Fira)

Quant au **recours aux soins**, la préférence est donnée aux traitements autres que le centre de santé, tels que l'automédication par l'utilisation des plantes et racines médicinales (jububier, savonnier), les repas enrichis (le lait, l'huile au lait, le miel, la soupe de poisson ou de poulet) ou médicaments génériques achetés auprès des vendeurs ambulants en avance et immédiatement disponibles dans le cas d'une maladie. Les croyances dans le pouvoir de la prière sont fortes et strictement observées par tous les membres du campement lors de l'aggravation de l'état du malade. A ce moment, le marabout, *al faki*, joue un rôle essentiel.

Au férik, *al faki* est avant tout un éleveur comme les autres, mais il acquiert un statut spécial par sa connaissance du Coran. Il dirige des prières communes, il participe aux jugements des affaires courantes de façon à attester que les principes musulmans soient respectés, il écrit des versets coraniques (en guise de gris-gris) afin de protéger ceux qu'ils lui en demandent contre les maladies, les mauvais esprits, les balles d'un fusil, etc. §§§§§§

*« Le soir, Houlou Telbo sacrifie u mouton et les hommes du férik viennent faire des invocations pour son fils qui s'est cassé la main en tombant d'un âne cet après-midi. »*

(Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p.101)

*« ...la femme a l'air effectivement mal en point: elle est allongée, sa respiration est très rapide et elle tremble. Les hommes se réunissent, l'installent sur une natte et font des invocations autour d'elle. Al faki Nour lit le Coran. Karfou sacrifie un chèvre, en plus de préparer le thé pour ses hôtes qui font des invocations. Il distribue aussi un peu l'argent comme sadaka afin que les invocations puissent être mieux exaucées. Il met un peu de la viande à cote pour sa femme. »*

(Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p.105)

Seulement dans trois cas, les personnes interrogées ont mentionné le recours au centre de santé en tant que le

§§§§§§ Au cœur de la transhumance, Un campement chamelier au Tchad central, p. 256.

premier recours aux soins. Par contre, 35% (n= 12) ont mentionné le recours au centre de santé en cas d'échec du traitement traditionnel.

*« Si la maladie est grave, on utilise les services au niveau de centre de santé mais il faudrait construire un CdS sur les couloirs de transhumance. »*

(Femmes, DS Oum Hadjer, Batha)

*« On utilise certains feuilles des plantes mais on ne se rend à l'hôpital qu'en cas de complication. Le service sanitaire a une grande importance pour nous mais ça coute cher. »*

(Cheikh férik, DS Biltine, Wadi Fira)

*« On utilise des soins traditionnels à base des plantes et racines. Parfois on consulte le centre de santé quand la maladie ne s'améliore pas. Ils nous soignent mais on n'apprécie pas tellement parce que tout est payant. »*

(Cheikh férik, DS Mangalmé, Guéra)

Selon Wiese<sup>\*\*\*\*\*</sup>, les éleveurs n'accordent qu'une importance secondaire à la santé humaine face aux problèmes quotidiens primordiaux: le bien-être de leur bétail, l'accès à l'eau, au natron au pâturage et la sécurité de la propriété et de l'intégrité personnelle. Ils ont donc peu de capacité et de motivation pour faire des efforts exceptionnels en faveur de leur propre santé avant qu'ils ne soient tombés au lit. Ils cherchent le poste de santé dans un état avancé de maladie qui affecte sévèrement leur vie quotidienne. Comme il a été mentionné ci-dessous, un éleveur connaît tout un système pluriel de soins dont le service de santé n'est pas la seule source de traitement.

D'ailleurs, les éleveurs doivent régulièrement payer des prix plus chers car ils sont considérés comme riches.<sup>+++++</sup> A cela s'ajoute des coûts indirects comme le transport, l'alimentation et la prise en charge intermédiaire du bétail.<sup>+++++</sup>

*« Le traitement au centre de santé est efficace en cas de maladie grave mais inaccessible. Il faut louer les pousse-pousses jusqu'à 50 000 F pour accéder aux soins. »*

(Imam, DS Oum Hadjer, Batha)

*« Quand on vient à l'hôpital, on nous escroque. Ni les femmes ni les enfants n'ont l'accès à la campagne de vaccination. »*

(Femmes, DS Oum Hadjer, Batha)

*« Les populations transhumantes ont peur d'approcher la ville. Ils ne connaissent pas leurs droits et les malfaiteurs en profitent. Ils pensent que les structures sanitaires ne sont pas pour eux. »*

(Organisation à base communautaire, N'Djamena)

*« Comme les éleveurs sont presque tous analphabètes, ils ne disposent d'aucun moyen de réclamer leurs droits, notamment les prix réguliers. On a fortement l'impression que dans certains postes de santé - pour ne parler pas de la majorité - les éleveurs nomades sont reçus comme les propriétaires niais d'une richesse sur quatre pattes dont on peut profiter sans aucun scrupule et danger. »*

(La vulnérabilité des éleveurs nomades face aux problèmes de santé humaine au Tchad, p. 11.)

Pour les femmes surtout, une consultation chez un médecin est difficile, car elles sont dépendantes du soutien de leur mari ou d'un membre de leur famille. Ainsi, les femmes pratiquent plutôt l'automédication et ne consultent un centre de santé que tardivement.<sup>§§§§§§§§</sup>

En plus de toutes ces barrières, une fois que les éleveurs arrivent dans un centre de santé, ils le trouvent souvent dans un état techniquement inadéquat et mal équipé – ce qui ne satisfait pas leurs attentes.<sup>\*\*\*\*\*</sup>

*« Les éleveurs avec qui nous avons parlé, caractérisent un poste de santé comme un lieu où l'accueil est hostile, dont le traitement n'est plus efficace mais plus cher et plus difficile à accéder par rapport aux vendeurs ambulants »*

\*\*\*\*\* La vulnérabilité des éleveurs nomades face aux problèmes de santé humaine au Tchad, 2002, p. 12.

+++++ Utilisation d'un centre de santé par des pasteurs nomades arabes - Une étude de cas au Kanem, Tchad, 2004.

+++++ Utilisation d'un centre de santé par des pasteurs nomades arabes - Une étude de cas au Kanem, Tchad, 2004.

§§§§§§§§ La santé des pasteurs mobiles au Sahel – Bilan de 15 années de recherches et de développement, 2013.

\*\*\*\*\* Utilisation d'un centre de santé par des pasteurs nomades arabes - Une étude de cas au Kanem, Tchad, 2004.



*illégaux, bien connue sous le nom de 'Dr. Choukous'. Toutefois, il y a des exceptions remarquables telles que le poste de santé d'Am Doback. Avec un tel service apprécié par les éleveurs, ils reconnaissent largement une efficacité potentielle des traitements biomédicaux en cas de plusieurs problèmes de santé. Se basant sur l'expérience faite dans ces postes de santé, on peut également conclure que les éleveurs nomades ont plutôt une capacité remarquable de chercher un soin apprécié par eux-mêmes. Les coûts réguliers - pas abusifs - ne sont sûrement pas une barrière primordiale pour la plupart des éleveurs. »*

(La vulnérabilité des éleveurs nomades face aux problèmes de santé humaine au Tchad, p. 11.)

## Grossesse

Les personnes interrogées ne témoignent pas des soins particuliers étant offerts aux femmes pendant la grossesse. Dans les cas de malaises, telles que la fatigue, le stress, le vomissement, ou les œdèmes, elles font recours aux herbes médicinales ou les repas enrichis en l'huile ou la viande. Si les complications ne peuvent pas être autrement surmontées, elles font le recours au centre de santé. Les pères ne se sentent pas trop concernés par les grossesses mais peuvent aider les femmes de déplacer des choses lourdes, si nécessaire.

*« Ils n'existent pas des soins particuliers pour les femmes enceintes. Parfois les herbes médicinales sont nécessaires quand la femme fait face aux difficultés. La soupe peut aussi aider. »*

(Hommes, DS Chaddra, Bahr-El-Ghazal)

*« Les femmes continuent leurs responsabilités ménagères comme avant. Le père ne joue aucun rôle pendant la grossesse mais peut intervenir au cas de difficultés. »*

(Hommes, DS Biltine, Wadi Fira)

## Accouchement

Dans la grande majorité de cas, les femmes accouchent à la maison. Dans le cas de complications, elles font l'appel aux accoucheuses et/ou le personnel au centre de santé. Elles ne reçoivent pas des soins particuliers après l'accouchement, à part des repas enrichis, tels que le lait de la vache ou chamelle, mélangé ou pas avec l'huile, la bouillie ou le poulet épicé.

*« Les femmes accouchent à la maison si elles n'ont pas des difficultés. Après l'accouchement elles reçoivent du lait de la chamelle pour récupérer rapidement. »*

(Hommes, DS Biltine, Wadi Fira)

*« Les femmes accouchent à la maison, parfois en déplacement. Dans les cas compliqués, elles sont aidées par les accoucheuses ou le personnel au centre de santé. Il n'y a pas des soins particuliers, elles se baignent seulement en l'eau chaude. »*

(Femmes, DS Oum Hadjer, Batha)

*« Les femmes accouchent au férik parce qu'elles ont des matrones pour assurer leur intimité. Après l'accouchement elles reçoivent l'huile ou lait mélangé avec l'huile et le poulet épicé. »*

(Hommes, DS Mondo, Kanem)

## G. COMPREHENSION LOCALE DE LA MALNUTRITION

### Termes locaux & compréhension globale

Les personnes interrogées se sont référées à la malnutrition en utilisant neuf termes locaux. Aucun terme n'était pas plus récurrent que l'autre, étant donné que dans 40% de cas les données pertinentes n'ont pas été collectées dû à l'absence de la maladie dans le campement (suite à laquelle les énumérateurs ont terminé le questionnaire ou l'entretien a été interrompu pour des raisons inconnues). Ainsi, les données collectées ne peuvent pas être considérées exhaustives mais pourtant elles dévoilent quelques tendances élémentaires.



Terme local	Langue	Signification
kommbo / konenbo	XX	<i>(traduction littérale pas connue)</i>
amsilele	G	« ventre ballonné, un enfant qui ne trouve pas des bonnes choses à manger »
abtohal	A	« gros ventre », « maigre avec gros ventre »
moukartit	A	« enfant avec gros ventre, pieds gonflés »
mitatif	A	« gonflement »
batil	A	« amaigrissement »
rigueiyaka	A	« maigre »
koumourse	G	« enfant qui n'a pas été allaité depuis sa naissance, ainsi en carence nutritionnelle »
mbidou	P	<i>malnutrition</i>

Tout d'abord, les informateurs clés ont reconnu toutes les deux formes de la malnutrition. Pendant que certains ont décrit le marasme, les autres ont témoigné la connaissance de la kwashiorkor. Les termes locaux penchent vers le contraste habituel de la maigreur et le gonflement. Entre deux termes en gorane, un terme fait une allusion directe à la qualité de l'alimentation tandis que l'autre lie la maladie au manque de l'allaitement maternel depuis la naissance.

Par contre, les communautés transhumantes ne semblent pas être trop concernées par le phénomène de la malnutrition. En effet, la maladie peut paraître un peu paradoxale dans le milieu nomade vu la consommation régulière du lait.

« Si l'enfant boit du lait caillé, il ne peut pas être malnutri. »

(Organisation à base communautaire, N'Djamena)

Si toutefois, l'enfant tombe en malnutrition, son état est sans hésitation lié à celui des animaux.

« La transhumance est notre mode de vie depuis des siècles. Longues générations de nos peuples ont vécu dans les mêmes conditions et n'ont jamais été malnutris. Mais si l'animal n'est pas bien nourri, l'enfant aussi n'est pas bien nourri. »

(Organisation à base communautaire, N'Djamena)

« L'alimentation est constituée surtout de lait et de céréales. La quantité du lait dépend de la disponibilité du pâturage pour le bétail. Moins il y a de nourriture, plus la production laitière est faible. »

(Evolution saisonnière du statut nutritionnel des enfants nomades et sédentaires de moins de cinq ans dans le Sahel au Tchad)

D'ailleurs, la finesse du corps est considérée comme un atout plutôt qu'un handicap. Le mode de vie nomade est extrêmement dynamique et changeant et tous ses composants doivent être pleinement adaptés à la mobilité, y compris les habitations qui peuvent être démontées en 15 minutes ainsi que les familles d'éleveurs qui doivent veiller à la finesse de leurs corps pour pouvoir marcher et courir des grandes distances derrière leurs troupeaux. Dans la même optique, une silhouette ronde est associée avec l'immobilité et la mort précoce.

« Entre les nomades, le retard de croissance est vue positivement. Personnes grasses vieillissent rapidement, attrapent des maladies, vieillissent et meurent plus rapidement. Personnes maigres sont plus résistantes, elles ont un plus grand potentiel de survie dans la brousse. »

(Organisation à base communautaire, N'Djamena)

« L'enfant idéal doit embrasser quatre aspects: spirituel, intellectuel, émotionnel et physique. Le dernier n'est jamais associé avec le grand ventre. »

(Organisation à base communautaire, N'Djamena)

Selon Béchir<sup>++++++</sup>, la prévalence de la malnutrition entre les enfants nomades et sédentaires n'est pas statistiquement différente. Pourtant, les carences en vitamine A sont très marquées chez les sédentaires pendant que l'anémie est plus accentuée chez les nomades.

En ce qui concerne l'âge des enfants, le pic chez les enfants nomades est situé entre le 24<sup>ème</sup> et le 36<sup>ème</sup> mois, c'est-à-dire après la période d'allaitement déclarée, avec un risque quatre fois supérieur à celui des enfants de moins de 6 mois<sup>++++++</sup>. L'âge et l'état nutritionnel des mères y jouent aussi son rôle. Les enfants nomades dont les mères sont âgées de 20 à 30 ans ont un risque trois fois plus important que les enfants avec des mères de moins de 20 ans – principalement dû au manque de l'appui de la part des grands-mères ce qui (naturellement) augmente leur charge de travail pendant que leurs propres besoins énergétiques ne sont pas suffisamment couverts.

S'agissant de l'appartenance ethnique, la malnutrition ne semble pas préférer une ethnie à l'autre. L'apparition de la maladie est plutôt liée au type de la transhumance pratiquée (les grands transhumants étant plus épuisés par les grands trajets) ainsi qu'à la qualité des pâturages et éventuellement au type d'animaux dans le troupeau. En d'autres mots, pendant que les pâturages verts, en général, encouragent la production laitière plus abondante – l'aliment de base des enfants nomades – la disponibilité des petits ruminants peut couvrir des besoins nutritionnels du férik même pendant la période de soudure, pendant laquelle les camelins et les bovins ne produisent pas suffisamment. Ceci pourrait expliquer la prévalence moins importante chez les Peuhls par rapports les Arabes ou les Goranes.<sup>§§§§§§§§</sup>

### Compréhension locale des causes, symptômes et effets de la malnutrition

Les informateurs clés reconnaissant la malnutrition ont cité l'espacement de naissance, la faim et le paludisme chronique comme ses causes principales. Quant aux symptômes, les personnes interrogées ont mentionné, entre autres, le gonflement du ventre, les cheveux crépus, la diarrhée et le vomissement.

*« La malnutrition est provoquée par les grossesses précoces. L'enfant a un ventre gonflé et des cheveux crépus. »*  
(Cheikh férik, DS Biltine, Wadi Fira)

*« La malnutrition est provoquée par la faim. Cette condition apparait pendant la saison sèche. L'enfant est gonflé et fatigué. »*  
(Cheikh férik, DS Oum Hadjer, Batha)

*« La malnutrition est provoquée par l'eau sale bue par l'enfant. L'enfant souffre de la diarrhée, il vomit, ses membres sont gonflés. »*  
(Hommes, DS Ati, Batha)

*« Les gens pensent que la malnutrition est provoquée par le manque d'hygiène. »*  
(Personnel soignant, DS Mongo, Guéra)

*« L'enfant malnutri a la faim. Il est maigre, son ventre est ballonné et il manque l'appétit. »*  
(Hommes, DS Chaddra, Bahr-El-Ghazal)

Par contre, une grande partie des informateurs clés n'était pas en mesure de citer aucune cause, symptôme ou effet de la malnutrition.

*« Nous ne connaissons pas cette maladie. On n'a pas des enfants pareils dans notre communauté et on n'a été jamais sensibilisé sur ce sujet. »*  
(Femmes, DS Oum Hadjer, Batha)

*« Je ne connais pas cette maladie, comment elle provoquée ni traitée. »*

<sup>++++++</sup> Etude épidémiologique de la malnutrition en milieu nomade au Tchad, p. 48.

<sup>++++++</sup> Etude épidémiologique de la malnutrition en milieu nomade au Tchad, p. 50.

<sup>§§§§§§§§</sup> Human and animal health in nomadic pastoralist communities of Chad: zoonoses, morbidity and health services, p.67.

(Cheikh férík, DS Mangalmé, Guéra)

Curieusement, les deux parties se sont mises d'accord sur la question de la stigmatisation. En reconnaissant la malnutrition ou pas, les informateurs clés supposent que la malnutrition est une condition honteuse pour les enfants et/ou leurs parents.

*« Cette condition est stigmatisée. Ça dérange de regarder l'enfant comme ça. Les parents ont la honte et reçoivent des critiques de la part de la communauté entière. »*

(Cheikh férík, DS Ati, Batha)

*« La malnutrition représente l'ensorcellement. C'est très mal vu dans la société. L'enfant est rejeté. »*

(Hommes, DS Moussoro, Bahr-El-Ghazal)

*« L'enfant malnutri est un signe de la malédiction. »*

(Hommes, DS Chaddra, Bahr-El-Ghazal)

*« Selon les populations transhumantes, les enfants qui crient et pleurent sont possédés par le génie. Ils sont rejetés. »*

(Organisation à base communautaire, N'Djamena)

*« Malnutrition représente la honte pour les concernés. Malgré la sensibilisation, les parents préfèrent cacher leurs enfants. »*

(Médecin Chef de District, DS Mao, Kanem)

*« La malnutrition est stigmatisée. Les mères se moquent d'un enfant malnutri. »*

(Personnel soignant, CdS Amdoback, Kanem)

Un seul groupe d'hommes dans le district sanitaire de Mangalmé s'est prononcé contre la stigmatisation de la malnutrition.

*« Aucune maladie ne peut être stigmatisée. Un mauvais comportement à l'égard d'un malade est condamnable. »*

(Cheikh férík, DS Mangalmé, Guéra)

## Itinéraires thérapeutiques

Considérant la compréhension limitée des populations transhumantes sur la malnutrition, le recours aux soins ne diffère pas des autres maladies. Les informateurs clés affirment l'utilisation des produits ou traitements traditionnels, des médicaments achetés au marché, des prières et même le recours au centre de santé si toutes autres options n'apportent pas la guérison.

*« On lui donne le lait de la chamelle parce qu'elle mange différentes plantes qui peuvent guérir. »*

(Cheikh férík, DS Oum Hadjer, Batha)

*« Si l'enfant est malade, quel que soit la maladie, on prie. »*

(Hommes, DS Ati, Batha)

*« On essaie le traitement traditionnel et les médicaments du marché d'abord. Si ça n'aide pas, on s'organise pour aller au centre de santé. »*

(Hommes, DS Chaddra, Bahr-El-Ghazal)

Selon le témoignage d'une organisation à base communautaire, *« les Peuhls possèdent une richesse de connaissances de plantes médicinales qui peuvent guérir des maladies habituelles. Pour cela, ils n'ont pas une habitude de rechercher des soins chimiques au niveau de centre de santé. Ils le font seulement, si les maladies – les nouvelles maladies – les dépassent. »*

## H. PERCEPTION DU PROGRAMME PCIMA

### Compréhension locale du programme PCIMA, sa population cible et critères d'admission

38% des guides d'entretien utilisés pour les échanges avec les informateurs clés sur leurs connaissances du programme PCIMA ont manqué de réponses pertinentes sur le sujet. 21% des personnes interrogées admettent ne pas le connaître pendant que 41% avouent avoir entendu parler du programme PCIMA mais leurs précisions démontrent une compréhension limitée ou même fausse.

*« Il s'agit de la distribution des vivres. »*

(Imam, DS Moussoro, Bahr-El-Ghazal)

*« Selon ce qu'on connaît il s'agit de l'aide nutritionnelle pour les enfants. Il faudrait absolument le programme pareil pour les parents. »*

(Hommes, DS Ati, Batha)

Un groupe de femmes a attesté connaître le programme PCIMA mais ne pas croire en son efficacité pendant qu'un bon nombre des informateurs clés dans plusieurs régions n'ont pas hésité à admettre que leur prise en charge a été refusé sur la base de l'appartenance ethnique.

*« Nous connaissons le service mais nous ne croyons pas en son efficacité. Les enfants vomissent après le traitement. »*

(Femmes, DS Noukou, Kanem)

*« Le RCS nous a dit qu'on n'est pas dans le programme. »*

(Cheikh férik, DS Mangalmé, Guéra)

*« Le service PCIMA ne prend pas en compte les nomades. »*

(Cheikh férik, DS Oum Hadjer, Batha)

*« Nous connaissons le programme un peu – c'est le programme pour les malades – mais on ne peut pas l'apprécier comme le programme n'est pas pour nous. »*

(Hommes, DS Mondo, Kanem)

Seulement une quantité négligeable des informateurs clés, plutôt sédentaires, ont démontré la connaissance correcte du programme PCIMA et/ou le traitement offert.

*« Je connais le programme PCIMA et le PlumpyNut®. C'est un traitement très efficace. Les mères doivent servir les sachets reçus à leurs enfants malnutris plusieurs fois par jour. »*

(Imam, DS Mondo, Kanem)

### BARRIERES ET FACILITATEURS

ou facteurs positifs et négatifs ayant un impact sur l'accès aux soins et la couverture du programme PCIMA

Suite à l'analyse approfondie des données recueillies, les facteurs suivants ont été identifiés et confirmés comme ayant un impact sur l'accès aux soins des populations transhumantes dans les régions de Bahr-el-Ghazal, Batha, Guéra, Kanem et Wadi Fira au Tchad. Les facteurs sont classés par ordre d'importance, suite à la triangulation des données par source, méthode et ethnité. Pour plus de détails, veuillez référer à l'outil BBQ en Annexe 2.

#### Barrières (facteurs négatifs)

*Méconnaissance de la malnutrition*  
*Automédication*  
*Stigmatisation*  
*Manque du dépistage*

#### Boosters (facteurs positifs)

*Certaines connaissances sur le programme PCIMA*  
*Appréciation du programme PCIMA*  
*Certaines connaissances sur la malnutrition*

*Manque de la sensibilisation communautaire*

*Méconnaissance du programme PCIMA*

*Rejet*

*Barrières géographiques*

*Manque de moyens financiers*

Sans doute, la plus grande barrière d'accès aux soins est la **méconnaissance de la malnutrition et/ou du programme PCIMA**. Ni la **sensibilisation** ni le **dépistage** n'ont été suffisamment adaptés au milieu nomade pour pouvoir au moins les informer de la maladie, ses causes, symptômes, effets ainsi que le traitement. Certaines organisations nationales ou internationales dépensent des grandes énergies sur le ciblage de ces peuples, en ignorant leur organisation communautaire et un grand potentiel de s'informer entre eux une fois que l'information est correctement reliée à leur leadership. Le peu d'information qui a été partagée pour motiver le recours aux soins a été discrédité quand les enfants ont été **rejetés** au niveau des structures sanitaires sur la base d'appartenance ethnique. Certains informateurs clés ont fait allusion à la **mobilité** et/ou un **manque de moyens de déplacement** en tant que barrières d'accès mais l'analyse approfondie des sources de ces données a relevé que ces facteurs ne posent pas des problèmes particuliers aux populations transhumantes mais plutôt représentent l'interprétation de leurs défis par les informateurs clés sédentaires ou semi-sédentaires. Par contre, la **distance** et/ou l'**accessibilité** saisonnière peuvent être problématiques en fonction de la distance entre le campement et le centre de santé le plus proche même si les fériks tendent à choisir leur lieu d'installation selon les besoins ponctuels de leur groupement, dont l'accès aux soins a été souvent cité. Cependant, victimes de la double-taxation (les frais du traitement exagérés et les amendes perçues comme abusives en cas de dégât par leur bétail), les communautés transhumantes peuvent s'éloigner de village et par conséquent de toute infrastructure possible, si leur situation financière ne permet pas de couvrir les coûts éventuels.

*«Même si nous avons les moyens, nous n'avons pas le temps d'aller dans un centre de santé, parce que quand tu as un enfant et que tu l'amènes à l'hôpital, tu n'auras personne pour surveiller le troupeau à ta place. Nous avons aussi un grand problème avec les militaires qui sont placés dans les petits postes de contrôle. Quand un animal pénètre dans un champ, ils profitent de cette occasion pour nous obliger à leur donner beaucoup d'argent sinon tu n'auras pas ta vache ou bien ton cheval ».*

(Utilisation d'un centre de santé par des pasteurs nomades arabes)

Du côté positif, il est évident que **certaines connaissances sur la malnutrition** couplées avec les **connaissances du programme PCIMA** peuvent motiver l'utilisation du service dans les cas où la maladie dépasse les connaissances ou les traitements traditionnels. Ensuite, la guérison incite l'**appréciation du service** et sa vulgarisation entre les membres des communautés mobiles.

## I. STRATEGIES DE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

### Réseaux des bénévoles (couverture, capacité, aptitude)

Aucune information précise recueillie pour pouvoir apprécier les réseaux des bénévoles dans le milieu nomade. Cependant, il est à noter qu'aucun réseau de relais communautaires transhumants n'a été mis en place.

### Dépistage actif & passif (acteurs, outils, fréquence, planification et suivi)

L'organisation du dépistage des enfants malnutris dans le milieu nomade n'a été pas confirmée par 94% des informateurs clés. En fin de compte, il est possible de le considérer comme non-existant.

### Sensibilisation (acteurs, thèmes, outils, fréquence, variété, planification et suivi)

L'organisation des séances de sensibilisation dans le milieu nomade n'a été pas confirmée par 90% des informateurs clés. Au même titre que le dépistage, il est possible de la considérer comme non-existante ou très limitée aux districts sanitaires qui bénéficient de l'appui des organisations nationales ou internationales qui déploient des stratégies avancées pour s'approcher des populations transhumantes.

*« Il y a aucune sensibilisation sauf pour la vaccination contre le polio depuis le 10<sup>ème</sup> mois de l'année passée. »*

(Cheikh férík, DS Biltine, Wadi Fira)

## CONCLUSION

Les communautés transhumantes démontrent des grandes capacités d'adaptation à l'environnement constamment changeant. La mobilité, qui est à la fois une des plus grandes valeurs et un moyen de survie, se transforme en flexibilité de la pensée et l'innovation, si les circonstances l'exigent. Peut-être c'est cette mobilité qui encourage la recherche de stabilité ou appui dans les relations interpersonnelles, les communications ou même l'apprentissage. Les éleveurs possèdent des façons indigènes et modernes pour échanger les messages d'importance au sein et en dehors de leur férik. Le même s'applique au traitement des maladies animales et leur grande appréciation des vaccins qui sont, à nos jours, presque exclusivement recherchés pour combattre certains pathogènes.

Les résultats du présent rapport indiquent que l'innovation n'a pas encore pénétré le domaine de la lutte contre la malnutrition. La malnutrition, en tant que telle, est peu reconnue par les populations transhumantes qui considèrent la finesse du corps comme un atout plutôt qu'un handicap. Avec le dépistage et/ou la sensibilisation communautaire très limitée ou non-existante, ces communautés ne perçoivent pas les risques de la maladie et savent très peu du programme PCIMA et de son traitement. Les stratégies classiques, par le biais de relais communautaires, ou les stratégies avancées, par le biais des équipes mobiles, ne s'appuient pas suffisamment sur l'organisation communautaire des populations transhumantes et leur rythme de vie pour pouvoir les intégrer dans les activités.

Pourtant, la revue documentaire ainsi que les entretiens avec les informateurs clés ont identifié un nombre de possibilités à travers lesquelles le système de santé fixe pourrait se rapprocher des populations transhumantes et leur offrir des soins nécessaires (cf. Recommandations). Cependant, tous les efforts doivent être précédés par la quantification du risque de la malnutrition dans le milieu transhumant et la recherche plus exhaustive des déterminants qui pèsent sur la compréhension de cette maladie entre ces peuples.

## RECOMMANDATIONS

1. **Réaliser une enquête nutritionnelle afin d'estimer la prévalence de la malnutrition aigüe sévère / malnutrition aigüe globale dans le milieu transhumant.**

L'enquête nutritionnelle, adaptée au milieu transhumant, devrait cibler toutes les ethnies principales (Arabes, Goranes et Peuhls) et considérer de manière représentative le type de pastoralisme (chameliers, bouviers, moutonniers, mixtes) et le type de transhumance pratiqués (grande, moyenne, petite).

2. **Réaliser une étude qualitative approfondie afin de compléter et enrichir les résultats et analyses du présent rapport afin d'établir le répertoire le plus exhaustif possible des connaissances, croyances et perceptions des populations transhumantes en relation avec la malnutrition et son traitement.**

L'étude qualitative devrait cibler toutes les ethnies transhumantes principales au Tchad et/ou à travers les pays du Sahel et considérer de manière représentative le type de pastoralisme (chameliers, bouviers, moutonniers, mixtes) et le type de transhumance pratiqués (grande, moyenne, petite).

Il est suggéré de recourir aux chercheurs, organisation nationales et internationales ainsi qu'aux instances étatiques œuvrant dans le milieu transhumant afin d'acquérir la véritable compréhension des enjeux liés à la malnutrition et le recours aux soins respectif qui alimentera, à son tour, le développement des stratégies de communications adaptées aux contextes spécifiques à chaque ethnie.

Il est également suggéré de cartographier les grands axes de transhumance par pays et par région et d'établir les points où les communautés mobiles ont tendance de se rassembler et/ou rester plus longtemps. Toutes les activités de la sensibilisation et mobilisation communautaire devraient être planifiées pour la mise en œuvre pendant ces périodes de la sédentarisation temporaire.

D'ailleurs, il est suggéré de cartographier toutes les structures sanitaires et vétérinaires par région et par district qui se trouvent dans la proximité de ces couloirs de transhumance. Ces structures devraient être priorisées pour le renforcement des capacités interpersonnelles et techniques, couvrant une variété des sujets sur la santé animale et humaine.

La cartographie devrait comprendre un recensement des activités existantes (initiatives vétérinaires, hydrauliques, éducatives, etc.) afin de créer des synergies importantes et solutions holistiques pour la mise en œuvre.

3. **Elaborer et mettre en place une stratégie nationale d'engagement communautaire adaptée au milieu transhumant visant à améliorer l'accès de ces populations aux services PCIMA**

Il est suggéré d'établir les contacts avec les représentants des communautés transhumantes à tous les niveaux, notamment au niveau du district/préfecture, et utiliser les canaux de communication disponible à eux pour valoriser les messages diffusés et créer des synergies avec d'autres initiatives existantes. Il est hautement suggéré d'entreprendre la coopération avec les postes vétérinaires et/ou organisations pastorales et hydrauliques qui ont souvent une longue expérience de travail avec les éleveurs.

Vu la fréquentation des postes vétérinaires par les populations transhumantes, il est suggéré de les considérer en tant que points potentiels de la sensibilisation des hommes sur les questions de la malnutrition. Le même s'applique aux jours de marché visités par ces derniers pour la vente du bétail et/ou la recharge de leurs téléphones portables. Ensuite, les hommes, notamment les chefs de campement, pourraient être chargés de la diffusion de messages partagés au sein de leur férik ou même du dépistage des enfants en utilisant le périmètre brachial.

La téléphonie mobile, une vraie révolution dans le monde transhumant, pourrait compléter ces efforts à travers la télémédecine et/ou la messagerie ciblée encourageant le dépistage des enfants, notamment pendant la période de soudure.

Toutes les activités de la sensibilisation et mobilisation communautaire (en masse) devraient être planifiées pour la mise en œuvre pendant les périodes de la « sédentarisation » temporaire. Il est aussi suggéré d'utiliser cette période pour la désignation et la formation des relais communautaires, provenant de fériks,



qui pourraient ensuite entreprendre la première diagnostique et liasonner avec les structures sanitaires, si besoin, pendant que le férik est en mouvement.

Il est aussi suggérer de cibler les écoles mobiles et/ou les campagnes d’alphabétisation de masse pour la sensibilisation sur la malnutrition et/ou autres sujets pertinents de la santé animale et humaine.

A cet égard, il convient de reconnaître l’étonnant dynamisme des réseaux informels de Dr. Choukou qui approvisionnent les communautés mobiles en médicaments de la santé animale et humaine sans se heurter visiblement contre la barrière de distance. Une stratégie de contractualisation entre ces Dr. Choukou et les services locaux du Ministère de la santé pourrait permettre de renforcer la formation de ces acteurs privés, de contrôler la qualité des produits commercialisés et d’encourager l’essor du dépistage et la prise en charge des enfants malnutris.

#### **4. Préparer les outils de communication avec les populations transhumantes et renforcer les capacités des intervenants clés**

Suite aux recherches qualitatives approfondies il est suggéré de développer les messages clés adaptés au niveau de la compréhension de la malnutrition et son traitement de chaque ethnie étudiée. Ensuite, il est suggéré de créer des pamphlets contenant les messages clés en langue locale et pictogrammes et assurer que le personnel de santé partage ce pamphlet avec les populations transhumantes lors de leur prise en charge aux structures sanitaires.

Il est également suggéré de créer un contenu de séances de sensibilisation des populations transhumantes, adapté à leur système de valeurs et croyances.

#### **5. Améliorer la qualité du service PCIMA dans les centres de santé en proximité des couloirs de transhumance et/ou marchés du bétail.**

Assurer que le personnel possède des qualités professionnelles, interpersonnelles et linguistiques pour accueillir des patients transhumants.

Assurer que les populations transhumantes reçoivent toutes les informations pertinentes lors de leur prise en charge (y compris la sensibilisation sur la malnutrition, PlumpyNut®, solutions locales, etc.)

Etablir un système de gestion de données pour les populations transhumantes qui ne vont pas refléter négativement sur leurs statistiques mensuelles des structures sanitaires.

Etablir un système de référencement vers un autre centre de santé lors de la transhumance.

## BIBLIOGRAPHIE

- Agence Française de Développement. **La santé des femmes au Tchad, entre urgence et développement: Échanges entre acteurs et initiatives pour améliorer la santé de la reproduction**, 2013.
- Agronomes & Vétérinaires Sans Frontières. **Mixed service of human and animal health in pastoral zones: an innovative and promising experience**, 2010.
- Béchir, M. et al. **Approche novatrice des vaccinations en santé publique et en médecine vétérinaire chez les pasteurs nomades au Tchad: Expériences et coûts**, Médecine Tropicale, 2004.
- Béchir, M. et al. **Evolution saisonnière du statut nutritionnel des enfants nomades et sédentaires de moins de cinq ans dans le Sahel au Tchad**, Médecine Tropicale, 2010.
- Béchir, M. et al. **Statut nutritionnel et diversité alimentaire chez les femmes nomades et sédentaires rurales de la rive sud-est du Lac Tchad**, Médecine Tropicale, 2011.
- Béchir, M. **Etude épidémiologique de la malnutrition en milieu nomade au Tchad : Diagnostic et Approche d'interventions** (PhD thesis), University of Basel, 2012.
- Béchir, M. et al. **Parasitic Infections, Anemia and Malnutrition Among Rural Settled and Mobile Pastoralist Mothers and Their Children in Chad**, EcoHealth, 2012.
- Daugla D.M. et al. **Répartition de la morbidité dans trois communautés nomades du Chari-Baguirmi et du Kanem, Tchad**, Médecine Tropicale, 2004.
- Donnat M. **Le recours aux soins de santé primaire. L'usage spécifique des lieux, en milieu pastoral au Tchad**, L'Information géographique 2009/4 (Vol. 73), p. 48-61.
- Duteurtre G. **Etude sur les sociétés pastorales au Tchad**, Rapport CIRAD-EMVT n°02-051, 2002.
- Foukou et al. **A la recherche des déterminants institutionnels du bien-être des populations sédentaires et nomades dans la plaine du Waza-Logone de la frontière camerounaise et tchadienne**, Médecine Tropicale, 2004.
- Montavon A. et al. **La santé des pasteurs mobiles au Sahel – Bilan de 15 années de recherches et de développement**, Tropical Medicine and International Health, 2013.
- Sellen D.W. **Nutritional status of Sub-Saharan African pastoralists: a review of literature**, Nomadic peoples, 1996.
- Sheik-Mohamed A. et al. **Where health care has no access: the nomadic populations of Sub-Saharan Africa**, Tropical Medicine and International Health, 1999.
- Schelling E. **Human and animal health in nomadic pastoralist communities of Chad: zoonoses, morbidity and health services** (PhD thesis), University of Basel, 2002.
- Schelling E et al. **Learning from the delivery of social services to pastoralists**, The World Initiative for Sustainable Pastoralism, 2008.
- Wiese, M. et al. **A preliminary study on the health-problems in nomadic communities: A case-study from the prefecture of Chari-Baguirmi, Chad**, 2000.
- Wiese, M. **La vulnérabilité des éleveurs nomades face aux problèmes de santé humaine au Tchad**, Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire, 2000.
- Wiese, M. **Quelle stratégie pour un suivi éducatif, sanitaire et nutritionnel efficace des enfants en milieu nomade?** In: UNICEF & Ministère de l'Education Nationale du Tchad: Actes de séminaire sous régional sur l'éducation de base en milieu nomade de l'Afrique sahélo-saharienne. Ndjamen, 7 au 10 février 2000. UNICEF, p76-95.

Wiese M. et al. **Utilisation d'un centre de santé par des pasteurs nomades arabes - Une étude de cas au Kanem, Tchad**, Médecine Tropicale, 2004.

Wiese et al. **La cartographie participative en milieu nomade: Un outil d'aide à la décision en santé publique - Étude de cas chez les Dazagada du Bahr-El-Ghazal (Tchad)**, Médecine Tropicale, 2004.

Wyss K et al. **Réflexions pour une meilleure prise en charge de la santé en milieu nomade au Tchad**, Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire, 2000.

Wyss K. et al. **Quels types de services de santé pour les populations nomades? Apprentissages des activités de recherche et d'action au Tchad**, Médecine Tropicale, 2004.

Yemadji N. **Perspectives de la promotion des services de santé en milieu nomade au Tchad**, Médecine Tropicale, 2004.

Zinsstag J. **Pastoralisme nomade et santé au Tchad**, Médecine Tropicale, 2004.

Zinsstag J. et al. **Health of nomadic pastoralists: new approaches towards equity effectiveness**, Tropical Medicine and International Health, 2006.



## ANNEXES

**ANNEXE 1:** MATRICE D'ECHANTILLONAGE

**ANNEXE 2:** OUTIL BBO

**ANNEXE 3:** GUIDES D'ENTRETIEN



## ANNEXE 1: MATRICE D'ECHANTILLONAGE

Region	DS	H	F	CF	K	D	GT	AT	AR	RC	CdS	PV	PP	ONG	GdT
Bahr El Ghazal	Moussoro	DdG	DdG		ESD	ESD				ESD*		ESD			
Bahr El Ghazal	Chaddra	DdG	DdG	ESD			ESD*			ESD*	ESD*				
Kanem	Mao						ESD*			DdG*	DdG				
Kanem	Noukou	DdG	DdG			ESD		ESD*	ESD*	ESD*					
Kanem	Mondo		DdG	ESD	ESD			ESD*	ESD*		DdG Amdoback				
Batha	Yao	DdG	DdG		ESD		ESD				ESD	ESD*			
Batha	Ati		DdG < 20 ans	DdG		ESD		ESD*	ESD*	ESD*					
Batha	Oum Hadjer	DdG	DdG	ESD	ESD		ESD*		ESD*	ESD*	ESD*	ESD*			
Guéra	Mangalmé	DdG < 20 ans	DdG	ESD				ESD*		ESD*	ESD*				
Guéra	Mongo		DdG	ESD		ESD				DdG*	ESD	ESD*			
Wadi Fira	Biltine (Arada)	DdG	DdG		ESD		ESD*		ESD*		DdG				
N'Djamena	N'Djamena												ESD	4 x ESD**	2 x ESD***
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>

\*\* AFD, AFPAT, ACTT, \*\*\* MEH, CNNTA

### Légende

**H:** Hommes  
**F:** Femmes  
**CF:** Cheikh ferik  
**K:** Khalifa  
**D:** Damin  
**GT:** Guérisseur traditionnel  
**AT:** Accoucheuse traditionnelle

**AR:** Autorité religieuse  
**RC:** Relais communautaire  
**OCB:** Organisation à base communautaire  
**CdS:** Personnel au centre de santé  
**PV:** Personnel au poste vétérinaire  
**PP:** Plateforme pastorale  
**ONG:** Organisation non-gouvernementale  
**GdT:** Gouvernement tchadien

**DdG:** Discussion de groupe  
**ESD:** Entretien semi-directif  
**O:** Observation

\* en contact avec les peuples nomades



## ANNEXE 2: OUTIL BBO

BARRIÈRES	Source	Ethnie	Méthode	BOOSTERS	Source	Ethnie	Méthode
<b>Méconnaissance de la malnutrition</b> - non-reconnaissance de la maladie - malnutrition pas considérée un problème de santé - liée à la sorcellerie	3xF, 4xH, 4xAR, AT, 3xCF, RC, PS, 2XPV, 3xOCB	AR, GO, PE	DdG, ESD	<b>Certaines connaissances de la malnutrition</b> - « maladie de la faim » - reconnaissance de certains symptômes	2xH, 2xCF	AR	DdG, ESD
<b>Stigmatisation</b> - famille écartée – malédiction	2xF, 3xH, AR, AT, CF, KH, 3xRC, 2xPS, PV	AR, GO	DdG, ESD	<b>Connaissance du programme PCIMA</b> - guérison des enfants - acceptation de référencement	2xF, 2xH, AR, AT, CF, KH, PS	AR	DdG, ESD
<b>Méconnaissance du programme PCIMA</b> - distribution des vivres	2xF, 4xH, AR, CF, 2xPS, PV, OCB	AR, GO, PE	DdG, ESD	<b>Appréciation du programme PCIMA</b> - guérison des enfants - acceptation de référencement	F, H, AR, AT	AR	DdG, ESD
<b>Manque de la sensibilisation communautaire</b>	2xF, 3xH, 2xCF, 2xAR, KH, PS, 2xPV, OCB	AR, KA, PE	DdG, ESD	<b>Légende :</b> <b>F</b> Femmes de la communauté <b>H</b> Hommes de la communauté <b>CF</b> Cheikh férik (chef de campement) <b>KH</b> Khalifa (représentant du chef de canton au niveau des préfectures et sous-préfectures) <b>D</b> Damin (intermédiaire sur les marchés au bétail) <b>AR</b> Autorité religieuse (imam, prêtre, etc.) <b>OCB</b> Organisation à base communautaire / association <b>GT</b> Guérisseur traditionnel <b>M</b> Marabout <b>RC</b> Relais communautaire <b>RCS</b> Responsable de CdS <b>CdS</b> Personnel soignant au CdS <b>PV</b> Personnel au poste vétérinaire  <b>AR</b> Arabe <b>GO</b> Gorane <b>KA</b> Kanembou <b>PE</b> Peuhl  <b>DdG</b> Discussion de groupe semi-directive <b>DI</b> Discussion de groupe informelle <b>ESD</b> Entretien semi-directive <b>EI</b> Entretien informel			
<b>Manque de dépistage communautaire</b>	3xF, 5xH, CF, 2xAR, AT, KH, 2XPV, OCB	AR, GO, PE	DdG, ESD				
<b>Barrières géographiques</b> - distance - accessibilité pendant la saison pluvieuse	F, H, 2xAR, 2xAT, CF, 2xRC	AR, GO	DdG, ESD				
<b>Manque de moyens financiers</b> - coût de soins + coût de déplacement	3xH, AR, AT, 2xRC, PS	AR	DdG, ESD				
<b>Automédication</b> - plantes/racines médicinales - médicaments du marché	F, 5xH, 2xAR, AT, CF, 2xKH, 3xRC, PS, PV, 3xOCB	AR, GO, PE	DdG, ESD				
<b>Rejet</b> - exclusion des enfants nomades	2xH, 2xCF, RC	AR	DdG, ESD				



## ANNEXE 3: GUIDES D'ENTRETIEN

(dossier séparé)