

ÉTUDE SUR LES DETERMINANTS ET BARRIERES DES BONNES PRATIQUES NUTRITIONNELLES AU TCHAD

RAPPORT DEFINITIF

Pays	Tchad
Type de mission	Étude
Commanditaire de l'étude	Bureau PAM du Tchad
Région	Afrique centrale
Équipe de l'étude	Delon MADAVAN, chef de mission Blanche MATTERN, Experte technique Félix KAGUENANG, coordonnateur socio-anthropologique Cedrix BAMIO, Expert statisticien, Expert statisticien en charge des données secondaires Douswe DEHAINSALA, Expert statisticien en charge des données secondaires Alain FOYABA, coordonnateur terrain Hubal PFUMTCHUM, assurance qualité, coordonnateur
Durée de l'étude	Décembre 2021– Novembre 2022
Version du document	Finale

Oversee Advising Group (OAG)

info@myoag.org | www.myoag.org

05 Novembre 2022



SOMMAIRE

RESUME EXECUTIF	9
1. INTRODUCTION	21
2. CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.....	22
2.1 Orientation méthodologique générale de l'étude.....	22
2.2 Objets d'études.....	22
2.2.1 Définition des concepts clés.....	22
2.2.2 Typologie des pratiques nutritionnelles couvertes par l'étude.....	24
2.2.3 Cadre hypothétique des déterminants des pratiques nutritionnelles envisagées.....	26
2.3 Zonage, échantillonnage, ciblage.....	28
2.3.1 Stratégie générale de zonage l'étude.....	28
2.3.2 Échantillonnage de l'étude.....	28
2.3.3 Ciblage de l'étude.....	30
2.3.4 Autorisation et éthique de l'étude.....	30
2.4 Dispositif méthodologique de l'étude socio-anthropologique.....	30
2.4.1 Principales sources des données utilisées pour les analyses.....	30
2.4.2 Orientation méthodologique générale.....	31
2.4.3 Ethnographie des pratiques nutritionnelles.....	32
2.4.4 Ethnographie de la relation entre contexte socio-économique et pratique nutritionnelle.....	33
2.4.5 Synthèse du dispositif socio-anthropologique.....	34
2.5 Outils de collecte, saisie et analyse des données.....	34
2.6 Limites, difficultés et risques.....	35
2.6.1 Les limites.....	35
2.6.1.1 Modification de l'exercice de catégorisation alimentaire.....	35
2.6.1.2 Dénier de l'existence de la malnutrition et refus de collaborer à l'étude dans le BET.....	35
2.6.2 Les difficultés.....	35
2.6.2.1 Difficultés à mettre en place les activités à cause de la célébration de la journée de la femme.....	35
2.6.2.2 Adapter son plan de route pour respecter les délais.....	35
2.6.2.3 Adapter la population cible à la réalité du terrain.....	35
2.6.2.4 Problème d'accessibilité au réseau Internet et la transmission des données.....	36
2.6.2.5 Le défi de la retranscription des données sur le terrain.....	36
2.6.2.6 Le défi de la traduction.....	36
2.6.2.7 Transformer un ESD en consultation associative pour répondre à l'engouement suscité par l'étude.....	37
2.6.3 Les risques identifiés avant l'étude.....	37
2.6.3.1 La question de la rémunération des chefs de village.....	37
2.6.4 Les risques non identifiés avant l'étude et apparus sur le terrain.....	37
2.6.4.1 Sécurité de l'équipe.....	37

2.6.4.2	Diminuer le nombre de personnes à enquêter pour certains ESD pour ne pas surcharger les équipes	37
2.7	Considérations éthiques	37
3.	RESULTATS DE L'ETUDE	39
3.1	Connaissances de la sous-nutrition par la communauté	39
3.1.1	Connaissances relatives à la sous-nutrition	39
3.1.2	Barrières d'accès à la connaissance d'un facteur risque de l'état nutritionnel	40
3.1.3	Sources de connaissance	41
3.2	Pratiques liées à la sécurité nutritionnelle	43
3.2.1	Facteurs socio-culturels	52
3.2.1.10	Facilitateurs d'ordre socio-culturels	91
3.2.2	Facteurs socio-économiques	94
3.2.2.9	Barrières socio-économiques liées aux moyens d'existences	114
3.2.2.10	Facilitateurs d'ordre socio-économique de bonnes pratiques nutritionnelles	116
3.2.2.11	Déterminants d'ordre socio-économiques aux bonnes pratiques nutritionnelles	119
3.2.3	Facteurs liés aux vulnérabilités naturelles qui influencent les PN	123
3.2.3.1.	Barrières aux bonnes pratiques nutritionnelles liées aux vulnérabilités naturelles	123
3.2.5	Déterminants	126
3.2.6	Facteurs liés aux ressources structurelles pouvant influencer PN	127
3.2.6.1	Barrières aux bonnes PN liées aux ressources structurelles	127
3.2.7	Facilitateurs liés aux ressources structurelles	130
3.2.8	Déterminants liés aux ressources structurelles	131
3.2.9	Facteurs liés aux vulnérabilités politiques et aux conflits	133
3.2.9.1	Barrières liées aux vulnérabilités politiques et aux conflits	133
3.3	Stratégie de réponse communautaire face à la sous-nutrition	134
3.3.1.	Parcours thérapeutique (sous-nutrition et maladie de l'enfant)	134
3.3.2.	Mécanismes de résilience communautaire (SAME)	136
3.3.3.	Stratégies menées par la communauté (ANJE)	139
3.4.	Communication communautaire pour le changement	139
3.4.1.	Personnes ressources au sein de la communauté et en dehors (changement de comportement)	139
3.4.2.	Moyens de communication utilisés	141
4.	CONCLUSION	146
5.	RECOMMANDATIONS	147
ANNEXES		151
Annexe 1 :	Guide d'entretien pour les FGD Sous-nutrition avec les femmes	151
Annexe 2 :	Guide d'entretien pour les FGD Nutrition avec les femmes	152
Annexe 3 :	Guide d'entretien pour les FGD Santé avec les femmes	155
Annexe 4 :	Guide d'entretien pour les FGD SAME & WASH avec les femmes	156
Annexe 5 :	Guide d'entretien pour FGD Sous-nutrition avec les hommes	158
Annexe 6 :	Guide d'entretien pour FGD Nutrition avec les hommes	159

Annexe 7 : Guide d'entretien pour FGD Santé avec les hommes	161
Annexe 8 : Guide d'entretien pour FGD SAME & WASH avec les hommes	162
Annexe 9 : Questionnaire pour les ESD pratiques nutritionnelles - Matrone	163
Annexe 10 : Questionnaire pour les ESD pratiques nutritionnelles – Grands-mères	165
Annexe 11 : Questionnaire pour les ESD pratiques nutritionnelles – Mères SNI-SNIM.....	167
Annexe 12 : Questionnaire pour les ESD pratiques nutritionnelles – Père SNI-SNIM.....	169
Annexe 13 : Questionnaire pour les ESD pratiques nutritionnelles - Tradipraticiens.....	172
Annexe 14 : Questionnaire pour les ESD pratiques nutritionnelles – Représentante femme.....	173
Annexe 15 : Questionnaire ESD Contexte et Pratiques nutritionnelles – Autorités coutumières.....	175
Annexe 16 : Questionnaire ESD Contexte et Pratiques nutritionnelles – Instituteurs	176
Annexe 17 : Questionnaire ESD Contexte et Pratiques nutritionnelles – Autorités locales et administratives.....	177
Annexe 18 : Questionnaire ESD Contexte et Pratiques nutritionnelles – Personnels de santé	178
Annexe 19 : Questionnaire ESD Contexte et Pratiques nutritionnelles – Agent de santé communautaire	181
Annexe 20 : Questionnaire ESD Contexte et Pratiques nutritionnelles – Représentants associatifs.....	183
Annexe 21 : Procédure d'échantillonnage de l'enquête SA	185
Annexe 22 : Planification de travail sur un site d'étude pour l'enquête SA	189
Annexe 23 : Bilan de la collecte des données	190

Acronymes

SIGLES	Définition
AC	Alimentation de Complément
ACF	Action contre la faim
AGR	Activité Génératrice de Revenus
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANADER	Agence Nationale de Développement Rural
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
AS	Agent de santé
ASC	Agents de santé communautaire
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté
ATPE	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi
BET	Borkou-Ennedi-Tibesti
CDZ	Chef de zone
CN	Connaissance nutritionnelle
COGES	Comité de gestion
COSAN	Comité de santé
CPN	Consultation prénatale
CPoN	Consultation post-natale
CRF	Croix-Rouge française
CS	Centre de Santé
CSB ++	Corn-Soya Blend
DNTA	Direction Nationale Technologie Alimentaire
DREN	Délégation Régional de l'Education Nationale
DS	District sanitaire
DSP	Délégations Sanitaires Provinciales
ECD	Équipes Cadres de District
ESD	Entretien Semi-Directif
FDG	<i>Focus Group Discussion</i>
FDG F	<i>Focus Group Discussion Femmes</i>
FDG H	<i>Focus Group Discussion Hommes</i>
FED	Fond européen de développement
FEFA	Femme enceinte et femme allaitante
GENU	Groupe d'évaluation des Nations Unies
IBLC	International Board Certified Lactation Consultant
IC	Intervalle de confiance
IEC	Informer – Eduquer - Communiquer
IRA	Infections respiratoires aiguës
MAS	Malnutrition aigüe sévère
MCD	Médecin chef de district
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MSF	Médecins sans frontières
MUAC	Mid-Upper Arm Circumference

OAG	Oversee Advising Group
OMS	Organisation mondiale pour la santé
ONASA	Office National de la Sécurité Alimentaire
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre brachial
PECMA	Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aigüe
PN	Pratique nutritionnelle
PPN	Plumpy nut
RC	Relai communautaire
RCS	Responsable de centre de santé
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RGPH2	Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat
S-A.	Socio-Anthropologique
SAME	Sécurité alimentaire et moyens d'existence
SLEAC	Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage
SMART	Specific, Measurable, Attainable, Relevant, and Time-based (enquête)
SSN	Système Statistique National
SWEDD	Sweden's Development Finance Institution
UN	United Nations
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
UNT	'Unité Nutritionnelle Thérapeutique
VAD	Visite à domicile
WASH	Water, Sanitation and Hygiene
ZI	Zone d'Intervention
ZME	Zone de moyen d'existence
ZS	Zone de Supervision

Liste des tableaux

Tableau 1 : Synthèse de l'approche méthodologique de l'étude des Pratiques Nutritionnelles.....	22
Tableau 2 : Définition des concepts objets de recherche de l'étude PN.....	24
Tableau 3 : Définition des objets de recherche de l'étude PN.....	24
Tableau 4 : Les 10 pratiques nutritionnelles couvertes par l'étude PN.....	24
Tableau 5 : Déterminants hypothétiques des PN.....	26
Tableau 6 : Barrières et facilitateurs hypothétiques de la mise en pratique de la connaissance nutritionnelle.....	27
Tableau 7 : Découpage par zone et provinces étudiées par équipe.....	28
Tableau 8 : Définition des critères d'échantillonnage secondaire de l'étude PN.....	29
Tableau 9 : Définition des critères d'analyse de l'étude PN.....	30
Tableau 10 : Populations cibles de l'étude PN.....	30
Tableau 11 : Synthèse de l'approche par FGDs sur les pratiques nutritionnelles.....	32
Tableau 12 : Synthèse de l'approche par ESDs sur les pratiques nutritionnelles.....	33
Tableau 13 : Synthèse de l'approche par ESDs sur la relation entre le contexte et les pratiques nutritionnelles.....	34
Tableau 14 : Principes et considérations éthiques.....	38
Tableau 15 : Prévalence de la première mise au sein précoce dans les provinces citées dans la base de données secondaires.....	53
Tableau 16 : Prévalence de l'administration du colostrum dans les provinces dans la base de données secondaires.....	54
Tableau 17 : Prévalence de l'allaitement exclusif dans les provinces dans la base de données secondaires.....	58
Tableau 18 : Raisons pour lesquelles une femme enceinte peut ou non allaiter (FGD Femmes santé) inconvénients de l'allaitement exclusif (FGD FEFAs).....	62
Tableau 19 : Prévalence de la diversification alimentaire des enfants de 6 à 23 mois allaités ou non à l'échelle des provinces (SMART 2021).....	63
Tableau 20 : Prévalence de la diversification alimentaire des enfants de 6 à 23 mois allaités à l'échelle des provinces (SMART 2020).....	64
Tableau 21 : Prévalence de la diversification alimentaire des enfants de 6 à 23 mois non allaités à l'échelle des provinces (MICS 2019).....	64
Tableau 22 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante les 2 dernières années et qui ont vu au moins 1 fois un agent de santé (Annuaire 2017).....	73
Tableau 23 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante les 2 dernières années et qui ont vu au moins 4 fois un agent de santé (Annuaire 2017).....	73
Tableau 24 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont accouché dans une structure de santé (MICS 2019).....	74
Tableau 25 : Proportion des femmes qui utilisent une méthode contraceptive pour espacer les naissances par localité (MICS 2019).....	77
Tableau 26 : Perception des conséquences des grossesses rapprochées selon les FEFAs (FGD Femmes Santé).....	79
Tableau 27 : Pourcentage de membres des ménages utilisant des sources d'eau de boisson améliorées (MICS 2019).....	80
Tableau 28 : Pourcentage de membres des ménages utilisant une méthode appropriée de traitement de l'eau (MICS 2019).....	83
Tableau 29 : Moment où les FEFAs déclarent se laver les mains par localité (FGD FEFAS SAME/WASH).....	85
Tableau 30 : Pratique d'actes physiques de protection (luette, vers, dent) par les participantes au FGD FEFAs Santé.....	86
Tableau 31 : Compléments sur les pratiques traditionnelles pour soigner les 3 principaux actes physiques de protection qui sont réalisés par les communautés selon les FEFAs (FGD Femmes Santé).....	87
Tableau 32 : Pendant les périodes de difficultés (sécheresse, financière) quels sont les aliments à prioriser (FGD SAME/WASH Femmes).....	106
Tableau 33 : Synthèse des réponses par choix thérapeutique (Hommes et Femmes).....	108
Tableau 34 : Pourcentage des ménages qui ont un lieu de lavage des mains où l'eau, le savon ou un détergent sont présents (MICS 2019).....	111
Tableau 35 : Principales barrières citées par les FEFAs lors du FGD SAME/WASH.....	126
Tableau 36 : Facilitateurs liés aux ressources naturelles.....	126
Tableau 37 : Barrières d'ordre communautaire et structurel liées au rétablissement de l'enfant.....	129
Tableau 38 : Barrières à l'accès aux actes de soins et nombre de DS ayant cité.....	130
Tableau 39 : Facilitateurs de la maternelle et infantile.....	131

Liste des figures

Figure 1 : Répartition géographique des centres de santé et des localités étudiés dans le cadre de l'étude.....	23
Figure 2 : <i>Organigramme de l'équipe OAG de l'étude</i>	32
Figure 3 : Temps mis pour mettre au sein le dernier enfant après la naissance par localité (FGD FEFAs Nutrition).....	53
Figure 4 : Les inconvénients du colostrum selon les femmes par localité (FGD FEFAs Nutrition).....	55
Figure 5 : Les avantages du colostrum selon les FEFAs par localité (FGD Nutrition FEFAs).....	56
Figure 6 : Introduction de l'eau selon les FEFAs par localité (FGD FEFAs).....	57
Figure 7 : Début de l'Introduction d'aliments autres que le lait et l'eau selon les FEFAs par localité (FGD FEFAs Nutrition).....	59
Figure 8 : Motivations dans le choix de ne pas allaiter son enfant (FGD Nutrition FEFAs).....	59
Figure 9 : Les inconvénients de l'allaitement maternel exclusif (FGD FEFAs Nutrition).....	60
Figure 10 : Les inconvénients de l'allaitement exclusif (FGD FEFAs Nutrition).....	62
Figure 11 : Les bonnes pratiques d'alimentation complémentaire à mettre en place avec un bébé de 6 à 12 mois (FGD FEFAs Nutrition).....	64
Figure 12 : Les interdictions et tabous alimentaires chez l'enfant par localité (FGD FEFAs Nutrition).....	67
Figure 13 : Raisons des interdictions et tabous alimentaires chez l'enfant par localité (FGD FEFAs Nutrition).....	68
Figure 14 : Age de sevrage du dernier enfant et les raisons de ce choix par localité (FGD FEFAs Nutrition).....	69
Figure 15 : Les pratiques de sevrages par localité (FGD FEFAs Nutrition).....	70
Figure 16 : Lieu d'accouchement des femmes ayant participées aux FGDs santé par localité.....	75
Figure 17 : Importance des grossesses précoces dans les localités étudiées (FGD FEFAs Santé).....	76
Figure 18 : Causes des accouchement précoces (FGD Santé Hommes & FEFAs non doublé).....	76
Figure 19 : Respect de l'espacement des naissances par les FEFAs par localité (FGD Femmes Santé).....	78
Figure 20 : Différentes sources d'eau de boisson utilisées par les communautés par localité (FGD FEFAs SAME/WASH).....	81
Figure 21 : Critères qui permettent aux communautés d'évaluer la sureté/potabilité de l'eau (FGD Hommes SAME/WASH).....	82
Figure 22 : Traitement de l'eau de consommation par localité (FGD Hommes SAME/WASH).....	83
Figure 23 : Connaissance des conséquences de la consommation d'une eau « non sure » par localité (FGD Hommes SAME/WASH).....	84
Figure 24 : Moment où les hommes déclarent se laver les mains par localité (FGD Hommes SAME/WASH).....	85
Figure 25 : Localités ayant classés la pauvreté/manque de moyens financiers comme une des principales causes de la malnutrition par les hommes et les FEFAs lors des FGD Nutrition.....	94
Figure 26 : Sources des revenus des ménages par localité (FGD SAME/WASH Hommes).....	95
Figure 27 : Origine des aliments nutritifs que les FEFAs consommes.....	97
Figure 28 : Jardins cultivés par les femmes par localité (FGD Femmes SAME/WASH).....	97
Figure 29 : A qui appartient la production des jardins cultivés par les femmes par localité (FGD Femmes SAME/WASH).....	98
Figure 30 : Les 10 aliments qui ont été cités comme étant bons pour les enfants de 6 à 12 mois.....	99
Figure 31 : Capacité des femmes à donner les bons aliments à leur enfant (FGD Nutrition FEFAs).....	100
Figure 32 : Barrières qui empêchent de réaliser des recettes de bouillies enrichies (FGD Nutrition FEFAs).....	101
Figure 33 : Nombre de repas pris par les enfants par jour par localité (FGD Femmes Nutrition).....	102
Figure 34 : Les aliments nutritifs essentiels à la croissance de l'enfant selon les femmes (FGD Nutrition FEFAs).....	102
Figure 35 : Capacité des FEFAs a donner des aliments spéciaux uniquement pour les enfants (FGD Femmes Nutrition).....	104
Figure 36 : Nombre de repas que prennent les femmes par jour.....	105
Figure 37 : Pendant les périodes de difficultés (sécheresse, financière) quels sont les aliments à prioriser (FGD SAME/WASH Hommes).....	106
Figure 38 : Forme de partage dans un foyer polygame au sein du ménage par localité.....	107
Figure 39 : Coût pour se rendre de leur logement au CS pour les FEFAs ayant participé aux FGD Santé.....	110
Figure 40 : Présence d'un savon dans le ménage (FGD Hommes SAME/WASH) ?.....	111
Figure 41 : Utilisation du savon pour se laver les mains ? (FGD Hommes SAME/WASH).....	112
Figure 42 : Présence de latrines dans les localités.....	113
Figure 43 : Calendrier Saisonnier pour une année typique.....	123
Figure 44 : Principaux risques et contraintes pour la production agricole par localité (FGD Hommes WASH/SAME).....	125
Figure 45 : Soudure par communauté étudiée.....	138

RESUME EXECUTIF

Contexte

En proie à une situation de pauvreté chronique depuis des décennies, le Tchad est exposé à une situation alarmante d'insécurité nutritionnelle dont les prévalences de malnutrition aigüe et chronique sont les représentations.

De nombreuses causes structurelles et sous-jacentes sont à l'origine du problème. De nombreuses études qualitatives et quantitatives existent, cependant les informations au niveau national nécessitent plus de précisions afin de proposer et ajuster la réponse opérationnelle de façon pertinente. Il s'agit également de la première étude qualitative au niveau national comprenant une recherche terrain sur toutes les provinces.

La présente étude a permis de combler ce gap d'évidences en questionnant les pratiques nutritionnelles associées aux pratiques familiales et des soins de santé. Elle se concentre sur les déterminants des pratiques nutritionnelles, les barrières et les facilitateurs de la mise en pratique des connaissances nutritionnelles.

L'objectif de la présente étude est de générer des informations fiables basées sur les évidences en identifiant les pratiques socioculturelles inadéquates en matière de nutrition maternelle et infantile. L'étude appréhende l'hétérogénéité culturelle et économique des pratiques nutritionnelles afin de pouvoir concevoir des stratégies de campagne de sensibilisation et d'intervention adaptées aux populations. Pour ce faire, l'étude contribue à une meilleure compréhension des barrières et facilitateurs perçus à la mise en pratique des connaissances nutritionnelles au sein des communautés.

Enfin, l'étude permet une meilleure identification des modes de communication et messages clés à développer pour une campagne de communication nationale pour un changement de comportement.

Méthodologie

Pour répondre aux objectifs de l'étude, et sur la base des recommandations du comité technique du projet FORMANUT, l'étude a été réalisée dans les 23 provinces du Tchad.

L'étude se concentre sur les aspects socio-culturels et socio-économiques des pratiques et connaissances nutritionnelles.

Une collecte de données secondaires a été réalisée et a permis de dresser un catalogue de données quantitatives valides pour les indicateurs principaux concernés par l'étude.

L'étude qualitative a permis de collecter des données auprès de 2269 acteurs clés (mères, pères, grands-mères, personnel médical, soignants traditionnels, chefs religieux et autorités locales, autorités administratives) lors d'entretiens semi-directif ou de groupe de discussion. L'ensemble des données collectées a été encodé dans des bases de données sur Excel puis analysé manuellement par l'équipe de rédaction sous les directives du consultant principal.

Enfin les données qualitatives et quantitatives ont été exploitées afin de produire le rapport d'étude.

Résumé des résultats

L'étude a permis de mettre en relief un certains nombres de pratiques liées à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), à l'alimentation de la femme enceinte, à la santé de la reproduction et maternelle, à l'hygiène, à la sécurité alimentaire et moyens d'existence, et aux parcours thérapeutiques concernant le traitement de la malnutrition, des autres maladies infantiles et de la santé de la mère ainsi que de son suivi de grossesse.

Connaissance de la malnutrition et des facteurs de risque associés

1. Si la malnutrition aiguë est largement connue comme une maladie, la malnutrition chronique est peu connue par la population

La sous-nutrition, dans sa forme aiguë, est considérée par la population comme une maladie connue dont l'issue la plus fréquente, en l'absence de traitement, est le décès de l'enfant. Hormis les instituteurs et certains acteurs, la malnutrition chronique est très peu mentionnée par les populations. Les résultats indiquent que plus une communauté est informée sur la malnutrition, y compris ses manifestations, causes et conséquences, plus elle est encline à se rendre au centre de santé.

2. Cependant, la capacité à reconnaître la malnutrition n'est pas homogène dans les communautés.

Les entretiens avec les parents d'enfants ayant été identifiés comme en état de malnutrition montre un manque de connaissance sur la maladie. Certains mentionnent avoir cru à un problème de fétiches. Les parents expriment généralement de la honte, de la tristesse, de la peur face au problème. La plupart des enfants présentent des maladies associées et certains parents identifient la maladie, généralement la diarrhée, en premier.

Les participants reconnaissent différentes formes de sous-nutrition mais ne sont pas, dans les faits, en mesure de les mentionner de façon précise, quand bien même le marasme et le kwashiorkor sont occasionnellement cités.

3. Certaines personnes associent les symptômes de la malnutrition à des causes mystiques.

Pour guérir les enfants, on les amène chez un marabout ou dans une église et on fait des incantations/des prières. Chez le tradipraticien, ils peuvent être guéris par l'eau bénite ou la prière. L'attribution à ces symptômes d'une maladie qui serait du fait des mauvais génies peut considérablement retarder la prise en charge de l'enfant dans un hôpital et mettre en danger son état nutritionnel et ses chances de survie.

4. Les facteurs de risque de la malnutrition sont généralement bien compris par les communautés, bien qu'il y ait un manque de consensus sur certains d'entre eux.

La majorité des personnes interrogées ont mentionné la connaissance des facteurs de risque tels que la mauvaise hygiène personnelle et environnementale, les mauvaises pratiques d'alimentation du nourrisson comme le sevrage précoce, le moment de l'introduction de l'eau, et d'autres facteurs sociodémographiques prédisposants comme le fait d'être orphelin, issu d'un foyer polygame ou dirigé par une femme veuve. Il existe également une bonne compréhension de ce que sont les aliments nutritifs ou enrichissants.

En revanche, il n'y a pas de consensus clair sur des questions telles que l'utilisation du colostrum, les croyances liées à la qualité du lait si la mère est enceinte, le sevrage précoce, l'administration d'eau avant les 6 mois de l'enfant, les tabous alimentaires, etc.

Attitudes de la communauté à l'égard de la malnutrition

5. Il existe un comportement actif de recherche de traitement de la sous-nutrition aiguë parmi les communautés locales.

Dans les districts sanitaires où le CS prend en charge gratuitement la malnutrition les parents conduisent généralement directement leurs enfants au centre de santé. Les traitements dispensés par les structures de santé pour lutter contre la sous-nutrition sont reconnus comme les plus efficaces. Lorsque la recherche de soins indique des consultations traditionnelles, de l'automédication ou encore le recours aux docteurs *tchoukou* (individus fournissant des médicaments hors du système médical), c'est majoritairement en raison d'un manque de moyens financiers pour se rendre au centre de traitement ou des difficultés de mobilité (coût/absence de transport, impraticabilité des routes). Les tradipraticiens

mentionnent fréquemment lors des entretiens ne pas pouvoir prendre en charge la malnutrition et référer vers les centres de santé.

Cette étude a aussi permis de visiter 8 centres de santé qui ne prennent pas en charge gratuitement la malnutrition soit parce que leur personnel n'a pas été formé, soit car ils ne sont ouverts que depuis à peine un an et ne disposent pas pour l'instant d'un nombre de personnels suffisant pour assurer une bonne prise en charge des enfants, car il est très difficile pour des centres de santé communautaires de proposer ce programme pour des raisons de rentabilité ou car le CS n'est pas opérationnel. Lorsque les parents amènent des enfants qui sont diagnostiqués en état de sous-nutrition, les agents de santé réfèrent généralement l'enfant à une autre structure de santé qui prend en charge gratuitement la malnutrition ou donne une prescription pour que les parents achètent le traitement eux-mêmes. Certains parents peuvent être totalement découragés par cette barrière et chercher de l'aide auprès de marabouts ou tradipraticiens au sein de la communauté. Certains se contentent de prier et s'en remettent à Dieu.

Les centres de santé étant des facilitateurs importants d'accès à la connaissance, il est important que ceux-ci soient fonctionnels et proposent un service de qualité au risque de provoquer l'effet contraire à celui escompté et d'avoir des communautés qui tournent le dos au système allopathique.

6. Il persiste des freins sociaux comme la stigmatisation des parents d'enfants malnutris qui peuvent conduire à des pratiques de soins inappropriées

Dans certaines communautés, la stigmatisation, de la part de la communauté, des parents d'enfants souffrant de sous-nutrition peut les pousser à ne pas se rendre au centre de santé par « honte ». Ainsi pour ne pas être exposé à la raillerie, les parents préfèrent traiter avec des remèdes alternatifs leur enfant que de le présenter au CS.

La situation est particulièrement préoccupante dans le BET, où les communautés locales refusent le simple fait de concevoir que la malnutrition est une maladie qui puisse exister au sein de leur communauté. Avoir un enfant malnutri est ainsi considéré comme une honte. Dans ces communautés, l'état de sous-nutrition d'un enfant est caché et la population refuse généralement de parler de ce sujet (aussi bien avec la population que les représentants des autorités coutumières). Le refus de ces communautés de collaborer et de rester renfermée sur elles (en contrôlant notamment les échanges des personnes extérieures avec les femmes de leur communauté) fait que cela n'est pas facile de les sensibiliser.

Pratiques liées à la malnutrition et raisonnement qui les sous-tend

7. Les actes physiques de protection traditionnelles connues pour être néfastes à la nutrition sont encore pratiquées au sein des communautés.

Les actes physiques de protection traditionnelle connus au Tchad tels que l'ablation de la lchette, les scarifications, l'extraction dentaire, persistent. Ces pratiques traditionnelles sont encore parfois associées au traitement de la sous nutrition. En effet, la lchette est perçue comme un élément déclencheur de la sous-nutrition. Malgré les sensibilisations, les croyances dans l'efficacité des actes physiques de protection conduisent les populations chez les tradipraticiens ou les marabouts. Ce choix thérapeutique risque d'être préjudiciable à l'enfant qui ne sera conduit au CS qu'une fois que son état sera considéré comme critique et il sera plus difficile pour les agents de santé de le stabiliser, et par la suite de lui procurer l'accompagnement nécessaire pour le faire sortir de la malnutrition.

8. La perception de la mauvaise qualité des services de santé est l'un des facteurs affectant la couverture du traitement de la malnutrition dans les centres de santé.

La sous-nutrition et les maladies infantiles sont de plus en plus prises en charge par du personnel de santé compétent et formé. Il faut tout de même prendre en compte que certaines personnes refusent de se rendre aux centres de santé, le personnel y étant vu comme incompetent et malmenant. D'autres sont freinés par les ruptures régulières des intrants. Enfin, dans le cadre des accouchements et des suivis de santé maternelle, les parturientes sont parfois réticentes par manque de personnel féminin.

9. Le manque de confiance de certaines femmes vis-à-vis des agents de santé et de leurs traitements.

Certaines femmes se méfient des effets secondaires de certains vaccins (par exemple le vaccin contre la poliomyélite paralyserait les enfants). Il y a également un refus d'écouter le conseil de l'agent de santé en raison de doutes sur certains traitements proposés au CS (non-respect de l'allaitement exclusif, le PPN ne doit être donné qu'à l'enfant malade, méfiance vis-à-vis des injections, ne pas administrer un traitement traditionnel en parallèle au traitement donné par l'agent de santé). Enfin, les femmes craignent que les agents de santé risquent de partager leurs secrets sur leurs problèmes de santé. Elles se détournent pour cette raison des structures de santé.

Barrières à la réalisation d'une bonne nutrition

10. Barrières liées aux distances impactant le parcours thérapeutiques des communautés

Les parcours thérapeutiques sont impactés par des barrières liées aux distances à parcourir pour aller aux CS. En effet, l'étendue du Tchad, surtout de la partie sahélienne, avec de grandes distances séparant les différentes localités influe négativement sur le développement d'un système de santé harmonieux. La distance est souvent citée comme une barrière majeure à l'accès aux soins : plusieurs heures de marche, au soleil, avec un enfant malade, sont, sans aucun doute, parmi les motifs récurrents de grand découragement et de recours tardif au centre de santé. On constate également que l'éloignement, doublé du manque de gestion du secteur de transport par l'Etat, aggrave la souffrance des villageois installés loin des CS. Cela peut contribuer à altérer le statut sanitaire de ces habitants. Globalement, il faut rappeler qu'au niveau des DS, l'aire de responsabilité du CS peut être de 40 kilomètres mais aussi l'enclavement d'un village même, en proche périphérie du CS (comme le village d'Amdakour (province de Guéra)) peut rendre difficile l'accès au CS et encore plus en saison des pluies. Pour la communauté de Torbol dans l'Ennedi Ouest, les patients doivent se rendre à Kalait, à environ 100 kilomètres où se trouve l'hôpital de district car le CS de Torbol – pourtant bien construit – n'est pas fonctionnel.

11. Dans un contexte de détresse économique croissante, le manque de ressources financières reste un facteur limitant critique de l'accès à la santé et à la sécurité alimentaire.

Hormis la sous-nutrition pour laquelle le traitement est gratuit, la majorité des répondants pratiquent tout d'abord des traitements traditionnels locaux en automédication puis ont recours à un marabout avant de se rendre au centre de santé, la majorité par manque de moyens. Les malades sont pris en charge en milieu médical conventionnel en cas d'aggravation de la maladie ou d'échec du traitement local.

Le manque de moyens financiers et son impact revient très régulièrement comme déterminant principal impactant la santé et la sécurité alimentaire. Ainsi, les contraintes liées à la pluviométrie mais également les conflits cultivateurs/éleveurs impactent le rendement agricole, les stocks alimentaires devenant trop faibles pour couvrir les besoins des ménages. Cette situation entraîne également une hausse des prix de certaines denrées. De plus, certains ménages sont contraints d'acheter des produits et la revente de la production ne permet pas de dégager suffisamment de ressources financières. La barrière principale faisant l'unanimité de l'intégralité des participants à l'étude est relative au coût de la vie et au peu de moyens financiers disponibles. Ceci ne permettant pas de soigner convenablement ni même de manger de façon appropriée.

Certains ménages se retrouvent à devoir diminuer la ration alimentaire ou privilégier certains aliments, ce qui impacte la qualité de la ration alimentaire des enfants et des FEFA.

12. Barrières aux bonnes pratiques nutritionnelles liées aux ressources structurelles.

La grande partie du territoire aride ou semi-aride rend la production agricole particulièrement difficile. En plus des barrières liées aux conditions naturelles, les populations sont confrontées aux barrières d'ordre structurel qui rendent difficile l'accès aux aliments en général et aux aliments nutritifs en particulier. Il s'agit notamment de la non-disponibilité des aliments sur le marché, des distances à parcourir pour accéder à un marché hebdomadaire.

Les difficultés liées à la persistance des coûts élevés de transports, dues au fait que le secteur du transport n'est pas structuré au Tchad, constituent des barrières qui affectent les volumes des flux céréaliers. L'approvisionnement des marchés en mil et autres produits alimentaires constitue un réel défi et les coûts de transport et de tracasseries routières répercutent directement sur les prix des aliments.

Dans certaines zones, les barrières à l'accès aux aliments sont dues au mauvais état des routes. En effet, la majorité de la population dépend de l'agriculture et de l'élevage au Tchad. Mais les personnes vivant dans des communautés rurales reculées n'arrivent pas à avoir une mobilité aisée pour non seulement écouler leurs produits mais surtout pour rendre disponible ces produits sur le marché. Se déplacer en empruntant des chemins de terre est lent et extrêmement difficile pendant la saison des pluies, ce qui isole de nombreuses communautés et limite les trafics.

L'enclavement du Tchad due au manque de voies de communication avec d'autres pays rend également le commerce avec ses voisins extrêmement difficile. Ne disposant pas de chemin de fer et comptant peu de rivières, le Tchad est fortement dépendant de ses routes, qui ne sont malheureusement pas en bon état. Toutefois, Pour les zones frontalières au Cameroun (Logone Occidentale, Logone Orientale, Mayo Kebbi Est et Ouest, Chari Baguirmi et N'Djamena), le commerce transfrontalier semble ne pas souffrir des difficultés routières. Depuis la survenue des multiples crises sécuritaires dans les pays voisins du Tchad, seules les frontières avec le Cameroun restent accessibles du point de vue sécurité. Seules les difficultés liées aux tracasseries douanières constituaient de véritables barrières d'accès aux aliments importés.

13. Il existe une forte résistance/réticence aux pratiques liées à l'allaitement maternel en raison d'obstacles multidimensionnels.

Parmi toutes les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, il semble y avoir une influence négative plus forte sur l'adoption des pratiques liées à l'allaitement (initiation précoce, allaitement exclusif, poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans). Les obstacles sont de plusieurs ordres : religieux, socioculturels, économiques, etc.

14. Il existe encore une résistance à l'adoption de bonnes pratiques nutritionnelles qui iraient à l'encontre des conventions sociales et religieuses traditionnelles de la communauté.

La volonté de respecter les traditions et les croyances de la communauté peuvent parfois constituer un frein à l'adoption de nouvelles pratiques nutritionnelles qui seraient pourtant bonnes pour les FEFA et leurs enfants de moins de 5 ans

Au niveau des parcours thérapeutiques, les tradipraticiens et les marabouts continuent d'imposer à la communauté leur croyance. Dans certaines communautés, il faut consulter les génies avant de passer au CS. Cette prééminence des tradipraticiens ou marabouts fait que des femmes et des enfants ne soient amenés dans une structure de santé qu'en dernier recours, une fois que la situation du patient est devenue critique. Dans les localités rurales enclavées, où beaucoup de personnes ne sont jamais allées au centre de santé depuis leur naissance, ces dernières préfèrent faire confiance aux pratiques thérapeutiques utilisées de génération en génération au sein de la communauté (plantes, tradipraticiens, marabouts).

Dans certaines communautés, il reste peu concevable qu'une femme puisse être prise en charge par un agent de santé homme. Certaines femmes préfèrent accoucher à domicile car l'agent de santé au centre de santé est un homme. La religion (Islam) est souvent ainsi invoquée dans plusieurs provinces, notamment du BET, pour justifier la faible fréquentation des structures de santé. Au niveau des hommes, il y a dans plusieurs provinces un véritable rejet des méthodes de contraception. C'est même un sujet tabou. Un nouvel enfant est vu comme un don de Dieu et selon les participants l'utilisation de la méthode naturelle du calcul du cycle menstruel serait la seule méthode traditionnelle recommandée par l'Islam.

15. Le faible pouvoir décisionnel des femmes reste un facteur limitant critique de l'accès à la santé.

La place de la femme dans la société est un facteur qui limite souvent le changement des pratiques nutritionnelles. En effet, les femmes évoluent dans des sociétés dans lesquelles il est admis que c'est l'homme qui jouit du pouvoir de décision et que la femme doit lui être soumise. Dans ce contexte, la soumission de la femme fait qu'elle n'arrive pas à décider seule en l'absence de son mari, y compris quand son enfant est malade. L'enfant peut à cause de cela être transféré trop tard au centre de santé et causer des complications. En cas de refus du mari d'emmenager la femme ou l'enfant malade, cette dernière se soumettra au refus de son époux. Il en est de même pour les consultations en santé reproductive. De nombreuses femmes n'osent pas se rendre au CS pour avoir recours aux méthodes de contraception pour éviter d'avoir des problèmes au sein de leur ménage et d'être accusées d'infidélité par leur mari et leur famille. En outre, plusieurs mères ont affirmé que leur enfant avait été victime de l'ablation de la lèvre, les scarifications et l'extraction dentaire, malgré son refus. Face à la volonté du père ou de la mère/belle-mère, elles ont dû s'incliner.

16. Les formes de partage inadéquat de la nourriture entre les femmes d'une famille polygame est néfaste pour la nutrition des femmes et des enfants qui en sont victimes.

Le système de partage inadéquat de nourriture au sein d'un ménage polygame rend intenable la situation de certaines mères. En effet, lors le partage se fait parfois à égalité en quantité alimentaire entre les femmes quel que soit le nombre d'enfants par femme. Dans certains ménages, la 1^{ère} femme peut recevoir beaucoup plus de nourriture que les autres ou avoir responsabilité de gérer la distribution de la nourriture avec ses co-épouses. Dans certaines communautés, les maris partagent la quantité de nourriture entre ses femmes en fonction de leurs comportements. Par ailleurs, des conflits entre co-épouses ou entre le mari et une de ses femmes peuvent ainsi avoir des conséquences dans le partage alimentaire au détriment de certaines et de leurs enfants. Dans ces différents cas, des femmes risquent de rencontrer beaucoup de difficultés pour se nourrir et nourrir ses enfants avec sa ration. Dans un autre registre, la rivalité entre les co-épouses les poussent à être en concurrence avec leurs concubines pour avoir le plus d'enfants. Le grand nombre d'enfants par ménage, surtout pour les plus pauvres, est une véritable source d'inquiétude.

Facilitateurs de la bonne nutrition**17. Les facilitateurs liés aux moyens financiers**

Au niveau des facilitateurs liés aux moyens financiers, la disponibilité de moyens financiers est perçue comme primordiale pour pouvoir appliquer les bonnes pratiques nutritionnelles. Cette perception s'appuie sur l'idée que l'argent permet de transcender toutes les barrières en permettant aux femmes de bien nourrir leurs enfants (le souci principal des mères n'est plus d'assurer la sécurité alimentaire mais la diversité alimentaire) et de payer leur santé (coût de transport, consultation et traitement) et sur l'hygiène des enfants (construction par de latrines ou achat de savon ou de la javel).

Pour ces familles qui vivent en majorité de l'agriculture, plusieurs mesures (obtenir des intrants, semences et un accompagnement technique d'organismes gouvernementaux comme ONASA et ANADER ; une aide pour développer des périmètres maraîchers, obtenir des formations et des conseils de partenaires (Etat et UN et ONG) pour développer des AGR) sont perçues comme des facilitateurs importants pour avoir des revenus qui leur permettront d'adopter les bonnes pratiques de nutrition et de faire une caisse pour s'entraider en cas de difficulté. C'est surtout avoir un travail salarié/rémunérateur qui est perçu comme le facilitateur qui permettrait à la communauté d'adopter durablement les bonnes pratiques nutritionnelles.

18. Les facilitateurs liés aux moyens de résilience

Les dons/aides au sein de la communautés et l'endettement (ou le prêt) sont perçues comme des facilitateurs car ils permettent aux ménages, même en période où les stocks alimentaires sont réduits, d'avoir accès à des repas, produits alimentaires grâce aux différents réseaux de sociabilités et solidarités qui y existent. Ces aides/dons et prêts se font au sein d'une famille, entre voisins, à l'intérieure d'une congrégation religieuse (zakat ou collecte de nourriture), d'un groupement (cotisations qui permettent de prêter à un membre dans le besoin) ou du fait de l'intervention du chef de village (qui va solliciter l'aide la communauté ou des membres les plus aisées pour soutenir un ménage vulnérable). Les femmes ont également précisé qu'elles apprécient particulièrement le fait que certains commerçants, pharmacien ou agents de santé acceptent de fournir de la nourriture, des médicaux ou des soins médicaux malgré le fait qu'il n'ait pas d'argent durant la période difficile. La relation de confiance leurs permet d'obtenir ces biens et services et de rembourser les crédettes lorsque leur situation financière s'améliore. La capacité à mobiliser un réseau social est ainsi aussi important que la capacité d'avoir de l'argent pour leur permettre de continuer à pratiquer certaines bonnes pratiques de nutrition malgré leurs vulnérabilités socio-économique.

19. Les facilitateurs de l'adoption de bonnes pratiques nutritionnelles au niveau des centres de santé

Vivre à proximité d'un CS, la qualité de l'accueil et la disponibilité des agents de santé, avoir une femme dans l'équipe soignante (notamment pour le poste de sage-femme), la création d'un lien de confiance entre le praticien et sa patiente et la prise de conscience par les membres des communautés de l'efficacité des traitements sont d'important facilitateurs qui incitent les communautés à revenir plus régulièrement pour se faire soigner. Par ses activités pour améliorer la santé de leurs patients (sensibilisations, CPN & CPoN, vaccination, dépistage, conseils sur les bonnes pratiques nutritionnelles, examens et prescription d'ordonnance), le personnel de santé est perçu comme un facilitateur très important pour favoriser une évolution positive des pratiques nutritionnelles des communautés. Malgré des résistances persistantes, les CS ont tout de même tous enregistrés une augmentation du nombre d'accouchement auprès des agents de santé et plus grande participation au CPN, même si des progrès peuvent encore être réalisés.

La prise en charge gratuite de la malnutrition dans les centres de santé est un facilitateur majeur qui a permis de traiter les enfants malnutris et de sauver de nombreuses vies. Les communautés qui bénéficient de ce programme dans leur CS en sont satisfaites. Cela leur permet d'avoir un remède efficace gratuitement plutôt que de passer par les marabouts ou les tradipraticiens n'ont les remèdes ne donnaient que rarement satisfaction. La disponibilité continue des intrants et de médicament au CS et le don de PPN pour les enfants inscrit au programme sont pour les communautés des facilitateurs de bonnes pratiques nutritionnelles car sans ces dons peu de ménage auraient pu procurer ces traitements à leurs enfants malades. Il est aussi important pour eux que le coût des médicaments soit abordable pour rester accessible au plus grand nombre.

La création de comité de gestion (COGES) et l'implication de membres de la communauté au sein du CS et du programme de prise en charge de la malnutrition permet dans une certaine mesure une meilleure acceptation des agents de santé. Les membres de COGES peuvent servir d'intermédiaire entre le corps médical et la population et sensibiliser directement cette dernière aux bonnes pratiques nutritionnelles ou aider les le RCS en cas de malentendus ou de conflits avec certains patients/certaines communautés. Ils peuvent notamment solliciter l'aide des autorités coutumières pour la bonne transmission des messages dans les villages ou obtenir leur soutien pour le bon déroulement du suivi des patients.

20. Les facilitateurs l'adoption des bonnes pratiques nutritionnelles au niveau des communautés

Les autorités coutumières (chef de village, tradipraticien, marabout, chuchuya, etc.) peuvent, si elles ont elles-mêmes bien compris l'importance de l'adoption des bonnes pratiques nutritionnelles prônées par les personnels de santé, participer activement à un changement de certains comportements (mobilisation de la communauté, faciliter l'organisation des activités de sensibilisation et de dépistage) ou de certaines pratiques au sein de leur communauté (en soutenant les agents de santé en cas de

conflit avec des villageois ou en demandant à un mari refusant de se rendre au CS avec l'enfant ou la FEFA malade, de les y amener).

Le soutien des leaders religieux peut permettre, par l'organisation de réunion de sensibilisation dans les églises ou les mosquées, de lever certaines barrières attribuées à la religion (non-respect de l'espacement des naissances, de ne pas emmener les enfants au CS car les prières peuvent suffire ou qu'ils s'en remettent à la volonté de Dieu).

Le relais communautaire est un acteur essentiel dans le dispositif pour aider à l'évolution nutritionnelle au niveau communautaire. Il a pour mission d'éveiller la population sur l'importance du colostrum, de l'allaitement exclusif, d'aller consulter au CS et de dénoncer les pratiques nuisibles grâce à ses sensibilisations. Il participe au dépistage des enfants malnutris et les réfèrent au CS. Enfin, Il participe aussi aux formations sur la préparation de la bouillie enrichie. Partenaire privilégié des agents de santé dans les communautés, ces derniers peuvent aussi leur demander de réaliser des visites à domicile.

Dans certaines localités, où des groupements de femmes (couture, commerce, jardin, clubs des mères) existent déjà, ces derniers se sont impliqués de diverses manières dans la prise en charge communautaire de la malnutrition (fabrication et distribution de farine enrichie, préparation puis partage de bouillie enrichie aux enfants, réalisation de sensibilisation).

Enfin les directeurs d'établissements scolaires et les instituteurs sensibilisent les enfants (et parfois les adultes) sur les aliments nutritifs, à bien manger, à être propre et sur l'importance d'aller au CS en cas de maladie.

Ces différents acteurs communautaires peuvent s'investir très activement dans le travail de sensibilisation.

21. Les facilitateurs l'adoption des bonnes pratiques nutritionnelles au niveau des communautés

Le père/mari est l'acteur majeur de la vie thérapeutique de l'enfant mais également pour sa femme. C'est lui qui a le pouvoir de décision et qui paie les factures. Un mari qui a compris l'importance des soins en structure de santé et de l'application des conseils qui y sont donnés peut, malgré les contraintes financières, s'efforcer à soutenir ou encourager sa femme à appliquer les bonnes pratiques nutritionnelles pour le bien-être des membres du ménage. La présence du mari dans le ménage (contrairement à ceux qui ont migré pour trouver un travail) est d'ailleurs vu comme un facilitateur important pour aider la femme à faire face aux coups financiers liés au parcours de soin (acheter des aliments nutritifs et variés) et payer les frais liés aux santé au CS. Il peut aussi participer à l'éducation enfant et soutenir sa femme. A l'inverse, dans d'autres cas, c'est l'argent envoyé par le mari qui a migré, qui permet à la femme d'aller au centre de santé et acheter des aliments appropriés pour assurer la diversité alimentaire pour elle-même et ses enfants.

La mère est l'accompagnante principale des enfants. C'est elle qui a la charge de prendre soin des enfants, de leur santé, de leur hygiène et c'est elle qui prépare leurs repas. Au niveau du foyer, elle peut, si elle a l'appui de son mari, mettre en place de bonnes pratiques comme les pratiques liés à l'ANJE, assurer la propreté de son enfant et de son domicile et en s'assurant que son enfant soit bien traité au CS en cas de maladie et que le traitement à suivre soit bien respecté.

Les hommes de la famille (beau-père, oncle, frère) peuvent soutenir financièrement une femme dont le mari est absent (s'il est en voyage ou migrant) ou qui est isolée (après une séparation ou un décès de ce dernier). Ils peuvent soutenir leur parente en cas d'urgence en payant les frais de transport et de soin au CS. Ils peuvent aussi mettre à disposition un moyen de locomotion si besoin. Certains s'assurent que, pendant la période de sevrage d'un enfant, la parente ait bien les aliments nécessaires (bouillie) pour que l'enfant passe plus facilement cette étape.

Les femmes de la famille (mère, sœur, grand-mère, belle-mère, fille aînée, cousine) peuvent aider la femme en partageant leur expérience et en prodiguant des conseils à la mère sur des bonnes pratiques à adopter pour garder son enfant en bonne santé. Ces femmes jouent aussi le rôle d'accompagnant secondaire en prenant soin de l'enfant quand la mère est absente (travail au champ) ou encore lors du sevrage (souvent confié à la grand-mère ou à la tante).

Des femmes qui ont déjà adoptées de bonnes pratiques nutritionnelles et qui en tirent des bénéfices (mère et enfants sont en bonne santé) peuvent apparaître comme un modèle à suivre et rassurant pour

les autres femmes. Ses conseils pourront être écoutés avec plus d'attention et permettre une adoption de bonnes pratiques au sein de son cercle de sociabilité familial et son voisinage.

Recommandations

A l'issue de l'étude, la mission formule les axes de recommandations ci-dessous :

1. Connaissance de la malnutrition et des facteurs de risque associés :

- ▶ **Approche différenciée pour s'adapter à la diversité du contexte** : Les résultats montrent une grande diversité basée sur l'emplacement géographique, le sexe, l'âge, la religion, entre autres. Le principe général doit donc être de proposer des sensibilisations différenciées, en utilisant les langages locaux, pour adapter les discours et garantir la plus grande liberté de parole et que les messages soient expliqués clairement pour être sûr qu'ils sont compris et retenus par la population ;
- ▶ **Intensifier la sensibilisation de masse** : Développer et/ou renforcer les activités de sensibilisation de masse sur la nutrition et les pratiques de santé de la mère, du nourrisson et du jeune enfant ou encore l'importance des pratiques d'hygiène. Ces activités doivent nécessairement aborder les lacunes spécifiques identifiées par l'étude, notamment la mise au sein précoce, la prise du colostrum, les croyances autour du « mauvais lait », l'allaitement maternel exclusif, le lavage des mains, le traitement de l'eau, etc. (voir tableau section 3.2 Pratiques liées à la sécurité nutritionnelle)
- ▶ **S'engager auprès des membres influents de la communauté pour améliorer l'efficacité** : Les résultats de l'étude montrent que les croyances et les pratiques de la population en matière de nutrition sont propagées par différents influenceurs en fonction du contexte. Il est donc recommandé d'identifier et de coopter ces personnes influentes (par exemple les chefs religieux et culturels) dans le développement et la mise en œuvre des campagnes de sensibilisation pour augmenter les chances de succès.
- ▶ **Systématiser/harmoniser les messages à tous les niveaux** : L'étude révèle un large éventail de mythes et d'idées fausses qui sous-tendent des pratiques erronées/négatives en matière de nutrition et de santé. Il est recommandé de développer (en collaboration avec les chefs religieux et culturels) des catalogues éducatifs destinés à dissiper ces mythes et pratiques, qui seront utilisés pour les campagnes de sensibilisation. Cela faciliterait ensuite l'harmonie des messages aux niveaux central et local.
- ▶ **Adapter le programme d'enseignement dans les écoles** : Au cours de l'engagement avec les communautés, les écoliers ont été identifiés comme l'une des sources pouvant véhiculer des informations sur la nutrition. Il est donc recommandé de cibler ce groupe de population et les enseignants avec des messages sur la nutrition étant donné leur potentiel à influencer également les ménages. En outre, il serait essentiel de renforcer le programme d'enseignement lorsque cela est possible afin d'inclure des éléments essentiels sur la nutrition et la santé.
- ▶ **Utiliser, et encourager l'innovation, dans les messages nutritionnels** : L'étude suggère que si les messages sur la nutrition sont parfois reçus par les communautés (par les méthodes les plus courantes telles que les crieurs, les griots, les haut-parleurs, d'affiches, la radio), ils ne sont pas nécessairement retenus. Il est donc important d'utiliser des méthodes alternatives comme les boîtes à images, le théâtre, les concours dans les écoles, le cinéma communautaire, etc. pour faciliter la compréhension. Dans le cadre de la stratégie de communication, les communautés et les écoles doivent être encouragées à proposer des messages qui contribueraient à dissiper les croyances sous-jacentes.
- ▶ **Développer et renouveler les démonstrations culinaires** : l'étude suggère de proposer de nouvelles recettes (autres que la bouillie) pour les démonstrations culinaires et de favoriser la création de jardin nutritionnel pour que les groupements de femmes puissent cultiver elles même certains produits nécessaires aux démonstrations ;
- ▶ **Améliorer la compréhension des causes de la sous-nutrition afin de réduire le recours aux marabouts et tradipraticiens comme principale source de soins** ;

- ▶ **Dans le BET**, améliorer la compréhension de la maladie afin de **permettre aux communautés de sortir du déni concernant la présence de la maladie et les inciter à collaborer aux activités de lutte contre la malnutrition** ;
- ▶ **Multiplier des campagnes pour alerter sur les risques liés au problème d'alcoolisme pour un ménage** (mauvaises pratiques de soin pour les enfants, utilisation des ressources du ménage pour l'achat de l'alcool au détriment de la santé et de l'alimentation des FEFA et enfants).
- ▶ **Réaliser une étude sur les moyens d'améliorer la PECMA chez les populations nomades.**

2. Attitudes de la communauté à l'égard de la malnutrition ;

- ▶ **Fournir les informations sur les programmes de nutrition et de santé** : Le manque d'informations actualisées ou précises sur les programmes de nutrition et de santé dans les établissements de santé a influencé les attitudes des communautés et affecté l'utilisation de ces services essentiels. Il est recommandé de développer délibérément la communication d'informations sur les services disponibles aux communautés afin de gérer les attentes et d'encourager les comportements de recherche de santé.
- ▶ **Impliquer activement les communautés dans la gestion de la malnutrition aiguë, tel que recommandé par l'approche PCMA** : L'étude montre qu'il existe plusieurs perceptions négatives liées à la malnutrition aiguë qui, à leur tour, provoquent la stigmatisation et peuvent empêcher la fréquentation des structures de santé et le succès des programmes de traitement. Le fait d'impliquer activement différents membres de la communauté (en particulier les personnes influentes) dans les activités liées à la gestion de la malnutrition et d'accorder une attention suffisante aux cas de réussite permettrait de réduire la stigmatisation et de créer un meilleur environnement comportemental pour la prise en charge de la malnutrition.
- ▶ **Elaborer des programmes de sensibilisation de type « bottom-up »** : l'étude montre que les perceptions communautaires des maladies et des pratiques de soins peuvent très fortement différer d'une communauté à l'autre. Dans ces conditions, la prise en compte de ces différences et l'élaboration de programmes de sensibilisation adaptés au contexte local est nécessaire pour favoriser un changement de mentalité et l'adoption des bonnes pratiques nutritionnelles par les communautés ;
- ▶ **Sensibiliser la communauté sur le fait que la restriction d'accès au CS des femmes constitue une violence basée sur le genre** : L'étude montre que des femmes se voient encore parfois interdites la fréquentation des centres de santé par leur mari ou un autre membre de la famille (en cas de maladie, pour accoucher, la CPN ou encore pour les méthodes de contraception) sous prétexte que l'agent de santé est un homme, parce que l'utilisation des traitements traditionnels (marabout, tradipraticien) restent privilégiés ou encore parce que les femmes qui n'accouchent pas chez elles risquent d'être stigmatisées dans certaines communautés, n'est pas acceptable.

3. Pratiques liées à la malnutrition et raisonnement qui les sous-tend ;

- ▶ **Sensibiliser sur l'importance d'appliquer les consignes des agents de santé et des sensibilisateurs afin d'améliorer efficacement et durablement les pratiques nutritionnelles** : Les résultats de l'étude montrent qu'il est nécessaire de rappeler aux communautés de consulter des agents de santé dès l'apparition de signes de maladie, ne pas administrer un traitement traditionnel en parallèle au traitement donné par l'agent de santé, ne pas faire d'automédication, faire 4 visites prénatales, accoucher dans des centres de santé, utiliser – si les femmes le souhaitent – les méthodes de contraception pour respecter l'espacement des naissances, ne pas réaliser d'actes physiques de protection ou de ne pas utiliser de façon inappropriée les ATPE);
- ▶ Encourager la création de caisse de santé au sein des groupements de femmes leur permettant également de couvrir les dépenses pour se soigner ou soigner leurs enfants ;
- ▶ Développer et/ou créer les systèmes de micro-crédits communautaires orientés sur la nutrition et l'hygiène.
- ▶ Renforcer les groupements féminins et autres organisations communautaires afin d'améliorer les pratiques nutritionnelles en consolidant la sécurité alimentaire au sein de ces localités.

- ▶ Renforcer la formation du corps médical sur la mise en place et le soutien à l'allaitement au travers de formation dispensée par des accompagnants qualifiés de type IBLC :
 - Mise en place et formation suivi des groupes d'ANJE
 - Animation par les groupes d'ANJE des séances d'IEC sur l'allaitement et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
- ▶ Organiser les ateliers culinaires, à l'aide des aliments utilisés par les ménages et disponibles sur le marché, pour préparer un repas complémentaire plus approprié pour l'enfant ;
- ▶ Sensibiliser sur l'alimentation et la nutrition (notamment implication des hommes) ;
- ▶ Développer les guides de recettes locales pour la famille et les enfants, en langue locale ;
- ▶ Encourager les chefs de ménage de foyers polygames à faire une répartition équitable de la nourriture entre les femmes en fonction du nombre d'enfants de chacune d'entre elles ;
- ▶ Promouvoir la fabrication locale et la vente de savon (AGRs) ;
- ▶ Promouvoir la gestion durable des points d'eau installés dans les communautés, les centres de santé et les écoles ;
- ▶ Poursuivre la sensibilisation sur l'importance de veiller à ne pas contaminer l'eau lors de la collecte, du transport et du stockage de l'eau ;
- ▶ Encourager la création de comités villageois d'hygiène et d'assainissement qui seraient responsables de l'hygiène communautaire dans les espaces publics du village ;

4. Environnement favorable au niveau macro ;

- ▶ Porter un plaidoyer international afin d'augmenter les lignes budgétaires liées à l'impact du changement climatique sur le rendement agricole et sur la sécurité nutritionnelle ;
- ▶ **Plaidoyer pour adopter des mesures améliorant la sécurité alimentaires et des moyens de subsistances des ménages** (favoriser accès aux intrants agricoles adaptés aux changements climatiques et à intérêt nutritionnel, formation sur les techniques de cultures résilientes et agroécologiques, pour renforcer les moyens de l'ONASA et l'ANADER, pour la création AGR (notamment collectifs pour les femmes), engager le dialogue entre éleveurs et agriculteurs pour apaiser les tensions, etc.)
- ▶ Plaidoyer au niveau ministériel en faveur de l'élargissement du programme de couverture sanitaire universelle, en accordant la priorité aux zones à forte prévalence de malnutrition, afin d'encourager un comportement plus favorable à la santé ;
- ▶ Insérer dans le curricula des AS les modules de formation sur l'accueil et le respect des patients dans les CS ;
- ▶ Etudier la possibilité d'étendre la gratuité de la prise en charge de la malnutrition (PPN) ou encore la prise en charge de la femme enceinte jusqu'à l'accouchement (médicaments, vaccination, moustiquaire) ou du CSB++ pour les femmes allaitantes dans tous les CS du pays ;
- ▶ Veiller à ce que le programme nutritionnel reste bien intégré/ ou mise en place dans les structures de santé : présence de personnel formé suffisant pour faire face à la charge de travail, présence de l'équipement et d'intrants adéquats (médicaments, traitement systématique MAS, PPN) ;
- ▶ Améliorer le contrôle du circuit en approvisionnement ou de gestion de l'approvisionnement des intrants (CSB, PPN), en luttant contre les ruptures d'approvisionnement ;
- ▶ Porter un plaidoyer au niveau national afin d'améliorer la disponibilité d'aliments nutritifs sur les marchés pendant toutes les périodes de l'année et encadrer les prix des produits de première nécessité ;
- ▶ Soutenir la surveillance des pathologies associées à la malnutrition (diarrhée, paludisme etc.), améliorer leur prise en charge précoce et mettre en place une gratuité des soins ;
- ▶ S'assurer qu'y ait au moins un agent de santé femme dans chaque CS ;
- ▶ Promouvoir les initiatives qui renforcent la capacité économique et décisionnelle des femmes ;
- ▶ Revoir les systèmes de motivation pour encourager la CPoN ;
- ▶ Appuyer des initiatives locales pour alléger la charge et la pénibilité du travail des femmes (moulins, systèmes d'exhaure, accès à l'eau, etc.) et favoriser une répartition équitable des tâches sensible au genre au sein du ménage ;

- ▶ S'assurer qu'il y ait bien deux RC formés et opérationnels et qui ne soient pas juste des crieurs publics ;
- ▶ Soutenir les autorités sanitaires à la formation et à la supervision/suivi des COGES, COSAN et groupements de femmes pour assurer le renforcement de la maîtrise du contenu technique des outils de sensibilisation ;
- ▶ Mieux former et encadrer les relais communautaires sur les méthodes de sensibilisation et les dépistages ;
- ▶ Déployer des stratégies avancées d'accès aux soins notamment pour les zones enclavées et éloignées des centres de santé de façon constante ou saisonnière (clinique mobile) ;
- ▶ Amélioration de l'accès à l'eau en quantité suffisante pour la boisson et des structures scolaires et de santé ;
- ▶ Plaidoyer auprès des partenaires pour financer la construction de latrines.
- ▶ Intensifier des plaidoyers auprès des bailleurs et des partenaires (UNICEF, SWEDD, PAM) et ONG pour financer la distribution de kits scolaire aux élèves et payer la scolarité des filles ;
- ▶ Intensifier des plaidoyers pour financer et pour poursuivre les cantines scolaires dans les localités où elles sont déjà mises en place et en créer dans des localités où ça n'est pas encore le cas ;

1. INTRODUCTION

L'insécurité alimentaire et nutritionnelle est à l'origine du problème de santé publique au Tchad. Les conséquences les plus visibles sont les taux élevés de retard de croissance et d'émaciation. Outre l'instabilité des facteurs exogènes qui sont le faible développement humain, le sous-développement des infrastructures, la pauvreté générale, l'inégalité des sexes dans la gestion des biens matériels, la croissance démographique, le faible accès aux services essentiels de base, le mauvais état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes ou allaitantes s'explique aussi par l'analphabétisme accru, les croyances religieuses et les coutumes. Les données des évaluations antérieures disponibles renseignent davantage sur l'importance de cette étude anthropologique au Tchad (MICS6, 2018-19 ; SMART, 2017-2021 ; SLEAC, 2015).

En effet, l'étude proposée vise à questionner les pratiques nutritionnelles associées aux pratiques des soins de santé. Elle va se focaliser sur les déterminants des pratiques nutritionnelles, les barrières et les facilitateurs de la mise en pratique des connaissances nutritionnelles. A cette fin, un ensemble d'hypothèses a été formulé pour permettre d'organiser une triangulation dynamique des données qui doivent répondre aux impératifs d'information et d'opérationnalisation à l'échelle nationale d'un dispositif de promotion à l'adoption de comportements pro-nutritifs.

Cette étude a pour objectif de générer des informations fiables basées sur les évidences en identifiant les pratiques socioculturelles néfastes en matière de la nutrition maternelle et infantile pouvant entraver l'atteinte des résultats du projet et fournir des recommandations pour les réduire.

De façon spécifique, les objectifs de l'étude sont :

- ▶ Examiner et cartographier les facteurs, y compris les facteurs économiques et socioculturels, qui influencent les pratiques d'alimentation maternelle et infantile au niveau communautaire dans les 23 provinces ;
- ▶ Comprendre et analyser l'influence des structures culturelles, religieuses, sociales, politiques, économiques et environnementales néfastes en matière de la nutrition maternelle et infantile ;
- ▶ Examiner les perceptions (attributs, valeur) de l'alimentation disponible et accessible en identifiant les pratiques ou comportements socio-culturels contribuant à améliorer la situation nutritionnelle ou la qualité des interventions en nutrition ;
- ▶ Examiner la perception des concepts de malnutrition et de bon statut nutritionnel ;
- ▶ Identifier les perceptions de la malnutrition, de la sécurité alimentaire, de priorité en termes d'alimentation au sein des ménages ou de la croissance selon qu'ils s'agissent d'un garçon ou d'une fille ;
- ▶ Identifier les systèmes de communication traditionnels et modernes qui influencent le changement de comportement positif relatif aux pratiques d'alimentation ;
- ▶ Identifier des stratégies d'intervention ciblées pour l'alimentation et la nutrition portées par les communautés ;
- ▶ Identifier les perceptions sur l'importance de l'éducation des filles, de l'âge propice de mariage des filles et du premier accouchement, du pouvoir économique de la femme et les aspects genre dans la prise de décision au sein des ménages ;
- ▶ Identifier les personnes clés qui influencent la prise de décision pour susciter le changement de comportement ;
- ▶ Proposer des recommandations d'interventions appropriées, pertinentes et efficaces, spécifiques à chaque groupe de population en réponse aux pratiques néfastes répertoriées.

Cette étude contribue à une meilleure cartographie des pratiques nutritionnelles au Tchad. Elle permet d'appréhender l'hétérogénéité culturelle et économique des pratiques nutritionnelles afin de pouvoir concevoir des stratégies de campagnes de sensibilisation et d'intervention adaptées aux populations.

Cette étude contribue aussi à une meilleure compréhension de l'influence des structures culturelles et socioéconomiques sur les pratiques nutritionnelles du jeune enfant et de la femme enceinte ou allaitante.

De manière spécifique, cette étude contribue à une meilleure compréhension de ce qui détermine, selon les populations cibles, l'instauration de bonnes pratiques nutritionnelles. Pour ce faire, elle contribue à une meilleure compréhension des barrières et facilitateurs perçus, possibles et présents, pour la mise en pratique des connaissances nutritionnelles.

Cette étude contribue finalement à une meilleure appréhension des organisations socio-culturelles présentes au Tchad afin d'identifier et proposer les modes de communications et messages clés à développer pour une campagne de communication nationale pour le changement de comportement.

2. CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

2.1 Orientation méthodologique générale de l'étude

Pour répondre aux objectifs de l'étude, et sur la base des recommandations du comité technique (étude à dominance qualitative), une enquête socio-anthropologique a été réalisée dans les 23 provinces du Tchad. La carte (figure 1) donne la répartition géographique des centres de santé et des localités étudiés dans le cadre de l'étude. Le tableau 1 présente les objectifs et les objets d'étude généraux de l'enquête.

Tableau 1 : Synthèse de l'approche méthodologique de l'étude des Pratiques Nutritionnelles

Enquête socio-anthropologique	
Objectifs généraux	▶ Étude qualitative des aspects socio-culturels et socio-économiques dans les pratiques nutritionnelles (PN) et connaissances nutritionnelles (CN)
Objets d'étude	▶ PN et CN ▶ Structure socio-culturelle ▶ Structure socio-économique ▶ Perception et représentations

Pour cette étude socio-anthropologique, la disponibilité et la pertinence/validité des données secondaires a été considérée comme suffisante pour mettre en œuvre une approche semi-exploratoire s'intéressant aux sous-causalités des pratiques nutritionnelles.

Pour ce faire deux types d'ethnographies ont été mises en œuvre :

- ▶ Ethnographie des pratiques nutritionnelles
- ▶ Ethnographie de la relation entre le contexte socio-culturel et/ou le contexte socio-économique et les pratiques nutritionnelles

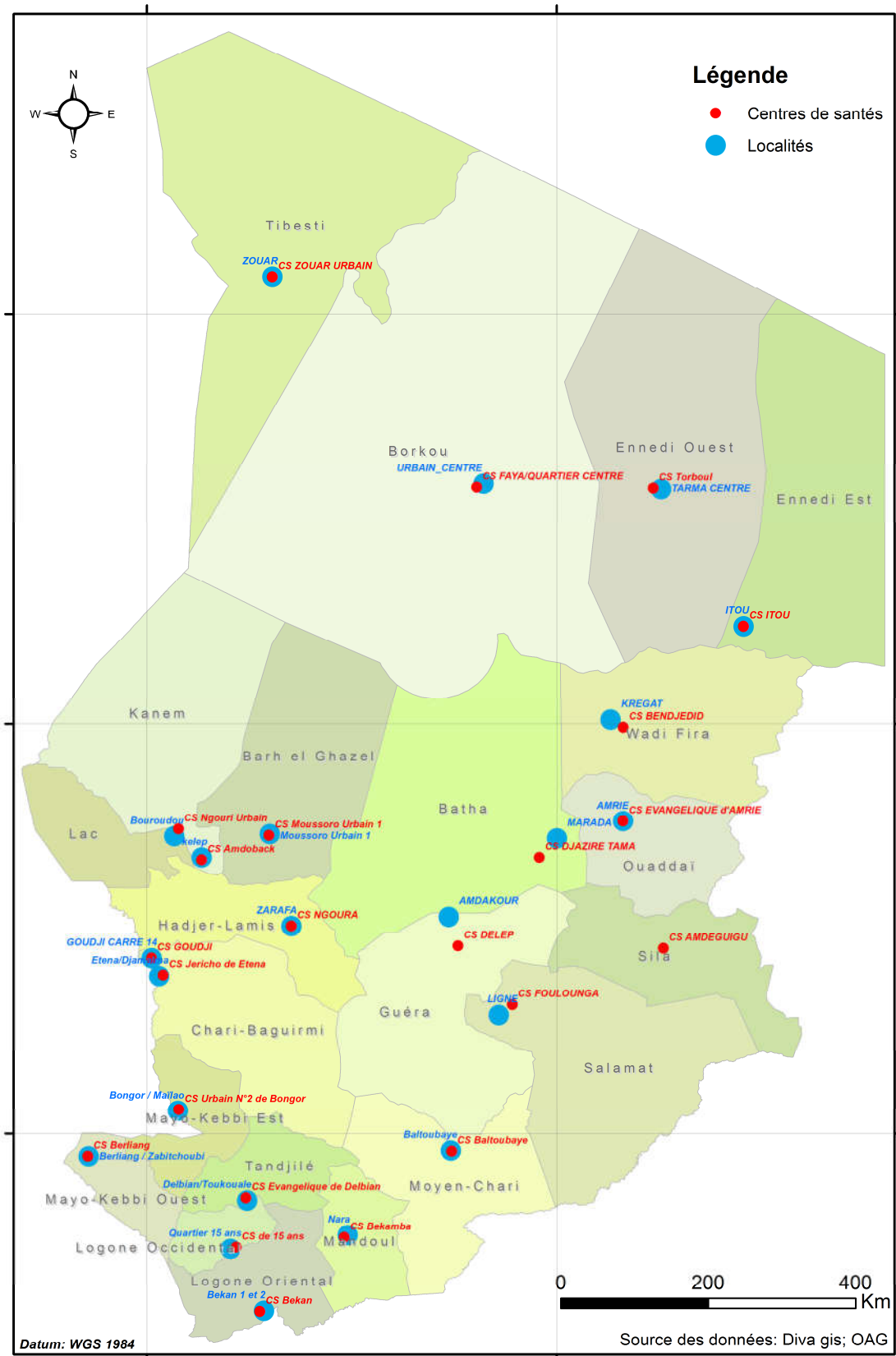
Dans ces deux types d'ethnographies, les 2 méthodes de récolte des données qualitatives, que sont les *Focus Group Discussion* (FGD) et les entretiens semi-directifs (ESD) ont été utilisées.

2.2 Objets d'études

2.2.1 Définition des concepts clés

La nutrition est l'ensemble des processus par lesquels un être vivant transforme des aliments pour assurer son fonctionnement. D'une part, la physiologie de la nutrition traite de la façon dont l'organisme opère la transformation des aliments, de l'ingestion à la métabolisation. Elle étudie l'équilibre ou le déséquilibre existant entre l'énergie et les nutriments absorbés et les besoins de l'organisme. D'autre part, la nutrition analyse le **comportement alimentaire** de l'individu ou du groupe en abordant l'alimentation au sein d'un tissu de facteurs environnementaux tels que l'environnement construit, les politiques de santé, la disponibilité et l'accessibilité de la nourriture, la culture.

Figure 1 : Répartition géographique des centres de santé et des localités étudiés dans le cadre de l'étude



L'OMS définit la nutrition telle que l'apport alimentaire répondant aux besoins de l'organisme pour qu'il soit en santé.

Aussi, l'étude de la nutrition a ceci de pertinent au sein d'une démarche de recherche, que sa compréhension se fait à l'articulation de l'alimentation et de la santé, du physiologique et du social, de la pratique et de la connaissance.

L'étude proposée s'intéresse plus particulièrement à l'articulation entre pratiques et connaissances nutritionnelles.

Au terme de cette étude, les définitions suivantes veulent circonscrire les objets principaux de l'étude des pratiques nutritionnelles.

Tableau 2 : Définition des concepts objets de recherche de l'étude PN

Concepts d'étude	Définition	Exemple
Pratique nutritionnelle (PN)	Pratique qui répond au besoin nutritionnel d'une personne	Ensemble des pratiques de transformation, utilisation, consommation, distribution, préparation, d'aliments permettant de répondre au besoin nutritionnel d'une personne
Connaissance nutritionnelle (CN)	Connaissance relative au besoin et/ou pratique nutritionnel	Ensemble des représentations, perceptions, croyances sur les pratiques et/ou besoin nutritionnel d'une personne
Aliment nutritif (AN)	Aliment répondant au besoin nutritionnel d'une personne	Ensemble des aliments qui sont perçus comme répondant au besoin d'une personne

Tableau 3 : Définition des objets de recherche de l'étude PN

Objet d'étude	Définition	Exemple
Facilitateurs	Personnes, actions, ressources qui favorise l'aboutissement d'un objectif, ici la mise en pratique de CN	Personnes : entourage, les accompagnants (ex : Grand-mère, voisine etc.)
Barrières	Personnes, actions, ressources qui empêche l'aboutissement d'un objectif, ici la mise en pratique de CN	Actions : voir un personnel qualifié (ex : visite à domicile du personnel de santé etc.) Ressources : transport, financier, humaines
Déterminants	Ressources, pratiques ou connaissances qui interviennent comme éléments décisifs d'une action, ici les PN	Ressources humaines : Ressources financières, communautaires, humaines etc.

2.2.2 Typologie des pratiques nutritionnelles couvertes par l'étude

Pour réaliser cette étude, une liste des différentes pratiques nutritionnelles à explorer a été établie au préalable. Cette dernière rassemble les principales pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), les pratiques de soins de santé des populations cibles, les pratiques liées à la sécurité alimentaire et aux moyens d'existences, ainsi celles liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement.

Les 10 pratiques choisies (tableau 4) sont considérées intervenir soit directement, soit indirectement sur l'état nutritionnel de la personne cible. Dans notre cas, la personne cible est un enfant de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes.

L'intérêt de cette démarche par niveau de causalité est d'orienter les outils de collecte de manière précise, au plus près de la complexité de la pratique d'alimentation nutritionnelle.

Tableau 4 : Les 10 pratiques nutritionnelles couvertes par l'étude PN

N°	Nom de la pratique nutritionnelle	Indicateur abordé dans outils de l'enquête SA	Cadre méthodologique de référence pour les PN
----	-----------------------------------	---	---

1	Pratique d'allaitement exclusif et prédominant (0 à 5 mois)	FGD F/ FGD H/ Entretien Semi-Directif (ESD) matrone/ EDS Grand-mères/ Mères SNI-SNIM/ Pères SNI-SNIM/ ESD Tradipraticien/ ESD Chuchiya/ ESD personnel de santé/ ESD ASC/ ESD Grands-mères	Méthodologie SMART (2020)
2	Pratique d'alimentation de complément (6 à 23 mois)	FGD F/ FGD H/ ESD matrone/ ESD Grand-mères/ Mères SNI-SNIM/ Pères SNI-SNIM/ ESD Tradipraticien/ ESD Chuchiya/ EDS personnel de santé/ ESD ASC/	Méthodologie SMART (2020)
3	Pratique de diversification alimentaire (6 à 37 mois)	FGD F/FGD H ESD Matrone/ ESD Grands-mères/ ESD Mères et père SNI-SNIM/ ESD Tradipraticiens/ ESD Chuchiya/ ESD Instituteurs/	Méthodologie SMART (2020)
4	Pratique d'alimentation autonome de l'enfant (24 à 37 mois)	FDG F/ FGD H/ ESD matrone/ EDS Grand-mères/ Mères SNI-SNIM/ ESD Chuchiya/ ES personnel de santé/ ESD ASC/	Méthodologie LQAS (2021)
5	Pratique de santé de l'enfant (0 à 37 mois)	EDS matrone/ EDS Grand-mères/ Mères SNI-SNIM/ Pères SNI-SNIM/ ESD Tradipraticien/ ESD Chuchiya/ EDS personnel de santé/ ESD ASC/ ESD Représentants locaux/ ESD Instituteurs	Méthodologie SMART (2020)
6	Pratique de diversification alimentaire de la femme enceinte	FGD F/ ESD Matrone/ ESD Mères et père SNI- SNIM/ ESD Tradipraticiens/ ESD Chuchiya/ ESD Instituteurs/	Méthodologie SMART (2020)
7	Pratique de santé de la reproduction et maternelle	FGD F/ FGD H/ ESD matrone/ ESD personnel de santé/ / Mères SNI-SNIM/ Pères SNI-SNIM/ ESD Chuchiya/ ESD personnel de santé/ ESD ASC/	Méthodologie MICS (2018)
8	Pratique liée à la sous-nutrition	FGD F/ FGD H/ ESD matrone/ EDS Grand-mères/ ESD Mères SNI-SNIM/ Pères SNI-SNIM/ ESD Tradipraticien/ ESD Chuchiya/ ESD autorités coutumières/ ESD autorités locales & administratives/ EDS personnel de santé/ ESD ASC/ ESD Représentaux locaux/	Méthodologie SMART (2020)
9	Pratique d'hygiène liée à l'alimentation de l'enfant de moins de 5 ans	FGD F/ FDG H/ ESD matrone/ EDS Grand-mères ESD/ Mères SNI-SNIM/ Pères SNI-SNIM/ ESD Tradipraticien/ ESD Chuchiya/ ESD ASC/ ESD Instituteurs	Méthodologie MICS (2018)
10	Pratique de protection nutritionnelle de l'enfant et la femme enceinte	FGD F/ FGD H/ ESD matrone/ EDS Grand-mères/ Mères SNI-SNIM/ Pères SNI-SNIM/ ESD Tradipraticien/ ESD Instituteurs	Méthodologie LQAS (2021)

2.2.3 Cadre hypothétique des déterminants des pratiques nutritionnelles envisagées

Une liste des déterminants des pratiques nutritionnelles (tableau 5), et des facilitateurs/barrières hypothétique (tableau 6) de la mise en pratiques des connaissances nutritionnelles a également été établie pour préparer cette étude. Ce cadre est purement hypothétique et la portée de cet exercice est scientifique, tant au niveau du cadre problématique que méthodologique.

Tableau 5 : Déterminants hypothétiques des PN

DETERMINANTS PERÇUS DES PRATIQUES NUTRITIONNELLES		
Catégorisation générale	Catégorisation spécifique	Exemple
Ressources financières	Faible production agro-pastorale	Les stocks alimentaires familiaux ne couvrent pas toute l'année
	Faible revenus	Les stocks alimentaires familiaux ne permettent pas assez de revente, pas assez d'AGR, etc.
	Manque de liquidité	La revente de la production familiale ne permet pas d'avoir assez de liquidité pour accéder aux aliments nutritifs ; peu de liquidité en circulation dans la communauté (ex : le village)
	Ressource naturelle	Faible accès à l'eau de bonne qualité et en quantité ; faible surface agricole ; faible pluviométrie ; aléas phyto et zoo sanitaires
Ressources humaines	Accompagnement	Personnes proches de la répondante qui n'est pas reliées filialement à elle : voisine, amie, collègues, <i>chuchiya</i> , matrone, etc.
	Entourage	Personnes proches de la répondante qui est reliées filialement à elle : mari, grand-mère, sœur, concubine, tante etc.
	Estime de soi	Capital psychologique relevant de la confiance en soi perçu par la répondante (pouvoir)
	Compétences et performances perçues	Capital psychologique relevant de la perception de l'efficacité perçue par la répondante de ces actions et décisions (contrôle)
Ressources communautaires	Capital social vécu	Ensemble des personnes, relations, actions et savoirs qui confère à la répondante un capital de confiance vécu au niveau communautaire sur lequel elle peut s'appuyer pour mobiliser des ressources humaines.
	Capital socio-économique perçu	Ensemble des personnes, relations, actions et savoirs qui confèrent à la répondante un pouvoir économique perçu au niveau communautaire sur lequel elle peut arriver à mobiliser des ressources économiques
	Capital moral perçu	Ensemble des personnes, relations, actions et savoirs qui confèrent à la répondante un capital moral perçu au niveau communautaire sur lequel elle peut arriver à mobiliser des ressources économiques et humaines
	Capital magico-religieux perçu	Ensemble des personnes, relations, actions et savoirs qui confèrent à la répondante un capital magico-religieux perçu au niveau communautaire sur lequel elle peut arriver à mobiliser des ressources économiques et humaines ¹

1. Pour illustrer ces sous-catégories prenons l'exemple de la sous-nutrition. Les études montrent que lorsque l'état nutritionnel d'un enfant se dégrade, une mère va devoir mobiliser ces 4 capitaux pour arriver jusqu'au CS. Les contraintes imposant ces formes de capitalisation sont économiques en premier lieu mais aussi identitaire. La prise en charge d'un enfant sous-nutris est en

Ressources de santé	Diagnostiques perçus	Capacité de la répondante à établir une forme de diagnostic sanitaire
	Risques perçus	Capacité de la répondante à identifier les risques liés à certaines pratiques ou actions
	Signes de danger perçus	Capacité de la répondante à identifier les signes de danger sanitaire du jeune enfant
	Signaux d'action perçus	Capacité de la répondante à identifier les moments d'intervention et d'action
	Conséquences perçues	Capacité de la répondante à identifier les conséquences des signes de danger et signaux actions ignorés
	Efficacité perçue des pratiques nutritives	Capacité de la répondante à reconnaître l'efficacité des pratiques nutritionnelles conseillée en CS
	Accès et praticabilité du système de santé	Capacité de la répondante à accéder et comprendre les conseils nutritionnels prodigués par les personnels de santé
Ressources structurelles	Faible accès à l'eau améliorée	Capacité de la répondante à avoir accès à une source d'eau améliorée en quantité et qualité suffisante
	Faible infrastructure de déplacement	Capacité de la répondante à pouvoir se déplacer en raison de l'état des infrastructures routières
	Faible infrastructure étatique	Capacité de la répondante à pouvoir facilement avoir accès à des services administratifs et de santé
	Faible pouvoir décisionnel	Capacité de la répondante à prendre ces propres décisions et à le mener à bien

Tableau 6 : Barrières et facilitateurs hypothétiques de la mise en pratique de la connaissance nutritionnelle

BARRIERES ET FACILITATEURS HYPOTHETIQUES	
Barrières hypothétiques	Facilitateurs hypothétiques
Manque d'information, de connaissances complémentaires	Informations complémentaires au niveau individuel et communautaire
Manque de ressources financières et alimentaires	Renforcement du pouvoir économique de la femme et du ménage
Accompagnement (communauté) : défaut ou excès	Accompagnement et encouragement de l'entourage (mari, voisinage, communauté, relais)
Entourage (famille) : défaut ou excès	Disponibilité des moyens de déplacements, facilité de transports
Isolement de la femme	Identifier les besoins nutritifs de l'enfant
Enclavement de la communauté : géographique et culturel	Identifier les bonnes pratiques locales en termes de santé et de nutrition
Insuffisance de l'environnement sanitaire : eau potable, assainissement, distance du CS	Possibilité de partager des expériences dans et hors de sa communauté
Manque de temps, charge de travail de la femme trop importante	Disponibilité d'eau potable en quantité et disponibilité des moyens de production et transformation agropastoraux
Manque de confiance de la femme : Auto-efficacité perçue insuffisante	Meilleure mise en lien des signes de danger de l'enfant et des signaux d'action
Réussite des traitements/pratiques traditionnels	Éducation de la femme
Manque de confiance dans les pratiques prescrites par le CS	

premier lieu communautaire puis sanitaire, car on doit s'assurer que l'identité (individuelle, familiale, communautaire) survive afin que le corps puisse guérir.

Inadéquation entre l'expérience et la connaissance prescrite en CS	
Inadéquation entre les croyances et les pratiques prescrites en CS	
Nouvelle grossesse	
Grossesse non désirée	
Grossesse précoce	
Signaux d'action tardifs	
Perception des besoins nutritifs de l'enfant	

2.3 Zonage, échantillonnage, ciblage

2.3.1 Stratégie générale de zonage l'étude

L'étude s'est déroulée dans les 23 provinces tchadiennes du 7 mars 2022 au 4 avril 2022. Toutefois, les contraintes en ressources humaines (6 équipes pour réaliser la collecte sur le terrain) et de temps (4 semaines de travail sur le terrain) ne permettaient de ne conduire l'étude que dans un site par province. Chaque équipe (Tableau 7) s'est vue attribuer une zone géographique comprenant 3 ou 4 provinces et donc 3 ou 4 sites où elles ont la responsabilité de conduire l'étude.

Tableau 7 : Découpage par zone et provinces étudiées par équipe

N° Équipe	Nom de la zone	Nombre de province	Nom des provinces
1	Zone Nord	4	Borkou, Ennedi-Est, Ennedi-Ouest, Tibesti
2	Zone Est	4	Ouaddaï, Salamat, Sila, Wadi-Fira
3	Zone Sud 1	4	Chari-Baguirmi, Mayo-Kebbi Est, Mayo-Kebbi Ouest, Tandjilé
4	Zone Sud 2	4	Logone Occidental, Logone Oriental, Mandoul, Moyen-Chari
5	Zone centre	4	Guéra, Batha, N'Djamena, Hadjer-Lamis
6	Zone Ouest	3	Kanem, Barh El Gazel, Lac

2.3.2 Échantillonnage de l'étude

La taille de l'échantillon pour l'enquête Socio-anthropologique correspond à la somme des personnes interrogées. L'étude sur les pratiques nutritionnelles a couvert donc au minimum 2 269 personnes, dont 14,8% ont été interrogées individuellement.

► **Échantillonnage principal :**

Pour chaque province, un district sanitaire a été sélectionné en s'appuyant sur des critères raisonnés (composition de la population reflétant la diversité socio-économique existant dans la province, les moyens d'existence, l'accessibilité et la sécurité de l'équipe sur le terrain).

Dans un deuxième temps, un centre de santé par district sanitaire étudié a été sélectionné de manière aléatoire. Pour cela, il a été décidé que chaque équipe étudierait, dans sa zone d'étude, le cas d'un CS se localisant dans le chef-lieu de district sanitaire.

Dans le cas de l'équipe travaillant dans la zone Nord, elle devait étudier deux CS se situant dans le chef-lieu du district sanitaire pour des raisons de contrainte de sécurité dans le DS de Tibesti et d'accessibilité et de sécurité pour le district sanitaire (DS) de Borkou. Lorsque l'équipe nord s'est rendue à Mardangaye, elle a découvert que le centre de santé, qui avait été choisi de manière aléatoire lors de l'échantillonnage, était fermée. L'équipe a tenté de joindre le responsable de centre de santé (RCS) par téléphone. Ce dernier leur a confirmé qu'il a été affecté dans un autre CS et que son remplaçant n'était pas encore arrivé pour la passation de service. Ce CS n'ayant pas d'autre agent de santé, il est depuis fermé.

L'équipe s'est rendue chez le chef de village pour obtenir tout de même son accord pour commencer les activités de collecte de données. Il aurait été intéressant de voir quelles auraient été les conséquences de cette fermeture du CS sur les connaissances et les pratiques nutritionnelles des habitants de ce village. L'équipe est malheureusement contrainte d'abandonner ce projet, après avoir appris que le chef de village était en prison depuis quelques temps et que personne n'a pu être nommé pour assurer son intérim. La tension semblait perceptible au sein de la communauté. Face à cette situation imprévue, l'équipe s'est tournée auprès de sa direction pour connaître la démarche à suivre. Face à cette situation inédite, il a été décidé de tirer au hasard un autre CS urbain de Faya pour conduire tout de même l'étude. Le CS urbain (quartier centre) a été tiré et l'équipe a pu commencer avec les premiers entretiens le même jour. L'équipe a appris par la suite que ce centre de santé est le seul de la province du DS de Faya, dans lequel il y a une prise en charge de la malnutrition.

Pour son troisième terrain, l'équipe Nord s'est rendue au CS de Torbol, DS de Kalait. Le CS ne compte qu'un seul agent de santé, le RCS. A peine installé la veille, et il était déjà en route pour Kalaid. Sa moto ayant connu une panne, il est revenu à Torbol, ce qui a permis à notre équipe de le rencontrer. Le CS se résume à l'existence du bâtiment. Il n'y a aucun patient. Il n'y a pas un village, une hutte à moins de 20 km. Le village le plus proche est à 20 km et a seulement 5 ménages. Dans la « ville/localité » de Torbol, il n'y a pas vraiment de gens. Il n'y a aucun ménage communautaire à proximité, sauf la résidence et le bureau du préfet (qui vit seul). L'école primaire, tout cycle confondu, compte officiellement 8 inscrits (dont 1 fille) mais qui ne viennent pas suivre de cours. Il y a officiellement 2 instituteurs mais 1 est retourné à N'Djamena. Il y a un seul relais communautaire qui ne vient qu'en cas de visite extérieure (comme c'est le cas avec la visite de notre équipe).

Après avoir réalisé les ESD avec les personnes ressources présentes à Torbol, l'équipe Nord a parcouru trois villages, tous situés à plus de 20 kilomètres pour réaliser des ESD et FGD. Les hommes n'étaient pas dans les villages et il était difficile d'accéder aux femmes sans leurs maris. Avec la facilitation du relais communautaire, quelques FGD ont été réalisés avec des femmes. Vu le faible nombre d'habitants dans le village, les FGD ont été réalisés avec moins de 6 personnes.

Dans la zone Ouest, l'échantillonnage a également tenu compte du contexte sécuritaire sensible. L'enquête s'est déroulée dans le chef-lieu du DS de Moussoro (jugé plus sûre que les secteurs ruraux).

Pour les autres districts sanitaires, l'étude s'est déroulée dans des CS ruraux.

► **Échantillonnage secondaire :**

Les critères d'échantillonnage secondaire de l'étude (Tableau 8) pour sélectionner les villages/quartiers où se sont tenus les FGD et ESD ont également été déterminés pour les DS de chaque province étudiée. Toutefois, l'équipe technique a dû modifier la méthode de sélection du site de collecte dans chaque DS. Au départ, l'équipe a tenté d'obtenir du personnel de santé travaillant dans les CS sélectionnés, une liste de villages répondant aux critères recherchés. Un tirage au sort aurait dû être réalisé à partir de cette liste pour fixer le village/quartier à étudier. Cette piste a été abandonnée car l'équipe s'est souvent confrontée à un refus des RCS pour des raisons de confidentialité ou parce qu'ils n'en possédaient pas une version actualisée. Il a alors été décidé que le choix du site de collecte serait déterminé, une fois sur le terrain, par le médecin chef de district (MCD) ou le RCS, en fonction des critères d'échantillonnages pré établis : chef-lieu, village à plus ou moins 5km ou encore enclavé (Annexe pour consulter le tableau final de l'échantillonnage l'enquête socio-anthropologique (SA)).

Dans le cas du CS non opérationnel de Torbol, l'équipe Nord n'a pas pu respecter le critère d'échantillonnage secondaire pour le choix de la localité. En effet, il était prévu de sélectionner une localité se situant à moins de 5 km du CS. Aucune localité ne se trouvant à moins de 20 km dans ce DS peu peuplé, l'équipe a parcouru trois villages, tous situés à plus de 20 kilomètres pour réaliser des ESD et FGD.

Tableau 8 : Définition des critères d'échantillonnage secondaire de l'étude PN

Critère 2 nd	Explication du choix du critère	Cible
Chef-lieu de district sanitaire	Les chefs-lieux de district sanitaire concentrent un certain nombre de services et de facilités d'accès pour les CS qui s'y	CS situé dans le chef-lieu de district sanitaire

	trouvent. Cela peut avoir un impact sur les PN des bénéficiaires.	
Enclavement	En termes de pratiques nutritionnelles l'enclavement géographique des communautés et villages ruraux a un impact que l'étude veut appréhender.	Village enclavé
Éloignement d'un centre de santé	En termes de pratiques nutritionnelles la distance du CS a un impact que l'étude veut appréhender.	+/- 5 km Du CS)
Moyens d'existence	Le lien entre la sécurité nutritionnelle et les moyens de subsistance est considéré comme le critère principal pour donner un aperçu précis de la diversité des PN.	Semi-transhumant, sédentaire

Tableau 9 : Définition des critères d'analyse de l'étude PN

Critère 2 nd	Explication du choix du critère
Groupe ethnique	En fonction de l'appartenance à un groupe ethnique (langue maternelle)
Groupe socio-économique	En fonction de l'appartenance à un groupe socio-économique
Situation de sous-nutrition infantile	En fonction de l'expérience d'un épisode de sous-nutrition avec un ou plusieurs enfants, une ou plus d'une fois

2.3.3 Ciblage de l'étude

Tableau 10 : Populations cibles de l'étude PN

Type d'enquête	Population cible
Socio-anthropologique	Femmes enceintes, allaitantes, avec enfant de moins de 5 ans
	Les personnes clés : autorités locales, autorités coutumières,
	Les porteurs de pratiques nutritives : père, grand-mère
	Les porteurs de pratiques de protection nutritionnelle : tradipraticien/ienne
	Les porteurs de pratiques de santé materno-infantiles : personnels de santé, agent communautaire, accoucheuses traditionnelles

2.3.4 Autorisation et éthique de l'étude

Une autorisation au niveau du ministère Tchadien de la Santé a été obtenue par le PAM. OAG a également obtenu une autorisation au niveau du comité bioéthique national tchadien.

2.4 Dispositif méthodologique de l'étude socio-anthropologique

2.4.1 Principales sources des données utilisées pour les analyses

Dans le cadre de l'étude sur les pratiques nutritionnelles au Tchad, une base de données secondaires a été constituée afin de pouvoir trianguler certaines données qualitatives. Au total, cinq sources ont été exploitées. Il s'agit des données des enquêtes SMART 2019, 2020, et 2021, des données issues de l'enquête MICS 2019, et de l'annuaire des statistiques sanitaires de 2017.

La collecte des données secondaires a été faite en fonction de critères définis dans le protocole de démarrage. C'est à dire des valeurs correspondant à des indicateurs jugés pertinents pour cette étude en fonction des critères suivants :

- ▶ D'actualité (de quand date la donnée, est-elle encore exploitable après tout ce temps ?) ;
- ▶ De provenance (Provient-elle (la donnée) d'une source fiable ?) ;
- ▶ De fiabilité (La production de l'indicateur obéit-elle aux normes de production ?) ;
- ▶ De pertinence (La donnée collectée nous aide-t-elle à bien saisir le phénomène étudié ?) ;
- ▶ De précision.

L'exercice d'analyse de ces données visait à retenir une seule valeur d'indicateur à partir des sources identifiées et précédemment citées tout en respectant sur les critères ci-dessus.

Les quatre premiers critères énumérés ci-avant sont satisfaits, ces données ayant toutes été produites il y a moins de cinq ans par des institutions appartenant au Système Statistique National (SSN) tchadien. Toute la discussion a donc été orientée sur le critère de précision au travers des Intervalles de Confiance (IC).

Au regard de ces derniers, l'équipe technique s'est accordée sur la catégorisation suivante :

- ▶ **Un indicateur est considéré comme exploitable** si son intervalle de confiance (IC) a une amplitude d'au plus 10 points, c'est-à-dire que ses bornes inférieures et/ou supérieures se situent à ± 5 points de l'estimateur ponctuel considéré. La raison d'un tel choix tient du fait qu'en général, la marge d'erreur admise pour les IC des indicateurs dans la référence statistique internationale est de 5%. Nos indicateurs étant exprimés sous forme de proportions, tabler sur ce qui précède (accepter ± 5 points de variation) revient exactement à accepter cette marge de 5% ;
- ▶ **Un indicateur est considéré comme discutable** si son IC a une amplitude d'au plus 20 points, c'est-à-dire que ses bornes inférieures et/ou supérieures se situent à ± 10 points de l'estimateur ponctuel considéré ;
- ▶ **Un indicateur est considéré comme non exploitable** si l'IC de son estimateur ne satisfait aucun des deux premiers critères ci-dessus.

Lorsque toutes les valeurs sont exploitables, la valeur a été retenue en fonction du critère d'actualité (donnée la plus récente). Enfin, si un indicateur n'est pas couvert par la SMART, la donnée présentée dans la MICS a été retenue, car bien que ne fournissant pas d'IC le rapport présente néanmoins des indicateurs calculés à partir de très grands échantillons au niveau régional, laissant entrevoir au regard du plan de sondage probabiliste utilisé une assez bonne précision.

S'agissant des données extraites de la SMART, les indicateurs au plan national sont tous exploitables (amplitude d'IC bas). Les indicateurs sur le plan national se démarquent parce qu'ils sont calculés sur un grand échantillon (cumule de la taille de l'échantillon des 23 provinces). Au niveau des provinces, on constate une détérioration de la précision des indicateurs à cause de la taille de l'échantillon parfois trop faible. Cette petite taille donne une mauvaise précision au niveau de l'IC.

Enfin, les rapports des ONG présentes au Tchad et ayant déjà produits certains des indicateurs ici concernés n'ont pas été exploitées en raison de la non-couverture nationale de la plupart de leurs études, et aussi de la multiplicité des plans de sondage utilisés qui ne sont pas toujours probabilistes. Ce choix a été fait afin de garder une certaine harmonisation méthodologique quant aux données collectées et donc plus de fiabilité à notre analyse.

2.4.2 Orientation méthodologique générale

L'étude socio-anthropologique a été réalisée par le biais d'une collecte de données participative et semi-exploratoire par immersion. Pendant que l'approche participative garantit une excellente qualité des données qualitatives obtenues, l'approche semi-exploratoire convient à une étude précise et informative des pratiques nutritionnelles. En effet, dans l'approche semi-exploratoire l'ordre des causalités recherchées est différent que durant les méthodes exploratoires.

La démarche exploratoire s'ouvre à la compréhension des causalités générales, alors que la démarche semi-exploratoire démarre à partir d'un schéma hypothétique des causalités générales, pour interroger plus précisément certaines d'entre elles au travers des sous-causalités qui s'y exercent.

L'approche semi-exploratoire a ainsi deux objectifs : vérifier le cadre hypothétique et explorer les sous-causalités.

Pour cette étude socio-anthropologique des pratiques nutritionnelles des populations cibles, la densité des données secondaires est considérée comme suffisante pour mettre en œuvre une approche semi-exploratoire s'intéressant aux sous-causalités des pratiques nutritionnelles.

Pour ce faire deux types d'ethnographies ont été mises en œuvre :

- ▶ Ethnographie des pratiques nutritionnelles ;
- ▶ Ethnographie de la relation entre le contexte socio-culturel et/ou le contexte socio-économique et les pratiques nutritionnelles.

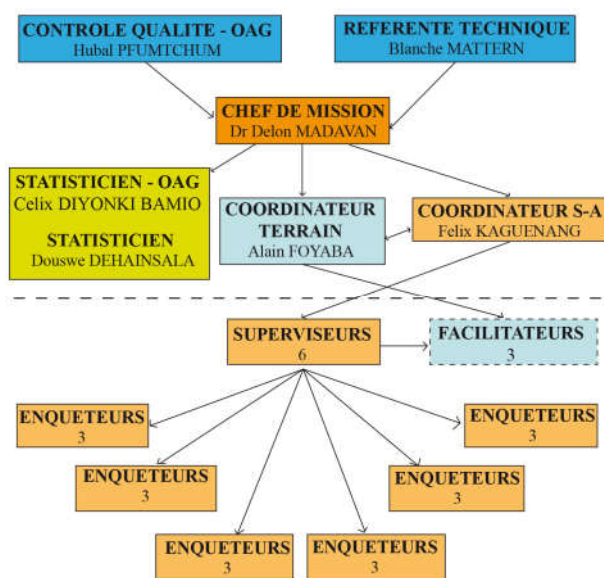
Dans ces deux types d'ethnographies, les 3 méthodes de récolte des données qualitatives, que sont les *Focus Group Discussion* (FGD), les entretiens semi-directifs (ESD) et les observations², ont été utilisées. Toutefois elles sont marquées par des dominances différentes. En effet, les deux types d'ethnographies déployées sont plus sensibles à certaines méthodes de collecte de données.

L'équipe de collecte (figure 2) de données était composée du chef de mission, du coordinateur de l'enquête socio-anthropologique, de 6 superviseurs, 18 enquêteurs, 2 interprètes accompagnant le chef sur le terrain. 23 facilitateurs (1 par site de collectes) et des interprètes en langues locales (lorsque les équipes en avaient besoin pour réaliser leur collecte de données).

Sur le terrain, chaque équipe est composée de 2 femmes et 2 hommes, évoluant en binôme. Au sein de chaque équipe un superviseur est identifié, il a la responsabilité de la coordination de l'équipe et de la qualité des données transmises.

Au total, l'équipe d'enquête terrain socio-anthropologique était composée de 24 personnes, encadrées par un coordinateur et le chef de mission.

Figure 2 : Organigramme de l'équipe OAG de l'étude



2.4.3 Ethnographie des pratiques nutritionnelles

L'ethnographie des pratiques nutritionnelles prend appui de manière centrale sur la population cible (femmes enceinte, allaitante avec enfant de moins de 5 ans) et sur l'étude des pratiques nutritionnelles retenues. Toutefois, les hommes ont aussi été interrogés à ce sujet.

Pour ce faire, la méthode de collecte favorisée a été le *Focus Group Discussion*. Permettant d'appréhender les représentations et pratiques de la population cible avec précision, la dynamique de consensus qui l'anime permet aussi d'accéder à la dimension collective des objets d'étude.

Le tableau ci-après veut présenter les FGDs sélectionnés pour l'étude ainsi que les thèmes abordés.

Tableau 11 : Synthèse de l'approche par FGDs sur les pratiques nutritionnelles

Type FGD	Thèmes abordés	Cibles
----------	----------------	--------

² Le protocole d'étude final reviendra sur la définition de ces méthodes.

FGD Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Catégorisation alimentaire ▶ Aliment nutritif et besoins de l'enfant et de la femme enceinte/allaitante ▶ Pratique d'alimentation nutritionnelle de l'enfant et de la femme enceinte/allaitante ▶ Les barrières et facilitateurs des PN 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Femmes enceintes, allaitantes, ou avec un enfant(s) de moins de 5 ans ▶ Hommes/pères
FGD Santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Santé de l'enfant ▶ Santé de la femme enceinte, allaitante ▶ Parcours thérapeutique de l'enfant malade ▶ Pratiques de santé de l'enfant et de la femme enceinte/allaitante 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Femmes enceintes, allaitantes, ou avec un enfant(s) de moins de 5 ans ▶ Hommes/pères
FGD SAME & EHA	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ressources du ménage ▶ Les moyens d'existences du ménage ▶ Accès au marché et l'accessibilité aux aliments qui s'y trouvent ▶ Les stratégies de résiliences en cas de pénuries ▶ L'accès et la qualité de l'eau consommée ▶ Les pratiques d'hygiènes 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Femmes enceintes, allaitantes, ou avec un enfant(s) de moins de 5 ans ▶ Hommes/pères avec un enfant(s) de moins de 5 ans

La méthode d'entretiens semi-directifs a été aussi mobilisée dans le cadre de cette ethnographie des pratiques nutritionnelles lorsque des personnes clefs ont été identifiées. Les matrones, les mères/pères en situation de sous-nutrition, les tradipraticiens/iennes, les grands-mères ont été identifiés et interviewés. Les thématiques centrales des ESD « pratiques nutritionnelles » sont répertoriées dans le tableau 12.

Tableau 12 : Synthèse de l'approche par ESDs sur les pratiques nutritionnelles

Thèmes généraux de l'ESD	Cible
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les pratiques d'allaitement ▶ Les pratiques d'alimentation du jeune enfant ▶ Les pratiques nutritionnelles (barrières et facilitateurs) ▶ Les pratiques de santé de l'enfant et de la femme enceinte/allaitante ▶ La sous-nutrition ▶ Les pratiques d'hygiènes ▶ La santé maternelle ▶ Les parcours thérapeutiques 	▶ Matrones : Matrones et accoucheuses formées (2/terrain)
	▶ Grands-mères (2/terrain)
	▶ Instituteur (1/terrain)
	▶ 2 Mères et 1 père en situation de sous-nutrition infantile (3/terrain) « Présente ou vécue ; avec un ou plusieurs enfants ; dans un ou plusieurs foyers »
	▶ Tradipraticien/ennes : 3/terrains Praticien spirituelo-thérapeutique : Imam, marabout Praticien thérapeutique : Ngam Praticien physico-thérapeutique : Wazam, wazamié
	▶ Chuchiya : Représentantes des femmes et des jeunes femmes

Durant les phases d'immersion, les agents de collecte ont été encouragés à conduire des observations au sein des ménages et des structures de santé, concernant les pratiques nutritionnelles (mise en place, transmission et communication).

2.4.4 Ethnographie de la relation entre contexte socio-économique et pratique nutritionnelle

L'ethnographie de la relation entre le contexte socio-économique/culturel et les pratiques nutritionnelles s'ouvre à l'appréhension des causalités et sous-causalités du point de vue de la communauté. Pour ce faire, elle change de population cible pour se rapprocher à l'aide d'entretien semi-directif principalement des personnes composant l'organisation communautaire. Les autorités coutumières, locales et administratives, les personnels de santé, les enseignants, les agents communautaires seront interrogés.

La méthode d'entretien semi-directif est et sera généralement utilisée en bilatérale, néanmoins il sera envisagé de pouvoir mener cet entretien avec jusqu'à 4 personnes. Les thèmes principaux des ESDs qui suivent (tableau 13) ont été adaptés dans la construction des questionnaires au public cible.

Tableau 13 : Synthèse de l'approche par ESDs sur la relation entre le contexte et les pratiques nutritionnelles

Thèmes généraux des ESDs causalités	Cibles
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les connaissances sur les pratiques nutritionnelles au niveau communautaire ▶ Les connaissances relatives à la sous-nutrition au niveau communautaire ▶ L'évolution des PNs au niveau communautaire ▶ La santé des femmes et des enfants ▶ Le développement communautaire ▶ Les facilitateurs et barrières perçus des PNs 	Autorités coutumières : <i>Chef de village, Imam, marabout, Chuchiya, Wargnam - représentant de la jeunesse- (3/terrain)</i>
	Autorités locales et administratives : <i>Chef de canton, chef des structures de santé (1/terrain)</i>
	Personnels de santé : <i>Médecin, Sage-femme, infirmier-ières (1/terrain)</i>
	Agents de santé communautaires : <i>Relais communautaire (1/terrain)</i>
	Représentants locaux : <i>Représentants associatifs, des producteurs et éleveurs locaux etc. (2/terrain)</i>

2.4.5 Synthèse du dispositif socio-anthropologique

Au terme de la collecte de données, 2 269 personnes ont été interrogées. La mission a conduit 289 entretiens semi-directifs avec 336 personnes. 175 discussions de groupes ont réuni 1 933 participants parmi lesquels 989 femmes et 944 hommes. Un tableau détaillé qui présente le bilan de l'activité de collecte de données est disponible en annexe 23.

2.5 Outils de collecte, saisie et analyse des données

Pour cette étude, la collecte des données s'est faite avec les guides d'entretien semi directif (annexes 9 à 20) et les guides de discussion de groupe (annexes 1 à 8). Les binômes avaient chacun à disposition un dictaphone pour enregistrer les entretiens. Un des membres du binôme devait conduire l'échange pendant que son coéquipier avait la responsabilité de prendre des notes.

Chaque superviseur a emmené avec lui un ordinateur pour l'équipe. Les binômes avaient pour consigne de transcrire les données récoltées lors de leurs activités sous format numérique sur format Word. Les superviseurs devaient chaque soir faire vérifier et valider la qualité des données collectées et retranscrites. Une fois validé, il devait, dans l'idéal chaque soir, faire parvenir à leur coordinateur et à leur chef de mission les données collectées pour qu'il y ait second contrôle de la qualité des données. Des demandes de précisions/éclaircissement ont souvent été émises pour préciser pour permettre au chef de mission de mieux comprendre des particularités culturelles ou avoir des compléments d'informations. A cause, de la difficulté de se connecter à Internet ou de pouvoir finaliser toutes les retranscriptions de la journée dans la soirée, ce chantier a pris pour plusieurs équipes du retard. A l'issue de la phase collecte de données sur le terrain, un travail de finalisation des retranscription sur Word a été réalisé avec les équipes. Le coordinateur et le chef de mission veiller à reprendre toutes les transcriptions avec les membres de chaque équipe et discuter des réponses, donner des précisions sur le contexte de travail et la dynamique dans laquelle s'est déroulé la collecte.

A l'issue de cette étape, l'équipe OAG s'est mobilisé pour reporter toutes les données collectés dans des tableaux Excel. En parallèle, le chef de mission, la référente technique et le coordinateur de l'enquête ont réalisé l'analyse des données sous forme de tableaux analytiques pour chaque réponses des FGD. L'objectif était d'avoir une cartographie des différences de pratiques nutritionnelles en fonction des localités et du genre. Les réponses des ESD ont pour leur part été parcouru afin affirmé ou non les résultats des analyses obtenues au niveaux des FGD.

2.6 Limites, difficultés et risques

Plusieurs éléments ont failli impacter la collecte des données. L'équipe de collecte a à chaque fois utilisé les mesures appropriées, avec l'appui du PAM et de la Direction Nationale Technologie Alimentaire (DNAT), pour les mitiger.

2.6.1 Les limites

2.6.1.1 Modification de l'exercice de catégorisation alimentaire

Lors de la formation, il a été constaté que l'exercice de catégorisation alimentaire prévu dans les cadres des focus groupes Hommes/Femmes Nutrition était trop ambitieux. Il aurait été trop chronophage à mettre en place et trop compliqué pour les participants. Il a été décidé de modifier l'exercice. Les équipes ont essayé plutôt de connaître les aliments consommés par les différentes communautés et la diversité de leur alimentation.

Nous nous sommes appuyés pour cela sur un document visuel. Chaque grande catégorie d'aliments (céréales, légumes, fruits, produits laitiers, etc.) a été accompagnée de représentations visuelles de plusieurs aliments. On a demandé aux participants si chacun de ces aliments sont consommés par la communauté, si d'autres aliments appartenant à cette catégorie sont consommés et enfin si certains aliments étaient consommés mais ne le sont plus.

2.6.1.2 Déni de l'existence de la malnutrition et refus de collaborer à l'étude dans le BET

Autre difficulté, il y a un déni de l'existence de la malnutrition malgré les évidences qui sont mis en lumière lors des différentes études SMART. Selon le chef de zone du DS de Zouar, il n'y pas de cas de malnutrition dans le CS de Zouar. Selon lui, personne (ni les femmes ni les hommes) n'accepterait d'échanger avec l'équipe sur la question de la malnutrition, jugée comme une question honteuse.

L'équipe Nord nous avait également rapporté qu'il n'y a pas d'association communautaire sur place. L'équipe avait réussi à rentrer en contact avec une association informelle de jeunes. Mais le chef zone a refusé que l'entretien puisse avoir lieu et a interdit à ses membres de communiquer avec l'équipe sur le sujet.

Face à cette résistance, nous avons demandé aux équipes de mettre en avant que l'étude porte sur les déterminants et les barrières des connaissances et pratiques alimentaires. De faire en priorité les FGD qui portent sur les pratiques de soin, de santé, SAME/WASH et de garder celui sur la sous-nutrition pour le dernier jour. A Zouar, l'équipe n'a déjà réalisé que des activités avec des femmes et des hommes du quartier Démocratie, un quartier qui regroupe uniquement les communautés « étrangères » (originaires des autres provinces, majoritairement du sud). L'équipe s'est par contre heurté à un refus systématique des Toubous, issus des communautés locales de Zouar, de participer à l'étude.

2.6.2 Les difficultés

2.6.2.1 Difficultés à mettre en place les activités à cause de la célébration de la journée de la femme

Le premier jour de collecte des données, le 8 mars 2022, a coïncidé avec la célébration de la fête de la femme. Cela a parfois retardé le début d'activité (délégué, MCD absents et chefs de village et membres de la communauté déjà engagés dans des activités de célébration). Dans le cas de l'équipe Est, le site de collecte a été défini mais le chef de carré n'est rentré que le soir d'un déplacement. L'équipe a obtenu son autorisation dans la soirée et a pris contact avec le facilitateur pour mettre les activités en place. Malgré quelques contretemps, toutes ces cinq équipes ont pu mener à bien leurs activités.

2.6.2.2 Adapter son plan de route pour respecter les délais

En raison de l'arrivée du président du Conseil militaire de transition à Faya, les administrations étaient fermées pour 2 jours (9 et 10 mars 2022). L'équipe nord a résolu de changer son plan de route et de commencer la collecte de données au DS de Zouar.

2.6.2.3 Adapter la population cible à la réalité du terrain

L'équipe Sud 2 a, elle, eu la tâche d'étudier la situation dépendant du CS de Camp Békan (abritant les de réfugiés de la Centrafrique), qui a la particularité d'accueillir des communautés tchadiennes

(communautés du village hôte) mais également des réfugiés centrafricains. L'équipe a décidé pour les FGD d'avoir des échantillons mixtes afin d'avoir des retours sur la situation des deux communautés. Ce qui est intéressant de noter, c'est que les réfugiés bénéficient d'une prise en charge gratuite de la malnutrition, ce qui n'est pas du tout le cas des patients des communautés hôtes. Cela a permis d'avoir des éléments d'informations sur comment cette situation influence les connaissances et pratiques nutritionnelles des Tchadiens par rapport aux réfugiés.

2.6.2.4 Problème d'accessibilité au réseau Internet et la transmission des données

L'accès au réseau internet est un vrai problème pour l'équipe pour des raisons évidentes. Pour tenter de prévenir ce problème, les équipes disposaient chacune d'un modem et d'un générateur afin de tout de même leur permettre de travailler. Malgré ces précautions, dans certaines localités, les équipes ont également eu du mal à se connecter au réseau (malgré l'utilisation d'un modem). L'équipe nord est celle qui s'est trouvée le plus isolée. Cela a ralenti considérablement le travail de phase de contrôle des données. Les superviseurs avaient pour consignes de transmettre dès que possible les données retranscrites pour évaluation lorsqu'ils réussissaient à accéder au réseau Internet.

2.6.2.5 Le défi de la retranscription des données sur le terrain

Pour plusieurs raisons, la retranscription numérique a pris du retard. Les équipes devaient déjà réaliser cet exercice après avoir passé la journée à enchaîner les activités (ESD, FGD) sous la chaleur. Le travail de collecte de données étant prioritaire, les équipes passaient, s'il le fallait, plus de temps que prévu pour rattraper d'éventuels retard accumulés ou simplement essayer de terminer à temps la collecte pour pouvoir passer à l'autre site.

Les équipes, pour se loger, s'adaptent au besoin du terrain. Si elles se trouvent dans un village enclavé ou très éloigné du chef-lieu, ces dernières essaient de loger à proximité du site de collecte pour limiter les temps de trajet. Cela les amène à loger dans des CS ou bâtiments gracieusement mise à disposition mais disposent que peu de facilités (électricité, réseaux). Les groupes électrogènes emmenés par les équipes peuvent leur permettre de réaliser leur transcription mais les conditions n'étaient clairement pas optimales (faible luminosité, peu de protection au vent et à la poussière).

Au retour des équipes à N'Djamena, un intense travail sur les retranscriptions a été mené avec les 6 équipes par le chef de mission et le coordinateur de l'enquête SA.

2.6.2.6 Le défi de la traduction

Lors de la constitution des équipes par zone, le coordinateur de l'enquête s'est efforcé d'avoir au moins un membre de l'équipe qui maîtrise la langue maternelle utilisée dans les villages étudiés. La direction s'est confronté à des difficultés. Pour certaines localités, aucun membre de l'équipe ne maîtrisait la langue locale du DS étudié. Par ailleurs, le fait que le village où la collecte doit être réalisé soit déterminé par le MCD ou le RCS, une fois les civilités faites et l'autorisation administrative obtenue, n'a pas permis de sélectionner en amont des interprètes et de les former. Dans le cas de DS avec plusieurs communautés linguistiques, il était impossible de prévoir à l'avance la langue maternelle de la localité à étudier.

Pour pallier ce problème, OAG avait prévu de recruter dans les localités mêmes des personnes issues de la communauté pour jouer le rôle d'interprètes. L'exemple de Zarafa (CS de N'Goura, DS Bokoro) montre la complexité de réaliser les activités dans plusieurs langues. Dans le cas de ce village, le binôme d'enquêtrice a dû réaliser la majorité de ses activités FGD en passant par une triple traduction. Un membre du binôme lisait la question en français, le facilitateur (infirmier au CS) traduisait en arabe et un jeune interprète de la communauté traduisait de l'arabe en boulala. Les réponses des femmes étaient traduites dans le sens inverse. C'est un exercice qui peut être très chronophage. Les guides de discussions des FGD et ESD étaient souvent très complexes et techniques pour une population peu scolarisée. Leur niveau d'arabe ou de français, pour ceux qui le parlent, peut s'avérer assez limité. Bien que les membres du binôme et le facilitateur étaient arabophones, les femmes avaient du mal à les comprendre. Lors du dernier FGD, un membre du binôme masculin est venu remplacer le facilitateur (après avoir terminé les FGD avec les hommes). Les femmes étaient plus à l'aise avec sa façon de parler arabe et le FGD a pu se réaliser sans avoir beaucoup à recourir de l'aide de l'interprète en boulala.

L'exemple des femmes à Zafara montre aussi que parler l'arabe ne suffit pas, il faut que ce soit la langue locale/dialecte dont elles soient familières.

2.6.2.7 Transformer un ESD en consultation associative pour répondre à l'engouement suscité par l'étude.

L'engouement pour l'étude a parfois dépassé les attentes de l'équipe. Un simple coup de téléphone a suffi pour mobiliser tous les membres de l'association des tradipraticiens de Moundou. Face à cette mobilisation, l'équipe Sud 2 a décidé de remplacer l'ESD originellement prévu par une consultation associative qui a duré environ 75 mn.

2.6.3 Les risques identifiés avant l'étude

2.6.3.1 La question de la rémunération des chefs de village

Certains chefs de village ont réclamé de l'argent au superviseur afin de faciliter l'organisation de l'étude et la mobilisation de la communauté. Il a été demandé aux superviseurs de clairement signifier qu'aucune somme d'argent ne serait allouée aux chefs de villages dans le cadre de cette étude. Nous avons été d'autant plus stricts sur ce point que donner de l'argent aurait pu créer un précédent qui rendrait plus difficile, dans le futur, l'accès aux communautés pour d'autres partenaires/chercheurs.

2.6.4 Les risques non identifiés avant l'étude et apparus sur le terrain

2.6.4.1 Sécurité de l'équipe

Si les équipes ont pu travailler dans de bonnes conditions et en sécurité, grâce aux soutiens des autorités administratives (ministère de la Santé, Préfets, délégué sanitaires, MCD, RCS) et coutumières (chefs de canton, chef de village/carré), les conditions de travail de l'équipe Sud 2 ont été plus difficiles du fait de la consommation excessive de l'alcool par certains membres de la communauté, qui sont ivres en soirée. Cela a été une situation très délicate à gérer. L'équipe avec l'autorisation du chef de village et des participants a commencé ces activités plus tôt afin d'être dans de meilleures conditions de travail. Par ailleurs, toutes les personnes informées qu'une enquête était en cours voulaient y participer. L'équipe pour éviter de possible tension a préféré prendre plus de participants aux FGD et à certains ESD.

2.6.4.2 Diminuer le nombre de personnes à enquêter pour certains ESD pour ne pas surcharger les équipes

A l'issue de la première semaine de collecte de données, Il semblait préférable d'interviewer moins de personnes par cible d'ESD pour ne pas épuiser l'équipe et préserver la qualité de la collecte. Le chef de mission et le coordinateur de l'enquête ont donné comme nouvelles consignes aux superviseurs de n'enquêter au maximum que 2 (et non 3) grands-mères et une seule mère dont l'enfant de moins de 5 ans est en situation de sous-nutrition infantile par site (et non deux). Deux représentants des autorités coutumières ont été rencontrés par site (et non trois). L'ancien planning était trop dense, compte tenu des retranscriptions que les équipes devaient assurer sur le terrain.

2.7 Considérations éthiques

Les considérations éthiques ont été une partie intégrante de la formation du personnel sur le terrain. Notre stratégie éthique comprenait l'obtention de l'autorisation du gouvernement, le respect des lois applicables en matière de protection de l'enfance lors de la conduite d'entretiens/discussions avec les enfants, l'obtention du consentement des parents/tuteurs. Nous avons assuré l'anonymat et la confidentialité des participants et avons veillé à ce que les données visuelles soient protégées et utilisées uniquement aux fins convenues, et à ce que les noms des personnes soient supprimés des données et remplacés par des codes dans les notes d'évaluation. En outre, les données n'ont été accessibles qu'aux membres de l'équipe et n'ont pas été partagées avec des tiers. Le consentement éclairé de tous les répondants a été obtenu avant que les entretiens ne soient menés.

La méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude est fondée sur le respect des principes éthiques d'intégrité, de redevabilité, de respect et de bienfaisance en recherche, tels que définis par le GENU (Groupe d'évaluation des Nations Unies)³. Ainsi, les différentes étapes de l'étude (développement du

³ 2020 – GENU – Ethical guidelines for evaluation

protocole, collecte de données, analyse des données et rédaction du rapport) ont été guidées par ces principes éthiques, à savoir notamment :

- ▶ La formation de l'équipe de collecte sur les principes éthiques du GENU ;
- ▶ L'information à l'avance des participants sur le but de l'étude et l'obtention de l'accord de participer à la collecte de données à travers la signature d'un formulaire de consentement éclairé ;
- ▶ La prise en compte des différences de genre dans la constitution des groupes lors des discussions ;
- ▶ L'utilisation des techniques participatives ;
- ▶ L'analyse différenciée par sexe lorsque les données disponibles ou collectées le permettent ;
- ▶ Le respect de coutumes locales ;
- ▶ La non-collecte des informations permettant d'identifier les informateurs (nom par exemple).
- ▶ L'obtention d'autorisations administratives nécessaires pour garantir la fiabilité des données collectées auprès des administrations rencontrées.

Le tableau 14 récapitule la façon dont les principes éthiques ont été considérés.

Tableau 14 : Principes et considérations éthiques

Principe éthique	Considération par l'équipe
Indépendance	Aucun membre de l'équipe n'a participé à la mise en œuvre de l'étude
Impartialité	L'équipe d'évaluation a basé ses constats sur des preuves solides, à partir desquelles les conclusions ont été formulées Les points de vue de toutes les parties prenantes ont été pris en compte dans la formation des constats et conclusions
Transparence	L'équipe d'enquête a fourni tous les détails relatifs au processus de collecte de données pour les FGD et les ESD de la façon la plus transparente possible
Divulgestion	Ce rapport sert de mécanisme par lequel les résultats et les enseignements identifiés dans l'évaluation sont diffusés aux décideurs politiques, aux acteurs opérationnels, aux bénéficiaires, au grand public et aux autres parties prenantes
Etique	La confidentialité des parties prenantes ayant participé à cette évaluation est respectée. Aucune information permettant d'identifier les sources n'est divulguée.
Crédibilité	La méthodologie a été conçue de façon rigoureuse et l'analyse a permis d'assurer la solidité des preuves sur lesquelles s'appuient les constats et conclusions Pour mener des opérations sur le terrain, l'équipe de OAG a demandé toutes les autorisations nécessaires auprès de l'institution nationale habilitée
Utilité	L'équipe d'évaluation s'est efforcée de répondre aux attentes et de contribuer à l'amélioration des performances au profit des bénéficiaires. L'équipe d'évaluation a tout mis en œuvre pour fournir un travail de qualité, à la fois clair et concis
Conflit d'intérêt	L'équipe de l'étude s'est assurée que le statut des enquêteurs ne présente pas une barrière ou un conflit d'intérêt avec la fonction exercée sur le terrain

3. Résultats de l'étude

3.1 Connaissances de la sous-nutrition par la communauté

3.1.1 Connaissances relatives à la sous-nutrition

Les femmes et les hommes entendus en groupe de discussion et lors des ESD ont une perception assez semblable de la sous-nutrition. Les enfants ne souffrant pas de sous-nutrition sont vus comme ayant une bonne apparence physique et un développement social et cognitif harmonieux, c'est-à-dire des enfants bien nourris, qui s'amuse de façon autonome et entre eux, qui s'alimentent correctement (mange bien/tête bien). A l'inverse un enfant sous-nutri est vu comme maladif, chétif, il refuse de manger/téter, tombe souvent malade. La diarrhée est également très souvent associée à son état de sous-nutrition. Les soignants qu'ils soient du corps médical ou du système traditionnel, ainsi que les autorités mentionnent également les divers stades de l'acquisition de la mobilité et de la marche comme signe d'un enfant en bonne santé (s'assoit, rampe, se tient debout, marche) et le contraire pour un enfant en sous-nutrition (ne marche pas/plus).

Bien que ce ne soit pas les premiers signes mentionnés, les caractéristiques physiques de l'enfant sont tout de même mentionnées : présence d'œdème au niveau du ventre, aspect des cheveux (roux, cassants, clairsemés).

Les entretiens avec les parents d'enfants ayant été identifiés comme en état de malnutrition montre un manque de connaissance sur la maladie. Certaines mentionnent avoir cru à un problème de fétiches. Les parents expriment généralement de la honte, de la tristesse, de la peur face au problème. La plupart des enfants présentent des maladies associées et certains parents identifient la maladie, généralement la diarrhée, en premier.

Les participants reconnaissent différentes formes de sous-nutrition mais ne sont pas, dans les faits, en mesure de les mentionner de façon précise, quand bien même le marasme et le kwashiorkor sont occasionnellement cités. La malnutrition chronique ou le retard de croissance sont mentionnés de façon anecdotique et généralement sous la forme d'enfants petits ou qui grandissent lentement. Seuls les instituteurs mentionnent clairement ce type de malnutrition. Enfin, aucun parent ne mentionne le surpoids ou les déficiences en micronutriments comme étant un type de malnutrition. Dans certaines zones (se référer aux documents annexés pour la liste des zones complètes), la malnutrition est dite la « maladie du coucher » (associée aux mauvais esprits) ou peu porter un nom local. C'est le cas dans le village transhumant de Kelep (Kanem) où la sous-nutrition se nomme *krikri*⁴.

« Les différentes formes que nous connaissons sont : modérée, sévère, et aigue. La situation ici dans notre communauté est proportionnelle au revenu des parents. Pour le cas de malnutrition modérée c'est pour les parents qui ont un peu de moyens financiers et donc ils mangent 2 fois par jours. Pour les malnutris sévères, cela concerne beaucoup les pauvres qui mangent au moins une fois par jours. Et enfin, les malnutris aigue concerne les ménages les plus démunis et qui ne mangent que les aliments de résistance ou de subsistances », FGD Femmes, Bekan 1&2 (Logone Orientale)

Les connaissances historiques sur la sous-nutrition ne sont pas unanimes, certains estiment que le problème est d'ampleur et présent depuis de très longues périodes (autorités locales), d'autres que le problème est récent (moins de 2 ans, ESD matrones). Il semblerait que pour une partie des acteurs, la compréhension de l'existence de la sous-nutrition soit corollée à l'apparition de campagne de dépistage et de programmes sur la nutrition.

Les enfants perçus comme le plus à risque sont les enfants de moins de 5 ans, mais aucune tranche ne se dessine de façon claire. Néanmoins, la maladie semble toucher plus fréquemment les moins de 2 ans et la majorité des répondants à l'étude qualitative s'entendent sur la période de sevrage et la période

⁴ Krikri ou klikli est un terme Gorane mais aussi en Kanembou. Le terme désigne la malnutrition mais fait beaucoup plus référence à la forme de l'enfant malnutri (faible, maigre)

d'introduction de l'alimentation complémentaire comme périodes critiques. Celles-ci se situent aux alentours de 6 mois pour la première (exception faite des enfants sevrés précocement en raison d'une nouvelle grossesse) et entre 18 et 24 mois pour la seconde. Les autorités coutumières estiment quant à elles que les enfants de ménages polygames sont plus à risques tout comme les orphelins et enfants de veuves, restées seules responsables de famille nombreuse.

La majorité des participants de l'étude (parents, personnel soignant, autorités, instituteurs etc.) ne font pas de différence claire sur l'âge de sevrage complet en raison du genre. L'introduction d'eau dans l'alimentation de l'enfant dès le début de sa vie est vue comme ayant un impact positif important sur son statut nutritionnel. Il existe également de grandes disparités entre les communautés au niveau du colostrum qui est vu, pour certaines, comme permettant à l'enfant d'avoir de la force, de lui assurer une bonne croissance/développement, ayant un rôle immunitaire mais également permettant de nettoyer le méconium (« selles noires », croyance inexacte) ou de faire briller le bébé pour la plupart des communautés. Dans d'autres communautés, on ne donne pas le colostrum car il est vu comme néfaste et qu'il empêche le lait de couler, il peut également contenir des saletés. Une croyance répandue est de tirer un peu de lait et d'y placer une fourmi, si celle-ci meure (ce qui semble le cas avec le colostrum) le lait serait impropre à la consommation.

Enfin, certaines femmes mentionnent vouloir arrêter d'allaiter précocement car elles craignent le départ de leur mari si leur poitrine « tombe ».

La malnutrition est fréquemment associée à la diarrhée, au paludisme et à la fièvre typhoïde. Considérée comme une maladie, qu'elle soit d'origine naturelle ou mystique, celle-ci peut conduire à la mort de l'enfant et entraîner l'appauvrissement des familles en raison des coûts afférents au traitement.

Un certain nombre de pratiques est identifié par la communauté comme ayant un lien direct avec la sous-nutrition. Celles-ci sont souvent liées à l'hygiène corporelle (manque d'hygiène, mains et corps sales), hygiène alimentaire (aliments pas frais ou mal cuits, mal conservés, ustensiles de cuisine sales, biberons sales) et enfin environnemental (cour de la maison sale, défécation à l'air libre près des domiciles, eau de boissons sales). La consommation de certains aliments, comme la mangue, est plus à risque et requière une bonne hygiène alimentaire (laver les fruits).

« Quand on mange sans laver les mains, il y'a les fruits qu'on donne aux enfants sans les laver, par exemple nous sommes en période des mangues alors il y'a les mangues que les chauves-souris mangent et quand ça tombe on prend on mange sans le nettoyer. », FGD Femmes, village de Nara (Mandoul).

Les hommes mentionnent également des problèmes de mésentente et de divorce, ainsi qu'un lien identifié entre mariage précoce, grossesse rapprochée et sous-nutrition.

3.1.2 Barrières d'accès à la connaissance d'un facteur risque de l'état nutritionnel

Des barrières autour de l'atteinte d'un bon état nutritionnel subsistent aujourd'hui et ce, malgré l'intervention répétée des ONG et bailleurs de fonds. Certaines barrières sont liées au manque de connaissances, aux croyances erronées mais également à une confusion autour des apprentissages. L'ensemble des acteurs locaux, qu'ils soient relais communautaires (RC), appartenant au corps médical ou membres d'autorités locales administratives ou traditionnelles, s'accordent sur le besoin de renforcement de compétences et de plus de sensibilisation aux différents niveaux de la communauté (ménage, individus). Les matrones par exemple estiment que l'une des barrières à l'allaitement est l'ignorance, et que si l'enfant n'est pas allaité, il peut tomber malade.

Une nouvelle grossesse est vue comme l'une des barrières les plus fréquente. Erronées (en contradiction avec les recommandations de la médecine moderne) et persistantes, les croyances autour de la qualité du lait conduisent les parents à un sevrage induit qui peut s'avérer relativement précoce (avant six mois), entraînant un déséquilibre alimentaire pour le jeune enfant et le faisant basculer dans un moins bon état nutritionnel.

Un exercice de catégorisation alimentaire avait été mis en place. De cet exercice, il ressort que les communautés ont la capacité de mentionner les aliments qui « donnent de la force » ou « des vitamines ».

La femme enceinte ne devrait pas consommer de piment et de « cube maggie ». La consommation de natron est citée régulièrement comme dangereux pour la santé, bien que des études récentes tendent à démontrer son efficacité pour accélérer la phase de travail de l'accouchement.⁵

Le tabou alimentaire constitue une barrière importante, pour autant il ne veut pas dire que l'aliment concerné est d'office propre à la consommation ou usuellement consommé (tel que l'éléphant qui est un animal protégé, ou certains animaux sauvages comme le hérisson ou le chacal).

Des barrières plus profondes sont également relevées. Ainsi, les déficits au niveau des routes qui empêchent l'accès au centre de santé ou aux marchés éloignés, ou encore les conflits récurrents entre les éleveurs et les agriculteurs entraînant la dégradation des champs et fermeture des marchés sont vus comme des réelles barrières à un bon état nutritionnel. La question climatique revient également régulièrement, que ce soit la sécheresse et son impact sur la disponibilité alimentaire ou la pluviométrie qui entraîne la perte des cultures mais également rend certaines routes impraticables, enclavant ainsi de nombreuses communautés. Les grands-mères mentionnent également une situation qui s'aggrave avec le temps, le manque d'eau et le faible rendement agricole :

« En notre temps, celui qui labourait, avait beaucoup de rendements, la vie était moins chère, on avait des puits pour puiser l'eau, il y avait de l'argent. Mais aujourd'hui, il n'y a pas de pluie, ceux qui labourent sont peu. », FGD grand-mère, Bouroudou (Lac)

La barrière principale faisant l'unanimité de l'intégralité des participants à l'étude est relative au coût de la vie et au peu de moyens financiers disponibles. Ceci ne permettant pas de soigner convenablement ni même de manger de façon appropriée.

Les participants hommes et femmes identifient également la stigmatisation comme barrière. Les parents ne se rendant pas au centre de santé par « honte ». Le mauvais approvisionnement des centres de santé est également l'une des barrières les plus fréquemment mentionnée :

« Au niveau du CS : manque des intrants ou voire indisponibilité des intrants destinés aux enfants en cours de traitement contre la malnutrition à cause du retard de la livraison. Cela provoque la rechute chronique chez les enfants. La livraison peut durer un mois. », FGD hommes, village de Kelep (Kanem).

Les autorités coutumières estiment également des freins sociaux conduisant à des pratiques de soins inappropriées :

« Le fait de se présenter avec un enfant souffrant de la sous-nutrition au CS est vu par la communauté et les parents comme un acte d'indignation. Ainsi pour ne pas être exposé à la raillerie, les parents préfèrent traiter à la coulisse leur enfant que de le présenter au CS : Ce sont là les freins sociaux », Bouroudou (Lac)

Lors des ESD avec les grands-mères, celles-ci évoquent également l'urbanisation comme barrière aggravante :

« Il y a l'urbanisation qui a détruit la majorité des espaces cultivables et les arbres fruitiers sauvages, le manque d'emploi qui limite l'accès aux aliments. C'est l'évolution du monde comme ça, on n'y peut rien », Quartier 15 ans (Logone Occidentale).

3.1.3 Sources de connaissance

La majorité des participants à l'étude, toute catégorie confondue, perçoivent la malnutrition comme une maladie. La plupart des parents apprennent que leur enfant est malade en se rendant au centre de santé

⁵ <https://cordis.europa.eu/article/id/122792-trending-science-bicarbonate-of-soda-could-spare-women-in-developing-countries-the-need-and-r/fr>

ou à l'hôpital. Même si un parent peut obtenir des orientations par sa famille ou sa communauté, le principal accès à la connaissance est la présence de RC dans la communauté ainsi que de membres du corps médical. Ainsi, c'est au centre de santé et à l'hôpital que l'on apprend la sous-nutrition comme cause de la maladie de l'enfant grâce aux agents de santé, au pédiatre, au médecin ou aux sages femmes. Les personnes ressources privilégiées sont les membres du corps médical et des ONG. Ainsi, l'un des déterminants à l'accès à la connaissance se trouve être la présence d'un réseau social, de personnes ressources mais également l'accès aux médias qui diffusent l'information ou encore la présence de personnes relayant l'information.

L'information peut se trouver au niveau des groupements, des églises, des écoles, sous l'arbre à palabre, à la radio communautaire, mais également être relayée par des crieurs publics ou lors des visites pré et post natales.

Un certain nombre d'organisations a été régulièrement citées celles qui facilitent les informations sur la malnutrition (ou encore « comme déterminants à l'accès aux informations...) : Alerte Santé, le PAM, la Croix Rouge, ASRADD, MOUSTABAL, etc.

Enfin outre l'accès à la connaissance, la présence de l'AS ou du RC ou encore de l'agent de sensibilisation permet de mettre en pratique les conseils et connaissances partagées.

La mise en œuvre des comités de sensibilisation est vue comme l'un des déterminants à un meilleur accès à la connaissance par les communautés.

La présence de programmes et de campagnes de dépistage de la malnutrition semble être un pré-requis à une bonne compréhension des acteurs. En effet, les campagnes de dépistage mettent en relief l'existence de la maladie.

Les centres de santé étant des facilitateurs importants d'accès à la connaissance, il est important que ceux-ci soient fonctionnels et proposent un service de qualité au risque de provoquer l'effet contraire à celui escompté et d'avoir des communautés qui tournent le dos au système allopathique. Lors des ESD avec les grands-mères l'une d'elles mentionne :

« Le centre de santé ne fonctionne pas, y'a même pas des agents sanitaires, on a les accoucheuses dans la localité c'est elles qui font accoucher les femmes, y'a pas aussi la prise en charge de la malnutrition. Bref ce CS n'a pas amélioré quelque chose dans la santé des enfants », Centre 1&2 (Ennedi Ouest).

Les mêmes ESD ont permis d'identifier la transmission communautaire comme déterminants d'accès à la connaissance. Ainsi, des informations passent des grands-mères à leurs enfants, mais également certaines personnes ont reçu des formations dans le passé, par exemple par des infirmiers comme dans la communauté de Nara (Mandoul).

« En 1989, j'ai bénéficié d'une formation de 6 mois dans le centre social donnée par une Française du nom de Rose qui nous a formé sur la malnutrition et la cuisine. Grace à cette formation, on réunit les femmes de Mailao pour leur montrer comment préparer la bouillie pour un enfant dans les années 1990-1992 », Quartier Mailo (Mayo Kebbi-Est).

Les représentantes des femmes s'accordent sur le fait que l'accès à l'éducation est un déterminant primordial à l'accès à la connaissance. De par leur position dans la communauté, elle joue un rôle clé en tant qu'acteur et catalyseur de changement de comportement. Ainsi, elles sont en mesure d'accompagner les femmes notamment sur les pratiques d'allaitement et d'alimentation complémentaire.

De même, l'implication des femmes dans la Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aigüe (PECMA) s'avère un déterminant important, les femmes étant en contact direct avec les enfants, celles-ci peuvent transmettre l'information au niveau communautaire.

Les instituteurs identifient également les élèves comme place centrale sur l'accès à la connaissance. En effet, ceux-ci peuvent diffuser les informations vers leurs familles et entourage.

Enfin, une bonne coordination avec le Centre de Santé est un déterminant essentiel à l'accès à la connaissance sur la sous-nutrition. Ceci est notamment visible au niveau des autorités locales et administratives dont le pouvoir décisionnel est important. En fonction des communautés, celles-ci connaissent plus ou moins bien la maladie, les programmes associés, le fonctionnement et les

problématiques des centres de santé. Ces éléments sont non négligeables pour travailler sur le renforcement des systèmes de santé. Ainsi, certaines zones montrent des indicateurs positifs à différents niveaux communautaires quant à la connaissance de la maladie et les actions associées à sa prise en charge. Généralement, l'autorité locale a une bonne connaissance des activités et une bonne coordination avec le CS. Par exemple, à Quartier Mailo (Mayo-Kebbi Est) : le représentant de l'autorité locale connaît le nombre d'admissions moyenne d'enfant par semaine dans son CS ainsi que le type de sous-nutrition référé à l'Unité Nutritionnelle Thérapeutique et au niveau centrale, la présence d'une unité nutritionnelle ambulatoire ainsi que les acteurs les plus actifs (World Vision et l'Eglise).

3.2 Pratiques liées à la sécurité nutritionnelle

Pratiques de base en matière de nutrition	Pratique actuelle dans les communautés	Principaux facteurs/raison influençant cette pratique
Première mise au sein précoce	Plusieurs communautés ne respectent pas la mise au sein précoce	1) Idées fausses : Beaucoup veulent d'abord donner de l'eau à l'enfant car on croit que l'enfant mourra s'il ne boit pas d'eau.
Administration de colostrum	Le colostrum n'est pas administré par les FEFAs de certaines communautés Toutefois, certaines femmes ont changé leurs pratiques et ont affirmé l'utilisation du colostrum	1) Idées fausses : Le colostrum continue à être perçu comme un mauvais lait dangereux. 2) Les sensibilisations ont permis lutter contre certains préjugés qui entourent le colostrum chez certaines femmes.
Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois	L'allaitement exclusif n'est pas respecté dans les localités ; certaines FEFAs donnent d'autres aliments que le lait et l'eau à consommer dès la naissance ; certains arrêtent l'allaitement exclusif à 5 mois	Diverses raisons e.g. : 1) Religieux : Dieu s'occupe des enfants ; ou pour respecter les recommandations du Coran. 2) Idées fausses : un bébé ne peut pas survivre 6 mois sans boire de l'eau ; le colostrum est jugé nocif. 3) Socio-culturelles : peur de déplaire à leur mari et d'être abandonnées si leurs seins tombent. Etc... 4) Economiques : Il est difficile de pratiquer l'allaitement exclusif car les mères ne mangent pas bien.
Poursuite de l'allaitement à 1 an	Les croyances autour de l'allaitement et du mauvais lait sont encore présentes dans les localités étudiées. Cela empêche la poursuite de l'allaitement à 1 an chez de nombreuses femmes. Les croyances mystiques autour du mauvais lait demeurent dans certaines communautés	Diverses raisons e.g. : 1) Idées fausses : Une nouvelle grossesse d'une femme allaitante rendrait son lait mauvais. 2) Idées fausses : Le mauvais lait causerait la diarrhée et feraient maigrir les enfants. Il pourrait même, pour certaines FEFAs, entraîner la mort de l'enfant. 3) Socio-culturel : Croyance persistante que ce sont les esprits qui font que le lait soit mauvais et il est interdit de le donner à l'enfant.

		4) Socio-culturel : La pratique du sevrage précoce est très largement pratiquée dans les communautés
Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous	<p>L'introduction des aliments solides et semi-mous se réalise souvent avec de la bouillie (nourriture jugée nutritive et adapté pour les jeunes enfants) avec du lait et de l'eau.</p> <p>Lorsque le ménage n'a pas assez de moyen, Les femmes tente de donner la boule comme aliment nutritif par défaut à l'enfant.</p>	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Géographiques : Utilisation des aliments par les communautés pour préparer la bouillie varient en fonction des denrées disponibles localement</p> <p>2) Economiques : En fonction des moyens qu'elles disposent, les FEFAs essaient d'intégrer certains aliments jugés bénéfiques à leur enfant de façon ponctuelle.</p>
Recette du nourrisson	<p>Dans 19 localités sur 23, les FEFAs ont déclaré ne pas être en mesure de préparer de la bouillie enrichie.</p> <p>La situation de 2 localités se distinguent des autres. A Zabitchoubi (Mayo-Kebbi Ouest) car elles composent elles-mêmes leur soupe en utilisant les produits agricoles qu'elles ont elle-même cultivées. A Djamalga (Chari-Baguirmi), les FEFAs ont déclaré ne pas rencontrer de problèmes car elles utilisent également des produits qu'elles trouvent localement.</p>	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Economiques : La difficulté rencontrée pour se procurer les aliments nécessaires (indisponibilité sur le marché, difficile accès au marché, indisponibilité saisonnière et coût prohibitif pour la population) freine l'adoption de ces recettes par les communautés.</p> <p>2) Socio-culturelles : La capacité des femmes à pouvoir cultiver pour elle-même la terre et de sensibiliser les femmes avec aliments du quotidien leur permettent de plus facilement transgresser les barrières économiques afin d'adopter de bonnes pratiques nutritionnelles.</p>
Consommation d'une alimentation diversifiée	<p>Seules les femmes de 10 localités sur 23 ont déclaré préparer des repas spéciaux pour les enfants. Dans les autres localités, les sensibilisations réalisées sur les bouillies enrichies ne peuvent pas être adoptées par les femmes.</p> <p>Pour les ménages qui ne peuvent obtenir les denrées nutritives qu'en les achetant, durant les périodes de sécheresse ou d'inflation, ces aliments ne peuvent être intégrés au régime alimentaire des FEFA et de leurs enfants.</p>	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Economiques et vulnérabilités naturelles : Les communautés dépendent en majorité des activités agricoles et de l'élevage. Ces dernières sont souvent affectées par l'insuffisance des pluies. Une grande partie du territoire national est aride ou semi-aride. Cela rend la production agricole particulièrement difficile.</p> <p>2) Economiques : Le manque d'argent ne permet pas à certaines mères d'acheter des aliments nutritifs, vitaminés et variés (fruits et légumes, viande, poisson et haricot). Ces produits sont jugés inaccessible car trop chers.</p> <p>3) Economiques : Dans certains ménages, les repas spéciaux pour les</p>

	<p>Difficile accessibilité et d'approvisionnement des marchés dans certaines localités. L'approvisionnement des marchés en mil et autres produits alimentaires constitue un réel défi et les coûts de transport et de tracasseries routières répercutent directement sur les prix des aliments.</p> <p>Les interdictions alimentaires, en particulier dans le cas de l'œuf, privent les enfants d'un aliment nutritif qui pourrait aider à sa bonne croissance, en particulier dans un contexte où les ménages ont du mal à varier leur alimentation.</p> <p>Certaines communautés persistent dans leurs pratiques alimentaires peu diversifiées</p> <p>Certains ménages aisés ne pratiquent pas non plus la diversification alimentaire.</p> <p>Dans le BET, certaines personnes qui varient leur alimentation et qui finissent par prendre un peu du poids sont traités de « sudiste ».</p>	<p>enfants dépendent surtout des moyens financier de famille et de la disponibilité des denrées alimentaires.</p> <p>4) Ressources structurelles et économiques : Non-disponibilité des aliments sur le marché, des distances à parcourir pour accéder à un marché hebdomadaire (coûts élevés de transports, dues au fait que le secteur du transport n'est pas structuré et les routes de mauvaises qualités ou de l'enclavement de certaines localités)</p> <p>5) Ressources structurelles et économiques : absence de capacité locale et le manque des structures de transformation des produits de l'élevage et de l'agriculture renforcent davantage ces barrières d'accès aux aliments sur toutes les périodes de l'année.</p> <p>6) Socio-culturelles : Il existe des interdits alimentaires qui diffèrent selon les communautés car ces dernières les perçoivent comme étant susceptibles de nuire à la santé des enfants.</p> <p>7) Socio-culturelles : Les résistances aux changements d'habitude alimentaire est un frein important pour améliorer la diversification alimentaire</p> <p>8) Socio-culturelles : Le manque de diversification alimentaire n'est pas uniquement lié au manque de moyen financier. Certaines personnes aisées refusent de bien s'alimenter (surconsommation viande).</p> <p>9) Socio-culturelles : Certaines personnes sont réticentes à l'idée de la diversification alimentaire. Pour la communauté, originaire du BET, l'homme ne doit pas avoir une grosse morphologie.</p> <p>10) Socio-culturelles : Certaines femmes ne savent pas cuisiner certaines nouvelles denrées qui pourraient permettre d'améliorer la diversification alimentaires.</p>
--	---	--

<p>Respect de la fréquence appropriée des repas pour les enfants</p>	<p>Toutes communautés les FEFAs ont déclaré donner au moins 2 repas par jour à leur enfant.</p> <p>Le nombre repas varie tout de même de 2 à 5 fois par jour en fonction des localités</p>	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Economiques : le nombre de repas varie en fonction de la capacité financière du ménage</p> <p>2) Economiques : De nombreuses mères sont, avant tout préoccupé, par la priorité de trouver de la nourriture pour leurs enfants qu'elle que soit l'aliment.</p>
<p>Pratique de sevrage adaptée et durée de l'allaitement</p>	<p>Les femmes de 9 provinces sur 23 ont déclaré respecter que l'enfant atteigne 24 mois pour sevrer l'enfant comme il est recommandé.</p> <p>Dans plusieurs localités, les FEFAs ont veillé à mettre en place une introduction graduelle des aliments à partir le plus souvent de la bouillie pour remplacer progressivement le lait maternelle.</p> <p>D'autres femmes ont pratiqué un sevrage brutal en éloignement géographique de l'enfant de la mère.</p> <p>Certaines mères qui ont gardé l'enfant avec elles ont mis des produits sur leurs seins pour les dégouter.</p> <p>Certaines femmes ont fait appel à des marabouts pour faire fuir le mauvais œil et faire abandonner le sein à l'enfant.</p>	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Idées fausses : Crainte que le lait seul ne suffirait plus après 6 mois (village Marade, Batha).</p> <p>2) Morphologiques : car elles trouvaient que l'enfant était assez grand pour manger comme les adultes.</p> <p>3) Socio-culturelles : Lorsque l'enfant est éloigné de la mère, il est généralement confié à une tante ou à une grand-mère pour le forcer à se passer du sein de sa mère.</p> <p>4) Socio-culturelles : Lorsque l'enfant reste avec sa mère des produits sont mis sur le sein pour dégouter l'enfant du sein (citron, le piment, paracétamol) ou lui faire peur (sparadrap).</p> <p>5) Socio-culturelles : Les ménages font appel à un marabout pour qu'il donne à boire à l'enfant de l'eau d'une ardoise lavée sur laquelle était écrit des versets coraniques en arabe. Cette eau doit faire fuir le mauvais œil et faire abandonner le sein à l'enfant.</p>
<p>Fréquentation des CS</p>	<p>La qualité des traitements dans les structures de santé est reconnue mais de nombreux tchadiens renoncent à s'y rendre car ils n'ont pas les moyens de payer les frais de transports ou le coût du traitement.</p> <p>En milieu urbain, il n'y a pas de grandes barrières. Par contre, en milieu rural, l'accès/ l'utilisation au CS pour les FEFAs et les enfants est plus limité.</p> <p>Les variations de conditions naturelles de vie et le</p>	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Economiques : Les faibles moyens financiers et productions agricoles à disposition des Tchadiens les conduisent souvent à choisir des traitements alternatifs (aux plantes, tradipraticiens, marabouts), bien que souvent jugés moins efficaces, car ils sont moins onéreux voire gratuit. Les personnes malades sont alors conduites au CS quand la situation devient trop critique ou seulement lorsque les ménages ont réussi à obtenir assez d'argent pour faire face aux différents frais.</p> <p>2) Géographiques : La distance du CS, l'enclavement et le mauvais état des</p>

	<p>changement climatique impactent négativement sur le parcours thérapeutique des femmes enceintes et allaitantes.</p>	<p>routes ont ainsi un important impact sur les pratiques de santé des FEFAs et leurs parcours thérapeutiques.</p> <p>3) Socio-culturelles : C'est le père qui doit prendre en charge le coût des frais de santé. En cas d'absence, un autre homme de la famille ou la mère, si elle a un peu d'argent, prend cette responsabilité.</p> <p>4) Economiques : Le manque de ressource financière des femmes est un frein pour emmener les enfants au CS.</p> <p>5) Vulnérabilités naturelles : La fréquentation des CS peut être limitée à cause de la forte chaleur due au soleil dans les zones désertiques, le manque de routes praticables en saison des pluies dû aux inondations, les poussières, la fraîcheur.</p>
<p>Diversité alimentaire de la femme enceinte</p>	<p>Le régime alimentaire est généralement insuffisant en quantité et très peu diversifié.</p> <p>Dans seulement 7 localités sur 23, toutes les participantes au FGD FEFAs ont déclaré mangé au moins 3 repas par jour. Dans le cas de 3 localités, les femmes ont déclaré ne consommer habituellement qu'un repas par jour.</p> <p>Pour 15 des 23 communautés, l'important est d'avoir accès aux produits permettant de préparer la boule et de la sauce pour l'accompagnée (souvent au gombo)</p>	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Economiques et vulnérabilités naturelles : Les communautés dépendent en majorité des activités agricoles et de l'élevage. Ces dernières sont souvent affectées par l'insuffisance des pluies.</p> <p>2) Economiques : Le manque d'argent ne permet pas à certaines mères d'acheter des aliments nutritifs, vitaminés et variés (fruits et légumes, viande, poisson et haricot). Ces produits sont jugés inaccessible car trop chers.</p> <p>3) Economiques : le nombre de repas consommé dans la journée par les femmes varient en fonction des capacités financières ou de la présence ou non des hommes dans le ménage.</p> <p>4) Saisonnalité : Pendant les périodes de difficultés pour obtenir de la nourriture (soudure, sécheresse, crise économique), les familles, en plus de restreindre le nombre de repas, sont forcés à prioriser les aliments à se procurer. Les fruits, légumes ou encore la viande ou le poisson deviennent trop onéreux pour s'en offrir.</p>

		5) Socio-culturelles : Lorsque la nourriture manque, les mères peuvent aussi prioriser leurs enfants, et se sacrifier, afin de consommer le peu de nourriture qu'il reste.
Formes de partages de la nourriture au sein de certaines familles polygames	Le système de partage inadéquat de nourriture au sein d'un ménage polygame rend difficile la situation de certaines mères.	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Socio-culturelles : le partage à égalité en quantité alimentaire entre les femmes quel que soit le nombre d'enfants par femme, cela peut défavoriser celles qui ont le plus d'enfants.</p> <p>2) Socio-culturelles : la 1^{ère} femme peut recevoir beaucoup plus de nourriture que les autres ou avoir responsabilité de gestion la distribution de la nourriture.</p> <p>3) Socio-culturelles : Dans certaines communautés, les maris partagent la quantité de nourriture entre ses femmes en fonction de leurs comportements.</p> <p>4) Socio-culturelles : Des conflits entre co épouses ou entre le mari et une de ses femmes peuvent ainsi avoir des conséquences dans le partage alimentaire au détriment de certaines et de leurs enfants.</p>
CPN	Les CPN sont plus suivies par les FEFAs qui vivent à proximité du CS.	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Economiques : La faible ou non fréquentation de la CPN par les FEFAs est souvent expliquée par le manque de moyen financier ou indisponibilité de mari au foyer.</p> <p>2) Socio-culturelles : La non-coopération des maris des FEFAs, qui refusent que leurs femmes viennent pour les CPN et ne leur donnent pas d'argent.</p> <p>3) Socio-culturelles : Le refus que les examens de santé des femmes soient réalisés par des agents de santé hommes.</p> <p>4) Economiques : L'arrêt de distribution des kits (contenu du CBS, de la farine, de la bouillie et du savon).</p>

Lieu d'accouchement	<p>Le choix du lieu d'accouchement est très différent en fonction des communautés.</p> <p>Dans 6 localités sur 23, les femmes ont toutes accouchées dans un centre de santé/hôpital.</p> <p>Dans 5 localités, elles ont toutes accouché à domicile.</p> <p>Dans les autres localités, le choix est plus partagé.</p>	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Economiques : Le lieu d'accouchement est souvent choisi en fonction des moyens financiers des ménages. Très souvent faute d'argent et de moyens de transport, les femmes accouchent chez elle car l'hôpital (coût de transport) est pour elles trop cher alors que l'accouchement à domicile est gratuit.</p> <p>2) sécuritaires : Les femmes qui ont accouché au CS l'ont fait pour faire face à des complications ou pour être sûr d'être bien accompagné par des agents de santé si ces dernières devaient arriver.</p> <p>3) Géographique : Les routes sont de très mauvaises qualités, le village enclavé ou le CS trop loin. La femme enceinte risque de devoir accoucher en chemin.</p> <p>4) Socio-culturelles : Certaines FEFAs préfèrent accoucher chez elles car il y a une matrone en qui elles ont confiance dans leurs villages.</p> <p>5) Socio-culturelles : Certaines étaient gênées de confier leur corps à un homme inconnu.</p> <p>6) Socio-culturelles : Dans certaines communauté (village de Bouroudou (Lac)), les femmes préfèrent accoucher à la maison par tradition avec l'accoucheuse (« la <i>tchadra</i> ») et prouver à la communauté qu'elles ne sont pas des peureuses.</p> <p>7) structurelles : Le centre de santé le plus proche n'est pas opérationnelle.</p>
Grossesse précoce	<p>Seules les FEFAs de 3 localités sur 23 ont affirmé qu'il n'y avait plus de grossesses précoces dans leur communauté.</p>	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Economiques : la pauvreté des parents les pousse à marier leurs filles très jeunes pour se débarrasser de la charge financière qui pèse sur eux.</p> <p>2) Socio-culturelles : Pratique encore très courante (perçue par certain comme une tradition/coutume) des mariages précoces avec des mineurs.</p>

		3) Socio-culturelles : grossesses indésirées des mineurs
Espacement naissance	<p>Seuls 5 groupes de femmes sur 23 ont déclaré qu'elles avaient réussi à respecter l'espacement des naissances. Dans les 18 autres provinces, certaines femmes étaient dans des situations où l'espacement des naissances n'avait pas été respectés.</p> <p>De nombreuses femmes sont conscientes du danger que cela implique pour la santé de la mère et des enfants qui risquent de tomber en malnutrition.</p> <p>Certaines ont déclaré que les grossesses rapprochées sont sans conséquences. Elles citent plusieurs exemples d'accouchements rapprochés qui se sont déroulés sans problèmes pour l'enfant et la mère.</p>	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Socio-culturelles : Les hommes n'aiment pas utiliser les contraceptifs</p> <p>2) Religieuses : Ces méthodes seraient interdites dans le Coran.</p> <p>3) Socio-culturelles : Les femmes ne souhaitent pas aller en cachette au CS car si leur époux l'apprend elles seraient considérées comme une femme qui trompe son mari.</p> <p>4) Socio-culturelles : Les communautés rejettent certaines méthodes de contraception (comprimés)</p> <p>5) Socio-culturelles : Une majorité de femmes comptent son cycle menstruel mais cela n'a pas réussie</p> <p>6) Economiques : Certains couples provoquent une grossesse rapprochée afin de faire entrer leur enfant dans le programme de prise en charge de la malnutrition</p>
Lavage des mains	<p>Les principaux moments recommandés pour se laver les mains ont été cités (avant et après de la consommation des repas, après avoir été aux toilettes) par les communautés.</p> <p>Pour autant, il existe d'importantes différences dans cette pratique en fonction du genre et de nombreuses communautés limitent cette pratique au moment des repas.</p>	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Socio-culturelles : Si les pratiques liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement sont bien connues des communautés grâce aux sensibilisations, leur mise en pratique tarde. Se laver les mains régulièrement est aussi jugée comme étant très contraignant. Beaucoup préfèrent encore manger sans se laver les mains. Cela s'explique d'autant plus qu'ils pensent ne pas être tombé malades malgré le fait qu'ils ne respectent pas cette pratique d'hygiène.</p>
Présence de savon	<p>Seuls les participants de 12 localités disposaient tous d'un savon dans leur ménage.</p>	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Economiques : Le manque de moyens financiers a souvent aussi évoqué pour justifier l'absence de savon dans le ménage.</p> <p>2) Economiques : Certains réservent son utilisation pour la lessive ou la vaisselle seulement.</p> <p>3) Economiques : D'autres détergents qui pourraient aussi servir d'alternatif</p>

		au savon, comme l'OMO ou l'eau de javel, sont jugés aussi inaccessibles pour les finances de plusieurs ménages.
Eau : présence, origine, traitement etc.	<p>Plusieurs communautés sont obligées d'utiliser des sources totalement impropres comme les marigots ou de puits non protégés (7 provinces).</p> <p>D'autres accèdent à l'eau surtout grâce à des puits et des forages.</p> <p>18 communautés ont déclaré utiliser la même source d'eau pour boire, pour vos animaux et pour l'hygiène (se laver, lessives, vaisselles, etc.).</p> <p>Les populations ne traitent généralement pas l'eau.</p> <p>Les communautés sont pourtant conscientes des risques encourus en cas de consommation d'eau non potable.</p>	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Idées fausses : Les communautés évaluent la sureté/potabilité de l'eau qu'elles consomment en fonction de sa source (l'eau du robinet ou traité à la javel est considérée comme « sure »), son aspect (couleur, clarté, présence de boue, de rouille, de saleté), son goût ou encore son impact sur la santé (donnes des parasites, maux de ventres, maladies hydriques). La perception de la sureté de l'eau consommée par les communautés reste ainsi très subjectives et faute d'autres alternatives, les populations se voient obligées de consommer les quelques sources d'eau à leur disposition même si ces dernières ne sont pas saines.</p> <p>2) Idées fausses : Dans le cas de l'eau du robinet et de la pompe, les communautés ne traitent pas l'eau avant de la boire car elles l'a considèrent déjà potable à la source.</p> <p>3) Socio-culturelles : le fatalisme, l'habitude, la paresse, la soif ou encore la surcharge de travail qui repose sur les épaules des femmes sont aussi avancés comme des raisons expliquant le non-traitement de l'eau avant sa consommation par les communautés.</p>
Utilisation de latrines	<p>Les ménages qui ont accès aux latrines les utilisent.</p> <p>Toutefois, la présence de latrines dans un ménage ne veut pas pour autant dire qu'elles soient suffisante pour répondre aux besoin de tous les membres de la famille. Dans le cas d'une famille trop nombreuse, certains membres de la famille continuent à faire leur besoin en pleine air</p> <p>Au niveau des ménages qui n'ont pas de latrines, certains utilisent celles de leurs voisin. D'autres pratiquent la défécation en plein air.</p>	<p>Diverses raisons e.g. :</p> <p>1) Economiques : Le coût de construction des latrines demeure trop important pour certains ménages, s'ils n'obtiennent pas le soutien d'un partenaire.</p> <p>2) Economiques : Le manque d'entretien (saleté, odeur, insecte), faute de moyen pour acheter les produits d'entretien ou par manque de volonté, est aussi une raison qui peut expliquer le manque d'utilisation des latrines dans certains cas.</p> <p>3) Socio-culturelles : Certaines personnes ne ressentent pas toute la nécessité d'avoir des latrines car elles se</p>

		sont habituées à la pratique de défécation en plein air.
Acte physique de protection : lchette, dent, le ver, etc.	Les actes physiques de protection (en particulier l'ablation de la lchette, l'extraction de la dent et le ver) sont encore pratiqués au sein des communautés. Ce choix thérapeutique risque d'être préjudiciable à l'enfant qui ne sera conduit au CS qu'une fois que son état sera critique et qu'il sera plus difficile pour les agents de santé de le stabiliser, pour ensuite lui procurer l'accompagnement nécessaire pour le faire sortir de la malnutrition.	Diverses raisons e.g. : 1) Socio-culturelles : Malgré les sensibilisations, les croyances dans l'efficacité des actes physiques de protection conduisent les populations chez les tradipraticiens ou les marabouts. 2) Idées fausses : La lchette est perçue comme un élément déclencheur de la sous nutrition

3.2.1 Facteurs socio-culturels

De nombreux facteurs socio-culturels influencent les pratiques nutritionnelles des populations. Dans les pays comme le Tchad, riche d'une population multiethnique et religieuse vivant dans les zones de moyens d'existence très variés, cette influence socio-culturelle se retrouve dans les habitudes alimentaires (avec des interdits religieux et culturels), dans les pratiques de soins (croyance autour du colostrum) et de santé (refus de reconnaître l'existence de la malnutrition dans la communauté, refus qu'un agent de santé homme soigne une femme).

Dans le cadre de cette étude, les différentes pratiques nutritionnelles examinées sont toutes d'une façon ou d'une autre marquées par les pratiques socio-culturelles, les traditions communautaires, les croyances, les interdits et les tabous.

3.2.1.1 L'influence des facteurs socio-culturels au niveau des pratiques d'allaitement exclusif et prédominant (0-5 mois) est encore très importante.

3.2.1.1.1 Première mise au sein précoce

L'enquête SMART 2021 montre que seulement 48,1 % [46,4% - 49,8% - 95% IC] des femmes interrogées, à l'échelle du Tchad, lors de cette étude et qui ont eu une naissance vivante dans les 2 dernières années, ont allaité leur dernier nouveau-né dans la 1ère heure après la naissance.

A l'échelle locale (tableau 15), Ouaddai (SMART 2021) fait figure d'exception avec trois-quarts des femmes ayant déclaré avoir respecté la mise au sein précoce. Toutes les autres provinces ont des taux de prévalences inférieurs à 50%. Pour 11 d'entre elles, la prévalence est comprise entre 10 et 29,9%. Dans les provinces d'Ennedi-Est (MICS 2019), Tandjilé (SMART 2019), Barh El Gazel (MICS 2019) et Hadjer-Lamis (MICS 2019), cette dernière est même inférieure à 10%.

L'analyse des réponses des FGD réalisés auprès des femmes, dans le cadre de notre étude, confirme que de plusieurs communautés ne respectent pas la mise au sein précoce (figure 3). Lors des FGD, les femmes de 7 localités sur 23 ont déclaré ne pas donner le sein le premier jour (village Itou (Ennedi-Est), Békan 1 & 2 (Logone Oriental), quartier Faya Centre (Borkou), village Djamalma (Chari-Baguirmi), village Zabitchoubi (Mayo-Kebbi Ouest), village Toukoulé (Tandjilé), Quartier 15 ans de Moudou (Logone Occidental)). Lorsque des données quantitatives valides sont disponibles sur ces 7 localités, les prévalences se révèlent très faibles allant de 7,9% [3,7 - 12,2 - 95% IC] pour Tandjilé et à 34,5% [29,3% - 39,7% - 95% IC] pour Chari-Baguirmi.

Tableau 15 : Prévalence de la première mise au sein précoce dans les provinces citées dans la base de données secondaires

Prévalence	Provinces	Effectif
[0 à 9,9 %]	Ennedi-Est (MICS 2019), Tandjilé (SMART 2019), Barh El Gazel (MICS 2019), Hadjer-Lamis (MICS 2019),	4
[10 à 29,9 %]	Salamat (MICS 2019), Sila (MICS 2019), Lac (MICS 2019), Mandoul (SMART 2020), Guera (MICS 2019), Kanem (MICS 2019), Mayo-Kebbi Est (MICS 2019), Mayo-Kebbi Ouest (MICS 2019), Moyen-Chari (SMART 2020), Logone Occidental (MICS 2019), Logone Oriental (SMART 2019)	11
[30 à 49,9 %]	Batha (SMART 2020), Wadi-Fira (SAMRT 2019), N'Djamena (SMART 2020), Chari-Baguirmi (SMART 2020),	4
75,1	Ouaddai (SMART 2021)	1
Pas de données valides	Tibesti, Borkou, Ennedi-Ouest,	3

Sources : SMART 2021, SMART 2020, SMART 2019, MICS 2019

Figure 3 : Temps mis pour mettre au sein le dernier enfant après la naissance par localité (FGD FEAs Nutrition)

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu					
Réponses	Nombre de provinces où la réponse a été citée									
Au bout 2 à 3 jour (quand lait coule tout seul)	5	DS Faya/ Prov Borkou	DS Mandelia (Djamalma)/ Chari-Baguirmi	DS Léré (Zabitchoubi) / Mayo Kebbi-Ouest	DS Béré (Toukoulé) / Tandjilé	DS Moundou (Quartier15ans) / Logone Occ.				
2 jour	2	Itou/ Ennedi-Est	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.							
1er jour de la naissance	2	DS Béré (Toukoulé) / Tandjilé	Itou/ Ennedi-Est							
Quelques heures après naissance	1	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.								
Après le bain	1	DS Abdi (Ngoro)/ Sila								
2h à 4h après	2	DS Abéché/ Ouaddai	DS Péni (Nara)/ Mandoul							
1 à 2 heures après	1	DS Kyabé (Baltoukou) /Moyen Chari								
1h après	4	DS Zouar/ Tibesti	DS Abéché/ Ouaddai	DS Mongo (Amdakour) /Guéra	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer-Lamis					
30 mn après	2	DS Zouar/ Tibesti	CS Goudji/ N'Djamena							
Immédiatement/dès la naissance	9	Itou/ Ennedi-Est	DS Zouar/ Tibesti	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Bonghor / Mayo-Kebbi Est	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha	DS Amdo back (Kelep) / Kanem	DS Moussoro/ Barh El Gazel

Rapport de l'étude

Si le bébé est malade faut attendre	1	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem
La communauté ne donne pas le colostrum au 1er né pour permettre au lait de bien couler	1	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat
NSP	1	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac
N/A	1	Torbol/ Ennedi Ouest

Même dans le cas d'un accouchement en centre de santé, des femmes ont trouvé des stratégies pour pouvoir d'abord donner de l'eau, retardant ainsi la mise au sein de l'enfant. C'est ce que nous explique la matrone du village de Kelep (Kanem) :

« Généralement, les mères attendent que la grand-mère donne d'abord de l'eau à l'enfant avant de lui donner du sein. Et comme les mères savent que le CS les sensibilise à l'allaitement maternel exclusif (AME), elles trouvent des astuces pour retarder l'allaitement au sein jusqu'à ce qu'elles arrivent à la maison. Cela peut durer des heures. En cas de complication post naissance, cela risque de durer même plus d'une journée ».

Si les pratiques traditionnelles de mise au sein persistent, les sensibilisations portent tout de même leurs fruits auprès de certaines femmes comme m'explique la **matrone du quartier Amrié (Ouaddai)** :

« Avant on attend une journée après l'accouchement mais maintenant c'est juste après quelques heures on le met aux seins si l'enfant pleure ».

3.2.1.1.2 Administration et pratiques relatives du colostrum

L'étude SMART 2021 indique que la proportion des enfants de 0 à 23 mois ayant reçu le colostrum s'élève à 83,2% [82% - 84,5% - 95% IC] au sein de l'échantillon étudié à l'échelle du Tchad.

A l'échelle des provinces (tableau 16), les prévalences de l'administration du colostrum sont comprises entre 70 et 100% semblent laisser penser que cette pratique est acceptée et appliquée très largement pratiquée dans l'ensemble du Tchad.

Tableau 16 : Prévalence de l'administration du colostrum dans les provinces dans la base de données secondaires

Prévalence	Provinces	Effectif
[70 à 79,9 %]	Salamat (SMART 2019), Mayo-Kebbi Ouest (SMART 2021), Moyen-Chari (SMART 2021), Logone Oriental (SMART 2021)	4
[80 à 89,9 %]	Sila (SMART 2020), Lac (SMART 2019), Tandjilé (SMART 2021), N'Djamena (SMART 2021), Ouaddai (SMART 2021), Hadjer-Lamis (SMART 2021), Chari-Baguirmi (SMART 2020), Kanem (SMART 2021), Mayo-Kebbi Est (SMART 2020), Logone Occidentale (SMART 2021),	10
[90 à 100 %]	Batha (SMART 2021), Tibesti (SMART 2019), Borkou (SMART 2020), Ennedi-Est (SMART 2019), Ennedi-Ouest (SMART 2021), Wadi-Fira (SMART 2021), Guera (SMART 2021), Barh El Gazel (SMART 2021),	8
Pas de données valides	Mandoul,	1

Sources : SMART 2021, SMART 2020, SMART 2019

L'analyse des résultats de l'étude sur les pratiques nutritionnelles au Tchad appelle à être prudent vis-à-vis des données quantitatives collectées. Les FGD et les ESD réalisés dans le cadre de cette enquête met en évidence que le colostrum continue à être perçu comme un mauvais lait dangereux. Il n'est pas administré par les FEFAs de certaines communautés, du fait de leur plein gré ou sous la contrainte d'une

Rapport de l'étude

parente (mère, belle-mère, grand-mère, voire mari) qui le juge nocif. Lors des FGD, les femmes du village Ngoro (Sila), du village Zabitchoubi (Mayo-Kebbi Ouest) et du village Toukoulé (Tandjilé) ont déclaré que le colostrum est le lait qu'il faut le jeter (figure 4). Les femmes de 6 différentes provinces (quartier Mailo de Bonghor (Mayo-kabbi Est), village Zabitchoubi (Mayo-Kebbi Ouest), village de Toukoulé (Tandjilé), village de Kelep (Kanem), village de Balkoutou (Moyen Chari), village de Bouroudou (Lac)) ont déclaré que le lait jaune pouvait provoquer la diarrhée ou qu'il était mauvais pour la santé dans 2 autres (quartier de Faya Centre (Borkou) et quartier de Zouar urbain (Tibesti)).

Figure 4 : Les inconvénients du colostrum selon les femmes par localité (FGD FEFA Nutrition)

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu		
Réponses	Nbre						
C'est une saleté qui cause maladies (diarrhées)	6	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Léré (Zabitchoubi)/ Mayo Kebbi-Ouest	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Ngouri (Bouroudou)/ Lac
Le colostrum est dangereux/mauvais et qu'il faut le jeter	3	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Léré (Zabitchoubi)/ Mayo Kebbi-Ouest			
C'est mauvais pour la santé	2	DS Faya/ Prov Borkou	DS Zouar/ Tibesti				
Ça donne des maux de ventre	1	DS Abdi (Ngoro)/ Sila					
Enflement des lèvres et la langue du nouveau-né	1	DS Moundou (Quartier15ans) / Logone Occ.					
Les saletés au bout du sein vont causer un vomissement à l'enfant	1	DS Péni (Nara)/ Mandoul					
Rendre sourd	1	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari					
Fatigue la mère	1	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer-Lamis					
Pas d'inconvénient sauf si de mauvaise qualité	2	DS Péni (Nara)/ Mandoul	Oum-Hadger (Marade)/ Batha				
Aucun	11	DS Abéché/ Ouaddai	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est
		DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Mongo (Amdakour)/Guéra	CS Goudji/ N'Djamena	DS Moussoro/ Barth El Gazel	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	
NSP	1	Itou/ Ennedi-Est					
N/A	1	Torbol/ Ennedi Ouest					

Les ESD avec les matrones ont révélé que lait jaune n'était pas donné dans certaines communautés (quartier Faya Centre (Borkou), village à plus de 20 km de Torbol (Ennedi-Ouest), Quartier 15 ans de Moudou (Logone Occidentale), village Amdakour (Guéra)). Dans ces communautés, les femmes refuseraient d'administrer le colostrum car il est considéré comme mauvais selon les ancêtres (Quartier 15 ans de Moudou (Logone Occidentale)) et qu'il est de mauvaise qualité (village d'Amdakour (Guéra)). Au village de Toukoulé (Tandjilé), c'est la matrone qui déconseille tout simplement aux femmes enceintes de donner le colostrum à l'accouchement car « **on le considère comme de la saleté** ». De nombreuses mères poursuivent ainsi la pratique ancienne qui consiste à évacuer le mauvais lait avant de donner le lait blanc à l'enfant » Békan 1 & Békan (Logone Orientale).

Toutefois, certaines femmes ont changé leurs pratiques suite aux conseils d'agent de santé, comme le souligne la *Chuchuya du quartier de Mailo (Mayo-Kebbi Ouest)* :

« Avant on ne donnait pas, mais maintenant grâce aux conseils des agents de santé on donne le colostrum aux enfants ».

Plusieurs FEFAs ont d'ailleurs affirmé lors des FGD nutrition (figure 5) que le colostrum est très bon parce qu'il est très nourrissant et qu'il garantit la force et la vigueur de l'enfant. Il rend aussi l'enfant éveillé. Les sensibilisations ont permis lutter contre certains préjugés qui entourent le colostrum chez certaines femmes. Toutefois la mise en pratique continue d'être freinée par les résistances socio-cultures au sein des communautés.

Figure 5 : Les avantages du colostrum selon les FEFAs par localité (FGD Nutrition FEFAs)

Réponses	Nbre de localités où la réponse a été citée	Légende									
		Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu					
Donne de la force à l'enfant	8	DS Abéché/ Ouaddai	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Moundou (Quartier 1 Sans)/ Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou u)/Moyen Chari	Oum-Hadjer (Marade) / Batha	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem		
Assure à l'enfant une bonne croissance /développement	5	DS Arada (Créगत)/ Wadi-Fira	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Mongo (Amdakour)/G uéra	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem					
Procure des vitamines à enfant	5	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/ Moyen Chari	DS Mongo (Amdakour)/G uéra	DS Moussoro/ Barh El Gazel	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac					
D'être en bonne forme/santé	4	DS Moundou (Quartier 1 Sans)/ Logone Occ.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Moussoro/ Barh El Gazel	DS Ngouri (Bouroudou / Lac						
Rend enfant intelligent	3	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Moussoro/ Barh El Gazel							
C'est bon pour l'enfant	2	DS Abéché/ Ouaddai	DS Moussoro/ Barh El Gazel								
Permet de nettoyer le scelle noire de l'enfant	1	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi									
Prévention contre les maladies	1	DS Arada (Créगत)/ Wadi-Fira									
Fait briller le bébé	1	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.									
Il aura un bon poids	1	DS Péni (Nara)/ Mandoul									
C'est très nutritif	1	CS Goudji/ N'Djamena									
Renforce système immunitaire enfant/anticorps	1	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer-Lamis									
Peut bien nourrir bébé malgré manque argent	1	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer-Lamis									
Non, c'est mauvais/c'est jeté	3	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Léré (Zabitchoubi) /Mayo Kebbi-Ouest	DS Béré (Toukoulé)/T andjilé							

Rapport de l'étude

Aucun	3	DS Faya/ Prov Borkou	Itou/ Ennedi-Est	DS Zouar/ Tibesti
NSP	3	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Léré (Zabitchoubi)/ Mayo Kebbi- Ouest
N/A	1	Torbol/ Ennedi Ouest		

3.2.1.1.3 Introduction de l'eau

Les FGD font ressortir que les femmes de 14 provinces sur 23 (figure 6) ont donné de l'eau dans la journée à leur enfant. Seules des femmes de 6 provinces (quartier Amrié (Ouaddai), village Ngoro (Sila), village Crégat (Wadi-Fira), du quartier Mailo (Mayo-Kebbi Ouest), village Marade (Batha), carré 14 de Goudji (Ndjaména)) ont déclaré avoir attendu 6 mois pour respecter l'allaitement exclusif. La matrone du village de Kelep (Kanem) nous donne explication des raisons de cette volonté à vouloir donner de l'eau au nouveau-né :

« Elles sont souvent sensibilisées mais selon les croyances, l'enfant mourra s'il ne boit pas d'eau. Il y a, à ma connaissance quelques 5 ou 6 femmes qui ont pris la décision de pratiquer l'allaitement maternel exclusif. Le plus âgés de ces enfants mis sous l'allaitement maternel exclusif a 2 ans et nous le suivons régulièrement. Il n'a aucun signe de sous-nutrition depuis sa naissance »
Matrone du village de Kelep (Kanem)

Figure 6 : Introduction de l'eau selon les FEFAs par localité (FGD FEFAs)

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu		
Réponses	Nbre de provinces où la réponse a été citée						
Dès la naissance (mélangé parfois à du sucre)	12	DS Faya/ Prov Borkou	DS Abéché/ Ouaddai	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Mandelia (Djamalma)/Ch ari-Baguirmi	DS Béré (Toukoulé)/Tan djilé
		DS Moundou (Quartier 15ans)/ Logone Occ.	DS Kyabé (Baltoukou)/Mo yen Chari	DS Mongo (Amdakour)/Gu éra	CS Goudji/ N'Djame na	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem	DS Moussoro/ Barh El Gazel
Dès naissance ou dans l'heure après	2	Itou/ Ennedi-Est	DS Zouar/ Tibesti				
Après 6 mois pour respecter l'allaitement exclusif	6	DS Abéché/ Ouaddai	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira	DS Bonghor / Mayo- Kebbi Est	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha	CS Goudji/ N'Djamena
Dès le 1er jour de naissance	3	DS Léré (Zabitchoubi)/M ayo Kebbi-Ouest	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Péni (Nara)/ Mandoul			

Si accouchement au CS, une fois rentrées chez elles	1	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem
Dès les premiers jours de la naissance	1	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac
N/A	1	Torbol/ Ennedi Ouest

3.2.1.1.4 Allaitement exclusif (0-5 mois)

L'étude SMART 2021 indique que la proportion des enfants de 0 à 5 mois qui sont nourris exclusivement au sein s'élève à 11,4% [9,3%% - 13,5% - 95% IC] au sein de l'échantillon étudié à l'échelle du Tchad.

L'analyse des données quantitatives disponibles et valides sur l'allaitement exclusif à l'échelle des provinces (tableau 17) montrent que les prévalences confirment le faible respect de cette pratique par les FEFAs avec des prévalences inférieures à 30%. La pratique de l'allaitement maternel exclusif est même marginales dans 9 provinces (N'Djamena compris) sur 23, avec des prévalences inférieures à 10%.

Tableau 17 : Prévalence de l'allaitement exclusif dans les provinces dans la base de données secondaires

Prévalence	Provinces	Effectif
[0 à 4,9 %]	Borkou (SMART 2019), Mandoul (SMART 2020), Ouaddai (SMART 2019), Hadjer-Lamis (SMART 2021), Chari-Baguirmi (SMART 2019), Moyen-Chari (SMART 2021), Logone Occidental (SMART 2021), Logone Oriental (SMART 2019)	8
[5 à 9,9 %]	N'Djamena (SMART 2020),	1
[10 à 19,9 %]	Lac (SMART 2020), Guera (MICS 2019), Barh El Gazel (MICS 2019), Kanem (MICS 2019), Mayo-Kebbi Ouest (MICS 2019),	5
[20 à 30 %]	Wadi-Fira (MICS 2019), Salamat (MICS 2019), Tandjilé (MICS 2019), Mayo-Kebbi Est (MICS 2019),	4
Pas de données valides	Batha, Tibesti, Ennedi-Est, Ennedi-Ouest, Sila,	5

Sources : SMART 2021, SMART 2020, SMART 2019, MICS 2019

L'étude sur les pratiques nutritionnelles au Tchad confirme que l'allaitement exclusif n'est pas toujours respecté dans les localités (figure 7). Dans certaines communautés (Zabitchoubi (Mayo-Kebbi Ouest) et Moussoro (Barh El Gazel)), certaines FEFAs donnent d'autres aliments que le lait et l'eau à consommer dès la naissance. Dans d'autres, l'allaitement exclusif n'est respecté que 3 ou 4 mois. Enfin, dans le

village de Bouroudou, les femmes arrêtent l'allaitement exclusif à 5 mois pour respecter selon elles les recommandations du Coran.

Figure 7 : Début de l'Introduction d'aliments autres que le lait et l'eau selon les FEFAs par localité (FGD FEFAs Nutrition)

Légende		Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu		
Réponses	Nombre de provinces où la réponse a été citée	DS Faya/ Prov Borkou	Itou/ Ennedi-Est	DS Mandelia (Djamalma)/Chari- Baguirmi				
A partir de 4 mois	3							
Après 6 mois	15	DS Zouar/ Tibesti	DS Abéché/ Ouaddai	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Arada (Crégat)/ Wadi- Fira	DS Mandelia (Djamalma)/Char- i-Baguirmi	DS Moussoro / Barh El Gazel
		DS Moundou (Quartier 15ans)/ Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Mongo (Amdakour) / Guéra	Oum- Hadjer (Marade) / Batha	CS Goudji/ N'Djamena	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer- Lamis
À partir 3 ou 4 mois	3	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Béré (Toukoulé) / Tandjilé	DS Kyabé (Baltoukou)/Moye n Chari				
Dès la naissance	2	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Moussoro/ Barh El Gazel					
A partir de 5 mois selon saint coran	1	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac						
N/A	1	Torbol/ Ennedi Ouest						

L'agent de santé de CS Faya (Borkou) donne aussi une explication culturelle au non-respect de l'allaitement exclusif : « c'est plus culturel ! L'allaitement maternel exclusif ne se pratique pas. Ils disent que c'est Dieu qui donne, et ce Dieu qui s'occupe d'eux ». Par ailleurs, une majorité de femmes continuent de penser qu'un bébé ne peut pas survivre 6 mois sans boire de l'eau et que le colostrum est jugé nocif. Il existe aussi d'autres raisons socio-culturelles qui détournent les femmes de de l'allaitement maternel exclusif. Les femmes de 6 provinces sur 23 (figure 8) ont déclaré avoir peur de déplaire à leur mari et d'être abandonnées si leurs seins tombent. Des femmes ont déclaré refuser d'allaiter leur bébé dès la naissance car elles ne souhaitent pas voir leurs seins tomber, car cela deviendrait un complexe pour elle.

Figure 8 : Motivations dans le choix de ne pas allaiter son enfant (FGD Nutrition FEFAs)

Légende		Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
Réponses	Nbre de provinces où la réponse					

Rapport de l'étude

	a été citée						
A cause de la qualité/quantité du lait							
Mauvais lait/mauvaise qualité lait	6	DS Léré (Zabitchoubi)/M ayo Kebbi-Ouest	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Goré (camp Bèkan)/ Logone Or.	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	CS Goudji/ N'Djamena
Car le lait ne coule pas	1	DS Abéché/ Ouaddai					
Le lait seul ne suffit pas pour la croissance d'un bébé	1	DS Péni (Nara)/ Mandoul					
Par ce que à partir de 5-6 mois, le lait devient insuffisant pour l'enfant	1	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est					
A cause du mari							
Les femmes craignent d'être délaissées pour une autre par leur mari si leurs seins tombent	6	DS Faya/ Prov Borkou	Itou/ Ennedi-Est	DS Zouar/ Tibesti	DS Abéché/ Ouaddai	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.	DS Moussoro/ Barh El Gazel
Une autre grossesse	1	DS Amdouback (Kelep)/ Kanem					
A cause des activités de la mère							
Les travaux champêtres très intenses	2	DS Amdouback (Kelep)/ Kanem	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac)				
Commerce de fagot	1	DS Amdouback (Kelep)/ Kanem					
La cuisine	1	DS Amdouback (Kelep)/ Kanem					
A cause de l'état de santé de la mère							
Parfois c'est à cause des maladies de la mère	3	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Kyabé (Baltoukou)/Moy en Chari	DS Moussoro/ Barh El Gazel			
Car la mère sera fatiguée	2	DS Péni (Nara)/ Mandoul	CS Goudji/ N'Djamena				
Manque de nourriture pour la mère	1	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac)					
Les femmes craignent que leurs seins gonflent	1	DS Péni (Nara)/ Mandoul					
Sur le conseil d'un tiers ou par ignorance							
Un vendeur ambulant (docteur choukou qu'elle considère comme un médecin) lui a dit de ne pas allaiter car son lait est mauvais	1	DS Abéché/ Ouaddai					
Ignorance	1	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi					
Autres							
Aucune	3	DS Mongo (Amdakour)/Guéra	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha	DS Léré (Zabitchoubi)/M ayo Kebbi-Ouest			
NSP	3	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira			
N/A	1	Torbol/ Ennedi Ouest					

Il existe aussi un certain nombre de croyance sur l'AEM qui freine sa pratique. Ainsi, certaines FEFA craignent que l'allaitement exclusif rendent l'enfant malentendant, que l'enfant tombe malade (village d'Amdakour (Guéra), village Marade (Batha), village de Bouroudou (Lac) ou en sous-nutrition (village d'Amdakour (Guéra), village Marade (Batha) à cause de l'allaitement exclusif.

Lors des FGD Nutrition, des femmes ont déclaré ne pas pratiquer l'allaitement maternel exclusif car cela fatigue trop la mère (figure 9). Les charges de travail (champs, corvées domestique, chercher l'eau, cuisine, soin des enfants et personnes âgées, marché, activité de commerce) qui pèsent sur les épaules des FEFA expliqueraient aussi que plusieurs renoncent à l'allaitement maternel exclusif.

Figure 9 : Les inconvénients de l'allaitement maternel exclusif (FGD FEFA Nutrition)

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
---------	-------------------	----------------------------	----------------------------	--------	-----------

Réponses	Nbre de localités où la
----------	-------------------------

Rapport de l'étude

	réponse a été citée									
Que l'enfant tombe malade à cause AE	3	DS Mongo (Amdakour)/Guéra	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha	DS Ngouri (Bouroudou / Lac)						
Que l'enfant tombe dans malnutrition à cause AE	2	DS Mongo (Amdakour)/Guéra	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha							
Fatigue de la mère	2	DS Zouar/ Tibesti	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac)							
L'enfant à la gorge sèche/soif, il lui faut de l'eau	2	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/ Moyen Chari							
Les femmes ont peur que leurs seins ne tombent	1	DS Faya/ Prov Borkou								
Elles ont peur que leurs maris ne les abandonnent si leurs seins tombent	1	DS Faya/ Prov Borkou								
Problème quand femme au champ, doivent laisser enfants à la maison et pas sûr autres accompagnants respectent AE	1	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé								
Après AE, enfant perd sa forme	1	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.								
Ça coule et c'est salissant	1	CS Goudji/ N'Djama								
AE rend malentendant	1	DS Moussoro/ Barh El Gazel								
AE provoque rhume	1	DS Moussoro/ Barh El Gazel								
Aucun	5	DS Abeché/ Ouaddai	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Mandelia (Djamalma)/ Chari-Baguirmi	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Moundou (Quartier15 ans) / Logone Occ.				
NSP (souvent car pas pratiqué)	9	Itou/ Ennedi-Est	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira	DS Mandelia (Djamalma)/ Chari-Baguirmi	DS Léré (Zabitchoubi) /Mayo Kebbi-Ouest	DS Moundou (Quartier15 ans) / Logone Occ.	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer-Lamis	DS Amdo back (Kelep) / Kanem
N/A	1	Torbol/ Ennedi Ouest								

La charge de travail pose aussi un autre problème aux FEFA. Elle doit souvent laisser la garde de leur enfant à un autre accompagnant qui lui ne respectera pas l'allaitement maternel exclusif comme l'explique la matrone du village de Toukoulé (Tandjilé) :

« Le problème, c'est que quand les femmes sont aux champs, elles doivent laisser leur enfant à la maison et il n'est pas sûr que les autres accompagnants respectent l'allaitement exclusif maternel »

3.2.1.1.5 Obstacle à l'allaitement exclusif et à la poursuite de l'allaitement

L'étude sur les pratiques nutritionnelles au Tchad confirme que les croyances autour de l'allaitement et du mauvais lait sont encore présentes dans les localités étudiées (figure 10). Le mauvais lait causerait la diarrhée et ferait maigrir les enfants. Il pourrait même, pour certaines FEFA, entraîner la mort de l'enfant.

Figure 10 : Les inconvénients de l'allaitement exclusif (FGD FEFAs Nutrition)

Légende		Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
Réponses	Nbre de provinces où la réponse a été citée					
Mauvais lait cause la diarrhée et fait maigrir les enfants	4	Itou/Ennedi-Est	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Péni (Nara)/Mandoul	
Pour détecter le mauvais lait, on presse le lait dans un récipient et on met une fourmi dedans, si la fourmi meurt le lait est mauvais	3	DS Abéché/Ouaddai	DS Goré (camp Bekan)/Logone Or.	DS Péni (Nara)/Mandoul		
Femmes qui ont naturellement du mauvais lait à cause du mauvais sort.	1	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat				
Grossesse rend l'acide et dangereux pour l'enfant allaité	1	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat				
Si l'enfant boit le mauvais lait il tombe malade et mourir par la suite	1	DS Abdi (Ngoro)/Sila				
Femmes qui ne veulent pas que leurs seins tombent	1	DS Zouar/Tibesti				
Oui sans précision	6	DS Bonghor/Mayo-Kebbi Est	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Moundou (Quartier15ans)/Logone Occ.	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Moussoro / Barh El Gazel / DS Ngouri (Bouroudou / Lac
Aucune croyance autour de l'allaitement	6	DS Faya/Prov Borkou	DS Mongo (Amdakour)/Guéra	Oum-Hadjer (Marade)/Batha	CS Goudji/N'Djamena	DS Bokoro (Zarafa)/Hadjer-Lamis / DS Amdoback (Kelep)/Kanem
NSP	1	DS Arada (Crécat)/Wadi-Fira				
N/A	1	Torbol/Ennedi Ouest				

Les FGD ont révélé que dans 21 provinces sur 23, les FEFAs (tableau 18) considèrent qu'une femme enceinte ne doit pas allaiter son enfant car son lait n'est pas bon (raisons évoquées : lait est acide, lait n'a plus de nutriment, devient de l'eau, le lait provoque la diarrhée, provoque la malnutrition, provoque la mort). Le lait d'une mère qui est malade est également considéré comme un mauvais lait et il faut arrêter d'allaiter.

Tableau 18 : Raisons pour lesquelles une femme enceinte peut ou non allaiter (FGD Femmes santé) inconvénients de l'allaitement exclusif (FGD FEFAs)

Réponses	Nombre de sites où cela a été cité
Une femme enceinte ne doit pas allaiter son enfant quand elle est enceinte car son lait n'est pas bon (lait acide, diarrhée, malnutrition, mort, lait n'a plus de nutriment, devient de l'eau)	21
Pour sevrer l'enfant afin de lui donner de la bouillie car c'est plus nutritif	2
Si la mère a des maladies, elle va arrêter d'allaiter	1
Elle doit allaiter pour que son enfant soit en bonne santé/ne tombe pas malade (malnutrition)/ sa croissance. Ce n'est pas un problème, elles dénoncent des superstitions	16
Les diarrhées sont du à des vers dans l'estomacs	2

Il existe aussi des croyances mystiques autour du mauvais lait, comme l'explique la matrone du quartier Amrié (Ouaddai) :

« Oui il existait des croyances qui disent que ce sont les esprits qui font que le lait soit mauvais. Ainsi, il est interdit de donner le mauvais lait aux enfants. Mais de nos jours, on peut traiter le

mauvais lait traditionnellement à base de feuilles, des écorces et des racines et le donner de nouveau aux enfants »

Ces différentes croyances expliquent en partie les résistances accompagnant le choix de ne pas pratiquer l'allaitement exclusif. Si certaines FEFAs restent insensibles aux sensibilisations sur l'allaitement maternel exclusif, il existe tout de même de nombreuses femmes qui ont compris de cette pratique et qui l'appliquent (tableau 18).

3.2.1.2 L'influence des facteurs socio-culturels sur la diversification alimentaire de l'enfant de moins de 5 ans

3.2.1.2.1 Une diversification alimentaire de l'enfant de moins de 5 ans

L'étude SMART 2021 indique que la diversification alimentaire des enfants de 6 à 23 mois, allaités ou non, demeure insuffisante. A l'échelle du Tchad, seuls 14,5% [13,1% - 15,8% - 95% IC] des enfants allaités ou non de cette tranche d'âge consomme au moins 5 groupes d'aliments sur 8. L'analyse des données quantitatives disponibles et valides à l'échelle des provinces (tableau 19) montrent que 18 d'entre elles ont des prévalences inférieures à 10% (dont 4 qui ont une prévalence de% ou moins.).

Tableau 19 : Prévalence de la diversification alimentaire des enfants de 6 à 23 mois allaités ou non à l'échelle des provinces (SMART 2021)

Prévalence	Provinces	Effectif
[0 à 4,9 %]	Ennedi-Est, Ennedi-Ouest, Kanem, Logone Oriental (SMART 2021)	4
[5 à 9,9 %]	Mayo-Kebbi Est, Moyen-Chari (SMART 2019) Batha, Lac, Hadjer Lamis, (SMART 2020), Tibesti, Borkou, Salamat, Sila, Guera, Tandjilé, Ouaddai, Guéra, Mayo-Kebbi Ouest, (SMART 2021)	14
[10 à 19,9 %]	Logone Occidental (SMART 2019) Njamena (SMART 2020) Wadi-Fira, Barh El Gazel (SMART 2021),	3
40,80%	Chari Baguirmi (MICS 2019)	1
Pas de données valides	Mandoul	1

L'enquête SMART 2020 révèle, qu'à l'échelle du Tchad, la carence en diversité alimentaire touche d'avantage les enfants de 6 à 23 mois allaités (9,7% [8,5% - 10,9% - 95% IC] que non allaités (29,8% [25,4% - 34,2% - 95% IC]).

L'analyse des données quantitatives disponibles et valides à l'échelle des provinces (tableau 20) pour la diversification alimentaire des enfants de 6 à 23 mois allaités montrent que 17 d'entre elles ont des prévalences inférieures à 10% (dont 4 qui ont une prévalence de% ou moins.). Trois provinces ont des prévalences comprises entre 10,1 et 30%.

Pour la diversification alimentaire des enfants de 6 à 23 mois non allaités (tableau 21), aucune données valides n'ont pu être trouvées pour 11 provinces. Pour les 12 autres provinces, les données retenues sont celles de la MICS 2019. Dans 11 provinces, la prévalence de la diversification alimentaire des enfants de 6 à 23 mois non allaités est comprise entre 10 et 30%. Le Chari-Baguirmi est la seule province qui a une prévalence située entre 30 et 40%.

Tableau 20 : Prévalence de la diversification alimentaire des enfants de 6 à 23 mois allaités à l'échelle des provinces (SMART 2020)

Prévalence	Provinces	Effectif
[0 à 4,9 %]	Borkou, Mayo-Kebbi Est, (SMART 2019) Batha, Ennedi-Est, Salamat, Guéra, Kanem, Mayo-Kebbi Ouest, (SMART 2020) Lac (SMART 2021)	9
[5 à 9,9 %]	Tibesti, Moyen-Chari, (SMART 2019) Wadi-Fira, Sila, Ouaddai, Barh El Gazel, Hadjer Lamis, Logone Oriental (SMART 2020)	8
[10 à 19,9 %]	Ennedi-Ouest, Logone Occidentale, (SMART 2019)	2
[20 à 29,9 %]	N'Djamena (MICS 2019)	1
[30 à 50 %]	Chari_Baguirmi (MICS 2019)	1
Pas de données valides	Tandjilé, Mandoul,	2

Tableau 21 : Prévalence de la diversification alimentaire des enfants de 6 à 23 mois non allaités à l'échelle des provinces (MICS 2019)

Prévalence	Provinces	Effectif
[10 à 19,9 %]	Hadjer-Lamis, Moyen-Chari, Logone Occidentale, Logone Orientale (MICS 2019)	4
[20 à 29,9 %]	N'djamena, Ouaddai, Guéra, Barh El Gazel, Kanem, Mayo-Kebbi Est, Mayo-Kebbi Ouest, (MICS 2019)	7
[30 à 40 %]	Chari_Baguirmi (MICS 2019)	1
Pas de données valides	Batha, Tibesti, Borkou, Ennedi-Est, Ennedi-Ouest, Wadi-Fira, Salamat, Sila, Lac, Tandjilé, Mandoul,	11

3.2.1.2.2 L'introduction des aliments solides, semi-mous au Tchad

L'étude sur les pratiques nutritionnelles au Tchad a permis de constater que si l'introduction des aliments solides et semi-mous au Tchad se réalise souvent avec de la bouillie (nourriture jugée nutritive et adaptée pour les jeunes enfants) avec du lait et de l'eau (figure 11), la pratique de l'introduction des aliments complémentaires est en partie conditionnée par la disponibilité alimentaires et les facteurs socio-culturels très différents en fonction des communautés.

Figure 11 : Les bonnes pratiques d'alimentation complémentaire à mettre en place avec un bébé de 6 à 12 mois (FGD FEFAs Nutrition)

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
---------	-------------------	----------------------------	----------------------------	--------	-----------

Réponses	Nbre de localités où la
----------	-------------------------

Rapport de l'étude

	réponse a été citée												
Bouillie enrichie	12	DS Zouar/ Tibesti	DS Faya/ Prov Borkou	DS Bonghor/ Mayo- Kebbi Est	DS Léré (Zabitchou bi)/Mayo Kebbi- Ouest	DS Moundou (Quartier15 ans)/ Logone Occ.	DS Abéché/ Ouaddai	DS Moussoro/ Barh El Gazel	DS Amdo back (Kelep)/ Kane m	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer- Lamis	CS Goudj i/ N'Dja mena	Oum- Hadjer (Marade)/ Batha	DS Mongo (Amdakou r)/Guéra
Boule	12	DS Zouar/ Tibesti	DS Faya/ Prov Borkou	Itou/ Ennedi- Est	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira	DS Mandelia (Djamalm a)/ Chari- Baguirmi	DS Bon ghor / May o- Kebb i Est	DS Péni (Nara)/ Man doul	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer- Lamis	CS Gou dji/ N'Dj ame na	Oum- Hadjer (Marade)/ Batha	DS Mongo (Amdak our)/Gué ra
Soupe légère /soupe	11	DS Zouar/ Tibesti	DS Faya/ Prov Borkou	DS Léré (Zabitchou ubi)/May o Kebbi- Ouest	DS Moundo u (Quartier 15ans)/ Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Kyabé (Baltouko u)/Moyen Chari	DS Mou ssor o/ Barh El Gaze l	DS Boko ro (Zara fa)/ Hadj er- Lami s	CS Goudji/ N'Djame na	Oum - Hadj er (Mar ade)/ Bath a	DS Mongo (Amdako ur)/Gué ra	
Bouillie	9	Itou/ Ennedi- Est	DS Aboude ai (Ligné)/ Salamat	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira	DS Mandelia (Djamalm a)/Chari- Baguirmi	DS Léré (Zabitchou ubi)/May o Kebbi- Ouest	DS Béré (Toukoul é)/Tandjil é	DS Goré (cam p Beka n)/ Logone Or.	DS Péni (Nara)/ Man doul	DS Kyabé (Baltouk ou)/Moy en Chari			
Fruits (mangue, avocat, orange, banane, papaye)	5	DS Mandeli a (Djamal ma)/Cha ri- Baguirm i	DS Mound ou (Quarti er15ans)/ Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Kyabé (Baltouk ou)/Moy en Chari	DS Moussor o/ Barh El Gazel							
Lait	3	DS Mandeli a (Djamal ma)/Cha ri- Baguirm i	DS Mound ou (Quarti er15ans)/ Logone Occ.	DS Kyabé (Baltouk ou)/Moy en Chari									
Soupe poisson	2	DS Abéché/ Ouaddai	DS Bongho r/ Mayo- Kebbi Est										
Viande	1	DS Bonghor / Mayo- Kebbi Est											
Œufs	1	DS Abéché/ Ouaddai											
Jus	1	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.											
Légumes	1	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.											
Beurre	1	DS Ngouri (Bourou dou/ Lac											
Patate douce	1	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.											
Pomme de terre	1	DS Abéché/ Ouaddai											

Eau	1	DS Arada (Crégat) /Wadi- Fira
N/A	1	Torbol/ Ennedi Ouest

3.2.1.2.3 Résistance aux changements des pratiques alimentaires

Les résistances aux changements d'habitude alimentaire est un frein important comme l'explique un **instituteur du village Ngoro (Sila)** :

« Je dirais qu'ici c'est la mentalité de la population et même le poids de leur culture qui pose problème. Elle n'est pas prête à s'ouvrir à d'autres alimentations. Il y a des feuilles qui sont nourrissantes pour eux mais ils ne les consomment pas, par d'ignorance »

Dans le BET, le **« manque d'agents pour sensibiliser la population sur la bonne alimentation »** (Instituteur, quartier Zouar urbain, Tibesti) mais surtout que la communauté refuse de collaborer et reste renfermée sur elle, fait que cela n'est pas facile de les sensibiliser. Un enseignant du quartier Zouar Urbain (Tibesti) explique très bien ce problème :

« Les gens du milieu ne veulent pas sortir pour découvrir les autres choses. Ils sont auto-fermés sur eux même. Il faut amener les gens à sortir de cet œuf dans lequel ils sont enfermés. Il y a certains qui cherchent à sortir de ce gouffre mais hélas le poids du milieu pèse vraiment. C'est dû à l'ignorance de la communauté. Les gens refusent d'essayer de nouveaux aliments. Ils sont retissant à l'idée de la diversification alimentaire. Par exemple, certaines personnes qui varient leur alimentation et qui finissent par prendre un peu du poids, on le traite de « sudiste ». Car pour la communauté, originaire du BET, l'homme ne doit pas avoir une grande forme. Par ailleurs, personne ne pratique la culture maraîchère ici, il n'y a pas des jardins. Cela est dû au problème de l'eau et de la terre cultivable. Il y a un site aménagé dans la localité mais personne ne veut utiliser pour la production agricole. Il y a le préfet qui a essayé en faisant un jardin qui a bien produit mais personne n'en veut en faire. Pourtant cela leur permettrait d'avoir quelques fruits et légumes » **instituteur du quartier Zouar Urbain (Tibesti)**

L'instituteur du quartier Faya Centre (Borkou) évoque des freins sociologiques qui expliquerait le non-respect des bonnes pratiques nutritionnelles :

« Non y'a pas frein, sauf que les gens sont riches mais ils refusent de bien s'alimenter. La communauté dit que c'est à cause des femmes qui ne savent pas cuisiner...mais le problème, c'est que ceux qui ont l'argent préfèrent acheter les voitures », L'instituteur du quartier Faya Centre (Borkou).

Dans le village de Nara (Mandoul), l'instituteur considère que l'une des causes de la malnutrition, c'est **« le gaspillage d'argent dans l'alcool et la négligence des parents »**.

3.2.1.2.4 Interdits alimentaires

Pour des raisons socio-culturelles, certains aliments sont interdits à la consommation des enfants (figure 12). La consommation du porc est par exemple interdite pour des raisons religieuses dans les communautés musulmanes. La viande de porc et de chat sont interdites à Péni car elles sont utilisées par les chefs initiatiques lors des rites (figure 13).

D'autres aliments sont interdits dans telle ou telle province car les communautés croient qu'ils sont susceptibles de nuire à la santé des enfants. C'est le cas de l'œuf qui est interdit aux enfants car il pourrait

Rapport de l'étude

« parler en retard » s'il en consomme selon les interlocuteurs du quartier Mailo (Mayo-Kebbi Ouest) ou qu'il pourrait « nuire à sa santé » (quartier de 15 ans de Moundou (Logone Occidental)). Ailleurs, on craint que la consommation d'aliments sucrés cause des maux de ventre à l'enfant (quartier Zouar Urbain, Tibesti), village Djamaïma (Chargui Baguirmi). Il est conseillé au quartier Amrié (Ouaddai) de ne pas donner trop de boule car cela causerait aussi mal au ventre. A Bekan 1 & 2 (Logone Oriental), ce sont les varans, les poissons silures et les « poissons avec des seins » qui peuvent nuire à la santé de l'enfant.

Figure 12 : Les interdictions et tabous alimentaires chez l'enfant par localité (FGD FEFA Nutrition)

		Légende		Villages enclavés		Localité à + de 5 km du CS		Localité à - de 5 km du CS		Urbain		Chef-lieu	
Réponses	Nbre de localités où la réponse a été citée												
Aucun	9	Itou/ Ennedi-Est	DS Abéché/ Ouaddai	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Léré (Zabitchoubi) /Mayo Kebbi- Ouest	DS Béré (Toukoulé) /Tandjilé	DS Mongo (Amdakour) / Guéra	DS Bokoro (Zarafa) / Hadjer- Lamis	DS Amdobac k (Kelep)/ Kanem	DS Moussoro / Barh El Gazel			
Œufs	3	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Kyabé (Baltoukou)/ Moyen Chari									
Poisson	2	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira	DS Moundou (Quartier15 ans) / Logone Occ.										
Alcool	2	DS Faya/ Prov Borkou	DS Zouar/ Tibesti										
Viande du porc,	2	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Péni (Nara)/ Mandoul										
Animaux sauvage, le chacal	2	DS Moundou (Quartier15an s)/ Logone Occ.	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat										
Oiseaux	2	DS Moundou (Quartier15an s)/ Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan) / Logone Or.										
Chien	2	DS Péni (Nara)/ Mandoul	Oum- Hadjer (Marade)/ Batha										
Âne	2	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem										
Cheval	1	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha											
Aliments sucrés	1	DS Mandelia (Djamaïma)/C hari-Baguirmi											
Boule morte	1	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac											
Aliments glacés		DS Mandelia (Djamaïma)/C hari-Baguirmi											
Mouton	1	DS Péni (Nara)/ Mandoul											
Poisson gourou	1	DS Péni (Nara)/ Mandoul											
Igname sauvage	1	DS Kyabé (Baltoukou)/ Moyen Chari											

Rapport de l'étude

Miel	1	CS Goudji/ N'Djamena
Piment	1	CS Goudji/ N'Djamena
Chenille	1	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem
N/A	1	Torbol/ Ennedi Ouest

Figure 13 : Raisons des interdictions et tabous alimentaires chez l'enfant par localité (FGD FEFA Nutrition)

Légende		Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
Réponses	Nombre de localités où la réponse a été citée					
Coran/religion/péché	5		DS Abéché/ Ouaddai	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer- Lamis
Pour des raison de santé	2		DS Mandelia (Djamalma)/Chari- Baguirmi	DS Péni (Nara)/ Mandoul		
Pour des raisons culturels	1		DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira			
Miel provoque l'avortement ou le bébé de ne risque pas bien respiré	3		DS Abéché/ Ouaddai	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Mongo (Amdakour)/Guéra	
Pas d'œuf/oiseaux pour les enfants car enfants ne parleront pas vite voir mourir (Moyen Chari)	3		DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	
Pas d'interdiction sauf alcool	3		DS Faya/ Prov Borkou	DS Zouar/ Tibesti	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	
Ces viandes (viandes sauvages, du porc, le chacal) nous créent des allergies (lèpres, démangeaison etc.) mais la religion l'interdit aussi.	2		DS Abéché/ Ouaddai	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat		
(Anquille) Risque saignement à l'accouchement	1		DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est			
Purifier cette dernière avant qu'elle ne mange de peur que l'enfant devienne bête (sauvages, oiseaux, poissons)	1		DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.			
(Iqname sauvage) enfant risque de ne pas vite parler	1		DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari			
Cochon pour FE car bébé risque ronfler	1		DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari			
Eléphant (risque éléphantisme) pour FE	1		DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari			
Pr FA anacarde qui risque de nuire à l'enfant dans le lait	1		DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari			
Piment rend malade	1		CS Goutji/ N'Djamena			
Le fait d'être enceinte, y a des aliments interdits	1		Itou/ Ennedi-Est			
Ecoute conseils des sages femmes (hérisson)	1		DS Péni (Nara)/ Mandoul			
Interdiction au FE piment par AS au CS (maux ventre et complications lors de l'accouchement)	1		DS Amdoback (Kelep)/ Kanem			
Aucune interdiction citées	1		DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest			
N/A	4		Torbol/ Ennedi Ouest	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Moussoro/ Barh El Gazel	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac

Ces interdictions, en particulier dans le cas de l'œuf prive les enfants d'un aliment nutritif qui pourrait aider à sa bonne croissance, en particulier dans un contexte où les ménages ont du mal à varier leur alimentation.

3.2.1.3 Les facteurs socio-culturels influencent énormément les pratiques d'alimentation autonome de l'enfant (24 à 59 mois)

3.2.1.3.1 Pratique de sevrage adaptée et durée de l'allaitement

La MICS 2019 montre que le pourcentage d'enfants allaités de manière continue à 1 an sans nourriture de complément est de 86,3% (IC non disponible). Cette dernière tombe à 49,2 % (IC non disponible). Une Tchadienne sur deux ne respecte ainsi pas la recommandation d'allaiter son enfant jusqu'à son deuxième anniversaire.

La SMART 2021 révèle que la proportion des enfants de 12 à 15 mois qui sont toujours allaités et aurait reçu une alimentation de complément à partir de 6 mois s'élève à 80,1% [78,2% - 82% - 95% IC].

Les résultats des FGD réalisés lors de l'étude sur les pratiques nutritionnelles au Tchad révèlent que les femmes de 9 provinces seulement ont déclaré respecter que l'enfant atteigne 24 mois pour sevrer l'enfant comme il est recommandé (figure 14). Le sevrage précoce semble encore important au Tchad. Les femmes qui ont sevrées leur enfant avant leur 2 ans l'ont fait pour des raisons socio-culturelles très différentes. Certaines ont considéré que le lait seul ne suffirait plus après 6 mois (village Marade, Batha). Certaines l'ont sevré vers 18 mois car elles trouvaient qu'il était assez grand pour manger comme les adultes.

Figure 14 : Age de sevrage du dernier enfant et les raisons de ce choix par localité (FGD FEFAs Nutrition)

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu	
Réponses	Nombre de provinces où la réponse a été citée					
2 ans car peut manger aliments salés et éviter que l'enfant tombe malade		3	DS Faya/ Prov Barkou	DS Zouar/ Tibesti	DS Abéché/ Ouaddaï	
Je l'ai sevré à 2 ans car j'ai trouvé qu'il est grand et il me mord à tout moment avec ses dents de lait. Moi à 2ans je porte un autre bébé donc je sèvre mes enfants lorsque je suis enceinte., capable de t'apporter ce que tu lui demandes.		2	DS Moundou (Quartier 15ans) / Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan) / Logone Or.		
A 2 ans car le lait ne coule pas trop et le sein n'est pas riche		2	DS Mongo (Amdakour)/Guéra	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem		
A 2 ans car l'enfant est grand et il mange la bouille et la boule. Car il a l'âge pour être sevré		2	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Moussoro/ Barh El Gazel		
6 mois car lait ne suffit pour assouvir sa faim		1	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha			
Je lui ai sevré à 1an 5 mois car j'ai trouvé qu'il est assez grand		1	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari			
De 1,6-2 ans ; pour que l'enfant grandit bien et ait de la force.		1	DS Goré (camp Bekan) / Logone Or.	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est		
Moins de 2 ans		1	DS Faya/ Prov Barkou			
Varie 16 à 24 mois		1	DS Arada (Crégat)/ Wari-Fira			
Entre 1 ans et 6/8 mois (certaine enceinte)		4	DS Abéché/ Ouaddaï	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac
16 mois car après le lait ne contient plus de vitamine		1	DS Abdi (Ngoro)/ Sila			
L'âge que nous avons sevré notre dernier enfant est de 1 an et 7 mois pour les garçons et 1 an et 8 mois pour les filles ; les raisons de ce choix sont de protéger son intelligence.		1	DS Mandelia (Djamalma)/Chari- Baguirmi			
18 mois car il a grandi		2	CS Goudji/ N'Djamena	DS Moussoro/ Barh El Gazel		
L'âge où j'avais sevré mon dernier enfant est de 1 an et 3 mois ; c'est à cause de la nouvelle grossesse.		1	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest			
Pas de planification, donc si tombe enceinte, sevrage enfant qui allaite		1	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat			

Rapport de l'étude

4 mois car mère voulait sevrer enfant	1	Itou/ Ennedi-Est
22 mois c'est l'âge de sevrage	1	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer-Lamis
N/A	1	Torbol/ Ennedi Ouest

Une matrone du village de Toukoulé (Tandjilé) a respecté l'allaitement exclusif pendant 3 mois et elle a ensuite sevré son enfant et l'a nourri ensuite avec de la bouillie et à partir 4 mois de la boule. Une FEFA d'Itou a sevré son enfant à 4 mois car elle en avait envie. De nombreuses FEFA ont dû sevrer leur enfant car elles sont retombées enceintes (même si l'enfant n'a que 3 mois). Certaines femmes ont dû sevrer leur enfant car elles ne produisaient pas de lait maternel.

Dans plusieurs localités, les FEFA ont veillé à mettre en place une introduction graduelle des aliments à partir le plus souvent de la bouillie pour remplacer progressivement le lait maternel (figure 15).

D'autres femmes ont pratiqué un sevrage brutal en éloignement géographique de l'enfant de la mère. L'enfant est alors généralement confié à une tante ou à une grand-mère. Certaines mères qui ont gardé l'enfant avec elles ont mis des produits sur leurs seins pour les dégouter (citron, piment, paracétamol) ou lui faire peur (sparadrap).

Figure 15 : Les pratiques de sevrages par localité (FGD FEFA Nutrition)

Légende		Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
Réponses	Nombre de localités où la réponse a été citée	L'enfant reste avec sa mère pendant la période de sevrage				
		Reste avec la mère	5	Itou/ Ennedi-Est	DS Arada (Créगत)/ Wari-Fira	DS Mongo (Amdakour)/G uéra
Mettre citron sur le bout du sein	2	DS Faya/ Prov Borkou	DS Zouar/ Tibesti			
J'écrase les paracétamols et les mets au bout de mes seins pour empêcher l'enfant de téter.	1	CS Goudji/ N'Djamena				
Faire le Son de mil mélangé à l'eau au sein pour le dégouter	1	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem				
		L'enfant est éloigné de sa mère pendant la période de sevrage				
Laisser enfant à sa grand-mère	3	DS Faya/ Prov Borkou	Itou/ Ennedi-Est	DS Zouar/ Tibesti		
Envoie chez sa tante (2 à 3 jours pour qu'il s'adapte)	2	Itou/ Ennedi-Est	DS Arada (Créगत)/ Wari-Fira			
L'enfant peut être éloigné	1	DS Mongo (Amdakour)/G uéra				
		L'introduction de nouveau aliment pour remplacer le lait maternel				
Mettre en place une bonne alimentation complémentaire	1	DS Abéché/ Ouaddai				
Introduction graduelle des aliments de complément à partir de la bouillie, beurre, de gout du sel (sauce), le repas familial.	1	DS Ngouri (Bouroudou)/ Lac				
Lui donner la bouillie enrichie et le lait de chèvre	1	DS Abéché/ Ouaddai				

Lui préparer sa nourriture/bouillie avant tout pour remplacer l'allaitement	7	DS Mandelia (Djamalma)/C hari-Baguirmi	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Léré (Zabitchoubi)/ Mayo Kebbi-Ouest	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.	DS Goré (camp Beka n)/ Logo ne Or.	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari
Bien faire la recette de la bouillie et des plats équilibrés à l'enfant.	1	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha						
On prépare la farine de sorgho avec toutes les recettes possibles pour sa bouillie. On lui donne l'œuf et la soupe.	1	DS Péné (Nara)/ Mandoul						
Préparer la bouillie de l'enfant, chercher l'aliment tel que patate	1	DS Abdi (Ngoro)/ Sila						
On habitue l'enfant à consommer la bouillie en accompagnant avec le lait	1	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat						
Enfant mange la bouillie de céréales, la nuit on ne lui donne pas le lait, en journée on lui donne rarement,	1	DS Moussoro/ Barh El Gazel						
Autres								
N/A	1	Torbol/ Ennedi Ouest						

Quelques mères font appel au marabout pour qu'il donne à boire à l'enfant de l'eau d'une ardoise lavée sur laquelle était écrit des versets coraniques en arabe). Cette eau doit faire fuir le mauvais œil et faire abandonner le sein à l'enfant.

3.2.1.3.2 Pratique supervision de l'alimentation de l'enfant

La mère est la principale accompagnante de l'enfant dans toutes les provinces. Le père est généralement peu investi dans la supervision des enfants. Il intervient principalement pour payer les frais de santé lorsqu'il en a les moyens.

La mère peut avoir du mal à veiller sur ses enfants à cause de la charge de travail qui pèse sur ses épaules.

Il existe aussi des cas pour lesquels la négligence de la mère est dénoncée. Elle ne prépare pas la nourriture pour les enfants et elle les laisse se débrouiller pour manger.

Enfin, les tensions qui peuvent exister au sein du couple peuvent aussi avoir un impact négatif sur les pratiques nutritionnelles de la mère, comme l'explique l'agent de santé de CS Moussoro Urbain 1 (Barh El Gazel) :

« Les tensions conjugales peuvent mettre mal à l'aise les mères. Préoccupées par ces soucis conjugaux, elles ne prennent pas bien soins des enfants (une mère stressée ne peut pas bien allaiter ou alimenter l'enfant). Certaines doivent divorcer. »

3.2.1.4 Les facteurs socio-culturels affectant les pratiques de soin de la femme enceinte et allaitante

3.2.1.4.1 Faible scolarisation de la population et surtout des filles

La scolarisation des enfants, en particulier des filles, est encore faible. A Sila, un instituteur déplore ainsi qu'il est **« difficile d'avoir les enfants dans les salles de classe »**. Un autre instituteur de Torbol déplore lui que **« C'est le milieu où les parents n'accordent pas trop d'importance à l'école, ils préfèrent envoyer les enfants derrière les animaux »**. Pour sa part, un instituteur de Mandelia constate que **« C'est grave ici, imaginez depuis 2011 jusqu'à 2022 personnes n'est encore en 6^{ème} »**.

Par ailleurs, le manque d'enseignants peut décourager les parents d'élèves. Certains garçons abandonnent l'école pour aller trouver un emploi en ville.

Pour assurer une production agricole, certains parents gardent les enfants pour les travaux champêtres. Un instituteur rencontré au Salamat souligne ainsi que **« le début de la rentrée commence mal parce que les élèves ne reprennent pas la classe au même moment. Les garçons c'est seulement quand ils finissent les sarclages des champs qu'ils reprennent les cours. C'est probablement entre novembre et décembre »**.

La scolarisation des filles est peu encouragée dans certaines régions comme l'explique un instituteur à Torbol : **« Pour les filles, (ce n'est pas ma première fois d'être dans cette zone de BET), les barrières à l'éducation sont énormes (ignorance des parents, mariage précoce, travail ménager) »**.

L'instituteur d'Itou a partagé un facteur spécifique qui a fait chuté le nombre d'inscription des filles. Ainsi, il explique que **« L'année dernière, l'effectif de filles dépassait celui des garçons, cette année ils ont créé l'école coranique dont les parents ont fait partir les filles dans l'école coranique au détriment de l'école »**.

Les filles sont également mariées jeunes selon un instituteur au Kanem :

« Elles sont mariées jeunes. Quand elles atteignent l'âge de la puberté, elles abandonnent les cours, par ce que les filles de leurs âges refusent de venir à l'école et préfèrent le mariage ».

A Zouar, un instituteur précise que **« les filles scolarisées s'arrêtent très souvent en classe de 3^{ème} car elles sont données en mariage »**.

Le Covid a aussi considérablement impacté l'éducation des enfants. A Mandelia, l'instituteur regrette ainsi qu'**« en 2021, personnes n'a mis pieds à l'école »**.

L'ESD avec le Directeur de l'école au DS de N'gouri (Lac) a permis d'avoir en revanche un exemple d'une évolution positive de la scolarisation grâce au soutien apporté par des partenaires. Ainsi, le Directeur explique que **« Cette année l'effectif des élèves est en hausse grâce au soutien des partenaire ONG (UNICEF, SWEDD, PAM) qui distribuent des kits scolaires aux élèves et payent la scolarité (payé par SWEDD) des filles. Il y a également la cantine scolaire qui est mise sur place par PAM »**.

3.2.1.4.2 Les facteurs socio-culturels affectant la charge de travail des FEFAs

Les femmes travaillent généralement beaucoup dans les zones rurales au Tchad. Elles doivent labourer les champs, s'occuper des enfants, aller au marché, aller chercher de l'eau, cuisiner, tenir son foyer et pour certaines, tenir une petite activité génératrice de revenus (vente de fagots, beignets, etc.). Une grand-mère du quartier Zouar Urbain (Tibesti) dénonce cette situation et surtout le manque d'implication et de soutien des hommes :

« Rien n'a diminué en termes de charges des travaux des femmes. Tout ce qui concerne les travaux ménagers sont jusqu'à présent supportés par la femme. Il arrive des fois où la mère étant tellement prise par les différentes occupations ne peut pas bien prendre soin de ses enfants. Aucun mari n'aide la femme dans les travaux domestiques ».

Il est toutefois intéressant de constater que les femmes vivant en zone urbaine trouvent que leur sort est plus enviable et qu'elles ont une charge de travail très inférieure à celles qui vivent à la campagne.

3.2.1.5 Les facteurs socio-culturels affectant les pratiques de santé de la reproduction maternelle

3.2.1.5.1 Consultations prénatales (CPN)

L'annuaire statistique de santé de 2017 révèle, qu'à l'échelle du Tchad, 82,73% des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante dans les 2 dernières années (précédent l'enquête) ont été suivies durant leur dernière grossesse ayant abouti à une naissance vivante au moins une fois par un personnel de santé qualifié. Mais la même source précise que seules 38,07% des femmes de cet échantillon ont rencontré au moins 4 fois un agent de santé pendant leur grossesse.

L'analyse des données de l'Annuaire 2017 à l'échelle des provinces sur les consultations prénatales (tableau 22) et le nombre de visites à un agent de santé qualifié pendant la grossesse (tableau 23) montre l'existence d'importantes disparités en fonction des provinces. Si dans 5 provinces au moins trois quarts des femmes enceintes ont rendu visite à un agent de santé (N'Djamena, Ouaddai, Mayo-Kebbi Ouest, Moyen-Chari, Logone-Occidental), dans 3 provinces (Borkou, Hadjer-Lamis, Chari-Baguirmi) elles ne sont que 10 à 30%. En 2017, presque aucune femme enceinte de Tibesti (2,05%) ne s'est rendue à une CPN.

Tableau 22 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante les 2 dernières années et qui ont vu au moins 1 fois un agent de santé (Annuaire 2017)

Prévalence	Provinces	Effectif
[0 à 9,9 %]	Tibesti,	1
[10 à 29,9 %]	Borkou, Hadjer-Lamis, Chari-Baguirmi,	3
[30 à 49,9 %]	Sila,	1
[50 à 74,9 %]	Batha, Wadi-Fira, Salamat, Lac, Barh El Gazel, Kanem, Mayo-Kebbi Est, Logone-Oriental,	8
[75 à 100 %]	N'Djamena, Ouaddai, Mayo-Kebbi Ouest, Moyen-Chari, Logone-Occidental,	5
Pas de données valides	Ennedi-Est, Ennedi-Ouest, Tandjilé, Mandoul, Guera,	5

Par ailleurs, l'Annuaire 2017 indique qu'il n'y a que 5 cinq provinces dans lesquelles il y a au moins 30% des femmes enceintes qui ont fait 4 CPN. Parmi elles, la province de Moyen-Chari (52,43%) est la seule où au moins une femme sur deux fait au moins 4 CPN.

Tableau 23 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante les 2 dernières années et qui ont vu au moins 4 fois un agent de santé (Annuaire 2017)

Prévalence	Provinces	Effectif
[0 à 9,9 %]	Tibesti, Borkou, Hadjer-Lamis, Chari-Baguirmi,	4
[10 à 19,9 %]	Batha, Salamat, Sila, Barh El Gazel, Kanem, Mayo-Kebbi Est,	6
[20 à 20,9 %]	Wadi-Fira, Mayo-Kebbi Ouest, Logone-Oriental,	3
[30 à 39,9 %]	Lac, N'Djamena, Ouaddai,	3
[40 à 53 %]	Moyen-Chari, Logone-Occidental,	2
	Ennedi-Est, Ennedi-Ouest, Tandjilé, Mandoul, Guera,	5

Pas de données valides		
------------------------	--	--

Les ESD réalisés avec les agents de santé et les FGD avec les communautés lors de l'étude sur les pratiques nutritionnelles au Tchad montrent que les CPN sont plus suivies par les FEFAs qui vivent à proximité du CS. Par ailleurs, l'étude confirme que plusieurs facteurs socio-culturels freinent encore cette pratique au Tchad. Dans certaines localités, « **si l'agent de santé est un homme : les FEFAs ne vont pas venir car elles veulent réaliser leurs examens avec une femme. Comme je suis un homme, c'est difficile car elles ne veulent pas de promiscuité avec un homme, au risque d'exposer leur nudité** » (Agent de Santé du CS Bendjedid (Wadi Fira).

La non-coopération des maris des FEFAs, qui refusent que leurs femmes viennent pour les CPN restent un obstacle important à la mise en pratique de bonnes pratiques nutritionnelles.

Il faut noter, enfin, que l'ignorance du programme CPN et le manque de motivation de certaines FEFAs à y participer constituent également des facteurs défavorables à la CPN. Un système de kit tente de motiver les FEFAs en leur donnant du CSB, de la farine, de la bouillie et du savon. Avec l'arrêt de ce kit, il y a eu un désintérêt de certaines femmes pour la CPN.

3.2.1.5.2 Lieu d'accouchement

La MICS de 2019 rapporte qu'à l'échelle nationale, seulement 37,2% (pas IC) des femmes de 15 à 49 ans dont la plus récente naissance vivante au cours des 2 années précédentes ont accouché dans une structure de santé (centre de santé/hôpital). A l'échelle des provinces (tableau 24), N'Djamena se démarque avec 70,5% (pas IC) des femmes de 15-49 ans qui ont accouché dans une structure de santé. A l'opposé, les provinces de Barh El Gazel, Hadjer-Lamis comptent moins de 10% de femmes ayant accouché dans une structure de santé. Pour les 12 autres provinces, pour lesquelles des données fiables sont disponibles, la part de femmes enceintes qui accouchent dans un centre de santé/hôpital est comprise entre 10 et 30%.

Tableau 24 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont accouché dans une structure de santé (MICS 2019)

Prévalence	Provinces	Effectif
[0 à 9,9 %]	Barh El Gazel, Hadjer-Lamis,	2
[10 à 19,9 %]	Batha, Wadi-Fira, Salamat, Lac, Ouaddai, Chari-Baguirmi, Kanem,	7
[20 à 29,9 %]	Sila, Tandjilé, Mandoul, Guera, Mayo-Kebbi Ouest,	5
[30 à 40 %]	Mayo-Kebbi Est, Moyen-Chari, Logone Occidentale, Logone Orientale	4
[70,5 %]	N'Djamena	1
Pas de données valides	Tibesti, Borkou, Ennedi-Est, Ennedi-Ouest,	4

Les résultats de l'étude sur les pratiques nutritionnelles au Tchad révèlent que seules les participantes aux FGD de 6 localités étudiées ont toutes accouchées dans un centre de santé/hôpital alors que dans 5 localités, elles ont toutes accouché à domicile (figure 16). Dans 6 autres localités, l'accouchement à domicile reste prédominant mais certaines femmes ont préféré se rendre au CS pour faire face à des complications ou pour être sûr d'être bien accompagné par des agents de santé si ces dernières devaient

arriver. Dans 6 localités, une partie des femmes préfèrent accoucher à domicile et l'autre se rendre au CS. Plusieurs facteurs socio-culturels poussent ces FEFAs à préférer accoucher chez elles. Certaines ont préféré car il y a une matrone en qui elles ont confiance dans leurs villages. Certaines ont précisé qu'elles souhaitent suivre la tradition et accoucher comme ça s'est toujours fait dans la localité depuis des générations. Certaines étaient gênées de confier leur corps à un homme inconnu. Enfin, au village de Bouroudou (Lac), les femmes préfèrent accoucher à la maison par tradition avec l'accoucheuse (« la *tchadra* ») et prouver à la communauté qu'elles ne sont pas des peureuses.

Figure 16 : Lieu d'accouchement des femmes ayant participées aux FGDs santé par localité (FGD FEFAs Santé)

		Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
réponse	Nombre de sites où cela a été cité						
Au CS	6		DS Zouar/Tibesti	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Moundou (Quartier 15ans) / Logone Occ.	Oum-Hadjer (Marade)/Batha	CS Goudji/N'Djamena DS Moussoro/ Barh El Gazel
Majorité au CS	1		DS Péni (Nara)/Mandoul				
Certaines à l'hôpital pour la santé de la mère et de l'enfant D'autres, à la maison faute de moyens (argent, transports)	4		DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Léré (Zabitchoubi/Mayo Kebbi-Ouest)	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or. (Rupture CS)		DS Mongo (Amdakour)/Guéra
Certaines à l'hôpital pour la santé de la mère et de l'enfant (bonnes conditions) D'autres, à la maison par tradition (avec "tchadra et elles ne sont pas des "peureuse")	1		DS Ngouri (Bouroudou)/Lac				
Surtout à la maison certaines au CS/Hôpital pour éviter les complications	4		DS Abéché/Ouadai	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari		DS Arada (Crégat)/Wari-Fira
Surtout à la maison certaines au CS/Hôpital en cas de complications	2		DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Amdoback (Kelep)/Kanem			
A la maison	5		DS Faya/Prov borkou	Torbol/Ennedi Ouest (CS non opérationnel, doit aller à kalaïd)	itou/Ennedi-Est	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Bokoro (Zarafa)/hadjer-Lamis

Lors des FGD, les femmes de 9 localités sur 23 ont déclaré que la grossesse précoce⁶ y étaient encore très fréquentes (figure 17). Dans 10 autres localités, il y a encore des cas de grossesses précoces. Seules les FEFAs de 3 localités ont affirmé qu'il n'y avait plus de grossesses précoces dans leur communauté. Le cas de Zouar est intéressant car il montre qu'il peut y avoir des pratiques très différentes entre différentes communautés vivant dans un même territoire. Dans le cas qui nous intéresse, les Toubous sont une communauté autochtone de Zouar (Tibesti) qui avait refusé aux questions des enquêteurs car l'enquête portait sur la sous-nutrition. Les populations qui ont acceptées de participer à l'enquête à Zouar (Tibesti) sont les ménages originaires du « Sud » du pays et qui côtoient très peu les Toubous.

Figure 17 : Importance des grossesses précoces dans les localités étudiées (FGD FEFAs Santé)

Légende		Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
Réponses	Nbre de localités où cela a été cité	Itou/Ennedi-Est	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Arada (Crégat)/Wari-Fira	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Moundou (Quartier15ans)/Logone Occ.
		DS Goré (camp Bekan)/Logone Or. (rupture CS)	DS Péni (Nara)/Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac	
Un peu/ Ca existe/ Pas beaucoup	10	DS Faya/Prov borkou	Torbol/Ennedi Ouest	DS Abéché/ Ouaddai	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Bonghor/mayo-Kebbi Est
		DS Léré (Zabitchoubi/Mayo Kebbi-Ouest)	DS Mongo (Amdakour)/Guéra	Oum-Hadjer (Marade)/Batha	DS Bokoro (Zarafa)/hadjer-Lamis	DS Moussoro/ Barh El Gazel
Ça n'existe pas dans nos communautés mais chez les Toubous oui	1	DS Zouar/ Tibesti				
Non jamais/pas du tout	3	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	CS Goudji/N'Djamena	DS Amdoback (Kelep)/Kanem		

Pour une Chuchuya du village de Bouroudou (Lac) : « **Bien qu'une femme mineure ne soit pas encore prête à devenir femme** », c'est une pratique encore très courante (perçue par certain comme une tradition/coutume) et qui peut s'expliquer par plusieurs facteurs socio-culturels (figure 18). Les mariages précoces (avec des mineurs) sont encore très courant dans certaines localités. Ces jeunes mariées « **ne connaissent pas les règles de mesure pour éviter la grossesse précoce** », selon une autre Chuchuya du quartier Faya Centre (Borkou). Ces mariages précoces sont présentés comme un stratégie pour éviter le recours à la prostitution.

« Un certain nombre de ces grossesses précoces sont des grossesses indésirées des mineurs » (FGD Hommes, village Nara, Mandoul). Lors des FGD Santé (figure), plusieurs hommes et femmes ont déclaré que « **pendant la puberté, il est difficile de maîtriser les filles** », « **elles-mêmes, elles ont envie d'être enceintes, elles sont immatures** ». Les jeunes filles risquent de ne pas réussir à bien prendre soin de leurs enfants et surtout elles risquent d'avoir des complications lors de l'accouchement qui pourraient compromettre la santé de la mère ou de l'enfant. A l'inverse, dans le village de Kelep (Kanem), les hommes et jeunes hommes étant tous en exode, la communauté n'est plus confrontée au problème de grossesses précoces.

Figure 18 : Causes des accouchement précoces (FGD Santé Hommes & FEFAs non doublé)

⁶ Dans le cadre de notre étude, nous avons précisé aux populations que nous parlions grossesses de femmes qui ont moins de 18 ans.

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
---------	-------------------	----------------------------	----------------------------	--------	-----------

Réponses	Nbre de localités où cela a été cité	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu			
A cause des jeunes filles/Volonté jeunes femmes elles-mêmes/ Pendant puberté difficile de maîtriser les filles	6	DS Arada (Crégat)/Wari-Fira	DS Bonghor/mayo-Kebbi Est	DS Moundou (Quartier 15 ans)/Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/Logone Or. (Rupture CS)	DS Péni (Nara)/Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari		
Mariage précoce	4	DS Faya/Prov Borkou	DS Arada (Crégat)/Wari-Fira	DS Amdoback (Kelep)/Kanim	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac				
C'est notre coutume/tradition	4	DS itou/Ennedi-Est	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Bokoro (Zarafa)/hadjer-Lamis	DS Moussoro/Barh El Gazel				
Ignorance	2	DS Abdi (Ngouri)/Sila	DS Arada (Crégat)/Wari-Fira						
Refus du mari	2	DS Abdi (Ngouri)/Sila	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac						
Pression des sages du village	1	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac							
Religion (islam)	1	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac							
A cause des parents qui n'assurent pas les besoins des jeunes filles	1	DS Goré (camp Bekan) / Logone Or. (Rupture CS)							
Non utilisation contraceptifs	1	Oum-Hadjer (Marade)/Batha							
N/A	8	Torbol/Ennedi Ouest (CS non opérationnel, doit aller à kalaïd)	DS Zouar/Tibesti	DS Abéché/Ouaddai	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Mongo (Amdakour)/Guéra	CS Goudji/N'Djamena

3.2.1.5.4 Espacement des naissances

Selon la MICS 2019, la proportion des femmes qui utilisent une méthode contraceptive pour espacer les naissances à l'échelle du Tchad ne s'élève qu'à 8,1% (pas IC). A l'échelle des provinces (tableau 25), selon la MICS 2019, l'utilisation de méthodes de contraception est très limitée. 16 provinces sur les 23 comptent moins de 10% de femmes utilisant les moyens de contraception. N'Djamena (16,3%) et Hadjer-Lamis (17,9%), qui sont les 2 provinces où la proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive pour espacer les naissances sont le plus importants, ne dépassent pas la barre des 20% d'utilisatrices.

Tableau 25 : Proportion des femmes qui utilisent une méthode contraceptive pour espacer les naissances par localité (MICS 2019)

Prévalence	Provinces	Effectif
[0 à 4,9 %]	Ennedi-Est, Wadi-Fira, Salamat, Sila, Lac, Ouaddai, Kanem, Mayo-Kebbi Ouest,	8
[5 à 9,9 %]	Batha, Tandjilé, Mandoul, Barh El Gazel, Chari-Baguirmi, Mayo-Kebbi Est, Logone Occidental, Logone Oriental,	8
[10 à 20 %]	N'Djamena, Guera, Hadjer-Lamis, Moyen-Chari,	4
Pas de données valides	Tibesti, Borkou, Ennedi-Ouest,	3

Les résultats des FGD santé de l'étude sur les pratiques nutritionnelles au Tchad révèlent que seuls 5 groupes de femmes sur 23 ont déclaré qu'elles avaient réussi à respecter l'espacement des naissances (figure 19). Dans les 18 autres provinces, certaines femmes étaient dans des situations où l'espacement des naissances n'avait pas été respectés.

De nombreuses femmes ont déclaré qu'elles étaient conscientes du danger que cela implique pour la santé de la mère et des enfants qui risquent de tomber en malnutrition (Tableau 26). Toutefois certaines personnes (lors des FGD Hommes et Femmes santé et lors des ESD) ont déclaré que c'est un évènement sans conséquences. Elles connaissent plusieurs exemples d'accouchements rapprochés qui se sont déroulés sans problèmes pour l'enfant et la mère.

Figure 19 : Respect de l'espacement des naissances par les FEFA par localité (FGD Femmes Santé)

		Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu			
Réponses	Nbr de sites où cela a été cité	Oui respecté	5	Torbol/Ennedi Ouest (CS non opérationnel, doit aller à kalaïd)	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Mongo (Amdakour)/Guera	DS Bokoro (Zarafa)/Hadjer-Lamis	DS Moussoro/Barh El Gazel		
		Ça dépend des femmes	11	DS Faya/Prov Borkou	Itou/Ennedi-Est	DS Abéché/Ouaddaï	DS Arada (Crégat)/Wadi-Fira	DS Léré (Zabitchoubi/Mayo Kebbi-Ouest)	DS Moundou (Quartier 15 ans) / Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/Logone Or.
				DS Péni (Nara)/Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	CS Goudji/N'Djamena	DS Amdoback (Kelep)/Kanem			
Non ça n'est pas respecté (à cause des maris)	7	DS Zouar/Tibesti	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Bonghor/Mayo-Kebbi Est	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	Oum-Hadjer (Marade)/Batha	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac		

Tableau 26 : Perception des conséquences des grossesses rapprochées selon les FEFA (FGD Femmes Santé)

Raison pour lesquelles c'est considéré important	Nombre de sites où cela a été cité
Enfants sont souvent malades	10
Perte force /fatigue mère/faible	8
Malnutrition enfant	8
Mères sont souvent malades	7
Mort enfant et/ou mère possible	5
Vieillesse mère	4
Problèmes (faiblesses) à l'utérus devient léger	4
Souffrance pour la mère	2
Mauvaise croissance enfant	2
Sevrage précoce	2
Enfant est petit	1
Risque que le lait de la mère devienne mauvais	1
L'enfant maigrit	1
L'enfant pleure souvent	1
Mésentente dans le couple	1
Mère incapable nourrir enfant	1
Mère ne pourra pas bien travailler	1
Risque accouchement prématuré	1
Gonflement pieds	1
Pertes de sang	1
Anémie	1
Edèmes	1
NSP car pas ce problème dans la communauté	1
Pas de conséquences	1

Plusieurs facteurs socio-culturels expliquent l'importance du nombre de grossesses rapprochées que l'on retrouve dans les communautés. Beaucoup d'hommes ont déclaré qu'ils n'aiment pas utiliser les contraceptifs et que ces méthodes sont interdites dans le Coran. Plusieurs personnes lors des FGD ont aussi justifier leur refus d'utiliser le planning familial en rappelant que Dieu a dit « **multiplier vous et remplissez la terre** ».

Face au refus des maris, les femmes n'ont d'autres choix que de « **compter son cycle menstruel mais cela n'a pas réussi. Je ne peux pas aller en cachette au CS car si mon époux l'apprend je serai considérée comme une femme qui trompe son mari** », mère village de Bouroudou (Lac),

A Békan 1&2 (Logone Orientale), la FEFA qui a été interrogée dans le cadre de ESD mère SNI a rapporté combien il est difficile de respecter l'espacement des naissances :

« **S'il y a une dispute dans le couple, après nous ferons l'amour pour nous réconcilier et du coup je tombe enceinte. Si je refuse de donner mon corps à mon homme, il va me traiter de tout, donc on fait l'amour quand il veut.** »

Malgré le contexte défavorable, certaines femmes utilisent des méthodes de contraception au CS. Quelques autres les utilisent par contre en cachette par ce que leurs maris les empêchent.

Concernant la méthode disponible au CS, l'agent de santé du CS de Camp Békan (Logone Oriental) confirme que les personnes du village rejettent certaines méthodes de contraception : « **il y a rupture de contraceptif dans le centre, on a que les comprimés mais les femmes n'aiment pas trop ça. Elles aiment plutôt les implants et les injections** ».

Certains relais communautaires et agents de santé ont regretté que les messages de sensibilisation n'étaient pas pris en considération dans la communauté.

Enfin, une grand-mère a dénoncé une pratique mise au point par certains couples pour provoquer une grossesse rapprochée afin de faire entrer leur enfant dans le programme de prise en charge de la malnutrition :

« ... **les grossesses rapprochées car les femmes d'ici tombent expressément enceinte après 3 mois d'accouchement pour aller prendre les produits et kits pour les enfants malnutris au centre de santé** », Grand-mère, Békan 1 & 2 (Logone Orientale).

3.2.1.6 L'influence des facteurs socio-culturels sur les pratiques relatives à la sous-nutrition

3.2.1.6.1 Causes de la sous-nutrition

Lors des FGD et des ESD, des personnes ont confirmé qu'il est possible qu'un enfant soit en situation de sous-nutrition à cause des esprits. C'est ce que la matrone du village de Djamalma (Chari-Baguirmi) a rapporté : « **Oui, les mauvais esprits peuvent causer la malnutrition puisqu'ils empêchent l'enfant de manger...en ce qui concerne les symptômes, l'enfant attaqué par les esprits manque d'appétit, il ne tète plus, il pleure trop, dort difficilement et il y a une perte de poids** ».

Pour guérir ces enfants, on les amène chez un marabout ou dans une église et on fait des incantations/des prières. Chez le tradipraticien, ils peuvent être guéris par l'eau bénite ou la prière.

L'attribution à ces symptômes d'une maladie qui serait du fait des mauvais génies peut considérablement retarder la prise en charge de l'enfant dans un hôpital et mettre en danger son état nutritionnel et vital.

3.2.1.7 L'influence des facteurs socio-culturels sur les pratiques d'hygiène

3.2.1.7.1 Sources d'eau de boisson utilisées par les communautés

L'analyse des données quantitatives disponibles et valides à l'échelle du Tchad indiquent que 61,8% (MICS 2019, pas IC) des membres de ménages utilisent des sources d'eau de boisson améliorées. A l'échelle des provinces, les données de la MICS 2019 indiquent que dans 7 provinces (Ennedi-Est, Ennedi-Ouest, Wadi-Fira, Tandjilé, Ouaddai, Mayo-Kebbi Ouest, Logone Occidentale), moins de 30% de la population a accès à une source d'eau améliorée (tableau 27). Sept provinces ont entre 50 et 70% de la population qui a accès à une source d'eau. Avec une prévalence supérieure à 90%, les populations des provinces du Lac, Barh El Gazel, N'Djamena, Chari-Baguirmi ont un niveau très élevé d'accès à l'eau de boisson améliorées.

Tableau 27 : Pourcentage de membres des ménages utilisant des sources d'eau de boisson améliorées (MICS 2019)

Prévalence	Provinces	Effectif
[20 à 29,9 %]	Ennedi-Est,	1
[30 à 49,9 %]	Ennedi-Ouest, Wadi-Fira, Tandjilé, Ouaddai, Mayo-Kebbi Ouest, Logone Occidentale,	6
[50 à 69,9 %]	Batha, Sila, Mandoul, Guera, Mayo-Kebbi Est, Moyen-Chari, Logone Oriental,	7
[70 à 89,9 %]	Salamat, Hadjer-Lamis Kanem,	3
[90 à 97,2 %]	Lac, Barh El Gazel, N'Djamena, Chari-Baguirmi,	4
Pas de données valides	Tibesti, Borkou,	2

L'étude sur les pratiques nutritionnelles au Tchad a permis de connaître les sources utilisées par les communautés pour leur consommation (figure 20). Il est toutefois impossible de savoir si l'eau

Rapport de l'étude

consommée est potable et il est compliqué de quantifié car les questions ont été trop ouvertes. En revanche, plusieurs communautés sont obligées d'utiliser des sources totalement impropres comme les marigots (village Ngoro/Sila) ou de puits non protégés (7 provinces). Plusieurs communautés accèdent à l'eau surtout grâce à des puits et des forages. Il est difficile de savoir d'où vient l'eau du robinet ou encore comment est collectée l'eau de pluie.

18 communautés ont par ailleurs déclaré utiliser la même source d'eau pour boire, pour vos animaux et pour l'hygiène (se laver, lessives, vaisselles, etc.).

Figure 20 : Différentes sources d'eau de boisson utilisées par les communautés par localité (FGD FEFA SAME/WASH)

		Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu													
Réponses	Effectif																			
Robinet	4	DS Faya/Prov Borkou	DS Zouar/Tibesti	CS Goudji/N'Dj amena	DS Moussoro/Barh El Gazel															
Puits	10	DS Faya/Prov Borkou	Itou/Ennedi-Est	Torbol/Ennedi Ouest (CS non opérationnelle, doit aller à kalaïd)	DS Zouar/Tibesti	DS Arada (Crégat)/Wari-Fira	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Péni (Nara)/Mandoul	DS Mongo (Amdakour)/Guéra	Oum-Hadjjer (Marade)/Batha	DS Bonghor/mayo-Kebbi Est									
Eau de forage, non traitée, non protégée	1	DS Abéché/Ouaddai																		
Puit non protégé	7	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Moundou (Quartier15 ans)/Logone Occ.	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	Oum-Hadjjer (Marade)/Batha	DS Bokoro (Zarafa)/hadjer-Lamis	DS Bonghor/mayo-Kebbi Est												
Marigot	1	DS Abdi (Ngoro)/Sila																		
Forage	7	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Moundou (Quartier15 ans)/Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/Logone Or. (Rupture CS)	DS Amdouback (Kelep)/Kanim	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac	DS Bonghor/mayo-Kebbi Est												
Oasis	1	DS Arada (Crégat)/Wari-Fira																		
Fontaine	1	DS Arada (Crégat)/Wari-Fira																		
Eau de pluie	3	DS Goré (camp Bekan)/Logone Or.	Oum-Hadjjer (Marade)/Batha	DS Bokoro (Zarafa)/hadjer-Lamis																
Château d'eau du village	1	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari																		
Eau pompon	1	DS Mongo (Amdakour)/Guéra																		
Pompe	4	Oum-Hadjjer (Marade)/Batha	CS Goudji/N'Dj amena	DS Bokoro (Zarafa)/hadjer-Lamis	DS Moussoro/Barh El Gazel															

3.2.1.7.2 Perception de la sureté/potabilité de l'eau de boisson consommée

Les FGD réalisés avec les hommes (figure 21) et les femmes ont permis de montrer que les communautés évaluent la sureté/potabilité de l'eau qu'ils consomment en fonction de sa source (l'eau du robinet ou traité à la javel est considérée comme « sure »), son aspect (couleur, clarté, présence de boue, de rouille, de saleté), son goût ou encore son impact sur la santé (donnes des parasites, maux de ventres, maladies hydriques). La perception de la sureté de l'eau consommée par les communautés reste ainsi très subjective et faute d'autres alternatives, les populations se voient obligées de consommer les quelques sources d'eau à leur disposition même si ces dernières ne sont pas saines.

Figure 21 : Critères qui permettent aux communautés d'évaluer la sureté/potabilité de l'eau (FGD Hommes SAME/WASH)

Légende		Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
Réponses	Nombre de provinces où la réponse a été citée					
Reconnaissance par la source de l'eau (robinet), traitement avec de l'eau javellisée	5	DS Zouar/ Tibesti	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	CS Goudji/ N'Djamena	DS Moussoro/ Barh El Gazel
Donne des parasites aux animaux, Présence de boue, multi couleurs, substances nuisibles au fond du récipient en cas de conservation, maladies hydriques, démangeaisons	5	Torbol/ Ennedi Ouest	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Mandelia (Djamalma)/Chari- Baguirmi	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Péni (Nara)/ Mandoul
Clarté	5	DS Abéché (Amrie)/ Ouaddai	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Mongo (Delep/Amdoukour)/Guéra	DS Ngouri (Bouroudou)/ Lac
Sale, salée, amère	2	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira	Oum-Hadjer (Djezire Tama) / Batha			
Troublée	1	DS Bokoro (N'Goura-Zarafa)/ Hadjer-Lamis				
Reconnaissance à l'œil nu, forte utilisation par la communauté	1	DS Faya/ Prov Borkou				
Fréquence de maux de ventre, surtout chez les enfants	1	DS Abdi (Ngoro)/ Sila				
Filtrée par graviers	1	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari				
Ne sait pas/Non précisé	2	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé			
Pas de réponse	1	DS Kaoura (Itou)/ Ennedi-Est				

3.2.1.7.3 Recours à une méthode de traitement de l'eau appropriée

Dans de nombreuses communautés, les populations n'ont d'autres choix que de consommer de l'eau issues de sources impropres (marigots) ou qui peuvent être contaminées au moment de sa collecte (puits non protégé ou origine eau du robinet inconnu), de son transport ou de son stockage. Dans ces conditions, certains interlocuteurs conseillent le traitement de l'eau (bouillir l'eau, javel, filtres) avant de la consommer pour éviter les risques sanitaires pour les communautés.

Les données statistiques de la MICS 2019 soulignent malheureusement que seulement 6,6% des membres des ménages du pays utilisent une méthode appropriée de traitement de l'eau. Au niveau des provinces, l'étude montre que le recours à une méthode appropriée de traitement de l'eau est très faible dans les différentes provinces du pays et même marginale dans douze provinces avec des prévalences

inférieures à 5% (tableau 28). Seules 3 provinces ont des prévalences supérieures à 10%. N'Djamena, qui a la meilleure prévalence du pays, n'atteint que 20,1%.

Tableau 28 : Pourcentage de membres des ménages utilisant une méthode appropriée de traitement de l'eau (MICS 2019)

Prévalence	Provinces	Effectif
[0 à 4,9 %]	Batha, Ennedi-Est, Ennedi-Ouest, Wadi-Fira, Sila, Lac, Mandoul, Barh El Gazel, Hadjer-Lamis, Chari-Baguirmi, Kanem, Logone Oriental,	12
[5 à 9,9 %]	Salamat, Tandjilé, Ouaddai, Guera Mayo-Kebbi Est, Moyen-Chari,	6
[10 à 20,1 %]	N'Djamena, Mayo-Kebbi Ouest, Logone Occidental,	3
Pas de données valides	Tibesti, Borkou,	2

L'étude sur les pratiques nutritionnelles au Tchad confirme que les populations ne traitent généralement pas l'eau dans la grande majorité des localités visitées (figure 22). Lors des FGD SAME/WASH organisé avec les hommes, les hommes de 16 localités ont reconnu boire directement l'eau sans essayer de la traiter. Les Hommes de Moussoro (Barh El Gazel) ont expliqué dans leur cas qu'ils ne traitent pas l'eau avant de la boire car elle est déjà potable à la source (pompe et robinets). Les membres de 11 localités ont déclaré traiter l'eau avant de la consommer. Sur ces onze, les membres de quatre FGD n'ont pas été capable de dire la méthode qu'ils utilisent pour traiter l'eau (Amdakour (Guéra), Goudji (N'Djamena), Zarafa (Hadjer-Lamis) et Djezira Tama (Batha)). Les autres utilisent du Javel, utilise un tissu pour filtrer l'eau ou font bouillir l'eau de consommation.

Figure 22 : Traitement de l'eau de consommation par localité (FGD Hommes SAME/WASH)

Légende		Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu		
Réponses	Nbre de sites où la réponse a été citée	DS Faya/ Prov Borkou	Torbol/ Ennedi Ouest	DS Zouar/ Tibesti	DS Abéché (Amiré) / Ouaddai	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest
Aucun/boit directement	14	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Moundou (Quartier15ans) / Logone Occ.	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Goré (camp Bekan) / Logone Or.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Amdouback (Kelep)/ Kanem	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac
Pas de moyen pour traiter	1	DS Abdi (Ngoro)/ Sila						
Mettre au feu	1	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira						
Javel	4	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Péni (Nara)/ Mandoul			
Tissu comme filtre	1	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.						

Rapport de l'étude

Réponse oui (mais aucune précision)	4	DS Mongo (Delep/Amdoukour)/Guéra	CS Goudji/N'Djamena	DS Bokoro (N'Goura-Zarafa)/Hadjer-Lamis	Oum-Hadjer (Djezire Tama)/Batha
Déjà potable à la source	1	DS Moussoro/Barh El Gazel			

Les communautés sont pourtant conscientes des risques encourus (figure 23). Mais le fatalisme, l'habitude, la paresse, la soif ou encore la surcharge de travail qui repose sur les épaules des femmes sont avancés comme des raisons expliquant le non-traitement de l'eau avant sa consommation par les communautés.

Figure 23 : Connaissance des conséquences de la consommation d'une eau « non sûre » par localité (FGD Hommes SAME/WASH)

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu	
Réponses	Nombre de sites où la réponse a été citée					
Maladies	5	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Mongo (Delep/Amdoukour)/Guéra	Oum-Hadjer (Djezire Tama)/Batha	DS Bokoro (N'Goura-Zarafa)/Hadjer-Lamis	DS Moussoro/Barh El Gazel
Maux de ventre, diarrhée	10	Torbol/Ennedi Ouest	DS Abéché (Amrie)/Ouaddai	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Arada (Crégat)/Wadi-Fira	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi
		CS Goudji/N'Djamena	DS Moundou (Quartier15ans)/Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/Logone Or.	DS Péni (Nara)/Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari
Maladies rénales, urinaires	4	DS Arada (Crégat)/Wadi-Fira	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Amdouback (Kelep)/Kanem	
Organisme adapté, pas de choix (résignation)	3	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	Oum-Hadjer (Djezire Tama)/Batha	DS Bokoro (N'Goura-Zarafa)/Hadjer-Lamis		
IRA	2	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Moundou (Quartier15ans)/Logone Occ.			
Problème de vision	1	DS Péni (Nara)/Mandoul				
Malnutrition	1	DS Abdi (Ngoro)/Sila				
Pas de conséquence (l'eau est bonne)	1	DS Zouar/Tibesti				
Pas de connaissance précise	4	Torbol/Ennedi Ouest	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac	
Pas de réponse	2	DS Faya/Prov Borkou	DS Kaoura (Itou)/Ennedi-Est			

3.2.1.7.4 Moment pour se laver les mains

L'étude sur les pratiques nutritionnelles au Tchad permet de comprendre les principaux moments recommandés pour se laver les mains ont été cités (avant et après de la consommation des repas, après avoir été aux toilettes). Pour autant, il existe d'importantes différences dans cette pratique en fonction du genre et de nombreuses communautés limitent cette pratique au moment des repas (tableau 29 et figure 24). Dans 16 localités, les femmes et les hommes ont déclaré se laver les mains avant et après les repas. Dans les deux cas, 7 localités n'ont pas mentionné ces moments clés. Le lavage des mains après le passage aux toilettes n'a été mentionné que par 6 groupes de femmes et 9 groupes d'hommes. Les deux autres moments clés qui ressortent correspondent au lavage des mains pour faire les ablutions ou encore lorsque la personne rentre chez elle. Ce qui est surprenant, c'est qu'aucun groupe de femme n'a indiqué se laver les mains avant de préparer les repas ou au retour des toilettes alors qu'elles sont celles qui ont ce rôle au sein du ménage.

Tableau 29 : Moment où les FEFAs déclarent se laver les mains par localité (FGD FEFAS SAME/WASH)

Réponse	Nbre de sites où la réponse a été citée
Avant de manger	16
Ablutions	4
Après/avant la douche	4
Après manger	13
Allaitement	2
Avant/après prépa des repas	4
Quand les mains sont sales	1
Après les toilettes	6
Avant de toucher quelque chose de propre	1
Réponse imprécise	5
Retour de l'extérieur (hôpital, marché)	4
Au moment des repas	2
Avant de laver la vaisselle	1
Le matin en se lavant le visage	1

Figure 24 : Moment où les hommes déclarent se laver les mains par localité (FGD Hommes SAME/WASH)

		Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu			
Réponses	Nbre de sites où la réponse a été citée									
Avant et après le repas	11		DS Abéché (Amrie)/ Ouaddaï	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Arada (Crécat)/ Wadi-Fira	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Moundou (Quartier 15 ans)/ Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Péni (Nara)/ Mandoul
			DS Kyabé (Baltoukou)/ Moyen Chari	DS Mousso ro/ Barh El Gazel	DS Ngouri (Bouroudou)/ Lac					
Après les toilettes	9		DS Zouar/ Tibesti	DS Abéché (Amrie)/ Ouaddaï	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Léré (Zabitchoubi)/ Mayo Kebbi-Ouest	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Moundou (Quartier 15 ans)/ Logone Occ.	DS Kyabé (Baltoukou)/ Moyen Chari	DS Mousso ro/ Barh El Gazel
			DS Ngouri (Bouroudou)/ Lac							
Au moment de l'ablution	8		Torbol/ Ennedi Ouest	DS Abéché (Amrie)/ Ouaddaï	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Arada (Crécat)/ Wadi-Fira	CS Goudji/ N'Djamena	Oum-Hadjer (Djezire Tama) / Batha	DS Bokoro (N'Goura-Zarafa) / Hadjer-Lamis	DS Mongo (Delep/Amdoukour)/Guéra
Avant manger	5		Torbol/ Ennedi Ouest	DS Zouar/ Tibesti	DS Bonghor / Mayo-Kebbi Est	DS Léré (Zabitchoubi)/ Mayo Kebbi-Ouest	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem			
Après le repas	5		DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	CS Goudji/ N'Djamena	Oum-Hadjer (Djezire Tama) / Batha	DS Bokoro (N'Goura-Zarafa) / Hadjer-Lamis	DS Mongo (Delep/Amdoukour)/Guéra			

A la petite toilette du matin	4	DS Moundou (Quartier15ans) / Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan) / Logone Or.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/ Moyen Chari
Après avoir touché quelque chose qui dégage une odeur	1	DS Kyabé (Baltoukou)/ Moyen Chari			
Après le travail	1	DS Mandelia (Djamalma)/C hari-Baguirmi			
Une fois rentré à la maison	1	DS Faya/ Prov Borkou			
Pas de réponse	1	DS Kaoura (Itou)/ Ennedi-Est			

3.2.1.7.5 Connaissance des pratiques d'hygiène

Lors de l'étude sur les pratiques nutritionnelles au Tchad, les communautés ont souvent reconnu que le manque d'hygiène représente un danger pour la santé de la population et surtout des FEFAs et de leurs enfants. Ils placent même le manque d'hygiène parmi les causes importantes de la malnutrition. Les communautés sont même capables de citer plusieurs types de pratiques liées à l'hygiène : l'hygiène liée à l'alimentation (laver les aliments, les biberons), l'hygiène corporelle et vestimentaire, le lavage des mains, l'hygiène au sein du logement et l'hygiène environnementale (à l'échelle du village ou du quartier/carré).

Si les pratiques liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement sont bien connues des communautés grâce aux sensibilisations, leur mise en pratique tarde. Se laver les mains régulièrement est aussi jugée comme étant très contraignant. Beaucoup préfèrent encore manger sans se laver les mains. Cela s'explique d'autant plus qu'ils pensent ne pas être tombé malades malgré le fait qu'ils ne respectent pas cette pratique d'hygiène. Certaines personnes qui n'ont pas les moyens de construire de latrine pratiquent la défécation en plein air. Ces dernières ne ressentent pas toute la nécessité d'avoir des latrines car elles se sont habituées à cette pratique. A l'inverse, la difficulté de garder propre les latrines et son coût d'entretien ne leur donne pas envie de changer malgré les sensibilisations réalisées.

3.2.1.8 Les facteurs socio-culturels expliquant les pratiques de protection nutritionnelle de l'enfant

3.2.1.8.1 Actes physiques de protection : lulette, dent, le ver

Les actes physiques de protection (en particulier l'ablation de la lulette, l'extraction de la dent et le ver) sont encore pratiqués au sein des communautés (tableaux 30 et 31). Ces pratiques traditionnelles sont liées à la sous nutrition. En effet, la lulette est perçue comme un éléments déclencheur de la sous nutrition. Un représentant de l'association des jeunes du Lac regrette que « **la population sous-estime le CS au détriment des pratiques de santé traditionnelles chez les tradipraticiens (ablation de la lulette, extraction dentaire etc.) et les marabouts (pratiques coraniques). C'est ce qui constitue les freins culturels** ».

Tableau 30 : Pratique d'actes physiques de protection (lulette, vers, dent) par les participantes au FGD FEFAs Santé

Réponses	Par site d'enquête	Complément
Oui	20	
Certaines oui, d'autres non	2	Village Itou (Ennedi-Est) Zouar Urbain (Tibesti)
Non	1	Quartier Goudji (N'Djamena)

Malgré les sensibilisations, les croyances dans l'efficacité des actes physiques de protection conduisent les populations chez les tradipraticiens ou les marabouts. Ce choix thérapeutique risque d'être préjudiciable à l'enfant qui ne sera conduit au CS qu'une fois que son état sera critique et qu'il sera plus

difficile pour les agents de santé de le stabiliser, pour ensuite lui procurer l'accompagnement nécessaire pour le faire sortir de la malnutrition.

Tableau 31 : Compléments sur les pratiques traditionnelles pour soigner les 3 principaux actes physiques de protection qui sont réalisés par les communautés selon les FEFA (FGD Femmes Santé)

Vers	Peut-être fait au CS (Zouar/Ti besti)	Feuilles et écorce d'arbre (mong) (Moundou/Logone Occidental)	Ail mélangé avec le mil blanc pour piler et en faire la bouille pour les vers. (Nara/Péni)	Feuilles et écorce d'arbre (mong), feuilles de goyavier, de karité. (Balkoutou/Moyen-Chari)				
Dents	Peut-être fait au CS (Zouar/Ti besti)	C'est la chuchiya qui le fait, en frottant les grains de tamarin que tu frottes avec la dent (Abéché/Ouadai)	Nous utilisons des cailloux que nous mettons au feu et frottons jusqu'à ce que ça sorte (village Ngoro/Sila)	On déchire avec un rasoir et on l'enlève (Crécat/Wadi-Fira)	On fait des piqûres sur les dents de l'enfant. On brûle aussi les rafles de maïs qu'on rince sur les dents de l'enfant (Moundou/Logone Occidental)	On cherche la paille pour brûler et l'applique r. (Bekan 1&2/Logone Oriental)	Bouillir l'épine de kapokier et guir bougue pour les dents (Nara/Péni)	On emmène d'abord l'enfant à l'hôpital et quand ça ne marche pas on le ramène chez le guérisseur (wanzami) (Moussoro/Barh El Gazel)
Lurette		On chauffe de l'eau pour lui donner. Quand c'est la diarrhée on chauffe de l'eau avec un peu de farine, (Faya Centre/Borkou)	<u>Soit 1/</u> Ecorce de caillécédra réduit en poudre et masser la gorge <u>Soit 2/</u> Donner à l'eau chaude avec du natron pour faire boire l'enfant (Abéché/Ouadai)	Nous allons chez les tradipraticiens qui coupent avec les ciseaux (village Ngoro/Sila)	La bouche de l'enfant sent le poisson et l'on cherche le Beurmadoumain. On le brûle et on le mélange avec le sel gemme pour donner à l'enfant. (Bekan 1&2/Logone Oriental)	Bouillir le kone kouï pour prévenir les luettes (Nara/Péni)	On donne la Pénicilline V et ça passe. (Moussoro/Barh El Gazel)	
Autres	Dents des animaux, talisman, les bronches de piments, les cougouna.							

3.2.1.9 Les barrières d'ordre socio-culturelles

Quatre grandes catégories d'ordre socio-culturelles (au niveau du CS et par rapport aux traitements qui y sont proposés, au niveau de la communauté, au niveau du ménage et au niveau des femmes) jouent le rôle de barrières pour l'adoption par les Tchadiens des bonnes pratiques nutritionnelles.

3.2.1.9.1 Les barrières socio-culturelles au niveau des structures de santé

Il faut déjà signaler que « **beaucoup de personnes ne sont jamais allées au centre de santé depuis leur naissance** » (tradipraticien, village Crécat, Wadi Fira) et que ces dernières préfèrent faire confiance aux pratiques thérapeutiques utilisées de génération en génération au sein de la communauté (plantes, tradipraticiens, marabouts). Dans certaines provinces du Tchad, il reste peu concevable qu'une femme puisse être prise en charge par un agent de santé homme comme l'explique très bien un instituteur à Zouar :

« Si la femme est malade, on ne l'amène à l'hôpital que lorsqu'on a tout essayé et qu'elle est prête à mourir. Venir avec sa femme à l'hôpital est considéré comme venir exposer ou partager la nudité de sa femme avec une autre personne. Les maris désirent beaucoup plus traiter leurs femmes à domicile » (Instituteur, quartier Zouar urbain, Tibesti).

Certaines femmes préfèrent accoucher à domicile car l'agent de santé au centre de santé est un homme (maïeuticien). La religion (Islam) est ainsi invoquée dans plusieurs provinces, notamment du BET, pour justifier la faible fréquentation des structures de santé.

Les FGD auprès des femmes ont permis aussi de souligner le manque de confiance que certaines d'elles ressentaient vis-à-vis des agents de santé et de leurs traitements. Certaines femmes se méfient en effet des effets secondaires de certains vaccins (la polio paralyserait les enfants). Il y a également un refus d'écouter le conseil de l'agent de santé car elles ont encore des doutes sur certains traitements proposés au CS (non-respect de l'allaitement exclusif, le PPN ne doit être donné qu'à l'enfant malade, méfiance vis-à-vis des injections, ne pas administrer un traitement traditionnel en parallèle au traitement donné par l'agent de santé). Enfin, les femmes craignent que **« les agents de santé risquent de partager leurs secrets sur leurs problèmes de santé. Elles se détournent pour cette raison des structures de santé »**, Agent de santé, quartier Faya centre, Borkou.

Le mauvais accueil, **« et même parfois des injures »** (Chuchuya, quartier 15 ans, Moundou) dans les centres de santé, l'attitude des agents de santé et le manque de prise en charge expérimentée par certaines femmes semblent les avoir découragés. Certaines femmes de Moussoro refuseraient de **« fréquenter les CS à causes des reproches et observations que leur font les agents de santé hommes ou à cause de mal-bouche de certains personnels de santé »** (Chuchuya, quartiers Arabe, sénégalais et de Borno à Moussoro, Barh El Bazel).

Au niveau des hommes, il y a dans plusieurs provinces un véritable rejet des méthodes de contraception. C'est même un sujet tabou. Dans 17 FGD sur 23, les femmes ont affirmé qu'elles rencontraient des difficultés à obtenir des informations sur ce sujet. En plus de la religion (un nouvel enfant est vu comme un don de Dieu et l'utilisation de la méthode naturelle du calcul du cycle menstruel qui serait recommandée par l'Islam), certains hommes refusent parce qu'ils pensent que **« quand leurs femmes prennent les méthodes-là, elles deviennent infidèles »** (Agent de santé, Békan 1 & 2, Logone Oriental). Pour toutes ces raisons, plusieurs femmes ont déclaré ne pas oser se rendre au CS pour avoir recours aux méthodes de contraception pour éviter d'avoir des problèmes au sein de leur ménage.

La non-fréquentation de la CPN est souvent expliquée par l'ignorance, le refus du mari, la non-motivation de la femme ou encore l'arrêt de distributions des kits (contenu du CBS, de la farine, de la bouillie et du savon).

3.2.1.9.2 Les barrières socio-culturelles au niveau de la communauté

Certaines communautés du BET refusent le simple fait de concevoir que la malnutrition est une maladie qui puisse exister au sein de leur communauté. Avoir un enfant malnutri est ainsi considéré comme une honte. Dans ces communautés, l'état de sous-nutrition d'un enfant est caché et la population refuse généralement de parler de ce sujet.

Le mode de vie des populations nomades semble poser un problème pour le suivi de l'état nutritionnel de leur enfant. En effet, **« pendant certaines périodes, les nomades ne sont plus là alors les dépistages ne sont pas réalisés »** (Agent de santé, quartier Amrié, Ouaddai).

La volonté de respecter les traditions et les croyances de la communauté peuvent parfois constituer un frein à l'adoption de nouvelles pratiques nutritionnelles qui seraient pourtant bonnes pour les FEFA et leurs enfants de moins de 5 ans. Les gens n'acceptent pas de changer leur comportement, comme l'explique un agent de santé :

« Quand on dit aux gens que l'allaitement exclusif est très bon et qu'ils devaient le pratiquer, elles préfèrent donner le lait des animaux aux enfants » (Agent de santé, Faya centre, Borkou).

Certaines grands-mères empêchent leurs filles d'allaiter exclusivement et les forcent au contraire à donner de l'eau à l'enfant dès la naissance. Le colostrum qui est encore souvent perçu comme un mauvais lait est souvent jeté par la mère ou ses accompagnants. Le sevrage est souvent précoce et brutal dans de nombreuses communautés car le lait maternel est souvent jugé insuffisant pour la croissance de l'enfant. Il existe par ailleurs des interdits alimentaires du fait de la religion (porc) ou de croyances (l'œuf qui est interdit aux enfants car ce dernier risquerait de ne pas vite pas parler). Il existe aussi une résistance aux changements des habitudes alimentaires, comme l'explique le chef de quartier d'Amrié :

« la sauce longue, J'ai eu à manger au sud du Tchad pourtant c'est une sauce très nutritive mais nous ne la mangeons pas dans notre communauté simplement par ce que nos parents l'ont jamais connu » (chef du quartier d'Amrié, Amrié, Ouaddai).

Au niveau des parcours thérapeutiques, **« les tradipraticiens continuent d'imposer à la communauté leur croyance »** (Autorité coutumière, village Crégat, Wadi Fira). Ainsi le tradipraticien du village de Balkoutou (Moyen-Chari) a révélé qu'il **« il faut consulter les génies avant de passer au CS »**. Cette prééminence des tradipraticiens ou marabouts fait que des femmes et des enfants ne soient amenés dans une structure de santé qu'en dernier recours, une fois que la situation du patient est devenue critique.

La place de la femme dans la société est un facteur qui limite souvent le changement des pratiques nutritionnelles. En effet, les femmes évoluent dans des sociétés dans lesquelles il est admis que c'est l'homme qui jouit du pouvoir de décision et que la femme doit lui être soumise. Dans ce contexte, la soumission de la femme fait qu'elle n'arrive pas à décider seule en l'absence de son mari, y compris quand son enfant est malade. L'enfant peut à cause de cela être transféré trop tard au centre de santé et causer des complications. En cas de refus du mari d'emmener la femme ou l'enfant malade, cette dernière se soumettra au refus de son époux.

Les chefs religieux de la communauté peuvent parfois être une barrière importante aux bonnes pratiques nutritionnelles. C'est ce que nous a expliqué le RCS de Moussoro urbain 1 :

« La monopolisation du pouvoir par les chefs religieux et traditionnels est un véritable frein parce que la population analphabète ou non dans une communauté comme la nôtre, n'a pas d'autre voie de communication. Et que si le message est mal appréhendé au niveau des chefs, la transmission ne sera pas bonne. » (RCS de Moussoro Urbain 1, Barh El Gazel)

L'opposition d'un chef coutumier peut ainsi empêcher ou retarder l'adoption de bonnes pratiques nutritionnelles ou encore la participation d'une communauté au programme de prise en charge de la malnutrition.

Les pratiques traditionnelles de santé et les croyances locales de pratiques de protection restent tenaces. Malgré la mort de plusieurs enfants à la suite de ces pratiques, l'ablation de la lchette, les scarifications et l'extraction dentaire chez l'enfant sont encore très largement pratiqués. Plusieurs mères ont affirmé que leur enfant avait été victime d'une de ces pratiques, malgré son refus. Face à la volonté du père ou de la mère/belle-mère, elles ont dû s'incliner.

L'ignorance et le faible niveau d'étude des membres de ces communautés est souvent évoqué comme une cause de la persistance des mauvaises pratiques nutritionnelles. Ainsi, **« la plupart ne connaît pas l'importance des CS, ce qui nécessite une grande sensibilisation de la communauté. Elles ne font pas le suivi en cas de maladie et les visites prénatales »** (tradipraticien, village Ngoro, Sila). La matrone

du quartier Amrié résume très bien les mauvaises interprétations que peuvent faire les FEFAs lorsqu'elles viennent au CS :

« Chez nous, nous pensons que les produits des centres de santé aggravent plutôt la maladie de l'enfant parce que quand l'infirmier injecte l'enfant, il pleure toute la semaine »

(Matrone, quartier Amrié, Ouaddai).

L'ignorance amène souvent les femmes à ne pas respecter les bonnes pratiques de santé (aller directement au CS en cas de problème de santé, faire la CPN), de soins (administration du colostrum, respect de l'espace entre les naissances) ou encore d'hygiène (lavage des mains, traitement de l'eau).

3.2.1.9.3 Les barrières socio-culturelles ayant des conséquences sur les pratiques nutritionnelles au niveau du ménage.

La polygamie est un obstacle important dans le cas de ces ménages aux revenus déjà très faibles. En effet, le partage du stock alimentaire entre les différentes femmes se fait chez certains de façon équitable en tenant compte du nombre d'enfants par femme. Dans d'autres, le partage est strictement égal et ne tient donc pas compte du nombre d'enfants à nourrir. Dans ce dernier cas, la femme avec plus d'enfants risque de rencontrer beaucoup de difficultés pour se nourrir et nourrir ses enfants avec sa ration. Dans un autre registre, la rivalité entre les co-épouses les poussent à être en concurrence avec leurs concubines pour avoir le plus d'enfants. Le grand nombre d'enfants par ménage est une véritable source d'inquiétude, comme le témoigne le représentant des jeunes du quartier Mailo (Mayo Kebbi-Est) :

« Il faut lutter contre l'explosion démographique, car une seule personne doit chercher à manger pour nourrir plusieurs personnes. C'est est pénible. Et quand on est dans une telle situation, on ne peut pas bien manger. Ainsi, on n'est pas bien nourri, toute maladie qui passe, dit d'abord bonjour avant de passer. »

Les accouchements précoces ou rapprochés sont encore importants dans de nombreuses communautés au Tchad. Dans les deux cas, le risque de santé pour la mère et son bébé (ses deux enfants dans le cas d'une grossesse rapprochée) est réel. Pourtant, plusieurs FEFAs et grand-mères ont affirmé lors des FGD que cela ne comportait aucun risque et que de nombreuses femmes ont accouché ainsi sans qu'il n'y ait de complications. Le fait que la femme ne puisse se refuser à son mari et que l'utilisation de méthodes contraceptive est encore culturellement mal acceptée expliquent la persistance de ce type de grossesses.

Plusieurs femmes ont expliqué lors des FGD qu'elles ne vivaient pas ou plus du tout avec leur mari. Certaines ont été abandonnées suite un divorce ou après un départ en migration de ces derniers. D'autres sont toujours en couple mais leur conjoint est en aventure. Dans le cas de ces femmes, elles se retrouvent dès lors seule avec de lourdes responsabilités sur leurs épaules : nourrir et élever un ou plusieurs enfants sans le soutien du mari). Dans le cas de certaines communautés, l'exode rurale est telle que **« la quasi-totalité des époux et des jeunes garçons a quitté le quartier. Les femmes dépendent de l'envoi d'argent par de leurs proches qui ont migrés »** (Autorité coutumière, Moussoro Urbain 1, Barh El Gazel). Les femmes ont alors la responsabilité de cultiver les champs des hommes et doivent dépendre de la production (encore plus si leur mari n'est pas en mesure de leur transférer de l'argent).

Les enfants sont souvent mobilisés pour garder des animaux, travailler dans les champs ou encore, dans le cadre des jeunes filles, s'occuper de corvées ménagères ou des cadets, au lieu d'aller à l'école. Ces pratiques ont un impact négatif sur la scolarité des enfants mais elles peuvent aussi avoir des conséquences sur la santé et le bien-être des enfants.

Certains parents peuvent aussi se comporter de façon irresponsable. Ainsi, certains peuvent refuser de prendre soin de leur enfant au détriment de leurs champs. Certaines mères privent volontairement de nourriture leur enfant afin que ce dernier rentre dans le programme de PECMA et que la famille reçoive des PPN. L'alcoolisme, d'un ou des deux parents, est dénoncé comme un grand frein à la mise en place de bonnes pratiques nutritionnelles. Ainsi un instituteur du village de Ngoro (Sila) réclame qu'**« Il faut interdire aux femmes enceintes à prendre l'alcool car une femme sous l'effet de l'alcool ne prendra**

pas bien soin de son enfant ». Dans le village de Nara (Mandoul), un instituteur dénonce cette fois « ***l'irresponsabilité des maris, le vol des biens des femmes par les maris pour aller prendre de l'alcool et l'incapacité des femmes elles-mêmes d'aller à l'hôpital.*** ».

Les mauvaises pratiques persistantes de consommation d'eau non potable ou de mauvaises habitudes d'hygiène des ménages sont aussi à considérer. La consommation d'eau sans traitement au préalable constitue un sérieux risque de tomber malades pour les membres les plus vulnérables de ces communautés : les FEFAs et les enfants de moins de 5 ans. Par ailleurs, la non ou mauvaise pratique de lavage des mains avec un savon ou encore la pratique de défécation à l'air libre peut aussi conduire à des diarrhées récurrentes qui risquent d'affaiblir les femmes et leurs enfants.

3.2.1.9.4 Les barrières socio-culturelles au niveau des pratiques et comportements des femmes

La charge de travail des femmes enceintes et allaitantes est importante (champs, jardin, corvée d'eau, tâches ménagères, enfants, etc.) et cela contribue à fatiguer et à dégrader leur état nutritionnel. La majorité des femmes enceintes continuent à travailler jusqu'au 6^e ou 7^e mois de leur grossesse, voire jusqu'à l'accouchement pour celles des ménages pauvres et très pauvres. Cette charge est encore plus lourde pour les femmes qui ont été abandonnées par leur mari ou si ce dernier est en aventure mais pas en mesure d'envoyer régulièrement de l'argent pour soutenir sa femme.

Dans certaines communautés, les femmes évitent de fréquenter le centre de santé car elles ont honte du jugement de la communauté. Une chuchuya du village de Zabitchoubi (Mayo Kebbi-Ouest) a ainsi rapporté que « ***les grossesses précoces sont les barrières (honte d'aller au CS alors que le dernier enfant n'a pas encore grandi) qui empêchent les femmes de suivre les conseils du CS et de l'ACS.*** » Dans le village de Bouroudou (Lac), l'agent de santé a expliqué « ***que les femmes accouchent beaucoup plus à domicile qu'au CS. Accoucher à l'hôpital signifie qu'elle a peur, les braves femmes accouchent à la maison.*** »

L'enquête de terrain a aussi mis en évidence que dans certaines communautés, les femmes n'allaitent pas leur enfant dès la naissance car elles craignent que leur mari les quitte/délaissent si leurs seins tombent (quartier Faya centre (Borkou), village d'Itou (Ennedi-Est), quartier Zouar urbain (Tibesti), quartier Amrié (Ouaddai), Quartier 15 ans de Moundou (Logone Occidentale)) ou pour certaines parce qu'elles préfèrent garder leur poitrine de jeune fille (quartier Zouar urbain (Tibesti), quartier Arabe, sénégalais et de Borno à Moussoro (Barh El Gazel)). L'enfant est alors, dès sa naissance, alimenté avec du lait animal ou des substituts au lait maternel.

3.2.1.10 Facilitateurs d'ordre socio-culturels

Trois grandes catégories de facilitateurs d'ordre socio-culturels (ceux que l'on retrouve au niveau du CS, celles que l'on retrouve au niveau de la communauté, au niveau de la famille,) favorisent l'adoption par les Tchadiens des bonnes pratiques nutritionnelles.

3.2.1.10.1 Les facilitateurs d'ordre socio-culturels au niveau des centres de santé

La qualité de l'accueil, la création d'un lien de confiance entre le praticien et sa patiente et la prise de conscience par les membres des communautés de l'efficacité des traitements jouent souvent un rôle décisif dans l'abandon de certaines pratiques traditionnelles qui peuvent alors être jugées désuètes ou risquées. Avoir au moins une femme dans l'équipe sanitaire (notamment pour le poste de sage-femme) peut aussi venir à bout de la résistance de certains maris qui refusent que leur femme soit prise en charge par un homme dans certaines localités. Les sensibilisations qui sont réalisées dans les CS sont essentielles pour transmettre aux populations une connaissance sur la sous-nutrition et ses causes, et différents moyens à mobiliser pour s'en prémunir (adopter de bonnes pratiques de soin, de santé et d'hygiène).

La création de comité de gestion (COGES) et l'implication de membres de la communauté au sein du CS et du programme de prise en charge de la malnutrition permet dans une certaine mesure une meilleure acceptation des agents de santé. Les membres de COGES peuvent servir d'intermédiaire entre le corps médical et la population et sensibiliser directement cette dernière aux bonnes pratiques nutritionnelles ou aider les RCS en cas de malentendus ou de conflits avec certains patients/certaines communautés. Ils peuvent notamment solliciter l'aide des autorités coutumières pour la bonne transmission des messages dans les villages ou obtenir leur soutien pour le bon déroulement du suivi des patients.

3.2.1.10.2 Les facilitateurs d'ordre socio-culturels au niveau des communautés

Les autorités coutumières (chef de village, tradipraticien, marabout, chuchuya, etc.) peuvent, si elles ont elles-mêmes bien compris l'importance de l'adoption des bonnes pratiques nutritionnelles prônées par les personnels de santé, participer activement à un changement de certains comportements ou certaines pratiques au sein de leur communauté.

L'implication des chefs de village est indispensable pour cela. Ce sont les principaux mobilisateurs au sein des communautés et ils peuvent de par leur autorité soutenir les agents de santé en demandant aux récalcitrants de se rendre au CS avec l'enfant ou la FEFA malade. Au cours de entretiens réalisés auprès des agents de santé lors de cette étude, 19 AS ont affirmé que lorsque des parents refusent d'amener un enfant dépisté malnutri au CS ou en cas de conflit avec des villageois, les autorités traditionnelles (chefs villages, religieux, tradipraticiens) les aident. Elles organisent des rencontres avec les autres leaders communautaires pour des échanges liés aux problèmes de santé dans la localité. Enfin, ils facilitent aussi l'organisation des activités de sensibilisation et peuvent pour certains y assister pour s'assurer de leur bon déroulement.

Le soutien des leaders religieux peut permettre, par l'organisation de réunion de sensibilisation dans les églises ou les mosquées, de lever certaines barrières attribuées à la religion (non-respect de l'espacement des naissances, de ne pas emmener les enfants au CS car les prières peuvent suffire ou qu'ils s'en remettent à la volonté de Dieu). Ils peuvent aussi intervenir en compagnie du chef de village pour raisonner voire contraindre des parents à emmener leur enfant au CS et bien suivre le traitement. C'est ce qu'a confirmé l'agent de santé du CS de Nara (Mandoul) : **« Ils mettent la pression sur le foyer qui refuse que les relais communautaires dépistent leur enfant. Il y a également certains hommes de Dieu qui nous aident dans ce sens. »**.

Le RC est un acteur essentiel dans le dispositif pour aider à l'évolution nutritionnelle au niveau communautaire. Il a pour mission d'éveiller la population sur l'importance du colostrum et de l'allaitement exclusif, et d'aller au CS, dénoncer les pratiques nuisibles grâce à ses sensibilisations. Il participe au dépistage des enfants malnutris et les réfèrent au CS. Enfin, Il participe aussi aux formations sur la préparation de la bouillie enrichie. Partenaire privilégié des agents de santé dans les communautés, ces derniers peuvent aussi leur demander de réaliser des visites à domicile, comme l'explique l'agent de santé du CS de Ngouri (Lac) :

« Quand on détecte un cas d'enfant abandonné (qui ne suit plus le traitement alors que malnutri), les RC font le suivi, avec le chef du village concerné, puis ils transmettent les informations au CS. »

Les chuchuyas, marabouts, tradipraticiens, ou représentants locaux peuvent aussi participer à l'effort de sensibilisation en s'adressant à une population cible bien précise sur laquelle elles peuvent avoir de l'influence (les femmes pour la représentante des femmes et les groupement de femmes), sur certaines pratiques en particuliers (certains marabouts et tradipraticiens renvoie les parents dont l'enfant présente des signes de malnutrition à aller au CS en leur expliquant que cette maladie ne peut être traité que la bas). Certains représentants peuvent s'investir très activement dans le travail de sensibilisation comme l'explique un représentant local du quartier Mailo (Mayo-Kebbi-Est) :

« envoyer ma femme ou mes enfants envers les personnes de la communauté pour leur transmettre les conseils et orientations pour fréquenter les CS et prendre soin des enfants. En effet, on leur dit de venir au CS lorsqu'ils constatent une maladie et ne pas se contenter d'aller chez les

tradipraticiens. On insiste sur l'importance des CPN chez la femme, le dépistage des enfants malnutris et leur prise en charge ».

Enfin les directeurs d'établissements scolaires et les instituteurs peuvent sensibiliser les enfants (et parfois les adultes) sur les aliments nutritifs, à bien manger, à être propre et sur l'importance d'aller au CS en cas de maladie. Les enseignants sont d'ailleurs conscients du rôle qui peuvent jouer dans l'évolution positive des mentalités et des pratiques malgré les résistances grâce à l'éducation :

« A travers l'école, je sensibilise les enfants qui à leur tour deviennent aussi des porteurs de sensibilisation dans leur famille ou dans la localité et pour les femmes se à travers les conseils », (Instituteur, Djamalma, Chari-Baguirmi).

3.2.1.10.3 Les facilitateurs d'ordre socio-culturels au niveau des familles

Les parents et la famille (grands-parents, frère et sœurs) sont souvent perçus dans les communautés comme des facilitateurs importants de l'adoption des bonnes pratiques nutritionnelles.

La mère est l'accompagnante principale des enfants. C'est elle qui a la charge de prendre soin des enfants, de leur santé, de leur hygiène et c'est elle qui prépare leurs repas. Au niveau du foyer, elle peut, si elle a l'appui de son mari, mettre en place de bonnes pratiques comme les pratiques liés à l'ANJE, assurer la propreté de son enfant et de son domicile et en s'assurant que son enfant soit bien traité au CS en cas de maladie et que le traitement à suivre soit bien respecté.

Le père est l'autre acteur majeur de la vie thérapeutique de l'enfant mais également pour sa femme. C'est lui qui a le pouvoir de décision et qui paie les factures. Un mari qui a compris l'importance des soins en structure de santé et de l'application des conseils qui y sont donnés peut, malgré les contraintes financières, s'efforcer à soutenir ou encourager sa femme à appliquer les bonnes pratiques nutritionnelles pour le bien-être des membres du ménage. La présence du mari dans le ménage (contrairement à ceux qui ont migré pour trouver un travail) est d'ailleurs vu comme un facilitateur important pour aider la femme à faire face aux coups financiers liés au parcours de soin (acheter des aliments nutritifs et variés) et payer les frais liés aux soins CS. Il peut aussi participer à l'éducation enfant et soutenir sa femme. A l'inverse, dans d'autres cas, c'est l'argent envoyé par le mari qui a migré, qui permet à la femme d'aller au centre de santé et acheter des aliments appropriés pour assurer la diversité alimentaire pour elle-même et ses enfants.

Les hommes de la famille (beau-père, oncle, frère) peuvent soutenir financièrement une femme dont le mari est absent ou qui est isolé (après séparation ou décès de ce dernier). Ils peuvent soutenir leur parente en cas d'urgence en payant les frais de transport et de soin au CS. Ils peuvent aussi mettre à disposition un moyen de locomotion si besoin. Certains s'assurent que pendant la période de sevrage, la parente est bien les aliments nécessaires (bouillie) pour que l'enfant passe plus facilement cette étape.

Les femmes de la famille (mère, sœur, grand-mère, belle-mère, fille aînée, cousine) peuvent aider la femme en partageant leur expérience et en prodiguant des conseils à la mère sur des bonnes pratiques à adopter pour garder son enfant en bonne santé. Ces femmes jouent aussi le rôle d'accompagnant secondaire en prenant soin de l'enfant quand la mère est absente (travail au champ) ou encore lors du sevrage (souvent confié à la grand-mère ou à la tante). Des femmes qui ont déjà adoptées de bonnes pratiques nutritionnelles et qui en tirent des bénéfices (mère et enfants sont en bonne santé) peuvent apparaître comme un modèle à suivre et rassurant pour les autres femmes. Ses conseils pourront être écoutés avec plus d'attention et permettre une adoption de bonnes pratiques au sein de son cercle de sociabilité familial et son voisinage.

Appliquer les consignes des agents de santé et des sensibilisateurs est aussi perçue par certaines femmes comme un pas essentiel pour améliorer efficacement et durablement les pratiques nutritionnelles.

Enfin, dans ces communautés peu scolarisées, être instruit/ bien informé apparaît comme une condition importante pour favoriser un changement profond des pratiques nutritionnelles. Le chef de village de Crégat (Wadi Fira) l'exprime d'ailleurs ainsi :

« **L'éducation, lorsque l'enfant a eu la chance d'aller à l'école il aura la capacité de vaincre tout ce qui pourra nuire à sa santé en plus il pourra maîtriser la pratique nutritionnelle** ».

L'alphabétisation des femmes est aussi souhaitée afin de leur permettre de sortir de l'ignorance dans laquelle la société les a enfermés et leur permettre de prendre plus de confiance et d'estime en elles. Cela pourrait leur permettre d'avoir une nouvelle ouverture et peut-être accepter d'abandonner certaines habitudes héritées de la tradition ou de croyances erronées.

3.2.2 Facteurs socio-économiques

3.2.2.1 L'influence du manque de moyens d'existence et financiers sur les pratiques d'allaitement exclusif et prédominant (0-5 mois) est parfois évoqué.

3.2.2.1.1 La pauvreté perçue comme une cause principale de la malnutrition

Les hommes ont déclaré dans 9 localités et les femmes dans 7 localités (figure 25) que la pauvreté/manque de moyen financier est une des causes principales de la malnutrition. Le manque d'argent ne leur permet pas d'acheter des aliments nutritifs, vitaminés et variés (fruits et légumes, viande, poisson et haricot). Ces produits sont jugés inaccessible car trop chers.

Figure 25 : Localités ayant classés la pauvreté/manque de moyens financiers comme une des principales causes de la malnutrition par les hommes et les FEFAs lors des FGD Nutrition

Légende		Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu				
Groupe	Nombre de provinces	DS Zouar/Tibesti	DS Arada (Crégat)/Wari-Fira	DS Mandelia (Djamaïma)/Chari-Baguirmi	DS Bonghor/mayo-Kebbi Est	DS Moundou (Quartier1 Sans)/Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/Logone Or. (rupture CS)	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	CS Goudji/N'Djamena	DS Amdoback (Kelep)/Kanem
		DS Abéché/Ouaddai	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Mandelia (Djamaïma)/Chari-Baguirmi	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Moundou (Quartier1 Sans)/Logone Occ.	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari		
FGD Hommes Nutrition	9									
FGD FEFAs Nutrition	7									

L'étude sur les bonnes pratiques alimentaires montre que de nombreux facteurs socio-économiques peuvent influencer les pratiques nutritionnelles des communautés. Ces facteurs socio-économiques peuvent être liés aux moyens d'existence (production agricoles, capacité à gagner de l'argent), au coût des produits et des services qui peuvent les rendre plus ou moins accessibles aux communautés, aux dysfonctionnements liés au CS (rupture d'approvisionnement) ou encore au manque de motivation économique accordée aux relais communautaires.

3.2.2.1.2 Sources des revenus des ménages

Les réponses des hommes lors des FGD quant aux sources des revenus des ménages, montrent que les communautés étudiées dépendent en majorité des activités agricoles et de l'élevage (figure 26). Ces dernières sont souvent affectées par l'insuffisance des pluies. Les migrations vers la ville ou à la recherche

de l'or ont pour conséquence aussi de baisser la production agricole du fait de la diminution du nombre de personnes pour assurer les différentes étapes pour développer cette activité. Pendant la saison pluvieuse, les populations ont beaucoup de mal à trouver des emplois rémunérés et doivent gérer la ration journalière et limiter les dépenses.

Figure 26 : Sources des revenus des ménages par localité (FGD SAME/WASH Hommes)

Catégorisation	Nbre de sites où la réponse a été citée	DS/Provinces concernés									
Agriculture, élevage et autres	9	DS Abéché (Amrie)/ Ouaddai	DS Moussoro/ Barh El Gazel	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.	DS Péni (Nara)/ Mando ul	DS Kaoura (Itou)/Ennedi Est	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha	
Agriculture et autres	5	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Aboude ai (Ligné)/ Salamat					
Agriculture et élevage	4	DS Kalait (Torbol)/ Ennedi Ouest	DS Zouar/ Tibesti	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	CS Goudji/ N'Djamena						
Elevage et autres	2	DS Faya/ Prov Borkou	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira								
Autres	2	DS Mongo (Amdakour)/Guéra	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer-Lamis								
Pas de réponse	1	DS Ngouri (Bouroudou)/ Lac									

Toutefois, les activités menées par les communautés ont changé dans le temps dans les différentes régions tchadiennes.

Dans les zones du nord qui ont les mêmes ME (cultures oasiennes, élevage camelin (et l'exploitation natron à Faya (Borkou)), l'on note aucun changement intervenu en termes d'activités à revenus menées par la communauté. Lors des FGD les hommes à Zouar (Tibesti) ont signalé qu'« **avec les guerres et la mauvaise gestion de la frontière, la migration n'est plus bénéfique depuis la crise libyenne.** »

Dans les ZMEs céréales pluviales et maraichage (DS Abéché (Ouaddai) & DS Arada (Wadi-Fira)), céréales et cultures de rente (DS Léré (Mayo-Kebbi Ouest), DS Moundou (Logone Occidentale), DS Goré (Logone Orientale), DS Péni (Mandoul), Kyabé (Moyen-Chari)), les changements sont intervenus dans les activités qui constituent les principales sources de revenus de ces communautés. Aux DS d'Abéché (Ouaddai) et d'Arada (Wadi-Fira), le changement intervenu dans les activités ces dernières années tournent autour de la migration soit vers les zones aurifères soit dans les grandes villes voire les pays voisins (principalement Soudan et Lybie) à la recherche des activités lucratives. Dans les autres zones, principalement celles de céréales et cultures de rente, le changement consiste l'intégration de petits métiers (maçonnerie, couture, mototaxi, fabrication et vente des briques, poterie, etc.) et de petits commerces (vente des articles de consommation courante, boutique de proximité, etc.) comme principales sources de revenus.

Dans les zones agropastorales (DS Abdi (Sila), DS Mandelia (Chari-Baguirmi)) et celles de transhumance ((DS Moussoro (Barh El Gazel), DS Amdoback (Kanem)), la baisse des pluies ou mauvaise pluviométrie est citée comme un changement négatif dans les principales activités à revenus menées par les communautés. Cette situation provoque donc la baisse de production. Au DS de N'gouri (Lac) par exemple, l'on note un abandon des activités de production agricole à cause de l'insuffisance des pluies. Les communautés de ces ZMEs intègrent les petits métiers dans les principales sources de revenus.

Dans le DS de Béré (Tandjilé) qui est dans la ZME riz prédominant, le changement intervenu ces dernières années sur les principales activités à revenus concerne les moyens de production.

Les DS d'Aboudeia (Salamat) (cultures de décrue et gomme arabique) et d'Abdi (Sila) (agropastorale) n'ont pas connu de changement significatif de leurs activités. Lors des FGD les hommes ont toutefois confirmé que **« la migration des jeunes vers le nord à la recherche de l'or s'est très développée ces derniers temps. Les jeunes partent, en laissant derrière eux des femmes avec des enfants mais beaucoup reviennent les mains vides, d'autres perdent leurs vies »**.

Au niveau des sources de revenus secondaires, il existe des différences en fonction des régions, des saisons et selon le genre.

Dans les zones du nord, les communautés échantillonnées n'ont pas de sources de revenus secondaires à l'exception de celle du DS de Faya (Borkou) qui fait dans le maraîchage. Cette particularité peut être liée à la disponibilité d'une nappe d'eau souterraine (chute d'eau appelé Boug-boug) qui facilite le maraîchage durant toute l'année.

Dans les autres zones, les revenus secondaires des communautés concernées par l'étude sont issus principalement de petits commerces, petits métiers, élevage de basses cours, le maraîchage, l'artisanat et la poterie. Si l'artisanat est fait par autant par les hommes que par les femmes, la poterie relève majoritairement de l'activité des femmes.

Abéché pratique la cueillette du tamarin pendant la saison sèche et le tissage artisanale de natte qui sont des sources de revenus secondaires.

Dans le DS d'Arada (Wadi-Fira) (ZME céréales pluviales et de maraîchage), les hommes font le mototaxi et les femmes des activités artisanes (nattes) ou la vente de fagots.

Dans le DS de Mandelia (Chari-Baguirmi, ZME agropastorale), les hommes occupent des activités de mototaxi, de pousse-pousseur ou la maçonnerie. Les hommes et les femmes pratiquent aussi la culture maraîchère, la pêche et l'élevage de volailles.

Dans les DS de Bongor (Mayo-Kebbi Est), Léré (Mayo-Kebbi Ouest) et Béré (Tandjilé), où les ME relèvent de la culture du riz, de céréales et cultures de rente, les revenus secondaires des communautés sont issus de la pêche, du petit commerce et des activités de jardinage (généralement les légumes) pendant les saisons sèche. Ces activités sont pratiquées autant par des hommes que par des femmes.

3.2.2.1.3 Origine de la nourriture

Les facteurs socio-économiques sont d'autant plus importants que la très grande majorité des ménages au Tchad ne peut se procurer les aliments nutritifs nécessaires aux besoins des enfants et des FEFA qu'en les achetant. Ainsi lors des FGD Femmes, seules les FEFA de 2 localités (figure 27) ont déclaré qu'elles en cultivent et les consomment. Dans 13 localités, les ménages consomment des produits qu'ils ont cultivés mais doivent en plus en acheter car leur production est insuffisante. Dans 6 localités, les ménages ne peuvent accéder à ces produits que par l'achat. Dans les villages de Ligné (Salamat) et de Ngoro (Sila), les FEFA ont aussi recours aux trocs pour obtenir certains aliments jugés nutritifs. Pour les ménages qui ne peuvent obtenir les denrées nutritives qu'en les achetant, durant les périodes de sécheresse ou d'inflation, ces aliments ne peuvent être intégrés au régime alimentaire des FEFA et de leurs enfants.

Figure 27 : Origine des aliments nutritifs que les FEFAs consomment

Légende		Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu	
Réponses	Nombre de sites où la réponse a été citée	DS Faya/Prov Borkou	DS Zouar/Tibesti	DS Abéché/Ouaddai	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	CS Goudji/N'Djamena	DS Amdouback (Kelep)/Kanem
Achat	6	Itou/Ennedi-Est	DS Zouar/Tibesti	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Moundou (Quartier15ans) / Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan) / Logone Or.	DS Péni (Nara)/Mandoul
Achat et autoproduction (élevage, agri et maraîchage) pour certains aliments	11	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	Oum-Hadger (Marade)/Batha	DS Bokoro (Zarafa)/Hadjer-Lamis	DS Moussoro/Barh El Gazel	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac	
Troc/échange (viande, lait)	1	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat					
Achat au marché quand le stock est épuisé	2	DS Arada (Crégat)/Wadi-Fira	DS Bonghor/Mayo-Kebbi Est				
Achat, échange et autoproduction	1	DS Abdi (Ngoro)/Sila					
Autoproduction	2	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Mongo (Amdakour)/Guéra				
N/A	1	Torbol/Ennedi Ouest					

3.2.2.1.4 Faible accès et utilisation à des ressources propres des femmes

Une chuchuya du village de Ngoro (Sila) résume un grand problème que les femmes rencontrent au Tchad : « **la majorité des femmes ne dispose pas de ressources propres ; mêmes celles qui en ont ne peuvent pas utiliser à l'insu de leurs maris** ».

Pour celles qui ont accès à des ressources propres, il s'agit généralement de production de cultures saisonnières (arachide, riz, haricot), cultures maraîchères, des petits commerces comme la vente des beignés, dattes, huile, fagot, de boissons alcoolisées traditionnelles, ou encore d'animaux (poulets, chèvres) qu'elles gardent pour la vente en cas de besoin. Lors des FGD SAME/WASH, des femmes de 17 localités sur 23 ont déclaré cultiver un jardin (figure 28) et dans 11 localités, la production leur appartient (figure 29). Dans les autres localités, leur production est un bien commun de la famille ou à leur mari. Dans le quartier Amrié d'Abéché (Ouaddai), Les femmes de 5 localités ont déclaré ne pas cultiver de jardin.

Figure 28 : Jardins cultivés par les femmes par localité (FGD Femmes SAME/WASH)

Légende		Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu				
Réponse	Nbre de site où la réponse a été citée	Itou/ennedi-Est	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Mandela (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Bonghor/mayo-Kebbi Est	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Moundou (Quartier15ans)/Logone Occ.	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Bokoro (Zarafa)/Hadjer-Lamis	DS Faya/Prov Borkou
Oui	17									

Rapport de l'étude

		DS Goré (camp Bekan) / Logone Or. (rupture CS)	DS Péni (Nara)/Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Mongo (Amdakour)/Guéra + (prières marabout)	Oum-Hadjer (Marade)/Batha	DS Moussoro/Barh El Gazel	DS Arada (Crécat)/Wari-Fira (+imam)	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac
Très peu cultivent mais c'est pour leur mari	1	DS Amdoback (Kelep)/Karnem							
Non	5	Torbold/Ennedi Ouest	DS Zouar/Tibesti	DS Abéché/Ouaddai	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	CS Goudji/N'Djamena			

Figure 29 : A qui appartient la production des jardins cultivés par les femmes par localité (FGD Femmes SAME/WASH)

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu				
Réponses	Nbre de site où la réponse a été citée								
Elles-mêmes	11	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Mandela (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Bonghor/mayo-Kebbi Est	DS Léré (Zabitchoubi/Mayo Kebbi-Ouest)	DS Moundou (Quartier 15ans)/Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/Logone Or. (rupture CS)		
		DS Péni (Nara)/Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Mongo (Amdakour)/Guéra + (prières marabout)	Oum-Hadjer (Marade)/Batha	DS Moussoro/Barh El Gazel			
Varie selon les ménages. Chez certains c'est pour elles, d'autres pour le mari/partenaire	1	DS Faya/Prov borkou							
Le couple	1	DS Itou/ennedi-Est							
Partenaire/mari/La famille	7	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Arada (Crécat)/Wari-Fira (+imam)	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Arada (Crécat)/Wari-Fira (+imam)	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac	DS Amdoback (Kelep)/Karnem	DS Bokoro (Zarafa)/hadjer-Lamis	
Pas de jardin	5	Torbold/Ennedi Ouest	DS Zouar/Tibesti	DS Abéché/Ouaddai	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	CS Goudji/N'Djamena			

Les communautés tchadiennes sont de tradition patriarcale et les hommes, qui sont perçus comme les responsables du foyer. Ce sont ces derniers qui décident des dépenses du ménage (en particulier pour les postes de dépense liées à la nourriture, la santé, le savon ou encore les baptêmes). Si le mari n'a pas d'argent, la femme peut aider en dépensant sur la nourriture, la santé de l'enfant, la scolarité ou les besoins de premières nécessités en cas d'urgence. Les femmes doivent souvent emprunter de l'argent pour faire face aux besoins urgents (santé, alimentation).

Dans le cadre de cette étude, plusieurs pratiques nutritionnelles examinées sont marquées par l'inexistence d'un moyen d'existence permettant de couvrir les besoins des ménages pour toute l'année et par la cherté de vie. Au niveau de certains centres de santé, ce sont des dysfonctionnements qui compliquent la prise en charge des enfants et peuvent décourager les parents. La démotivation de certains relais communautaires car ils ne reçoivent aucune compensation pour leur travail est aussi un problème.

3.2.2.2 L'influence des facteurs socio-économiques au niveau des pratiques d'allaitement exclusif et prédominant (0-5 mois) est parfois évoqué.

Certaines représentantes des femmes rencontrées lors de l'étude ont déclaré que certaines femmes ont compris l'importance de l'allaitement exclusif comme bonne pratique pour garder les enfants de 0 à 5 mois en bonne santé. Elles ont aussi insisté sur l'importance que la mère mange bien pour nourrir l'enfant uniquement avec le lait maternel. Toutefois, plusieurs représentantes, comme la chuchuya du village de Bouroudou (Lac), expliquent que « **dans la localité, il est difficile de pratiquer l'allaitement exclusif car les mères ne mangent pas bien** ».

3.2.2.3 L'influence des facteurs socio-économiques au niveau des pratiques d'alimentation de complément (6-23 mois) demeure importante.

Lors des FGD discussion Nutrition, les FEFAs ont été invitées à dire quels étaient selon elles, les bons aliments pour les enfants de 6 à 12 mois en vue pour l'introduire à l'alimentation complémentaire. Parmi les 10 aliments les plus cités se trouvent les fruits et les produits réalisés à base de céréales (bouillie enrichie, bouillie, boule, macaroni) et les soupes sont les aliments cités par les participants. Les œufs, les haricots ou encore les légumes (figure 30).

Figure 30 : Les 10 aliments qui ont été cités comme étant bons pour les enfants de 6 à 12 mois

Réponses	Nombre de provinces où la réponse a été citée							
Fruits (Orange, banane, mangue, avocat)	13	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Léré (Zabitchoubi)/ Mayo Kebbi-Ouest	DS Moundou (Quartier15ans) / Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan) / Logone Or.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Mongo (Amdakour)/Guéra
		CS Goudji/ N'Djamena	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer-Lamis	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem	DS Ngouri (Bouroudou)/ Lac	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Abéché/ Ouaddai	
Bouillie enrichie	12	DS Faya/ Prov Borkou	DS Zouar/ Tibesti	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Léré (Zabitchoubi)/ Mayo Kebbi-Ouest	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé
		DS Mongo (Amdakour)/ Guéra	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha	CS Goudji/ N'Djamena	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer-Lamis	DS Moussoro/ Barh El Gazel		
Boule (souvent par manque moyen)	10	DS Faya/ Prov Borkou	DS Zouar/ Tibesti	DS Abéché/ Ouaddai	Itou/ Ennedi-Est	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi
		DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem				
Soupe poisson	7	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Léré (Zabitchoubi)/ Mayo Kebbi-Ouest	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari
Soupe légère /soupe	5	DS Faya/ Prov Borkou	DS Zouar/ Tibesti	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira	DS Mongo (Amdakour)/Guéra	CS Goudji/ N'Djamena		
Œufs	4	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Moundou (Quartier15ans) / Logone Occ.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari			
Bouillie	4	Itou/ Ennedi-Est	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem			

Rapport de l'étude

Haricot	4	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Amdoback (Kelep)/Kanem
Légume	4	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Bonghor/Mayo-Kebbi Est	DS Goré (camp Bekan)/Logone Or.	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari
Macaroni/spaghetti/ pate de blé	4	DS Goré (camp Bekan)/Logone Or.	DS Péni (Nara)/Mandoul	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Moussoro/Barh El Gazel

Interrogées sur leur capacité à donner ces bons aliments nutritifs à leur enfant, seules les FEFAs des FGD nutritionnelles de 4 localités (Crégat, Bonghor, Bekan 1& 2 et Nara) ont déclaré pouvoir le faire (figure 31). A l'inverse, les femmes de 5 communautés (Itou, Zabitchoubi, Toukoulé, Moundou et Marada) ont dit ne pas en avoir les moyens. Dans les autres communautés, en fonction des moyens qu'elles disposent, les FEFAs essaient d'intégrer certains aliments jugés bénéfiques à leur enfant de façon ponctuelle. Par ailleurs, il est intéressant de noter que lorsqu'elles citaient la boule comme bon aliment nutritif, les FEFAs ont plusieurs fois justifié la réponse en précisant que lorsque le ménage n'a pas assez de moyen, c'est l'aliment qu'il faut procurer à l'enfant.

Figure 31 : Capacité des femmes à donner les bons aliments à leur enfant (FGD Nutrition FEFAs)

Réponses	Nbre de sites où la réponse a été citée	Légende				
		Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
OUI	4	DS Arada (Crégat)/Wadi-Fira	DS Bonghor/Mayo-Kebbi Est	DS Goré (camp Bekan)/Logone Or.	DS Péni (Nara)/Mandoul	
Oui mais pas tout le temps faute moyens	7	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Mongo (Amdakour)/Guéra	CS Goudji/N'Djama / Hadjer-Lamis DS Bokoro (Zarafa) / Hadjer-Lamis DS Amdoback (Kelep)/Kanem
Certains oui, certains non	5	DS Faya/Prov Borkou	DS Zouar/Tibesti	DS Abéché/Ouaddai	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Moussoro/Barh El Gazel
Rarement des fruits mais quand même le beurre et le lait sont servis 2 à 3 fois dans la semaine	1	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac				
NON pas les moyens	5	Itou/Ennedi-Est	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Moundou (Quartier 15ans)/Logone Occ.	Oum-Hadjer (Marade)/Batha
N/A	1	Torbol/Ennedi-Ouest				

Malgré les sensibilisations dont peuvent bénéficier les FEFAs sur l'importance de donner de la bouillie enrichie à leur enfant dans le cadre de sensibilisation/démonstration culinaire de la part des AS, RC ou des ONG, les FEFAs disent dans 19 localités (figure 32) ne pas être en mesure d'en préparer faute de moyen financier. La difficulté rencontrée pour se procurer les aliments nécessaires (indisponibilité sur le marché, difficile accès au marché, indisponibilité saisonnière et coût prohibitif pour la population) freine l'adoption de ces recettes par les communautés. La situation de 2 localités se distingue pourtant des autres. A Zabitchoubi (Mayo-Kebbi Ouest) car elles composent elles-mêmes leur soupe en utilisant les produits agricoles qu'elles ont elle-même cultivées. A Djamalga (Chari-Baguirmi), les FEFAs ont déclaré ne pas rencontrer de problèmes car elles utilisent également des produits qu'elles trouvent localement. Il semble que la capacité des femmes à pouvoir cultiver pour elle-même la terre et de sensibiliser les

Rapport de l'étude

femmes avec aliments du quotidien leur permettent de plus facilement transgresser les barrières économiques afin d'adopter de bonnes pratiques nutritionnelles.

Figure 32 : Barrières qui empêchent de réaliser des recettes de bouillies enrichies (FGD Nutrition FEFA)

Légende		Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu		
Réponses	Nbre de sites où la réponse a été citée							
Manque d'argent								
Manque de moyens financiers/pauvreté	19	DS Faya/Prov Borkou	Itou/Ennedi-Est	DS Zouar/Tibesti	DS Abéché/Ouaddai	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Arada (Crégat)/Wadi-Fira
		DS Bonghor/Mayo-Kebbi Est	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Moundou (Quartier15 ans) / Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/Logone Or.	DS Péni (Nara)/Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Mongo (Amdakour)/Guéra
		Oum-Hadjer (Marade)/Batha	CS Goudji/N'Djamena	DS Bokoro (Zarafa)/Hadjer-Lamis	DS Amdoback (Kelep)/Kanem	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac		
Difficile accessibilités aux aliments nécessaires								
Les ingrédients ne sont pas disponibles au marché ou rarement	3	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Goré (camp Bekan) / Logone Or.	DS Moussoro/Barh El Gazel				
Certains aliments ne sont pas disponibles certaines saisons	2	DS Moundou (Quartier15ans) / Logone Occ.	DS Amdoback (Kelep)/Kanem					
Le marché n'est qu'hebdomadaire	1	DS Goré (camp Bekan)/Logone Or.						
Distances des marchés	1	DS Abéché/Ouaddai						
Mauvaise qualité de la route certaines saisons empêche d'accéder à ces produits	1	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari						
Faible productivité agricole								
Faible pluviométrie	1	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac						
Mauvais rendement production agricole et pastoral	1	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac						
Barrières personnes								
Ignorance	1	DS Abéché/Ouaddai						
Négligence	1	DS Bonghor/Mayo-Kebbi Est						
Il n'y en a pas								
Il n'y a pas de barrières parce que nous les composons nous même avec nos produits agricoles.	1	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest						
Il n'y a pas des barrières à l'accès à des recettes de bouillies enrichies puisqu'on dispose tout à la maison.	1	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi						
Autres								
N/A	1	Torbol/Ennedi Ouest						

3.2.2.4 L'influence des facteurs socio-économiques au niveau des pratiques d'alimentation de diversification alimentaire de l'enfant de moins de 5 ans.

3.2.2.4.1 Fréquence d'alimentation

L'analyse des réponses des FGD nutrition montre que si dans toutes communautés les FEFAs ont déclaré donner au moins 2 repas par jour à leur enfant, le nombre repas varie tout de même de 2 à 5 fois par jour en fonction des localités (figure 33). Dans le village de Toukoulé (Tandjilé), les femmes ont explicitement déclaré que « **le nombre de repas varie en fonction de la capacité financière du ménage** ». Une mère d'un enfant SNI du quartier 15 ans de Moundou (Logone Occidental) a pour sa part même avoué que « **quand il n'y a pas d'argent, nous ne mangeons pas.** ». De nombreuses mères sont ainsi, avant tout préoccupé, par la priorité de trouver de la nourriture pour leurs enfants qu'elle que soit l'aliment.

Figure 33 : Nombre de repas pris par les enfants par jour par localité (FGD Femmes Nutrition)

		Légende		Villages enclavés		Localité à + de 5 km du CS		Localité à - de 5 km du CS		Urbain		Chef-lieu	
Réponses	Nombre de sites où la réponse a été citée												
Dès qu'ils ont faim/ À tout moment	5	DS Faya/ Prov Borkou		DS Abéché/ Ouaddai		DS Abdi (Ngoro)/ Sila		DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est		CS Goudji/ N'Djamena			
5 fois	3	DS Faya/ Prov Borkou		DS Mongo (Amdakour)/Guéra		CS Goudji/ N'Djamena							
4 fois	1	DS Abéché/ Ouaddai											
3 fois	6	DS Zouar/ Tibesti		DS Abéché/ Ouaddai		DS Aboudeai (Ligné)/ Salammat		DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi		DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest		DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer-Lamis	
2 à 3 fois	3	DS Arada (Crégat)/ Wari-Fira		DS Amdoback (Kelep)/ Kanem		DS Ngouri (Bouroudou)/ Lac							
2 fois	5	Itou/ Ennedi-Est		DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.		DS Péni (Nara)/ Mandoul		DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari		Oum-Hadjer (Marade)/ Batha			
Le nombre de repas varie en fonction de la capacité du ménage	1	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé											
NSP	2	DS Goré (camp Bekan) / Logone Or.		DS Moussoro/ Barh El Gazel									
N/A	1	Torbol/ Ennedi Ouest											

3.2.2.4.2 Capacité à diversifier l'alimentation des enfants

Les difficultés économiques des ménages ne permettent pas à nombreuses FEFAs de préparer des recettes adaptées aux besoins de enfants et à leur procurer des aliments nutritifs (figure 34). La chuchuya du village de Crégat (Wadi-Fira) déplore ainsi « **que les femmes ne peuvent pas respecter les conseils en matière d'alimentation de complément à cause du manque de moyens financiers pour procurer ces aliments nutritifs de compléments** ».

Figure 34 : Les aliments nutritifs essentiels à la croissance de l'enfant selon les femmes (FGD Nutrition FEFAs)

		Légende		Villages enclavés		Localité à + de 5 km du CS		Localité à - de 5 km du CS		Urbain		Chef-lieu	
--	--	---------	--	-------------------	--	----------------------------	--	----------------------------	--	--------	--	-----------	--

Rapport de l'étude

Réponses	Nbre de sites où la réponse a été citée	Provinces							
Bouillies	16	DS Abéché/ Ouaddai	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Mandelia (Djamalma)/C hari-Baguirmi	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Léré (Zabitchoubi)/ Mayo Kebbi- Ouest	DS Béré (Toukoulé)/Ta ndjilé	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.
		Itou/ Ennedi-Est	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer-Lamis	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac	DS Kyabé (Baltoukou)/M oyen Chari	CS Goudji/ N'Djamena	DS Péni (Nara)/ Mandoul
Viandes et poissons	11	DS Abéché/ Ouaddai	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Léré (Zabitchoubi)/ Mayo Kebbi- Ouest	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Moussoro/ Barh El Gazel	DS Ngouri (Bouroud ou/ Lac
		DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Kyabé (Baltoukou)/M oyen Chari					
Œufs	7	DS Faya/ Prov Borkou	Itou/ Ennedi-Est	DS Zouar/ Tibesti	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Kyabé (Baltoukou)/M oyen Chari	
Lait	8	Itou/ Ennedi-Est	DS Abéché/ Ouaddai	DS Kyabé (Baltoukou)/M oyen Chari	CS Goudji/ N'Djamena	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer-Lamis	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira
Fruits	9	DS Faya/ Prov Borkou	DS Zouar/ Tibesti	DS Abéché/ Ouaddai	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/M oyen Chari		
		DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.					
Légumes	6	DS Faya/ Prov Borkou	DS Zouar/ Tibesti	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/M oyen Chari	DS Moussoro/ Barh El Gazel		
Tubercules & racines	7	DS Moundou (Quartier15a ns)/ Logone Occ.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	CS Goudji/ N'Djamena	DS Moussoro/ Barh El Gazel	DS Kyabé (Baltoukou)/M oyen Chari	DS Léré (Zabitchoubi)/ Mayo Kebbi- Ouest	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	
		DS Abéché/ Ouaddai	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/M oyen Chari	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem	DS Moussoro/ Barh El Gazel	
Légumineuses	9	CS Goudji/ N'Djamena	DS Kyabé (Baltoukou)/M oyen Chari						
Céréales	4	DS Faya/ Prov Borkou	DS Zouar/ Tibesti	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Moussoro/ Barh El Gazel				
Beurre	2	Itou/ Ennedi-Est	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer-Lamis						
Soupe	2	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac						
Plumpy nut	1	DS Ngouri (Bouroudou / Lac							

Rapport de l'étude

N/A	3	Torbol/ Ennedi Ouest	DS Mongo (Amdakour)/G uéra	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha
-----	---	----------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Lors des FGD, seules les femmes de 10 localités ont déclaré préparer des repas spéciaux pour les enfants (figure 35). Il s'agit le plus souvent de bouilli, d'haricot et parfois des fruits. Dans les autres localités, les sensibilisations réalisées sur les bouillies enrichies ne peuvent pas être adoptées par les femmes.

Figure 35 : Capacité des FEFAs à donner des aliments spéciaux uniquement pour les enfants (FGD Femmes Nutrition)

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
---------	-------------------	----------------------------	----------------------------	--------	-----------

Réponses	Nombre de provinces où la réponse a été citée									
Repas spéciaux : lait et bouilli	3	DS Abéché/ Ouaddai	DS Mandelia (Djamalma) /Chari- Baguirmi	DS Kyabé (Baltoukou) /Moyen Chari						
Oui repas spéciaux mais pas de précision	2	DS Zouar/ Tibesti	CS Goudji/ N'Djamena							
Pour les petits enfants parfois on prépare plats spéciaux (bouilli, haricot)	3	DS Zouar/ Tibesti	DS Arada (Crécat)/ Wari-Fira	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est						
Oui parfois fruits et spaghettis	1	DS Péni (Nara)/ Mandoul								
S'il y a l'argent OUI (soupe de poisson frais, la soupe de viande avec (les pommes de terre, les carottes, les persils), les jus de fruits) SI NON nous mangeons le même repas.	1	DS Moundou (Quartier15 ans)/ Logone Occ.								
Même nourriture que les adultes, sauf enfants allaités (lait et bouilli)	1	Itou/ Ennedi-Est								
Même nourriture que les adultes	14	DS Faya/ Prov Borkou	DS Zouar/ Tibesti	DS Abéché/ Ouaddai	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Léré (Zabitchoub i)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Béré (Toukoulé)/Tan djlé		
		DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Mongo (Amdakour) /Guéra	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer-Lamis	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem	DS Moussoro/ Barh El Gazel	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac		
N/A	1	Torbol/ Ennedi Ouest								

Dans certains cas, les mères vont devoir interrompre leurs bonnes pratiques nutritionnelles à cause des contraintes financières, comme l'explique le chef de quartier 15 ans de Moundou (Logone Occidentale) : « Dans notre quartier ici, l'on a l'habitude de préparer la bouille mélangée avec le haricot et la patate douce qu'on donne aux enfants afin qu'ils puissent avoir de la force. Lorsqu'il n'y a pas d'argent pour acheter tout cela, l'on privilégie la bouille de mil rouge ».

Dans certains ménages, les repas spéciaux pour les enfants dépendent ainsi surtout des moyens de famille et de la disponibilité des denrées alimentaires.

Dans 14 localités, lors des FGD les femmes ont affirmé que les enfants mangent dans le même plat que les adultes faute de moyens. La bouillie et la boule restent encore des aliments essentiels pour combler la faim des enfants.

3.2.2.5 L'influence des facteurs socio-économiques au niveau des pratiques d'alimentation de diversification alimentaire des FEFAs

3.2.2.5.1 Nombre de repas par jour

Les résultats des FGDs Nutrition conduits avec les FEFAs montrent que ces dernières ont souvent un régime alimentaire insuffisant en quantité et très peu diversifié. L'étude permet de constater qu'il n'y a que 7 localités sur 23 où toutes les participantes ont déclaré mangé au moins 3 repas par jour (figure 36). Dans les autres localités, le nombre de repas consommé dans la journée par les femmes varie en fonction des capacités financières ou de la présence ou non des hommes dans le ménage. Dans le cas de 3 localités, les femmes ont déclaré ne consommer habituellement qu'un repas par jour.

Figure 36 : Nombre de repas que prennent les femmes par jour

Légende		Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu		
Réponses	Nbre de sites où la réponse a été citée	DS Faya/ Prov Borkou						
7 fois	1							
3 fois	7	DS Faya/ Prov Borkou	DS Zouar/ Tibesti	DS Abéché/ Ouaddai	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Mongo (Amdakour)/Guér a	CS Goudji/ N'Djamena a	DS Bokoro (Zarafa) / Hadjer- Lamis
3 fois mais 2 fois (si hommes absents)	1	DS Abdi (Ngoro)/ Sila						
2 à 3 fois en fonction circonstances/moyens financiers	4	DS Arada (Crégat)/ Wari-Fira	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem	DS Ngouri (Bouroudou / Lac			
2 fois	3	Itou/ Ennedi-Est	DS Mandelia (Djamalma)/Chari- Baguirmi	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha				
1 à 3 fois	1	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est						
1 fois	3	DS Moundou (Quartier 15ans)/ Logone Occ.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/Moye n Chari				
Le nombre de repas varie en fonction de la capacité du ménage	1	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé						
NSP	2	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Moussoro/ Barh El Gazel					
N/A	1	Torbol/ Ennedi Ouest						

3.2.2.5.2 La vulnérabilité économique se traduit par une faible diversité alimentaire des ménages

Le manque d'argent ne permet pas à de nombreuses FEFAs d'acheter des aliments nutritifs, vitaminés et variés (fruits et légumes, viande, poisson et haricot) pour enrichir leur régime alimentaire. Ces produits sont jugés inaccessible car trop chers. Des efforts sont fait pour leur « *permettre de manger des haricots autant que possible* » (chef coutumier de Békan 1 & 2 (Logone Oriental)) mais comme l'explique la matrone du quartier 15 ans de Moundou Logone Occidental) :

« Pour la femme enceinte, les seuls aliments spécifiques considérés comme bénéfiques qui sont donnés sont le thé, la boule, bref ce qu'on trouve seulement. Pour les femmes allaitantes : elles mangent tout ce qu'elles trouvent, par ce que quand on n'a rien on ne refuse rien »

Rapport de l'étude

Il y a ainsi, très peu de variation des aliments et cette situation est même plus compliquée pendant les périodes de difficultés pour obtenir de la nourriture (soudure, sécheresse, crise économique). En effet, pendant ces périodes, les familles, en plus de restreindre le nombre de repas, sont forcés à prioriser les aliments à se procurer. Pour 15 des 23 communautés, l'important est d'avoir accès aux produits permettant de préparer la boule et de la sauce pour l'accompagnée (souvent au gombo) (figure 37 et tableau 32). Dans 4 autres localités se sont plutôt les haricots, l'arachide ou les tubercules sauvages qui sont priorisés. Les fruits, légumes ou encore la viande ou le poisson deviennent trop onéreux pour s'en offrir.

Figure 37 : Pendant les périodes de difficultés (sécheresse, financière) quels sont les aliments à prioriser (FGD SAME/WASH Hommes)

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu					
Priorisation des aliments pendant les périodes de difficultés	Nbre de sites où la réponse a été citée	15	DS Faya/Prov Borkou	DS Abéché (Amrie)/Ouaddaï	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Arada (Créga t)/Wadi-Fira	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Bonghor/Mayo-Kebbi-Est	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé
			DS Moundou (Quartier15ans) / Logone Occ.	DS Goré (camp Bekan) / Logone Or.	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Péni (Nara)/Mandoul	DS Amdo back (Kelep) / Kanem	DS Ngouri (Bouroudou/Lac)	DS Moussoro/Barh El Gazel	
		4	DS Mongo (Delep/Amdoukouur)/Guéra	DS Bokoro (N'Gourara-Zarafa)/Hadjer-Lamis	Oum-Hadjer (Djezire Tama)/Batha	CS Goudji/N'Djamena				
			1	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi						
		1	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé							
		3	DS Kaoura (Itou)/Ennedi-Est	DS Zouar/Tibesti	Torbol/Ennedi Ouest					

Tableau 32 : Pendant les périodes de difficultés (sécheresse, financière) quels sont les aliments à prioriser (FGD SAME/WASH Femmes)

Priorisation des aliments pendant les périodes de difficultés	Nbre de sites où la réponse a été citée
Légumes (haricots, gombos) et feuilles (courge, gombo, moukié)	14
Céréales (blé ; mil, sorgho, maïs, riz)	12
Boule/bouillie	3
Sucre	3

Rapport de l'étude

Viande	2
Viande séchée (charmoute)	2
Poisson	1
Spaghetti	1
Huile	1
Lait	1
Fleurs de Kapokier (Gandrain)	1
Tubercule (patate)	1
Rien	3

3.2.2.5.3 Les formes de partages inéquitables de la nourriture au sein de certaines familles polygames

Les FEFAs ont ainsi une alimentation mal équilibrée et riche et même souvent insuffisante en quantité à cause de la précarité financière dans laquelle se trouve le ménage. Lorsque la nourriture manque, les mères peuvent aussi prioriser leurs enfants, et se sacrifier, afin de consommer le peu de nourriture qu'il reste.

Dans le cas des familles polygames, le système de partage alimentaire au sein du ménage peut rendre difficile la situation de certaines mères lorsque ce dernier ne tient pas compte du nombre de d'enfant à nourrir. En effet, dans 10 localités sur 23 (figure 38), le partage à égalité en quantité alimentaire entre les femmes quel que soit le nombre d'enfant par femme peut défavoriser celles qui ont le plus d'enfants. Par ailleurs, dans certains ménages, la 1^{ère} femme peut recevoir beaucoup plus de nourriture que les autres ou avoir la distribution de la nourriture. A Nara (Péni), les femmes ont déclaré que les maris partagent la quantité de nourriture en fonction de leur comportement. Des conflits entre co épouses ou entre le mari et une de ses femmes peuvent ainsi avoir des conséquences dans le partage alimentaire au détriment de certaines et de leurs enfants.

Figure 38 : Forme de partage dans un foyer polygame au sein du ménage par localité

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu	
Réponses	Nombre de sites où la réponse a été citée	DS Faya/Prov Borkou	Itou/Ennedi-Est	DS Abéché/Ouaddai	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Arada (Crégat)/Wadi-Fira
		DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	CS Goudji/N'Djamena	DS Bokoro (Zarafa)/Hadjer-Lamis	DS Amdoback (Kelep)/Kanem	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac
Partage alimentaire est équitable entre le foyer polygame, mais dans mon cas celle qui a le plus d'enfant reçoit plus que celle qui n'a pas.	10	DS Faya/Prov Borkou	DS Abéché/Ouaddai	DS Zouar/Tibesti	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Abdi (Ngoro)/Sila
		DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Mongo (Amdakour)/Guérou	Oum-Hadjer (Marade)/Batha
C'est chef ménage gère le partage alimentaire	4	DS Bonghor/Mayo-Kebbi Est	DS Goré (camp Bekan) / Logone Or.	DS Péni (Nara)/Mandoul	DS Moussoro/Barb El Gazel	
Foyer dans lequel la 1ère femme prend beaucoup plus	1	Itou/Ennedi-Est				
Foyer dans lequel la 1ère femme qui partage avec les autres	1	DS Moundou (Quartier15ans) / Logone Occ.				
Hommes qui partagent aux épouses la nourriture selon leur comportement.	1	DS Péni (Nara)/Mandoul				
Cela dépend de la compréhension dans le foyer. Quand il y a une bonne compréhension le mari garde le stock dans un seul endroit et la cuisine se fait par tour	1	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari				

Rapport de l'étude

de rôle entre les femmes. Dans le cas contraire un partage égal des denrées alimentaires s'impose peu importe le rang de la femme ou le nombre d'enfants qu'elle a		
N/A	1	Torbol/ Ennedi Ouest

3.2.2.6 L'influence des facteurs socio-économiques au niveau des pratiques de santé de l'enfant

3.2.2.6.1 Coût et fréquentation des CS

L'incapacité à payer les frais de transports ou le coût du traitement a souvent été présenté comme une barrière qui conduit de nombreux Tchadiens à ne pas amener leurs enfants au centre de santé ou les y conduire quand la situation devient trop critique ou seulement lorsqu'ils ont réussi à obtenir assez d'argent pour faire face aux différents frais. Une mère d'un enfant SNI interrogée dans le village de Kelep (Kanem) a ainsi attendu « **2 mois après avoir su que son enfant souffrait de la malnutrition pour l'emmener au CS** » et c'est uniquement lorsqu'elle a reçu un peu d'argent envoyé par son mari qu'elle a pu y aller.

Les faibles moyens financiers et productions agricoles à disposition des Tchadiens les conduisent souvent à choisir des traitements alternatifs (aux plantes, tradipraticiens, marabouts), bien que souvent jugés moins efficaces, car ils sont moins onéreux voire gratuits (tableau 33).

Tableau 33 : Synthèse des réponses par choix thérapeutique (Hommes et Femmes)

CS/ Hôpital	Remèdes avec des plantes	Recours à un tradithérapeute	Recours à un marabout	Docteur Chokou
Le coût de remède CS est élevé même s'il est jugé efficace	Le coût des remèdes avec des plantes est faible	Chez les tradipraticiens, le traitement est jugé souvent moins cher au CS et il peut se faire dans le village	Chez les marabouts, le traitement est jugé souvent moins cher au CS et il peut se faire dans le village	Le coût est moins cher avec les marchant ambulants ou au marché qu'en pharmacie. Pour certains les médicaments des docteurs chokous sont perçus comme aussi efficaces que ceux de la pharmacie.
Le coût pour se rendre au CS comprend celui du trajet, de la consultation, et des médicaments/de l'ordonnance	Son coût est même gratuit car il suffit de collecter les plantes en brousse pour les FEFA interrogées lors de FGD dans 5 communautés (quartier Amrié d'Abéché/Ouaddai, village Ngoro/Sila, village Crégat/Wadi-Fira, village Djamalma/Chari-Baguirmi et quartier Mailo de Bonghor/Mayo-Bebbi-Est)	Le coût varie selon le lien et la relation du patient avec le tradipraticien	Les communautés disent avoir confiance en leurs traitements	Pour les villages enclavés et distant du CS, c'est une solution privilégiée (frais transport économisés)

Rapport de l'étude

Le coût du remède dépend du traitement et varie en fonction de la maladie. Le coût serait entre 3000f-12000f (village Toukoulé/Tandjilé) ou encore de 5 à 35 000f à Moundou/Logone Occidental)		Certains préfèrent recourir à leurs services pour respecter les pratiques traditionnelles	Certains préfèrent recourir à leurs services pour respecter les pratiques traditionnelles	La communauté n'a pas toujours conscience que ce ne sont pas de vrais agents de santé et que leurs produits peuvent être dangereux
On dépense généralement 1500 à 2000f au centre de santé. Moi quand je viens au centre de santé, je dépense 5000f (camp Bekan/Logone Oriental)		Recommandé/imposé par grand-mère ou voisin, mari ou mère	Recommandé/imposé par grand-mère ou voisin, mari ou mère	
Le coût du remède dépend de la maladie. Cela peut être 1000f ou 5000f (village Djamalma/Chari-Baguirmi)			Remèdes et fonctions très variés. Cela peut être que des prières. Il peut aussi faire office de radiothérapeute en même temps	
Si c'est au CS les soins gratuits avec alerte santé mais payant à l'hôpital à un cout exorbitant (Ngouri/Lac)			Chuchuya village Djamalma (Chari-Baguirmi) « le travail de marabout c'était gratuit et au centre de santé ont dépensé 3000 FCFA »	
Ça dépend de l'état de/gravité la maladie varie de 5 à 10 000 FCFA (village Zabitchoubi/Mayo-Kebbi Ouest) de 10 000 FCFA et plus (FGD Hommes village Crégat/Wadi-Fira)				
Lorsqu'il n'y a de programme de PECMA (Zouar/Tibesti) ou que le CS n'est pas fonctionnel, les communautés doivent se replier sur les autres alternatives thérapeutiques				

Le manque de ressource financière des femmes est un frein pour emmener les enfants au CS. Lors des FGD Santé, les FEFAs de 7 localités (village Ligné (Salamat), village Zabitchoubi (Mayo-Kebbi Ouest), quartier 15 ans de Moundou (Logone Occidental), village Marade (Batha), quartier Goudji (Ndamena), village Zarafa (Hadjer-Lamis), village Kelep (Kanem) ont déclaré que c'est le père qui doit prendre en charge le coût des frais de santé. En cas d'absence, un autre homme de la famille ou la mère, si elle a un peu d'argent, va prendre cette responsabilité. Les FEFA ont ainsi vendu certaines ressources (arachide ou un animal) ou s'endetter ou « **mettre en gage certains de leurs ustensiles** » (FGD FEFA, village Nara (Mandoul) pour payer les médicaments pour son enfant.

Les FEFAS de 4 localités (village Ngoro (Sila), village Zabitchoubi (Mayo-Kebbi Ouest), Békan 1 & 2 (Logone Oriental), village Amdakour (Hadjer-Lamis)) ont déclaré que les femmes de leur communauté choisissent le lieu d'accouchement en fonction des moyens financiers de leur ménages. Très souvent faute d'argent et de moyen de transport, elles font le choix d'accoucher chez elle car l'hôpital est pour elles trop cher alors que l'accouchement à domicile est gratuit. Le coût du transport pour se rendre au CS n'est pas négligeable (figure 39). Il peut s'élever à 1 500 fcfa en chariot en saison sèche pour le village Ligné (Salamat) et 3 500 fcfa en saison des pluies. A camp Békan 1 & 2 (Logone Oriental), le trajet en moto coûte 500 fcfa si la personne habite Békan centre mais le coût peut s'élever à 1 500 à 2 000 fcfa si elle habite un village environnement. Dans le cas du village Ngoro (Sila), les femmes peuvent se rendre au CS à dos d'âne mais en cas de complication, elles peuvent être référées à l'hôpital d'Abdi est là le déplacement coûte de 5 à 10 000 fcfa voire 20 000 fcfa pendant la saison des pluies.

Figure 39 : Coût pour se rendre de leur logement au CS pour les FEFAs ayant participé aux FGD Santé

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
Réponses	Sites où cela a été cité				
On y va à dos d'âne mais si référé à l'hôpital d'ABDI, le déplacement coûte cher ; le coût varie de 5000 à 10000F voire même 20000 pendant la saison de pluies	DS Abdi (Ngoro)/Sila				
5000 à 15000f	DS Moussoro/ Barh El Gazel				
5000	Oum-Hadjer (Marade)/ Batha				
3500 f avec chariot (mais trop fatigant pour femme à terme avec les secousses)	DS Arada (Crécat)/ Wari-Fira				
Saison sèche (1500 en chariot) saison pluie 3500 f	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamata				
500f (moto) si habite Békane centre 1500/2000f si village environnant	DS Goré (camp Békane) / Logone Or. (rupture CS)				
2000	CS Goudji/ N'Djamena				
200 à 2000 selon où habitent les femmes par rapport au CS	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari				
1500 f (moto taxi)	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi				
1000f	DS Bokoro (Zarafa)/ Hadjer-Lamis				
1000f/personne	DS Mongo (Amdakour)/Guéra				
1000 f A/R	DS Faya/ Prov borkou				
1000 f A/R gratuit à pied	DS Zouar/ Tibesti				
500 (moto taxi) gratuit à pied	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé				
150/200 le jour 500 la nuit	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est				
200-250 f (moto taxi) se faire déposer par proche (gratuit)	DS Moundou (Quartier 15ans)/ Logone Occ.				
200f	DS Péni (Nara)/ Mandoul				
Gratuit à âne	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem				
Gratuit (à pied)	Itou/ Ennedi-Est				
Non fonctionnel	Torbol/ Ennedi Ouest (CS non opérationnel, doit aller à kalaïd)				
					DS Ngouri (Bouroudou)/ Lac
					DS Abeché/ Ouaddai
					DS Léré (Zabitchoubi/ Mayo Kebbi-Ouest)

La matrone du village de Balkoutou (Moyen-Chari) confirme quant à elle que les FEFAs du village « **viennent chez moi car elles trouvent que c'est moins cher, et pour d'autres parce qu'elles n'ont pas d'argent pour aller au centre de santé, d'autre encore quand le travail d'accouchement commence ça vient aussitôt donc je viens les soutenir vite fait.** »

L'agent de santé du CS de Baltoubaye (Moyen-Chari) souligne quant à lui que le facteur économique est important dans le choix du lieu d'accouchement des femmes qui vivent loin de CS. Ainsi, il déclare « **Dans les zones B (7-15km du CS), hors zone (plus de 15km du CS), elles viennent vers nous qu'en cas de complications parce qu'elles sont manquées des moyens financiers et des moyens de déplacement.** ». Si certaines se rendent quand même au centre de santé, c'est souvent en s'endettant.

La faible ou non fréquentation de la CPN des FEFAs est souvent expliquée par le manque de moyen financier ou l'indisponibilité de mari au foyer. L'agent de santé du CS de Delep (Guéra) explique ainsi que « **depuis un an, les femmes viennent plus régulièrement au CS et donc aux CPN. Toutefois, certaines ne viennent pas car les maris ne donnent pas d'argent.** ». La RCS leur conseille de « **vendre leur arachide et de ne pas attendre après bon vouloir de leur mari.** ». L'agent de santé du CS de Moussoro urbain 1 (Barh El Gazel) fait une constatation intéressante : « **En milieu urbain, il n'y a pas de grandes barrières. Par contre, en milieu rural, c'est généralement les problèmes financiers qui**

bloquent l'utilisation/l'accès au CS pour les femmes enceintes du village ». La distance du CS et les moyens financiers disponibles des ménages ont ainsi un important impact sur les pratiques de santé des FEFAs et leurs parcours thérapeutiques.

3.2.2.7 L'influence des facteurs socio-économiques au niveau des pratiques de santé de reproduction

Lors des FGD santé, la persistance des grossesses précoces dans les communautés a été expliquée par « **l'exode vers les grandes villes des jeunes filles pour trouver un emploi rémunéré. Quand elles partent seules, elles tombent souvent enceinte et reviennent accoucher au village chez les parents** » (FGD homme et femmes du village Nara (Mandoul)). Par ailleurs lors des FGD réalisés avec les hommes du quartier 15 ans de Moundou (Logone occidentale), à Békan 1 & 2 (Logone Oriental), village Nara (Mandoul), village Balkoutou (Moyen-Chari) et du village Bouroudou (Lac), ainsi que le FGD avec les FEFAs de Békan 1 & 2 (Logone Oriental), les participants ont souligné le rôle de la pauvreté des parents qui les poussent à marier les filles très jeunes pour se débarrasser de la charge financière qui pèse sur eux.

3.2.2.8 L'influence des facteurs socio-économiques au niveau des pratiques d'hygiènes

3.2.2.8.1 L'influence des facteurs socio-économiques sur les pratiques de lavage des mains avec du savon

Les difficultés financières que connaissent les populations font qu'un certain nombre de dispositifs pour faciliter la mise en place de bonnes pratiques d'hygiènes ne sont pas disponibles dans les ménages. L'étude MICS 2019 indique par exemple que seuls 37,7% des ménages du pays ont un lieu de lavage des mains où l'eau, le savon ou un détergent sont présents. Par ailleurs, l'étude révèle que 8 provinces ont moins de 30% des ménages où l'eau, le savon ou un détergent sont présents (tableau 34). Seuls 3 provinces (N'Djamena, Barh El Gazel, Hadjer-Lamis) ont plus de la moitié de leur population qui a un lieu de lavage des mains où l'eau, le savon ou un détergent sont présents.

Tableau 34 : Pourcentage des ménages qui ont un lieu de lavage des mains où l'eau, le savon ou un détergent sont présents (MICS 2019)

Prévalence	Provinces	Effectif
[10 à 19,9 %]	Tandjilé, Logone Oriental,	2
[20 à 29,9 %]	Batha, Ennedi-Est, Wadi-Fira, Salamat, Sila, Logone Occidentale,	6
[30 à 39,9 %]	Ennedi-Ouest, Lac, Chari-Baguirmi, Mayo-Kebbi Ouest,	4
[40 à 49,9 %]	Mandoul, Ouaddai, Guera, Kanem, Mayo-Kebbi Est, Moyen-Chari,	6
[50 à 59,9 %]	N'Djamena, Barh El Gazel,	2
[60 à 69 %]	Hadjer-Lamis,	1
Pas de données valides	Tibesti, Borkou,	2

Le manque de moyens financiers a souvent aussi évoqué dans la présente étude comme un frein à l'adoption de bonnes pratiques nutritionnelles liées à l'hygiène. Les FGD ont aussi permis de constater que seuls les participants de 12 localités disposaient tous d'un savon dans leur ménage (figure 40).

Figure 40 : Présence d'un savon dans le ménage (FGD Hommes SAME/WASH) ?

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
---------	-------------------	----------------------------	----------------------------	--------	-----------

Réponses	Nbre de sites où la réponse a été citée						
Oui	12	DS Zouar/ Tibesti	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Moundou (Quartier15ans)/ Logone Occ.	CS Goudji/ N'Djamena	Oum- Hadjer (Djezire Tama)/ Batha
		DS Bokoro (N'Goura- Zarafa)/ Hadjer- Lamis	DS Mongo (Delep/Amdoukour)/Guéra	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem	DS Moussoro/ Barh El Gazel	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac	DS Faya/ Prov Borkou
Pas dans tous les ménages	4	DS Abéché (Amrie)/ Ouaddai	DS Goré (camp Bekan)/ Logone Or.	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari		
Pas fréquemment, Pas toujours	4	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira	DS Mandelia (Djamalma)/Chari- Baguirmi		
Non	2	Torbol/ Ennedi Ouest	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest				
Pas de réponse	1	DS Kaoura (Itou)/ Ennedi-Est					

Par ailleurs, lors des FGD réalisés avec les hommes (figure 41), seules 5 localités sur 23 ont affirmé utiliser du savon lorsqu'ils se lavent les mains. Les autres ont parfois évoqué la difficulté pour acheter du savon. Certains réservant son utilisation pour la lessive ou la vaisselle seulement. D'autres détergents qui pourraient aussi servir d'alternatif au savon comme l'OMO ou l'eau de javel sont jugés aussi inaccessibles pour les finances de plusieurs ménages.

Figure 41 : Utilisation du savon pour se laver les mains ? (FGD Hommes SAME/WASH)

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
---------	-------------------	----------------------------	----------------------------	--------	-----------

Rapport de l'étude

Réponses	Nbre de sites où la réponse a été citée								
Oui	5	DS Zouar/ Tibesti	DS Mandelia (Djamalma)/ Chari-Baguirmi	DS Bonghor/ Mayo-Kebbi Est	DS Béré (Toukoulé)/Tandji lé	DS Goré (camp Began)/ Logone Or.			
Oui en cas de disponibilité	2	DS Abéché (Amrie)/ Ouaddai	DS Ngouri (Bouroudou/ Lac						
Varie selon les individus	1	DS Kyabé (Baltoukou)/Moy en Chari							
Rarement	3	DS Péni (Nara)/ Mandoul	DS Kyabé (Baltoukou)/Moy en Chari	DS Amdoback (Kelep)/ Kanem					
Non	5	DS Abdi (Ngoro)/ Sila	Torbol/ Ennedi Ouest	DS Aboudeai (Ligné)/ Salamat	CS Goudji/ N'Djamena	Oum-Hadjer (Djezire Tama) / Batha			
Pas précisé	1	DS Faya/ Prov Borkou							
Pas de réponse	7	DS Kaoura (Itou)/ Ennedi-Est	DS Arada (Crégat)/ Wadi-Fira	DS Léré (Zabitchoubi)/Ma yo Kebbi-Ouest	DS Moundou (Quartier15ans) / Logone Occ.	DS Mongo (Delep/Amdoukour)/Gu éra	DS Bokoro (N'Goura -Zarafa)/ Hadjer- Lamis	DS Moussoro / Barh El Gazel	

3.2.2.8.2 L'influence des facteurs socio-économiques sur l'usage des latrines

Par ailleurs, les réponses lors des FGD SAME WASH Femmes indiquent que les ménages qui ont accès aux latrines les utilisent et que ceux qui n'y ont pas accès c'est principalement dû à un problème d'argent. Le coût de construction des latrines demeure trop important pour eux, s'ils n'obtiennent pas le soutien d'un partenaire. Toutefois, la présence de latrines dans un ménage ne veut pas pour autant dire qu'elles soient suffisante pour répondre aux besoins de tous les membres de la famille. Dans le cas d'une famille trop nombreuse, certains membres de la famille continuent à faire leur besoin en pleine air (figure 42). Le manque d'entretien (saleté, odeur, insecte), faute de moyen pour acheter les produits d'entretien ou par manque de volonté, est aussi une raison qui peut expliquer le manque d'utilisation des latrines dans certains cas.

Figure 42 : Présence de latrines dans les localités

Réponses	Nombre de sites où cela a été cité										
Oui	6	DS Faya/Prov Borkou	DS Zouar/Tibesti	DS Léré (Zabitchoubi/Mayo Kebbi-Ouest)	DS Moundou (Quartier 15ans)/Logone Occ.	DS Mongo (Amdakour)/Gouera + (prières marabout)	CS Goudji/N Djama				
Majorité Oui	1	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari									
Pas tout le monde	8	DS Abéché/Ouadai	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Arada (Crégat)/Wari-Fira (+imam)	DS Mandela (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Bonghor/mayo-Kebbi Est	DS Goré (camp Bekan)/Logone Or. (rupture CS)	DS Péni (Nara)/Mandoul	DS Moussoro/Barh El Gazel		
Non	8	Itou/ennedi-Est	Torbol/Ennedi Ouest	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	Oum-Hadjer (Marade)/Batha	DS Bokoro (Zarafa)/hadjer-Lamis	DS Amdoback (Kelep)/Kane	DS Ngouri (Bouroudou)/Lac		

3.2.2.9 Barrières socio-économiques liées aux moyens d'existences

Quatre catégories de barrières socio-économiques (celles liées aux moyens d'existence, celles liées au coût des produits et des services, celles liées aux dysfonctionnements des CS et celles liées au manque de motivations économiques accordées aux relais communautaires).

3.2.2.9.1 Barrières économiques liées aux moyens d'existences

Concernant les barrières économiques liées aux moyens d'existences, celle qui relève du manque de moyens financiers (et de la pauvreté) est perçue dans toutes les communautés étudiées, aussi bien chez les femmes et les hommes, comme le principal obstacle à l'adoption de bonnes pratiques nutritionnelles par les Tchadiens.

Le faible niveau de revenus des ménages ne permet pas de répondre aux besoins de la famille. Il empêche les familles d'avoir accès à tous les aliments nutritifs (bouillie enrichie, arachides, soupe de viande et du poisson, les fruits et les légumes ; farine enrichie, haricot, boule, beurre, œuf, céréales, pommes de terre). Cette barrière contribue à détourner certaines personnes des structures sanitaires à cause du coût de transport (dû à la distance du CS ou à l'enclavement du village), à celui de la consultation et des médicaments. Certains maris refusent systématiquement que sa femme se rendent au CS (en cas de maladie, pour accoucher ou encore pour la CPN) de peur de devoir dépenser de l'argent. L'insuffisance des moyens financiers ne permettra aux FEFA de suivre les instructions données aux CS car elles n'ont pas les moyens d'acheter les médicaments prescrits. C'est incontestablement un facteur déterminant qui poussent certains membres des communautés étudiées à choisir des traitements alternatifs moins coûteux (plantes, automédication, tradipraticien, marabout), même si ces personnes sont conscientes que le traitement sera moins efficace que celui des structures de santé. La pauvreté dans laquelle se trouve les ménages peut rendre difficile l'achat d'engrais et de pesticides. Cette situation peut nuire au rendement agricole ou pour vacciner les animaux. Tous ces éléments constituent des barrières pour l'accès à ces aliments ou à des moyens financiers grâce à leur revente. Le faible niveau de revenu et de production en stock est à l'origine d'une extrême vulnérabilité de la population lorsqu'un éventuel imprévu survient. C'est que nous a rapporté le RCS du CS de Moussoro urbain 1 (Barh El Gazel) :

« Et s'il arrive un évènement joyeux ou malheureux obligeant le père de famille à faire de dépenses imprévues, la sous-nutrition va frapper le ménage concerné durant toute l'année. C'est ça, un frein socioéconomique à notre communauté plus vulnérable »

Les ménages se retrouvent alors obligés de vendre une partie de leur maigre réserve de production agricole ou un animal (s'ils en ont un), à s'endetter, emprunter, espérer un don ou réduire au maximum la consommation des aliments en stock pour tenir jusqu'à la prochaine récolte. Dans ces conditions, il est très difficile pour les FEFA de fournir une alimentation nutritive riche et diversifiée à leurs enfants.

Les mauvais rendements de leurs productions agricoles (manque de précipitation, sécheresse, sol peu fertile, ravage des cultures par les animaux des éleveurs, les attaques de nuisibles, maladies affectant les troupeaux, etc.) ne font qu'empirer cette précarité. La difficulté de trouver un emploi rémunéré conduit, dans certaines provinces, les hommes à migrer afin de gagner de l'argent et aider ainsi son ménage. Pendant que les hommes sont en aventure, les femmes doivent se débrouiller pour assurer, seule, la survie de sa famille. Il est ainsi très difficile pour ces femmes d'appliquer les conseils reçus au centre de santé ou lors des sensibilisations qui ont lieu dans la communauté. L'urgence étant la survie et de trouver de quoi manger ne serait-ce qu'un repas, elles ne sont pas en mesure d'offrir à ses enfants une bonne alimentation ou encore un traitement au centre de santé, si ces derniers sont trop coûteux.

L'épidémie du Covid a encore compliqué la vie des communautés en 2020 et 2021. Cette maladie a empêché les paysans de travailler en groupe et a entraîné l'affaiblissement de la production. L'accessibilité et la disponibilité des produits alimentaires ont aussi été perturbées pour certains ménages. Cette maladie a bloqué toutes les activités au point que les commerçants ne pouvaient plus effectuer des déplacements pour importer les produits. La population ne pouvait plus sortir pour s'approvisionner en produits alimentaires. Cela n'a pas dû être sans conséquence sur l'état nutritionnel des FEFA et des enfants de moins de 5 ans.

3.2.2.9.2 Barrières économiques liées au coût des produits et des services qui limitent les bonnes pratiques nutritionnelles

La cherté de la vie est une barrière qui peut empêcher la communauté d'avoir accès à des produits pourtant indispensables pour leur santé. Les femmes justifient ainsi souvent leurs difficultés à respecter les bonnes pratiques d'hygiène par leur manque de moyens pour acheter du savon ou de la javel. L'achat du savon est si difficile que certaines vont préférer réserver son utilisation au lavage des vêtements ou de la vaisselle que pour l'usage corporelle. L'inflation des prix des denrées alimentaires peut aussi aggraver la situation nutritionnelle des ménages qui ne peuvent plus accéder à certains aliments qui sont pourtant essentiel dans leur régime alimentaire. C'est ce qu'explique un représentant local du quartier de Mailo (Mayo-Kebbi Est).

« Pour cette année on peut parler d'une insuffisance de répartition des pluies ayant affecté la récolte. Cette situation a entraîné la cherté des denrées alimentaires. A titre illustratif, avant le Coro de Sorgho rouge coutait 300f mais maintenant il faut déboursier 600F pour l'avoir, le riz coutait avant à 1100F, donc tout est cher au point où certains ménages ne peuvent pas s'en procurer des produits alimentaires. » Représentant local du quartier Mailo (Mayo-Kebbi Est)

Le coût du transport peut aussi décourager les femmes régulièrement au CS. Elles vont aller, en cas d'urgence, une fois au CS pour vérifier leur état de santé. Mais faute de moyens financiers, elles ne peuvent se permettre de payer un moyen de transport pour plusieurs fois et doivent sacrifier le suivi médical pour ne pas épuiser d'avantage leurs maigres ressources.

La non prise en charge gratuite de la malnutrition dans certains centres de santé peut constituer demeure encore un réel problème au Tchad. Dans le cadre de cette étude, 8 CS ne prennent pas en charge gratuitement la malnutrition ((CS Itou (Ennedi-Est), CS Torbol (Ennedi-Ouest), CS Jerico Etena (Chari-Barguirmi), CS Berliang (Mayo-kebbi Ouest), CS Delbian (Tandjilé), CS Nara (Mandoul), CS Baltoubaye (Moyen-Chari) et CS DELEP (Guéra)). Dans certains CS, la prise en charge de la malnutrition n'est pas possible car le personnel n'a pas été formé (CS Berliang (Mayo-kebbi Ouest)). D'autres ne sont ouvert que depuis à peine un an et ne dispose pas pour l'instant d'un nombre de personnels suffisant pour assurer une bonne prise en charge des enfants ((CS DELEP (Guéra)). Enfin, il est aussi très difficile pour des centres de santé communautaires de proposer ce programme pour des raisons de rentabilités, comme l'explique le RCS du CS de Nara (Mandoul) :

« Le centre ne prend pas en charge la malnutrition et les maladies qui y sont liées. Notre centre de santé est un centre communautaire et prendre gratuitement en charge certaines maladies ne

va pas permettre son bon fonctionnement. Le programme de la malnutrition lui-même est suspendu depuis quelques années au niveau de Békamba faute de financement. »

Il n'est pas évident pour de prendre en charge le coût de transport pour une autre structure de santé. Certains peuvent être totalement découragé par cette barrière et chercher de l'aide auprès de marabouts ou tradipraticiens au sein de la communauté. Certains se contentent de prier et s'en remettent à Dieu.

Le coût de construction de latrines est souvent trop important sans l'aide de partenaires. Ces ménages sont condamnés à la défécation en plein air ou profiter les latrines de membres de leur famille ou de voisins. Les pratiques d'hygiène et d'assainissement sont ainsi très difficiles à respecter pour les familles pauvres pour qui l'hygiène est secondaire par rapport à la faim.

3.2.2.9.3 Barrières économiques liées aux dysfonctionnements des CS

La non-fonctionnalité de certains centres de santé laisse les populations totalement démunies comme l'explique une grand-mère rencontrée dans un village situé à plus de 20 km du CS de Torbol (Ennedi-Ouest) :

:

« Le centre de santé ne fonctionne pas, y'a même pas des agents sanitaires, on a les accoucheuses dans la localité c'est elles qui font accoucher les femmes, y'a pas aussi la prise en charge de la malnutrition. Bref ce CS n'a pas amélioré quelque chose dans la santé des enfants », Grand-mère, village à plus de 20 km de Torbol, Ennedi-Ouest.

Dans les localités où il n'y a pas de CS ou lorsque la structure de santé n'est pas fonctionnelle, la population a tendance à recourir aux seuls traitements thérapeutiques disponibles au sein de la communauté (plante, automédication, tradipraticiens ou marabouts). Mais dans le cas des communautés enclavées, surtout celles situées dans le BET, plusieurs de ces traitements traditionnels (marabouts, tradipraticiens) ne sont pas disponibles. Ces populations n'ont alors presque plus aucune alternative à part prier.

Les ruptures de médicaments/intrants dans les structures sanitaires constitue un autre exemple de barrière liée aux dysfonctionnements au centre de santé. Plusieurs agents de santé ont confirmé qu'il y avait très fréquemment des ruptures à cause des routes et en saison des pluies. Les ruptures ont ainsi duré un mois au CS de Kangara Kouara (Kanem). Le retard de la livraison des intrants destinés aux enfants en cours de traitement contre la malnutrition provoque des rechutes chronique chez les enfants. Dans certains cas, comme pour le CS de Ngouri (Lac), le retrait d'un partenaire suite à la fin du programme d'accompagnement est à l'origine de la détérioration des livraisons et a dégradé les conditions de prise en charge et traitement des enfants malnutris. Dans ces conditions les agents de santé sont impuissant et ne peuvent que faire une prescription comme l'explique l'agent de santé du CS de Berieng (Mayo-Kebbi Ouest) :

« Nous n'en recevons pas. Nous pouvons en prescrire mais les patients doivent en acheter au marché. Par exemple, j'ai fait une ordonnance pour le Plumpy Nut et ils l'achètent au marché pour 150/200 FCFA. »

Les ruptures de médicaments et d'intrants peuvent ainsi contraindre les parents à acheter eux même les médicaments ou le PPN. Cela risque de condamner les enfants des ménages qui sont dans une situation financière trop précaire pour les acheter et soigner leur enfant.

3.2.2.10 Facilitateurs d'ordre socio-économique de bonnes pratiques nutritionnelles

Quatre grandes catégories facilitateurs d'ordre socio-économiques (celles liées aux moyens financiers et de résiliences, celles que l'on retrouve au niveau de la structure de santé, celles que l'on retrouve au niveau de la communauté et celles que l'on retrouve au niveau de la famille) favorisent l'adoption par les Tchadiens des bonnes pratiques nutritionnelles.

3.2.2.10.1 Les facilités d'ordre socio-économiques liées aux moyens financiers et de résilience

Au niveau des facilitateurs liés aux moyens financiers et de résilience, la disponibilité de moyens financiers est perçue par les personnes enquêtées comme primordiale pour pouvoir appliquer les bonnes pratiques nutritionnelles. Cette perception s'appuie sur l'idée que l'argent permet de dépasser toutes les barrières en permettant aux femmes de bien nourrir leurs enfants et de veiller sur leur sécurité et sur l'hygiène des enfants, en construisant par exemple des latrines ou en achetant du savon ou de la javel. La disposition de moyens financier peut leur permettre de dépasser la barrière du coût de transport pour se rendre au centre de santé et de payer les frais de consultation et d'achat de médicaments. La disponibilité en moyens financiers éloigne les craintes que le ménage puisse manquer de nourriture. Dès lors, le souci principal des mères n'est plus d'assurer la sécurité alimentaire mais la diversité alimentaire. La mère peut alors varier la nourriture, en achetant des fruits, légumes, viande ou encore du poisson. Cette vision idyllique peut s'expliquer par le fait que les femmes interrogées sont issues de ménages très pauvres. Il leur est inconcevable qu'un ménage disposant de moyens financiers puisse avoir des enfants malnutris faute d'avoir apporté des aliments variés et nutritifs. Il n'en reste pas moins que c'est possible. Toutefois, il est indéniable qu'avoir des moyens financiers suffisants soulagerait ces populations et leur permettrait d'adopter plus facilement certaines pratiques.

Plusieurs activités permettant d'améliorer sa sécurité alimentaire sont perçues comme des facilitateurs importants pour leur permettre d'adopter les bonnes pratiques de nutrition. Pour ces familles qui vivent en majorité de l'agriculture, avoir une bonne production agricole est traditionnellement perçue comme un facilitateur permettant des stocks d'aliment pour la consommation du ménage. Revendre un éventuel surplus de cette production (ou d'animaux) et faire du troc pour obtenir d'autres produits alimentaires sont perçus comme des facilitateurs permettant à la famille d'améliorer ses pratiques nutritionnelles en lui permettant de varier ainsi son alimentation. Si avoir une bonne production est en effet une bonne chose, il faut relativiser ce facilitateur car la production agricole de nombreux ménages ne suffit pas à couvrir leur besoin pour l'année. C'est l'une des raisons qui amènent certains à penser que c'est avoir un tracteur et de mécaniser l'agriculteur qui pourrait être le véritable facilitateur pour avoir un meilleur rendement.

Pratiquer la culture maraîchère peut permettre également, en vue d'obtenir de l'argent, cette production est aussi vue par beaucoup comme un moyen d'améliorer la situation nutritionnelle des enfants comme l'explique le relais communautaire d'Amrié (Ouaddai) :

« La culture maraîchère constitue un moyen positif, puisque si nous cultivons les légumineuses et les fruits, je pense que nos enfants ne seront pas malnutris »

La production maraîchère pourrait ainsi permettre de diversifier l'alimentation des jeunes enfants avec des fruits et légumes qui d'habitude sont inaccessibles pour les membres de ces communautés.

Avoir une activité génératrice de revenus (AGR) et bénéficier de formation (petits métiers, maraîchage) pour permettre aux membres des communautés d'en développer de nouvelles sont aussi perçues comme des facilitateurs importants grâce aux revenus que la population pourrait en tirer. Les femmes en particulier souhaitent bénéficier du soutien, de formations et des conseils de partenaires (Etats, ONG) afin de monter des AGR collectifs pour leur permettre de s'organiser et d'avoir des revenus qui leur permettraient d'améliorer leur quotidien et de faire une caisse pour s'entraider en cas de difficulté. Finalement, c'est surtout avoir un travail salarié/rémunérateur qui est perçue comme le facilitateur qui permettrait à la communauté d'adopter durablement les bonnes pratiques nutritionnelles. Le tradipraticien du village de Ngoro (Sila) explique ainsi :

« Le travail est le facilitateur principal, parce que quand on travaille, on a la possibilité d'avoir tout ce que nous voulons peu importe la distance, le moyen de déplacements peut nous faciliter la distance à parcourir pour avoir accès à tous les aliments nutritifs »

Le fait que de nombreux ménages s'inquiète pour leur sécurité alimentaire explique l'importance accordée aux activités permettant d'obtenir de l'argent ou des nourritures. Il est intéressant que parmi les facilitateurs cités, il y en a deux qui correspondent cette fois-ci à des stratégies de résiliences. Les dons/aides au sein de la communautés et l'endettement (ou le prêt) sont perçues comme des facilitateurs car ils permettent aux ménages même en période où les stocks alimentaires sont réduits d'avoir accès à des repas, produits alimentaires grâce aux différents réseaux de sociabilités et solidarités qui y existent. Ces aides/dons et prêts se font au sein d'une famille, entre voisins, à l'intérieure d'une congrégation religieuse (zakat ou collecte de nourriture), d'un groupement (cotisations qui permettent de prêter à un membre dans le besoin) ou du fait de l'intervention du chef de village (qui va solliciter l'aide la communauté ou des membres les plus aisées pour soutenir un ménage vulnérable). Les femmes ont également précisé qu'elles apprécient particulièrement le fait que certains commerçants, pharmacien ou agents de santé acceptent de fournir de la nourriture, des médicaments ou des soins médicaux malgré le fait qu'il n'ait pas d'argent durant la période difficile. La relation de confiance leurs permet d'obtenir ces biens et services et de rembourser les crédettes lorsque leur situation financière s'améliore. La capacité à mobiliser un réseau social est ainsi aussi important que la capacité d'avoir de l'argent pour leur permettre de continuer à pratiquer certaines bonnes pratiques de nutrition malgré leurs vulnérabilités socio-économique.

3.2.2.10.2 Les facilités d'ordre socio-économiques des bonnes PN liées à la structure de santé

Habiter à proximité est perçue comme un facilitateur important pour l'accès au soin de santé car il réduirait les coûts de transports. Cette perception semble se confirmer par l'analyse du relais communautaire du village de Kelep (Kanem) sur le niveau des pratiques nutritionnelles au niveau communautaire dans la localité. En effet, ce dernier déclare ainsi :

« Dans la ville le centre-ville d'Amdoback, Le niveau des pratiques nutritionnelles au niveau communautaire est acceptable, mais dans les villages environnants, le niveau est lamentable »

La proximité au centre de santé est ainsi un véritable atout pour l'adoption des bonnes pratiques. Alors que les communautés vivant dans des villages enclavés ou loin du CS n'y viendront qu'en cas d'urgence. Le personnel de santé est perçu comme un facilitateur très important pour favoriser une évolution positive des pratiques nutritionnelles des communautés. En effet, les agents de santé réalisent de nombreuses activités pour améliorer la santé de leurs patients (sensibilisation, CPN & CPoN, vaccination, dépistage, conseils sur les bonnes pratiques nutritionnelles, examens et prescription d'ordonnance). Le travail des agents de santé a participé à l'amélioration des conditions par rapport au passé.

La prise en charge gratuite de la malnutrition dans les centres de santé est un facilitateur majeur qui a permis de traiter les enfants malnutris et de sauver de nombreuses vies. Les communautés qui bénéficient de ce programme dans leur CS sont très heureux. Cela leur permet d'avoir un remède efficace gratuitement plutôt que de passer par les marabouts ou les tradipraticiens n'ont les remèdes ne donnaient que rarement satisfaction. D'ailleurs, lors des FGD dans les communautés qui possèdent un CS disposant de ce programme, les femmes ont généralement affirmé aller directement voir les agents de santé si elles pensent que leur enfant souffre de la malnutrition. Elles se disent aujourd'hui convaincues par l'efficacité du traitement et ne voient pas l'intérêt d'aller recourir aux services des marabouts ou tradipraticiens.

La disponibilité des intrants et de médicament au CS et le don de PPN et lait pour les enfants inscrit au programme sont pour les communautés des facilitateurs de bonnes pratiques nutritionnelles car sans ce don peu de ménage auraient pu procurer ces traitements à leurs enfants malades. Il est aussi important pour eux que le coût des médicaments soit abordable pour rester accessible au plus grand nombre.

Un bon accueil et un bon comportement, ainsi que la disponibilité des agents de santé sont aussi des facilitateurs qui incitent les communautés à revenir plus régulièrement pour se faire soigner.

Les sensibilisations ont joué un rôle incontestable dans le changement de comportement et de pratiques dans les communautés. Malgré des résistances persistantes, les CS ont tout de même tous enregistré une augmentation du nombre d'accouchement auprès des agents de santé et plus grande participation au CPN, même si des progrès peuvent encore être réalisés.

La présence d'un comité de gestion (COGES) composé de membres de la communauté est aussi perçue comme un facilitateur. Ces derniers pouvant jouer le rôle d'intermédiaire et de facilitateurs pour faire venir les membres de la communauté, les sentiments et les dépités au besoin.

L'existence d'une ambulance ou d'un moyen de transport en cas d'urgence des patients est aussi un facilitateur pour l'accès aux soins, en particulier pour ceux qui vivent loin du CS.

3.2.2.10.3 Les facilités d'ordre socio-économiques des bonnes PN au niveau communautaire

La création et soutien de groupements (éleveur, agriculteur ou commerçants) sont des facilitateurs économiques car ils doivent permettre de défendre les intérêts de groupes professionnels dont l'activité est vital pour le développement de la localité. Les chefs coutumiers souhaitent d'ailleurs obtenir d'avantage d'aide de la part de l'Etat et ses administrations locales pour aider les communautés à développer leur localité. C'est ce que le représentant des autorités locales de Ngouri (Lac) a demandé lors de l'ESD :

« Appui financier et matériel des projets de lutte contre l'insécurité alimentaire à travers les cultures maraichères, l'élevage, les AGR, les femmes, L'Etat doit et renforcer la capacité de l'ONASA dans ses stockages et distributions pour mieux prévenir les carences en aliments nutritifs. »

Le développement des groupements doit ainsi améliorer les pratiques nutritionnelles en consolidant la sécurité alimentaire au sein de ces localités.

Dans certaines localités, les femmes de leur côté demandaient que l'on soutienne la création des groupements féminines pour quelles se prennent en charge (couture, commerce, jardin). Dans d'autres, où des groupements de femmes existent déjà, ces groupements se sont impliquer de diverses manières dans la prise en charge communautaire de la malnutrition (fabrication et distribution de farine enrichie, préparation puis partage de bouillie enrichie aux enfants, réalisation de sensibilisation).

3.2.2.10.4 Les facilitateurs d'ordre socio-économiques des bonnes PN au niveau familial

Les maris sont en effet le principal facilitateur car c'est le chef de famille et que c'est lui qui gagne l'argent et décide de comment l'utiliser. Dès lors, en décidant de prioriser les dépenses de santé de ses femmes et ses enfants, de leur alimentation et pour leur soin, il peut véritablement encourager sa femme à adopter des bonnes pratiques nutritionnelles.

En l'absence du mari, d'autres hommes de la famille (les pères, les oncles ou les frères de ce dernier ou le père, les frères ou les oncles de sa femme pour venir payer les frais de soin et de santé ou soutenir leur parente en lui donnant une partie de leur ration de nourriture. Cela peut ainsi, malgré l'absence de l'époux, permettre à la femme d'aller au centre de santé en cas d'urgence ou d'avoir accès à de la nourrir

3.2.2.11 Déterminants d'ordre socio-économiques aux bonnes pratiques nutritionnelles

Pour tous Tchadiens et Tchadiennes interrogés dans le cadre de cette étude, le manque de revenus, les mauvaises productions agricoles et la pauvreté sont cités comme des barrières économiques importants pour l'accès aux bonnes pratiques nutritionnelles. Pourtant, l'étude montre qu'il existe plusieurs déterminants économiques qui permettent à certaines personnes/communautés de réaliser tout de même les bonnes pratiques nutritionnelles qui leur ont été recommandés au CS ou par les ONG.

3.2.2.11.1 Des déterminants économiques permettant d'améliorer les pratiques nutritionnelles malgré la pauvreté des communautés.

La production agricole des ménages ne fournit généralement pas assez de nourriture pour combler les besoins de la famille pour l'année. Si certains plébiscitent le recours à des tracteurs et à la mécanisation de l'agriculture, le développement de cultures maraîchères semble être plus facilement réalisable dans certaines localités. Si ces cultures ne permettent de garantir une production pour suffire à sécurité alimentaire du ménage, il peut permettre d'augmenter les revenus financiers de la famille et surtout permettra à la mère de mieux diversifier sa nourriture et celle de ses enfants en introduisant des aliments riches en nutriments (fruits, légumes, tubercules) dans l'alimentation du foyer pour éviter que leur enfant tombe en malnutrition. Dans certaines localités, la pratique de cultures maraîchères **« peut permettre une évolution positive puis qu'elle nous permettra de produire les légumineuses à tout moment voire 12 mois sur 12 et cela peut empêcher la famine dans la communauté »** (Relais communautaire, quartier Amrié, Ouaddai). Cette production qui est souvent très recherchée sur le marché pourra aussi leur permettre de l'échanger contre d'autres aliments dans le cadre de trocs.

Selon les communautés, l'autre déterminant qui peut aider les ménages à adopter de bonne pratique de nutrition, c'est l'accès à un emploi rémunéré. Mais ces derniers sont très rares ou saisonniers dans les localités. C'est pourquoi l'organisation de formations par des partenaires (Etat et administration locales, agences onusiennes et ONGs) en faveur de la création et de l'accompagnement de petites AGR est souvent le déterminant qui favorise un développement économique et social au sein de la communauté.

L'accompagnement en particulier de création d'AGR pour des groupements de femmes débouche souvent sur plusieurs conséquences positives au niveau des pratiques nutritionnelles. D'une part la réussite d'AGR au sein d'un groupement de femme participe à l'*empowerment* de ces dernières. Les membres et la représentante du groupement sont plus écoutés et respectés. La voix des femmes peut parfois se faire entendre. Elles deviennent moins dépendantes du pouvoir décisionnaire des hommes et peuvent s'entraider pour payer les frais de santé ou de soin d'un membre dans le besoin suite à une maladie dans son ménage. Les groupements de femmes ne se focalisent pas uniquement sur le gain financier mais vivent aussi à contribuer au développement de leur localité et surtout à assurer une meilleure santé et des meilleures pratiques de soin et alimentation. Elles sont souvent des acteurs clés du changement dans le changement vers des bonnes pratiques nutritionnelles, en collaboration des relais communautaires.

La gratuité de la prise en charge de la malnutrition (PPN) ou encore la prise en charge de la femme enceinte jusqu'à l'accouchement (médicaments, vaccination, moustiquaire) ou du CSB++ pour les femmes allaitantes est un autre déterminant qui permet de contenir l'ampleur de la sous-nutrition dans ces localités. Les graves difficultés rencontrées par les populations dépendant de CS qui n'ont pas de programme de prise en charge de la malnutrition pour soigner leurs enfants avec leur faible moyen montre l'importance du maintien de ces programmes. Certaines localités qui étaient accompagnées par des partenaires pour lutter contre la malnutrition, ont vu le niveau des pratiques nutritionnelles se dégrader après leur départ. Les populations qui avaient commencé à assimiler certaines bonnes pratiques, non malheureusement pas réussi à continuer faute de moyens financiers ou d'accompagnement.

Les facilités de crédit offertes dans certains CS, pharmacies ou encore commerces permettent aux communautés de poursuivre certaines bonnes pratiques nutritionnelles (aller au CS en cas de maladies/malnutrition, accouchement au CS diversifier l'alimentation des enfants) malgré leur manque de moyens financiers.

3.2.2.11.2 Les ressources humaines

Au niveau des ressources humaines, les FEFA peuvent parfois bénéficier du soutien de certains accompagnants ou de leur entourage

Les accompagnants peuvent l'aider en lui prodiguant des conseils sur les pratiques culturelles et sociales traditionnelles pour bonne santé de la mère et de ses enfants. Ils peuvent aussi lui prêter de l'argent ou mobilisant un réseau pour l'aider à surmonter les barrières économiques.

Les principaux accompagnants au niveau des localités sont souvent les leaders communautaires d'opinion (Chef de village/quartier/carré, chef religieux, relais communautaire, représentante des femmes, matrone. Les groupements de femmes aussi peuvent aider grâce aux revenus gagnés, à la caisse alimentée par les cotisations. Les tontines peuvent également permettre d'aider les femmes.

Les voisines, les amies ou encore des commerçants (qui acceptent de vendre à crédit à certaines femmes de localité) sont des acteurs secondaires qui peuvent influencer ou soutenir une FEFA à adopter une bonne pratique.

Enfin, certaines structures de santé et pharmacies acceptent de soigner ou remettre des médicaments à crédit à des personnes qu'ils connaissent.

L'entourage (membres de la famille) peut aussi prêter de l'argent ou mobilisant un réseau pour aider. Le premier membre de cet entourage est le mari qui est souvent le pilier du ménage. On retrouve ensuite les parents du couple, leurs frères et sœur ou encore leurs enfants. Les sont surtout les hommes de la famille qui aident à payer les factures ou mobiliser des moyens de transport. Il faut aussi ajouter d'éventuels parents qui ont migré hors de la communauté et qui sont susceptibles d'apporter un soutien financier en cas d'urgence ou d'aider à financer des petites AGR.

Acteurs/facteurs au sein de la communauté pouvant influencer positivement l'estime de soi d'une FEFA (Capital psychologique relevant de la confiance en soi perçue par la répondante)

La capacité à disposer de revenus propres (jardin, AGR), d'appartenir à un groupement/association de femme, d'être formée, d'être soutenu par des partenaires (Etat, UN, ONG, groupements, association), par son mari et sa famille et la communauté peuvent positivement influencer l'estime en soi d'une FEFA. La participation à des tontines, l'accès à des micro-crédit et à des projets de développement et que sa contribution au bien être de son ménage/sa communauté soit reconnue par son mari et la communauté peuvent aussi conforter l'estime de soi des FEFA.

Un compliment ou la reconnaissance, par les autorités coutumières, de l'action d'une femme (ou des femmes de la localité) en vue de l'amélioration des pratiques nutritionnelles serait perçue comme une reconnaissance de son (leur) travail et les encouragerait. Cela serait aussi un appui qui légitimerait publiquement leur travail.

Certains chefs de villages, comme à Bouroudou (Lac), transportent eux même les personnes malades au CS en cas d'urgence ou facilitent leur transport en mobilisant des personnes de la communauté qui sont véhiculés.

Les groupements/associations de femmes et la chuchuya qui défendent les intérêts des femmes de la communauté peuvent les encourager à adopter les bonnes pratiques et les soutenir. A côté de cela, les femmes réussissent dans de nombreuses communautés à développer des AGR qui leur permet d'obtenir un complément de revenus leur permettant de subvenir aux besoins essentiels du ménage (santé, alimentation, soin). La reconnaissance du travail des groupements ou de la chuchuya peut être aussi pris par l'ensemble des femmes comme reconnaissance de leur contribution par la communauté. Cela peut renforcer l'estime de soi.

Les enseignants peuvent, grâce à l'éducation, permettre à certains jeunes d'obtenir des qualifications leur permettant de travailler en ville et de soutenir ainsi plus tard leur famille grâce à leurs revenus. L'instruction, dans ces communautés peu scolarisées, peut permettre à certains jeunes, notamment des FEFA, d'être reconnues comme des « intellectuels de la communauté » et de s'investir au bon déroulement des activités de groupements pour aider les femmes analphabètes dans les échanges avec certains partenaires ou pour les papiers administratifs à remplir.

Les voisins et les personnes âgées ou la matrone peuvent aussi par leurs échanges, conseils et encouragements influencer positivement l'estime de soi d'une FEFA. Ils peuvent aussi prêter de l'argent s'ils en ont.

Au niveau de l'entourage, l'appréciation et du soutien du travail et des actions des FEFA par son mari, sa propre famille (ses parents, oncles et tantes, sœurs et frère), de sa belle-famille, de ses enfants et de ses concubines (dans le cas de ménages polygames) influencer positivement l'estime de soi d'une FEFA

Les compétences et performances perçues correspondent au capital psychologique relevant de la perception de l'efficacité perçue par la répondante de ces actions et décisions.

Que les décisions et actions prises par les femmes soient couronnées de succès et participent à améliorer les PN du ménage vont montrer à la communauté l'efficacité de leur action.

Le succès des groupements/associations de femme, le développement de leurs AGR (seule, en famille ou avec un groupement de femme) sont les meilleures vitrines pour prouver leur capacité à transformer positivement la communauté en améliorant notamment leurs pratiques nutritionnelles.

La vente de leur capital (chèvre arachide, produits issus de la cueillette, charbon de bois ou de leur AGR) pour permettre de payer les frais de santé/scolarité des enfants montre aussi la détermination des femmes à agir en faveur du bien des membres de son ménage. La pratique du maraîchage (seule ou dans le cadre d'un groupement) afin de diversifier l'alimentation du ménages/enfant ou apporter de l'argent grâce à la revente de ces produits est un exemple classique témoignant de l'efficacité de l'action des femmes.

3.2.2.11.3 Les ressources communautaires

Le capital social vécu est l'ensemble des personnes, relations, actions et savoirs qui confère à la répondante un capital de confiance vécu au niveau communautaire sur lequel elle peut s'appuyer pour mobiliser des ressources humaines en vue de l'aider économiquement ou pour obtenir un service (soin/santé/moyen de transport).

Les chefs de village peuvent utiliser leur autorité pour organiser la collecte de dons pour soutenir un ménage ou une FEFA en situation très précaire. Ils peuvent aussi intervenir pour contraindre un mari à écouter sa femme et d'emmener son enfant malade voir les agents de santé. Ils peuvent aussi trouver un moyen de transport pour rejoindre le CS.

Les chefs religieux et leurs congrégations peut soutenir des ménages qui connaissent des difficultés à trouver à manger en leur donnant des dons qui ont été récoltés auprès de leur congrégation (ex. zakat).

Les cotisations réalisées dans les groupements/associations ou les tontines peuvent permettre aux femmes qui en sont membres de mobiliser ce réseau pour obtenir de l'aide.

Les FEFA font aussi appel à l'aide des voisins et des amis pour trouver de l'aide en vue d'obtenir de l'argent ou un service.

Certains commerçants, qui acceptent de faire crédit à leurs bons clients, peuvent aussi aider ainsi les FEFA.

Au niveau de la famille, le mari, les parents, frères et sœurs du couple peuvent se mobiliser pour aider le ménage à obtenir l'argent ou les services qui sont nécessaires à la FEFA nécessaire.

3.2.2.11.4 Les ressources de santé

L'efficacité perçue des pratiques nutritionnelles correspond à la capacité de la FEFA à reconnaître l'efficacité des pratiques nutritionnelles conseillée en CS.

Le fait que la FEFA va faire son possible, malgré le coût, pour se soigner ou soigner son enfant au CS car elle est convaincue de l'efficacité des traitements réalisés par les AS montre qu'elle a totalement confiance dans le traitement médical. L'adoption et le respect de l'allaitement exclusif suite à la sensibilisation ou après avoir constaté de son efficacité par le biais d'une autre femme qui l'a pratiqué montre que les mentalités et les pratiques se transforment dans le bon sens malgré les résistances.

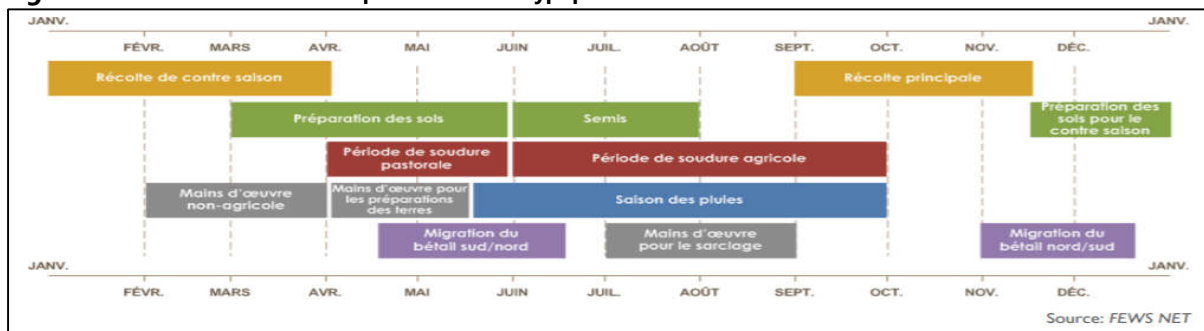
3.2.3 Facteurs liés aux vulnérabilités naturelles qui influencent les PN

Au Tchad, le changement climatique affecte sévèrement la vie de la population en général et leur santé en particulier. Cela entraîne de graves conséquences sur les moyens de subsistance des Sahéliens. A cela s'ajoute le fait que certaines populations, dont les nomades (51% de la population tchadienne selon le Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2009) sont difficiles d'accès. Les précipitations sont de plus en plus irrégulières sur toute l'étendue du territoire, ce qui compromet l'accès à l'eau pour les bétails et pour l'agriculture.

Plusieurs personnes interrogées dans différents districts sanitaires sont convaincues que les saisons des pluies durent de moins en moins – seulement un mois dans certaines zones (figure 43) - mettant en évidence un changement très intense du paysage au cours des 5 dernières années.

Le Tchad se trouve parmi les 15 pays les plus vulnérables au changement climatique, avec des problèmes humanitaires chroniques. Malgré cela, le pays reçoit moins de 6% de l'ensemble des financements multilatéraux mondiaux destinés à l'adaptation au changement climatique.⁷

Figure 43 : Calendrier Saisonnier pour une année typique



3.2.3.1. Barrières aux bonnes pratiques nutritionnelles liées aux vulnérabilités naturelles

3.2.3.1 Barrières à l'accès aux aliments nutritifs liées aux vulnérabilités naturelles

Les conséquences des mauvaises pluies sont multiples : elles affectent le niveau de production des cultures pluviales, favorisent l'invasion des ennemis de culture, conduisent à un accroissement des tensions autour des points d'eau, affaiblissent les animaux du fait du manque de pâturage et diminuent la production de lait et autres produits de l'élevage.

⁷ Discours de Mark Lowcock à Sciences Po Paris : Le grand Sahel : Comment éviter une tragédie imminente Un discours virtuel ; New York, 13 octobre 2020.

Dans la bande sahélienne tchadienne, les activités agricoles sont très limitées à cause de la pauvreté du sol et des saisons des pluies de très courte durée. Même si les activités d'élevage et de commerce sont très pratiquées (Batha, Barh El Gazal, Kanem, Ouaddaï, Wadi Fira, Slamati, Sila, Lac, Guéra, Ennedi Est et Ouest), les conditions climatiques (insuffisance des pluies, manque de pâturage, chaleurs excessives, etc.) impactent négativement sur les productions agro-pastorales. Les populations des districts sanitaires concernés par la présente étude sont de plus en plus confrontées à défis alimentaires liés directement aux conditions climatiques qui constituent des barrières liées majoritairement aux ressources naturelles. En effet, Les communautés interrogées lient directement les causes de la sous-nutrition à ces conditions climatiques (figure 44).

Selon Fewsnet (2022), si la campagne agricole de contresaison se poursuit dans la plupart des provinces du pays, la tendance est aux baisses de superficies dans la plupart des provinces. Ces réductions de superficie sont causées par les faibles niveaux d'hygrométrie résiduelle, des attaques de chenilles légionnaires (Mayo Kebbi Ouest), les retraits tardifs des bras du Lac et des eaux d'inondations (Moyen Chari).

Les communautés interrogées citent l'insuffisance de pluie, la pauvreté sol, l'environnement non propice, l'agriculture uniquement pratiquée de manière saisonnière comme principales barrières naturelles à l'accès aux aliments.

Figure 44 : Principaux risques et contraintes pour la production agricole par localité (FGD Hommes WASH/SAME)

Légende	Villages enclavés	Localité à + de 5 km du CS	Localité à - de 5 km du CS	Urbain	Chef-lieu
---------	-------------------	----------------------------	----------------------------	--------	-----------

Type de risques/contraintes	Nbre de foies cités	DS/Provinces concernés																	
Difficultés d'accès aux intrants, manque de moyens financiers, qualité des semences	18	DS Faya/Prov Borkou	DS Abéché/Ouaddai	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Arada (Crégat)/Wadi-Fira	DS Bonghor/Mayo-Kebbi Est	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Moundou (Quartier15ans)/Logone Occ.	DS Goré (camp Began)/Logone Or.	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Péni (Nara)/Mandoul	DS Mongo (Amdakour)/Guéra	Oum-Hadjer (Djezire Tama)/Batha	DS Bokoro (Zarafa)/Hadjer-Lamis	DS Amdo back (Kelep)/Kanem	DS Ngouri (Bouroudou/Lac)	DS Moussoro/Barh El Gazel
Difficultés/contraintes/risques climatiques, naturelle/environnementaux, ennemis de la culture	15	DS Abéché/Ouaddai	DS Aboudeai (Ligné)/Salamat	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Bonghor/Mayo-Kebbi Est	DS Léré (Zabitchoubi)/Mayo Kebbi-Ouest	DS Béré (Toukoulé)/Tandjilé	DS Moundou (Quartier15ans)/Logone Occ.	DS Goré (camp Began)/Logone Or.	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Péni (Nara)/Mandoul	DS Mongo (Amdakour)/Guéra	Oum-Hadjer (Djezire Tama)/Batha	DS Bokoro (Zarafa)/Hadjer-Lamis	DS Amdo back (Kelep)/Kanem	DS Ngouri (Bouroudou/Lac)			
Insuffisance/qualité des pluies	10	Torbo/Ennedi Ouest	DS Abéché/Ouaddai	DS Abdi (Ngoro)/Sila	DS Arada (Crégat)/Wadi-Fira	DS Mandelia (Djamalma)/Chari-Baguirmi	DS Bonghor/Mayo-Kebbi Est	DS Péni (Nara)/Mandoul	Oum-Hadjer (Djezire Tama)/Batha	DS Amdo back (Kelep)/Kanem	DS Ngouri (Bouroudou/Lac)								
Destructions/dévastation des champs par les bétails, conflits éleveurs-agriculteurs	7	DS Bonghor/Mayo-Kebbi Est	DS Moundou (Quartier15ans)/Logone Occ.	DS Goré (camp Began)/Logone Or.	DS Kyabé (Baltoukou)/Moyen Chari	DS Péni (Nara)/Mandoul	Oum-Hadjer (Djezire Tama)/Batha	DS Moussoro/Barh El Gazel											
Réponse	3	DS Kaoura (Itou)/Ennedi-Est	DS Zouar/Tibesti	CS Goudji/N'Djamena															

3.2.3.2 Barrières aux bonnes PN liées aux parcours thérapeutiques de la femme enceinte et allaitante

Les variations de conditions naturelles de vie et le changement climatique impactent négativement sur le parcours thérapeutique des femmes enceintes et allaitantes. Cet impact est ressenti principalement sur la durée du trajet entre la maison et les CS :

Tableau 35 : Principales barrières citées par les FEFAs lors du FGD SAME/WASH

Barrières	Nombre de sites où cela a été cité
Grandes distances en saison : trop de contournement, mauvaise état des routes, CS non accessible, etc.	11
Isolement total de certains villages/quartiers du CS en saison des pluies	4
Ensamblage des routes, grandes distances à parcourir à cause du désert	3

Pour les enfants, les principales barrières à l'accès à des actes de santé de qualité sont la forte chaleur due au soleil dans les zones désertiques, le manque de routes praticables en saison des pluies dû aux inondations, les poussières, la fraîcheur.

3.2.4 Facilitateurs

Les facilitateurs liés aux ressources naturelles sont liés aux changements climatiques et à l'environnement de vie des populations comme le montre le tableau ci-après :

Tableau 36 : Facilitateurs liés aux ressources naturelles

Facilitateurs	Accès aux aliments	Accès aux soins	Rétablissement enfant	Parcours thérapeutiques de la femme enceinte	Santé infantile et maternelle	Accès à des actes de santé de qualité pour les enfants	Actes de santé de qualité pour les femmes enceintes et allaitantes
Conditions climatiques	Bonne pluviométrie, Richesse du sol, Absence des ennemies de la culture	Route praticable	Protéger les enfants contre les intempéries naturelles	Route praticable	Protéger les enfants contre les intempéries naturelles	Route praticable	
Environnement de vie			Vivre dans un environnement sain, vivre à l'abri des intempéries naturelles		Vivre dans un environnement sain, vivre à l'abri des intempéries naturelles		
Parents			Parents conscients	Mari conscients	Parents conscients	Parents conscients	

3.2.5 Déterminants

Les déterminants liés aux facteurs naturels concernent fondamentalement le changement climatique. En effet, les effets du changement climatique affectent sévèrement la vie de la population en général et leur santé en particulier. A cela s'ajoute le fait que certaines populations, y compris les nomades sont difficiles d'accès.

On observe à cet effet, une précarité des conditions de logement et de l'environnement de vie : conditions hygiéniques peu favorables, récurrence des vents et poussières, ensablement des espaces habités, manque de latrine, etc.

3.2.6 Facteurs liés aux ressources structurelles pouvant influencer PN

3.2.6.1 Barrières aux bonnes PN liées aux ressources structurelles

3.2.6.1.1 *Barrières aux bonnes PN liées au difficile accès aux aliments nutritifs*

Sur le plan structurel, les barrières à l'accès aux aliments nutritifs pour les enfants et pour les femmes enceintes et allaitantes sont liées principalement à l'insécurité alimentaire et aux difficultés de mobilité.

L'insécurité alimentaire est un problème de longue date au Tchad. La grande partie du territoire aride ou semi-aride rend la production agricole particulièrement difficile. En plus des barrières liées aux conditions naturelles, les populations sont confrontées aux barrières d'ordre structurel qui rendent difficile l'accès aux aliments en général et aux aliments nutritifs en particulier. Il s'agit notamment de la non-disponibilité des aliments sur le marché, des distances à parcourir pour accéder à un marché hebdomadaire.

Si les baisses des productions agricoles résultent fondamentalement de mauvaises répartitions de la pluviométrie et de son irrégularité, les difficultés liées à la persistance des coûts élevés de transports, dues au fait que le secteur du transport n'est pas structuré au Tchad, constituent des barrières qui affectent les volumes des flux céréaliers. L'approvisionnement des marchés en mil et autres produits alimentaires constitue un réel défi et les coûts de transport et de tracasseries routières répercutent directement sur les prix des aliments. Dans les zones du nord par exemple (Borkou, Ennedi et Tibesti), la quasi-totalité des produits alimentaires, manufacturés, sur le marché proviennent de la Lybie. Il en est de même pour les zones de l'Est qui voient leur commerçant s'approvisionner au Soudan.

Dans certaines zones, les barrières à l'accès aux aliments sont dues au mauvais état des routes. En effet, la majorité de la population dépend de l'agriculture et de l'élevage au Tchad. Mais les personnes vivant dans des communautés rurales reculées n'arrivent pas à avoir une mobilité aisée pour non seulement écouler leurs produits mais surtout pour rendre disponible ces produits sur le marché. Se déplacer en empruntant des chemins de terre est lent et extrêmement difficile pendant la saison des pluies, ce qui isole de nombreuses communautés et limite les trafics.

En outre, l'absence de capacité locale et le manque des structures de transformation des produits de l'élevage et de l'agriculture renforcent davantage ces barrières d'accès aux aliments sur toutes les périodes de l'année.

L'enclavement du Tchad due au manque de voies de communication avec d'autres pays rend également le commerce avec ses voisins extrêmement difficile. Ne disposant pas de chemin de fer et comptant peu de rivières, le Tchad est fortement dépendant de ses routes, qui ne sont malheureusement pas en bon état. Toutefois, Pour les zones frontalières au Cameroun (Logone Occidentale, Logone Orientale, Mayo Kebi Est et Ouest, Chari Baguirmi et N'Djamena), le commerce transfrontalier semble ne pas souffrir des difficultés routières. Depuis la survenue des multiples crises sécuritaires dans les pays voisins du Tchad, seules les frontières avec le Cameroun restent accessibles du point de vue sécurité. Seules les difficultés liées aux tracasseries douanières constituaient de véritables barrières d'accès aux aliments importés. C'est ainsi qu'au niveau politique, le gouvernement tchadien a, par un arrêté du ministre des Finances et du budget⁸, exonéré la taxe et droits sur une catégorie de produits alimentaires à l'importation. Cet arrêté qui a été pris pour faire face à la COVID'19 puis reconduit pour faire face à la baisse de production au Tchad, couvre la période allant jusqu'à 31 décembre 2022. Un plaidoyer dans le sens de la reconduction de cette exonération atténuerait les difficultés liées à l'importation des vivres par la route car ces aliments, pour la plupart manufacturés, sont consommés dans toutes les provinces du Tchad.

3.2.6.1.2 *Barrières aux bonnes PN liées à des dysfonctionnement des centres de santé*

⁸ Arrêté N°034/MFB/SE/DGM/2021

Selon les informations collectées au niveau communautaire, de façon générale, les personnes ont exprimé leur acceptation à utiliser des services de santé. Les barrières à l'accès le plus souvent mentionnées sont le manque de médicaments, l'insuffisance en personnel qualifié (surtout des sages-femmes), l'éloignement des structures de santé ainsi le manque et/ou la cherté des moyens de transport pour s'y rendre (cf. 3.2.2 Les facteurs socio-économiques).

Pour la communauté de Torbol, DS de Kalait le CS n'est pas fonctionnel. Pour les communautés résidents en milieu urbain, les barrières sont généralement liées au manque de moyens financiers, hausse des prix des médicaments et actes de soins ainsi qu'aux vulnérabilités des populations.

Ces difficultés constatées dans les centres de santé poussent quelquefois les patients à avoir recours aux marabouts, tradipraticiens et aux docteurs *choukou*, qui sont des prestataires de soins informels qui ne disposent pas d'une formation professionnelle qualifiante.

3.2.6.1.3 Barrières aux rétablissement l'enfant liées au parcours de soin communautaire

En termes de soins curatifs et rétablissement de l'enfant atteint de maladies, on observe une faible utilisation des services de soins par la population et les données montrent que la plupart des barrières ne sont pas directement liées aux ressources structurelles mais plutôt à l'attitude et aux pratiques communautaires.

Pour mieux saisir les barrières relatives au rétablissement de l'enfant, nous nous sommes intéressés aux actes et pratiques contribuant au rétablissement des enfants. Nous avons voulu savoir ce qui a été adopté comme conduite à la maison et dans la communauté afin de rétablir l'enfant atteint d'une maladie et de maintenir un bon statut sanitaire. Il en résulte globalement que lorsqu'un enfant souffre d'une maladie, l'itinéraire thérapeutique varie suivant les cas et en fonction des facteurs socio-économiques et socio-culturels des parents. Si certains parents des zones urbaines et péri-urbaines ne tardent pas à emmener immédiatement l'enfant au CS pour une prise en charge adéquate, ce n'est pas le cas chez la majorité de nos interlocuteurs des villages visités, comme le prouve cet extrait de FGD avec les femmes de Batobaye, DS de Kyabé, Province du Moyen Chari :

« Chaque parent sait ce qu'il donne à ses enfants malades en cas de maladie. Mais en général, si les enfants sont atteints du paludisme ou de la diarrhée, nous leur donnons les produits tels que 'Artéméther, Métro, Cipro, Stop diarrhée... Ces médicaments sont facilement accessibles au marché et dans les coins de rue (...). Pour le traitement de la diarrhée et de l'IRA, les gens utilisent les produits traditionnels tels les feuilles, les racines et les écorces des plantes/arbres (goyavier, jujubier, citronnier, citronnelle, papayer, etc.) pour stopper ces maladies. »

Globalement, le schéma thérapeutique d'un enfant malade dans la communauté commence d'abord par le traitement à domicile (automédication) et chez les guérisseurs traditionnels. A la suite de cette première étape et en cas de persistance de la maladie, l'enfant est conduit chez le docteur *choukou* du quartier. C'est seulement lorsque l'enfant n'est pas rétabli à la suite de ce parcours ou en cas de complication que le choix d'une structure sanitaire s'impose.

« Dans la plupart de cas, nous essayons de traiter les enfants à la maison en nous procurant les comprimés chez les « docteurs choukou ». Quand la situation empire, nous les amenons au centre de santé, directement à la pharmacie ou à l'hôpital. Certaines mères consultent même les guérisseurs traditionnels. », Extrait FGD des femmes à Foulounga, Salamat.

Toutefois, l'itinéraire thérapeutique ci-dessus n'est pas identique dans toutes les situations. Les pratiques en cours dans les aires de santé visitées montrent qu'il existe des soins parallèles qui se font même

quand l'enfant est conduit au CS voire pendant les moments d'hospitalisation. De manière synthétique, l'analyse de nos données issues des FGD et ESD permet de conclure que plusieurs facteurs sont évoqués par les communautés comme barrières au rétablissement de l'enfant. Ces barrières sont globalement d'ordre communautaire et structurel. Le tableau 37 montre que la paresse des mères ou leur négligence et le manque de bonne alimentation sont les barrières d'ordre communautaire au rétablissement de l'enfant les plus significatives (cités respectivement 6 et 4 fois dans différentes zones). S'agissant des barrières liées à la structure de santé, les données analysées placent la rupture des intrants/manque de médicament en tête dans 4 zones visitées.

Tableau 37 : Barrières d'ordre communautaire et structurel liées au rétablissement de l'enfant

Barrières	Communautaire	Structure de santé
Paresse mère/négligence mère/négligence	6	1
Manque bonne alimentation	4	0
Rupture intrants/manque médicaments	0	4
Ignorance/manque de connaissance	3	0
Hygiène alimentaire	3	0
Manque de suivi après rétablissement/manque de suivi	2	1
Non-respect traitement médicamenteux	1	3
Croyances	1	0
Non-respect soins enfants	1	0
Moyens de déplacement	0	1
Distance	0	1
Absence de RC dans les visites à domicile	0	1
CS non fonctionnelle/pas de CS	0	2
Infrastructure inadéquate	0	1

3.2.6.1.4 *Barrières liés aux parcours thérapeutiques de la femme enceinte*

Comme c'est le cas pour l'accès aux aliments, les parcours thérapeutiques sont impactés par des barrières liées aux distances à parcourir pour aller aux CS. En effet, l'étendue du Tchad, surtout de la partie sahélienne, avec de grandes distances séparant les différentes localités influe négativement sur le développement d'un système de santé harmonieux. La distance est souvent citée par les patients comme une barrière majeure à l'accès aux soins : plusieurs heures de marche, au soleil, avec un enfant malade, sont, sans aucun doute, parmi les motifs récurrents de grand découragement et de recours tardif au centre de santé. On constate également que l'éloignement, doublé du manque de gestion du secteur de transport par l'Etat, aggrave la souffrance des villageois installés loin des CS. Cela peut contribuer à altérer le statut sanitaire de ces habitants.

Le tableau ci-après présente les principales barrières à l'accès à des actes de santé de qualité pour les enfants. Il en ressort clairement que le grand nombre de barrières dues aux ressources structurelles sont liées à l'éloignement des structures sanitaires (tableau 38). Pour la communauté de Torbol dans l'Ennedi Ouest, les patients doivent se rendre à Kalaït, à environ 100 kilomètres où se trouve l'hôpital de district car le CS de Torbol – pourtant bien construit – n'est pas fonctionnel. Pour le DS de Mongo qui est situé Mongo, une zone urbaine (chef-lieu de province), le fait que la distance soit citée comme barrière à l'accès à des actes de santé s'explique par le fait que la collecte des données a eu lieu au village Amdoukour qui est choisi sur la base des villages situés à plus de 5 kilomètres d'un CS. En plus, ce village

est dans la zone de responsabilité du CS de Delep, qui lui-même est situé à environ 75 kilomètres du chef-lieu du DS de Mongo.

Globalement, il faut rappeler qu'au niveau des DS, l'aire de responsabilité du CS peut être de 40 kilomètres mais aussi l'enclavement d'un village même, en proche périphérie du CS (comme Amdakour) peut rendre difficile l'accès au CS et encore plus en saison des pluies. Par exemple au CS du Camp Bekan, il existe une grande différence entre les réfugiés qui vivaient à proximité et des populations hôtes qui habitent dans des villages "environnant" et qui peuvent facilement avoir une heure de marche pour accéder au CS.

Tableau 38 : Barrières à l'accès aux actes de soins et nombre de DS ayant cité

Barrières	Nombre	DS ayant cité
Distance	6	DS Aboudeai (Salamat), DS Abdi (Sila), DS Arada (Wari-Fira), DS Mandelia (Chari-Baguirmi), DS Léré (Mayo Kebbi-Ouest) DS Mongo (Guéra)
Ignorance	4	DS Zouar (Tibesti), DS Abdi (Sila), DS Arada (Wari-Fira), DS Goré (Logone Oriental)
Moyens de Transport	2	DS Aboudeai (Salamat), DS Goré (Logone Or.)
Mauvais accueil et traitements/Mépri AS	2	DS Bongr (Mayo-Kebbi Est), DS Goré (Logone Or.)
Manque de route en saison pluie/débordement Ouaddis	2	DS Moussoro (Barh El Gazel), DS Ngouri (Lac)
CS non opérationnel	1	DS Kalait (Ennedi Ouest)

3.2.7 Facilitateurs liés aux ressources structurelles

3.2.7.1 *Facilitateurs d'accès aux aliments nutritifs*

Dans les zones de l'étude, l'accès aux aliments nutritifs est facilité par certains facteurs structurels qui contribuent à atténuer certaines carences. Ces facilitateurs sont constitués de moyens de résilience (trocs avec les nomades, vente de poulets ou fagots) et d'actions humanitaires/charité (dons/aides, centre social).

La présence de commerçants (possibilité de donner de crédits), la disponibilité des aliments sur les marchés dans certaines zones et l'existence de moyens de transport constituent des facilitateurs structurels à l'accès aux aliments même s'ils sont conditionnés par le pouvoir économique des communautés.

Pour les producteurs agricoles, assurer une bonne production agricole constitue l'une des meilleures solutions d'accès aux aliments non seulement pour eux-mêmes mais aussi pour toutes les communautés de leurs localités. Pour cela, il leur faut des facilitateurs tels que des intrants pour développer agriculture, la disponibilité bonne semence et des structures tels que l'ONASA (Office National de Sécurité Alimentaire et ANADER (Agence Nationale de Développement Rural) pour les accompagner techniquement pour de productions agricoles modernes.

3.2.7.2 *Facilitateurs de l'accès aux soins*

Parlant de facilitateurs de l'accès aux soins, que ce soit pour l'enfant ou pour les femmes enceintes/allaitantes, l'existence et le bon fonctionnement des structures de santé constitue le facilitateur le plus cité. En effet, l'accès aux soins dépend de la présence des agents de santé qualifiés et compétents, des Relais Communautaires disponibles et formés et de la proximité avec un Centre de santé.

Quant au rétablissement de l'enfant atteint de maladies, les facilitateurs sont les conseils et la présence des Agents de santé et Relais Communautaires, le respect de ces conseils ainsi que la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments.

La présence des ONG, surtout celles qui interviennent dans le domaine de la santé et de la prise en charge de la malnutrition est également citée comme facilitateur à la fois de l'accès aux soins et au rétablissement de l'enfant.

3.2.7.3 *Faciliteurs liés aux parcours thérapeutiques de la femme enceinte et allaitante*

Si les grandes distances à parcourir pour arriver aux structures de santé sont citées comme barrières liées aux parcours thérapeutiques de la femme enceinte, la proximité avec ces structures constitue logiquement un facilitateur. Ces facilitateurs liés à la proximité sont cités dans les villages situés à moins de 5 kilomètres du CS et dans les quartiers des CS urbains.

3.2.7.4 *Faciliteurs de la santé maternelle et infantile*

Les principaux facilitateurs à l'accès à des actes de santé de qualité pour les enfants sont majoritairement liés à l'existence du CS et à la présence effective des agents de santé, comme le montre le tableau 39.

Tableau 39 : Faciliteurs de la maternelle et infantile

Faciliteurs	Nombre	Sites où cela a été cité
Agents de santé/CS	11	Itou/ Ennedi-Est, DS Abéché/Ouaddai, DS Abdi/Sila, DS Arada/Wari-Fira, DS Bongor/Mayo-Kebbi Est, DS Moundou/ Logone Occ., DS Goré/ Logone Or., DS Péni/Mandoul, DS Kyabé/Moyen Chari, CS Goudji/N'Djamena, DS Bokoro/Hadjer-Lamis
Relais communautaires	6	DS Abéché/Ouaddai, DS Moundou/ Logone Occ., DS Kyabé/Moyen Chari, DS Arada/Wari-Fira, DS Mandelia/Chari-Baguirmi, DS Péni (Nara)/Mandoul
Avoir moyen de transport	2	DS Zouar/ Tibesti, DS Aboudeai/Salamat

Pour les femmes enceintes et allaitantes, les principaux facilitateurs à l'accès à des actes de santé de qualité sont la disponibilité d'agents de santé et CS (notamment son existence), la présence de relais communautaires, disposer moyens de transport pour aller au CS, présence de matrones et sage-femmes dans les CS.

3.2.8 Déterminants liés aux ressources structurelles

Au niveau structurel, les principaux déterminants sont liés à l'existence, la localisation et le fonctionnement des structures de santé mais aussi aux ressources humaines.

Comme indiqué ci-dessus, les grandes distances séparant les différentes localités influent négativement sur le développement d'un système de santé harmonieux. La distance est souvent citée par les patients comme une barrière majeure à l'accès aux soins : plusieurs heures de marche, au soleil, avec un enfant malade, sont, sans aucun doute, parmi les motifs récurrents de grand découragement et de recours tardif au centre de santé.

Les déterminants liés au fonctionnement et offres de services quant à eux sont liés au manque de médicaments, l'insuffisance en personnel qualifié (surtout des sages-femmes), l'éloignement des structures de santé ainsi le manque et/ou la cherté des moyens de transport pour s'y rendre.

Les DS visités font face aux défis en ressources humaines qualifiées pour une bonne prestation de services de santé à la communauté. Au niveau de ces districts sanitaires, des gaps énormes sont observés en termes de personnel de santé qualifié. On note aussi une insuffisance avérée d'infirmiers et de sages-femmes dans les CS.

Parmi le personnel de santé présent au niveau des structures sanitaires, la majorité est constituée de contractuels, à la charge de la communauté et payés par le Comité de Gestion (COGES). L'insuffisance en personnel qualifié s'observe au niveau de la santé de la reproduction. Cette situation a un fort impact dans l'offre de soins liés à la santé de reproduction.

Aussi, l'inégalité de pouvoir de décision au niveau du ménage constitue un autre déterminant négatif qui affecte l'accès aux soins. Les relations entre hommes et femmes sont marquées par la domination décisionnelle claire d'un genre (masculin) sur l'autre (féminin) tant dans la sphère privée (dans le ménage) que dans la sphère publique (dans la communauté). Au sein des ménages, les rôles sociaux basés sur le genre expliquent en partie cette inégalité. L'homme marié est considéré comme responsable de son foyer ; c'est son rôle de subvenir aux besoins de sa femme et de ses enfants et par conséquent il est communément admis que l'homme est légitime pour prendre les décisions. Le rôle perçu de la femme est de procréer et de s'occuper des besoins domestiques des autres membres du foyer. Ainsi, même les décisions liées à l'intégrité physique d'une femme (son droit à disposer de son corps, sa santé sexuelle et reproductive, sa santé maternelle) sont dominées, voire contrôlées par les hommes, ou par ses parents dans le cas des mutilations génitales féminines. Si, par exemple, le mari refuse que sa femme ou ses enfants se rendent au CS, il crée ainsi une barrière d'accès à la structure de santé (parfois même si le CS est près du domicile) car les femmes ne voudront pas désobéir à leurs maris. C'est souvent le cas des femmes du BET et de toute la bande sahélienne du Tchad où les femmes sont surveillées accentuant ainsi le nombre de barrières structurelles et naturelles.

En termes de communication, la téléphonie mobile participe pleinement à l'adaptation des familles aux évolutions sociales : la prise de décision à distance pour les chefs de famille partis en migration est devenue monnaie courante.

Il reste des zones mal ou pas couvertes par le réseau et qu'il n'est pas toujours aisé de recharger la batterie de son téléphone. Cela n'empêche que la quasi-totalité des adultes du BEG possède et utilise un téléphone mobile.

L'autre utilisation particulièrement importante dans l'organisation sociale actuelle est le transfert d'argent via le transfert de crédits téléphoniques. Moyen simple et sécurisé pour envoyer les sommes destinées à sa famille, cette pratique est largement répandue dans toutes les provinces du Tchad en général.

Le milieu résidentiel des ménages des zones visitées varie d'un village à un autre. Déjà au niveau de type de construction observée dans la zone d'étude, il y a des ménages qui vivent sous un toit en paille, d'autres en terre battue et d'autres encore possèdent un habitat en dur et relativement modeste. Ce qui laisse montrer que le milieu résidentiel dans ces localités n'est pas suffisamment protégé et laisse entrevoir beaucoup d'espaces exposant les enfants au vent et à la poussière.

3.2.9 Facteurs liés aux vulnérabilités politiques et aux conflits

3.2.9.1 Barrières liées aux vulnérabilités politiques et aux conflits

3.2.9.1.1 *Barrières à l'accès aux aliments*

Les agriculteurs sont souvent confrontés au problème de dévastation de champs qui les mettent en conflit avec les éleveurs nomades. Cela alimente les tensions intercommunautaires, alors que le gouvernement ne parvient pas à établir des stratégies de gestion des terres et des ressources équitables et transparentes pour contenir la situation.

3.2.9.1.2 *Barrières de l'accès aux soins*

Le système de santé du pays est un système pyramidal à trois (3) niveaux de responsabilité et d'activités.

- Le niveau central, niveau de conception et de prise de décisions se trouve à N'Djamena et comprend : le Conseil National de Santé ; l'Administration Centrale ; des organismes sous tutelle et des Institutions Nationales Sanitaires (Hôpital Général de Référence Nationale, Hôpital de la Renaissance, Centrale Pharmaceutique d'Achat, l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux, Hôpital de la Mère et de l'Enfant...).
- Au niveau des provinces, se trouve le niveau intermédiaire, niveau stratégique qui comprend : les Délégations Sanitaires Provinciales (DSP), les hôpitaux généraux de référence et les pharmacies Provinciales d'Approvisionnement.
- Le niveau périphérique, niveau de mise en œuvre, la gouvernance est assurée par les conseils de santé des districts, les Équipes Cadres de District (ECD), les établissements hospitaliers des districts, les comités de direction, les centres de santé et les zones de responsabilités.

Cette politique de déconcentration des responsabilités est certes une stratégie de rapprocher les services de santé des populations mais les limites dans la pratique entraînent des difficultés qui constituent des barrières quant à l'accès aux soins. L'instabilité politique et la défaillance dans la gouvernance liée aux infrastructures et aux ressources humaines et financières ne permet pas d'avoir un grand nombre de personnel pour faire fonctionner tous les services de soins. L'effectif du personnel est limité dans les DS au Médecin Chef du District (MCD) et au Chef de Zone (CDZ). Dans le DS des chefs-lieux des départements, il n'existe de personnel pour rendre fonctionnel tous les services de soins. Les MCD ont généralement très peu de relations directes avec les populations et les autorités locales des zones de responsabilité, se limitant généralement aux responsabilités administratives et politiques routinières. La gouvernance au niveau des Districts sanitaires est relativement peu opérationnelle.

Au niveau des centres de santé et de leurs zones de responsabilités, on rencontre aussi assez de difficultés. Normalement, chaque CS doit avoir un COGES (comité de gestion) et un COSAN (comité de santé) composé par des volontaires représentant les différentes communautés et villages. Le COSAN Comité de santé (COSAN) est une structure constituée de personnes élues par les populations qui joue le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé. Il encourage l'établissement d'un partenariat efficace entre l'équipe de la formation sanitaire et les délégués des communautés et cela, à travers l'implication effective dans l'identification de leurs réels besoins, la définition des stratégies et des interventions pour les résoudre, le suivi et l'évaluation de leur mise en œuvre et la proposition des mesures correctrices⁹. Malheureusement, cette politique n'est pas réellement efficace, laissant la gestion des centres de santé aux Infirmiers affectés comme Responsables desdits centres et contraints parfois à se plier aux instructions et injonctions leurs supérieurs hiérarchiques. Cette situation affecte le bon fonctionnement du système sanitaire et constitue de véritables barrières d'accès aux soins.

⁹ Plan national de santé communautaire 2015 2018

3.3 Stratégie de réponse communautaire face à la sous-nutrition

3.3.1. Parcours thérapeutique (sous-nutrition et maladie de l'enfant)

L'analyse des parcours de recherche de soins pour les enfants montre que les choix sont dictés par l'accès à des moyens financiers et la persistance de pratiques culturelles. En termes de barrières, nombreux participants mentionnent également des problématiques au niveau des centres de santé (CS non fonctionnel, rupture d'intrant, personnel incompetent ou désagréable, manque de suivi), paresse et négligence de la part des parents, problèmes de distance, manque de moyens de transport et enfin routes coupées ou impraticables en saison des pluies.

Pour l'enfant, deux parcours se dessinent plus particulièrement en fonction de l'accès à l'information et des moyens financiers :

- (1) La famille se rend directement au centre de santé, soit de sa propre initiative, soit sur conseil de l'entourage ou d'un RC ;
- (2) La famille a d'abord recours à des méthodes traditionnelles (recours à un tradipraticien ou à un marabout, soins à base de plantes, de prières etc.) ou un docteur *tchoukou* (praticien illégal fournissant des médicaments sans ordonnance) ou enfin à l'automédication (médicaments allopathiques, traditionnels – écorces, feuilles -, plus rarement plumpy nut acheté au marché). En cas d'aggravation ou de persistance de la maladie, l'enfant est conduit au Centre de Santé. Cette démarche peut être plus ou moins en rapide en fonction des ressources financières à disposition.

En termes de prévention des maladies et de la sous-nutrition, les familles misent principalement sur l'application des mesures d'hygiène usuelle et fournir une alimentation riche aux enfants (bouillie, huile, beurre). Les maladies principales recensées sont la diarrhée, le paludisme, des vomissements et les infections respiratoires aiguës (IRA)/la toux. Les signes de danger chez l'enfant sont la fièvre, les pleurs excessifs et le manque d'appétit.

Au niveau communautaire, les traitements peuvent différer. Ainsi la majorité des communautés font recours à des plantes, écorces ou herbes, mais d'autres utilisent également de l'urine animale ou de l'eau dans laquelle un caméléon a été bouillie. Une pratique très courante dans les communautés musulmanes, bien connue dans toute l'Afrique du Centre et de l'Ouest, est d'écrire des versets coraniques sur une planche puis d'y verser de l'eau. L'eau recueillie est ensuite bue par le malade.

Dans d'autres communautés, certains médicaments allopathiques sont systématiquement utilisés en premier recours, c'est le cas à Békan 1& 2 (Logone Orientale) où le métronidazole et les ORS sont utilisés pour la diarrhée et les maux de ventre, le paracétamol pour la fièvre et les maux de tête. Les communautés de Nara (Mandoul) et Quartier Mailo (Mayo-Kebbi Est) font également état de l'utilisation d'arthemeter en cas de paludisme. Bien qu'il puisse être vu comme plus bénéfique que le parcours traditionnel, ce recours à l'automédication n'en est pas moins sans risque. Par exemple, l'utilisation d'arthemeter seule n'est pas recommandée. La molécule est en effet très instable si elle n'est pas associée à de la luméfantrine. Une recherche un peu plus approfondie sur les l'automédication pourrait être profitable afin de pouvoir renforcer la sensibilisation et l'accompagnement des communautés autour d'une recherche de soins adéquate.

Au niveau des choix thérapeutiques, le CS est souvent reconnu comme plus efficace mais également plus cher et sans garantie de rechute alors que l'utilisation de plantes (chi, garate, neem, arthémisia, garate, moringa, feuille de coton, écorce de Da, miel) est très peu chère voir gratuite. Les matrones mentionnent notamment un manque de connaissance sur les coûts des traitements, et le fait que de nombreux parents pensent que le traitement de la malnutrition est payant. De plus certains parents pensent, par manque de connaissance, que l'âme de leur enfant a été « attrapé » et font donc de préférence appel à un marabout. Les communautés reconnaissent que certaines plantes peuvent être dangereuses et inefficaces. Le marabout quant à lui est une personne de confiance, qui est dans le village. On le consulte souvent poussé par son entourage ou en raison de pesanteurs traditionnelles, ses résultats sont variables. Le Docteur Tchoukou quant à lui se situe au plus près de la communauté et il

n'est pas très cher. Cependant la communauté n'a pas toujours conscience qu'il ne s'agit pas d'un agent de santé officiel et que ses traitements peuvent être dangereux.

Généralement les communautés ne combinent pas les méthodes mais alternent pour des questions d'efficacité.

Certaines pratiques traditionnelles sont très connues lorsque l'on parle de la sous-nutrition au Tchad. Pour autant les informations collectées tendent à montrer qu'elles sont principalement utilisées pour d'autres maladies. Il s'agit notamment de l'ablation de la lchette qui peut être réalisée par les tradipraticiens, les scarifications ou encore les rituels autour des dents (extraction, gencives frottées avec de la paille ou des pierres chaudes, ou encore coupées au rasoir), enfin les scarifications notamment pour les vers.

Lors des ESD, les répondants mentionnent que l'accès au CS et le renforcement des sensibilisations a permis une meilleure compréhension de la sous-nutrition et de son traitement, expliquant ainsi certaines raisons de l'abandon de ces pratiques dans plusieurs localités où l'étude a été conduite :

« Depuis 2012, quand MSF a commencé à faire les dépistages. Dans le passé, la communauté la considérait comme une simple maladie pour laquelle il faut faire l'ablation de la lchette ou l'extraction des dents. », ESD tradipraticiens, Bouroudou (Lac).

« Ces pratiques deviennent de plus en plus inexistantes que nous avons reçu assez de sensibilisation sur les risques de l'automédication qui sont l'aggravation de la maladie, la mort en cas de non-respect de la dose ; alors nous nous référons plus vers les CS », ESD matrones, Abéché (Ouaddaï).

Les pratiques relatives aux femmes enceintes ont évolué. De plus en plus de femmes accouchent en milieu médical et suivent les consultations pré natales. Celles qui font le choix d'un accouchement à domicile le font soit par tradition, manque de moyens, problème de transports (manque de transport/distance) ou car l'accouchement est rapide. Certaines se sentent plus en confiance avec les matrones et elles n'ont pas de complication. Enfin de rares cas, le CS n'est pas fonctionnel.

Au cas contraire, les femmes (et leur maris) décident de se rendre au CS pour éviter les risques de complications, bénéficier d'un bon suivi médical, éviter les hémorragies, pour qu'un membre médical coupe le cordon et pour la réalisation des vaccins. Ce recours au CS est perçu comme permettant un meilleur accompagnement de la santé de la mère et de l'enfant. Dans tous les cas, les femmes disposent d'un soutien psychologique d'un membre de l'entourage (mère, partenaire).

Les différents ESD ont permis de mettre en relief des échanges entre les tradipraticiens, les matrones et les CS. Généralement, les patients malades et notamment les femmes enceintes si elle présente des complications, sont référées vers les CS. A Jericho Etena (Chari-Baguirmi), par exemple, les matrones ont été formées par le CS.

Certains praticiens dénoncent un manque de considérations et des relations à sens unique tant dis que d'autres déplorent un manque de moyens et de rémunération lors qu'ils réfèrent un.e patient.e.

« Nous entretenons des bonnes relations basées sur le professionnalisme mais il y'a un manque de rémunération, manque de nourriture lorsque nous amenons les femmes qui ont accouché chez nous, on ne trouve pas d'eau. » « Oui j'utilise mon argent en suppliant les clandestin pour amener la femme en couche à l'hôpital et il y a aussi manque de téléphone. », ESD matrones, Camp Bèkan (Logone Oriental)

Dans le cadre de la lutte contre la malnutrition, dans un contexte de pauvreté chronique et où les communautés font face à des conditions climatiques rudes et se retrouvent parfois victimes de l'enclavement de leur zone géographique, il est primordial de capitaliser sur toutes les initiatives pouvant conduire à des parcours thérapeutiques adaptés, efficaces et respectueux des croyances locales. Aux dires des personnes interrogées, il semblerait que dans la plupart des communautés il existe une entente entre système traditionnel et médecine conventionnelle.

Comme le mentionne ce tradipraticien de Quartier Mailo (Mayo-Kebbi Est) :

« Le problème de la santé est compliqué. Certaines maladies ne peuvent pas être soignées au CS et d'autres ne peuvent pas aussi être soignées chez les tradipraticiens. Donc il faut la collaboration, certains patients font recours au CS sans succès et reviennent vers nous tradipraticiens et d'autres qui viennent d'abord nous voir et qui ne trouvent pas solution à leur maladie repartent au CS. C'est vice versa. »

3.3.2. Mécanismes de résilience communautaire (SAME)

Tout au long de l'étude, les participants mentionnent comme principale barrière à tout type d'activités le manque de moyens financiers. Ainsi quand la nourriture vient à manquer, la situation ne fait que s'aggraver pour les ménages déjà pressurisés financièrement.

Excepté pour le village de Djamalma (Chari-Baguirmi) qui manque d'aliments toute l'année, la période de soudure correspond plutôt à la saison des pluies. La période de soudure/enclavement (figure 45) dû aux inondations des ouaddis s'étend ainsi de juillet à septembre. Les produits agricoles sont généralement épuisés entre avril et août.

Certaines zones sont également impactées par les conflits proches comme le Zouar Urbain (Tibesti) ou Zabitchoubi (Mayo Kebbi-Ouest) qui souffre du proche conflit en Lybie qui impacte l'importation des produits alimentaires.

La disponibilité alimentaire s'épuise, pour les raisons que l'on connaît aux périodes de soudure : non disponibilité des transports de marchandises, augmentation des prix, aliments non disponibles et dont la rareté entraîne une hausse des prix, fin des stocks personnels.

Plusieurs communautés mentionnent l'état des routes et la destruction des champs par les animaux des éleveurs ainsi que l'enclavement comme justifiant les difficultés d'accès à un niveau de sécurité alimentaire acceptable.

Lors des périodes de soudure, les communautés se retrouvent à devoir développer des mécanismes de résilience afin de pouvoir survivre. L'étude montre que les mécanismes déployés au niveau communautaire sont faibles au regard des mécanismes individuels. En effet, les mécanismes tels que les tontines sont sous-représentés. Ainsi, les communautés adoptent une activité génératrice de revenus supplémentaires (AGR) tels que le petit commerce (vente de fagots, foin, produit de la cueillette), vente d'alcool traditionnel (bili bili), fabrication de briques, artisanat ou encore la vente de leurs produits de jardin et cultures ainsi que de leurs animaux. Généralement ces activités ont été montées sur fond propre.

Pendant cette période où tout manque, les communautés achètent et parfois empruntent. L'emprunt, qui est peut-être le mécanisme communautaire le plus répandu peut également prendre la forme de dons issus de la zakaat. Certains membres font également du troc. Enfin la communauté mentionne le soutien saisonnier de certaines ONG et de l'Office National de la Sécurité Alimentaire (ONASA).

Au niveau des pratiques d'agriculture, la culture de variété précoce a été mentionnée à au moins une reprise, elle peut effectivement constituer un levier intéressant de culture intelligente et adaptée au climat.

Des pratiques, peu citées, non adaptées prennent également place : consommation des récoltes immatures, diminution des rations alimentaire, suppression de certains aliments des menus habituels, les légumes, feuilles et céréales sont priorisés (sauce gombo, haricots, boules et aliments sauvages : tubercule, kreb/fonio sauvage).

Les mécanismes de mise en commun de ressources financières ne sont pas très répandus et ne profitent qu'à leurs adhérents (tontines/caisses, groupements).

Les ESD avec les grands-mères montrent une évolution négative dans le temps des pratiques de solidarité communautaire :

« Avant on donnait des œufs et des poules, aujourd'hui les données de la solidarité ont changé et on ne donne plus comme avant », Quartier Mailo (Mayo Kebbi-Est).

Figure 45 : Soudure par communauté étudiée

Janvier																				
Février																				
Mars	DS Abéché/O uaddai																			
Avril																				
Mai																				
Juin			DS Abdi (Ngoro) /Sila																	
Juillet																				
Août		DS Aboudeai (Ligné)/Sa lamat* mentionné comme mois 7 à 9		DS Mandelia (Djamalma) /Chari- Baguirmi	DS Bonghor/ mayo- Kebbi Est	DS Léré (Zabitchoub i/Mayo Kebbi- Ouest	DS Moundou (Quartier1 5ans)/ Logone Occ.	DS Goré (cam P Beka n)/ Logo ne Or. (rupt ure CS)	DS Péri (Nara)/M andoul		DS Mongo (Amdakour) /Guéra	Oum- Hadjer (Marade)/ Batha	CS Goudji/N'Dj amena	DS Bokoro (Zarafa)/h adjer- Lamis						
Septembre			DS Abdi (Ngoro) /Sila																	
Octobre																				
Novembre																				
Décembre																				

3.3.3. Stratégies menées par la communauté (ANJE)

Comme vu précédemment, loin d'être la majorité, une grande partie des mères ne donnent pas le colostrum à leurs nouveau-nés. Ces pratiques changent en raison notamment de l'accompagnement fourni en milieu hospitalier.

Les stratégies de réponse menées par la communauté reposent beaucoup sur une adaptation des rations alimentaires : consommation de lait animal, bouillie enrichie, boule. Les femmes non allaitantes donnent généralement du lait de vache ou des substituts au biberon.

Lorsqu'un problème survient lors de l'allaitement, la mère peut prendre conseil de son entourage féminin et se rendre au centre de santé. En sus, certaines femmes consomment des racines avec de l'eau pour « lutter contre le mauvais lait ». Également, elle applique de l'eau chaude sur leur poitrine pour que le lait coule mieux. Cette pratique est par ailleurs souvent recommandée aux mères allaitantes en cas d'engorgement par les conseillères de la *Leche League*, les conseillères IBLC (International Board Certified *Lactation Consultant*), et le milieu médical (eau chaude accompagnée de massage circulaire).

Lorsque la mère utilise un substitut au lait maternel, c'est généralement en pensant renforcer et protéger l'enfant, notamment quand le lait maternel est perçu comme mauvais ou insuffisant, ou encore si la mère est souvent absente. Les substituts sont donnés dès la naissance. La décision est majoritairement prise par suite d'un conseil de famille, mais également sur conseil de proches ou des AS.

Au niveau de l'alimentation complémentaire, elle n'est pas toujours introduite aux alentours de 6 mois à cause des sevrages précoces en cas de grossesses rapprochées ou des pratiques socio-culturelles propres à certaines communautés. L'enfant mange généralement de la bouillie enrichie, mais en cas de d'insécurité alimentaire la boule sera privilégiée.

Des pratiques inadéquates sont apparues avec la mise en œuvre de programmes de nutrition, comme la possibilité d'acheter du plumpy nut sur les marchés. Ainsi lors des ESD avec les grands-mères celles-ci mentionnent, quoi que de façon anecdotique, le plumpy nut comme aliment de complément :

« **Le plumpy nut c'est bien pour les enfants, on achète ça au marché à un prix de 250 CFA** », ESD tradipraticiens, Borkou (Faya Centre)

3.4. Communication communautaire pour le changement

L'étude nationale des pratiques nutritionnelles au Tchad a pour l'un des objectifs de pouvoir élaborer puis mettre en place une stratégie de communication pour le changement. Les différents ESD et groupes de discussions ont permis d'identifier et d'analyser les différents moyens de communication utilisés ainsi que les personnes ressources au sein de la communauté.

3.4.1. Personnes ressources au sein de la communauté et en dehors (changement de comportement)

En fonction des problématiques et des sujets abordés, les personnes ressources diffèrent.

Les principales sources de connaissance sur la sous-nutrition des communautés sont principalement le corps médicaux (RCS, AS, CS/hôpital) ou encore les ONG. Sur les questions portant sur la sous-nutrition les FEFA font aussi appelent aux membres de leur famille (mères, grand-mères) ou à quelques membres de la communautés (relais communautaire, groupement de femme, femmes âgées, voisins, amis). Sur cette thématique, l'école, les leaders religieux (église/mosquée), la radio, les affiches, le téléphones, les crieurs publics et marché ont été relevés comme vecteur important pour l'acquisition de connaissance sur la malnutrition.

Dans le cadre de l'allaitement, et notamment des difficultés pouvant être rencontrées par les mères, ces dernières font souvent appel aux femmes âgées, chuchuyas et à leur propre mère. Certaines consultent également les matrones, les sage-femmes ou les RC. Toutes ces personnes constituent un « village » support pour la jeune mère qui peut exprimer ses doutes et recevoir des conseils sur les positions à adopter, les stratégies en cas d'engorgement, les questions de sevrage etc. Il faut tout de même noter qu'il a été rapporté à plusieurs reprises que certaines femmes âgées tentent de dissuader les jeunes mères de donner le colostrum à leur nouveau-né. Ces personnes sont sources de savoir et d'expériences mais certaines connaissances peuvent s'avérer inexactes. Il est important de pouvoir « utiliser » ces villages de femmes pour diffuser des pratiques mais ceci ne va pas sans accompagnement de professionnels de l'allaitement type conseillère IBLC.

Concernant les personnes ressources pour parler des interrogations/problèmes sur l'alimentation des enfants, les FEFAs, dans les deux-tiers des localités consultées (15), s'adressent surtout à leur mari/partenaire. Les membres de la famille (mère, tante, père, belle famille, fille, grand-mères) constituent un deuxième cercle de personnes ressources devant celui des voisines et celui du corps médical (RCS et AS). Le chef de village et la présidente de groupement ont aussi été ponctuellement cités. Les mamans PV participent aussi à la sensibilisation des autres et peuvent servir de modèle à suivre sur les questions d'alimentation et d'allaitement des enfants.

Concernant la contraception, ce sont principalement le personnel de santé, des ONG et les RC qui sont les principales sources d'informations pour les communautés. Les matrones, si bien formées, peuvent également fournir ces informations. En gardant à l'esprit que des échanges existent entre centre de santé et systèmes thérapeutiques traditionnels. Les chefs de village ont aussi dans quelques cas participé à la sensibilisation de la communauté pour faire évoluer sa pratique. Par contre, la famille et les autres membres de la communauté sont peu sollicités pour obtenir des informations sur les questions de contraception.

Les principales sources de connaissance sur les pratiques d'hygiène sont les agents de santé et les relais de santé par le biais des différentes sensibilisations qu'ils mènent auprès des communautés. Les ONG peuvent aussi jouer un rôle décisif dans le changement des pratiques d'hygiène comme l'explique le Président du Coges du CS de Delep :

« Avant il n'y avait pas une consommation d'eau saine. La population consommait l'eau des marigaux. Mais la population a appris les bonnes pratiques de traitement et cela a permis un changement de pratiques de santé et nutritionnelles. C'est grâce à l'important travail réalisé par IRC auprès des communautés ! »

Au niveau des communautés les leaders d'opinion (matrone, chuchuya, tradipraticiens), ainsi que les femmes au sein des familles (mères, grand-mères, tante) ou les voisines et personnes âgées conseillent souvent les FEFAs sur les bonnes pratiques d'hygiène (alimentaire, corporelle, vestimentaire, environnementale) à respecter pour assurer leur bonne santé et celle de leurs enfants.

Les FGD et les ESD ont toutefois permis de mettre en lumière certaines dynamiques au sein des ménages qui font que le pouvoir décisionnel de certains de ses membres doit être pris en compte pour que les conseils des personnes ressources puissent être appliqués. Dans les foyers, si les mères peuvent émettre des conseils ou recommandations, c'est très souvent le père qui décide comme l'explique la matrone d'Abéché :

« C'est le papa qui décide. La maman ne fait que suivre les consignes de ce dernier. Si elle prend des décisions, elle est considérée comme une femme irrespectueuse et insoumise et ceci peut entraîner le divorce. Si le père n'est pas là, ce sont ses frères ou ses sœurs qui prendront les décisions. La mère intervient en dernière position »

La matrone de Kanem a rappelé lors de l'ESD que « **la Grand-mère est généralement la conseillère de la famille. C'est elle qui décide sur ces pratiques. Mais si la mère est âgée, elle peut prendre certaines décisions liées à la santé de son enfant également** ».

Il est ainsi important dans le cadre des sensibilisations qui sont réalisées de cibler les pères et les grands-mères qui sont susceptibles d'empêcher au sein des ménages l'adoption de bonnes pratiques nutritionnelles par les FEFAs.

L'analyse des personnes ressources en fonction des problématiques et des sujets abordés permet de constater de l'existence d'un tissu communautaire suffisamment stable pour pouvoir diffuser au sein de celui certains messages. Par exemple, certaines stratégies de communication comme les mamans lumières peuvent faire leurs preuves, ou encore les assemblées d'échanges de connaissances entre différents membres d'une même communauté peuvent avoir un impact intéressant en termes de changement de comportement.

Le corps médical, notamment les agents de santé, mais également les relais communautaires sont souvent mentionnés comme personnes ressources en cas d'interrogations sur la santé de l'enfant et notamment sur les questions de sous-nutrition et d'alimentation.

Les autorités locales et coutumières s'identifient elles-mêmes comme personnes ressources et personnes clés, ayant à cœur de porter le changement

L'Etat peut être également un acteur clé du changement au sens où il intervient au travers de son personnel administratif, notamment les préfets et chefs de cantons, ainsi que les agents de mairie.

« **Les chefs de canton peuvent faire passer des messages dans les places mortuaires ou dans les grands événements publics** », « **Pour le chef de canton, il peut faire le message lors de leurs regroupements ou association, ou encore lors des cérémonies de mariage ou des fêtes** », ESD autorité coutumière, Kanem.

Les ONG et les agences onusiennes sont souvent citées comme acteurs pourvoyeurs d'information et porteurs de changement, notamment la CRF, ACF, Alerte santé, Alima, World Vision, le PAM sont régulièrement cités.

Les instituteurs quant à eux identifient clairement leurs élèves comme porteurs de changement. Ceux-ci sont vus comme plus « malléables » et surtout comme personnes clés pour diffuser des messages au sein des familles. Ils identifient également les leaders d'opinion comme personne ressource :

« **Pour les hommes : les gens ont fois en les personnes qui viennent d'ailleurs, par exemple à Ndjamena pour faire passer le message. Comme ça le message est très vite écouté. Il faut faire passer le message à la mosquée par les imams. Passer également de porte à porte.** »

3.4.2. Moyens de communication utilisés

▶ **Par les autorités locales et administratives**

L'implication des autorités locales et administratives est importante pour permettre l'adoption des bonnes pratiques nutritionnelles par les communautés. En effet, en tant que représentant de l'Etat localement, ils sont porteurs de changement. Les chefs de canton ont ainsi été sensibilisés pour faire passer les messages dans les territoires qu'ils administrent. Représentant de l'autorité coutumières à Kanem a ainsi expliqué lors de l'ESD que les chefs de canton peuvent faire passer les messages lors des regroupements, de grands événements publics comme lors des cérémonies de mariages, de fêtes ou dans les places mortuaires.

▶ **Au sein des structures de santé**

Les sensibilisations réalisées dans les CS et les hôpitaux améliorent la connaissance des FEFAs sur les bonnes pratiques nutritionnelles. Les agents de santé (RCS, AS, infirmiers, infirmiers, sage-femmes,

nutritionnistes) demeurent des personnes ressources importantes comme sources d'information sur les questions liées à la malnutrition ou encore aux contraceptions. Dans les CS, les femmes bénéficient des conseils du corps médical lors des consultations, des CPN et CPoN (pour celles qui y assistent). Les membres du COGES peuvent également participer, en appui au personnel de santé, à l'effort de sensibilisation des FEFAS au sein des CS en conduisant des causeries éducatives. Plusieurs grands-mères (Péni, Batha) ont également rapporté qu'elles-mêmes ou des personnes de leur communautés avaient bénéficié de formation sur les pratiques nutritionnelles auprès du RCS, d'un infirmier ou encore d'un agent nutritionniste.

L'implication de membres des communautés dans les activités du CS est jugé comme atout pour le corps médical et le suivi des patients. Ainsi le président du COGES de Mongo explique : **« Au niveau du COGES, tout le monde se connaît, si une femme/ un enfant ne vient pas, on blâme le père, on attaque pour faire pression et le forcer à amener sa femme ou son enfant au CS ».**

► **Au sein de la communauté**

Plusieurs méthodes sont utilisées par différents acteurs pour assurer la sensibilisation des populations. Plusieurs acteurs, comme le RC de Bonghor, ont précisé utiliser le patois de la communauté et que les messages soient expliqués clairement pour être sûr que les messages soient compris et retenus par la population.

Parmi les acteurs impliqués dans les sensibilisations auprès des populations, il faut souligner le travail réalisé par les agents de santé et des ONG qui se déplacent dans certaines localités pour informer les populations sur l'importance des pratiques nutritionnelles (alimentation, soin, santé, hygiène). A Béré, l'AS profite de ses descentes chez les communautés pour organiser des séances de dialogue avec les parents. Il a également précisé organiser des sensibilisations une à deux fois par mois avec les relais communautaires. Le corps médical et les ONG apportent surtout leur soutien morale (et parfois en formation) aux différents acteurs issus de la communauté qui participent aux changements de comportement nutritionnelles de la population.

Le soutien des chefs de village (/carré) sont incontournables pour que les actions de sensibilisation et les activités favorisant le changement des comportement et pratiques nutritionnelles puissent être conduits dans les communautés. Ils s'assurent de la mobilisation de la communauté et facilitent la transmission des messages. Pour cela, ils peuvent aider les agents de santé/ONG/RC à rassembler, chez lui ou dans un lieu public (arbre à palabre), pour passer les informations en convoquant des réunions, assemblées, regroupements des hommes, femmes ou de l'ensemble de la communauté en fonction de la population ciblée.

Certains chefs de villages (ou un membre de sa famille) soutiennent aussi la sensibilisation de la communauté en accompagnant personnellement l'agent de sensibilisation de ménage en ménage pour faire passer les messages. En cas de résistance ou de conflit lors des activités de sensibilisation, de dépistage ou VAD, ils peuvent également être sollicité par l'AS/ONG/RC afin de résoudre le problème.

Les communautés étudiées étaient parfois socio culturellement hétérogènes. Il est important de s'assurer que les autorités coutumières représentant ces différents groupes soient impliqués comme cela a été recommandé dans le cas de Bonghor :

« A Bongor, il y a 44 chefs de race, ce qui montre qu'à travers ces chefs de race, on peut atteindre un grand nombre de tchadiens. Donc il faut passer par ces chefs pour sensibiliser la population. »

ESD Autorité coutumière Banghor

Les relais communautaires/agents de santé communautaire/COSAN sont au sein des communautés des acteurs moteurs dans la mobilisation et la sensibilisation des FEFAs. Ils jouent un rôle décisif dans l'adoption des bonnes pratiques nutritionnelles dans les villages/quartiers.

A leur niveau, ils conseillent notamment aux FEFAs d'aller au CS dès le début de la grossesse pour la CPN, d'accoucher au CS pour éviter les complications, en cas de maladie ou encore pour la prise en charge des enfants malnutrie au CS. Ces agents de santé communautaire participent beaucoup aux

sensibilisations sur les bonnes pratiques alimentaires, d'allaitement, et orientent surtout les femmes sur la question de leur santé et celle des enfants. Ils utilisent souvent deux méthodes de communications pour sensibiliser les FEFAs. La première consiste à les réunir dans un espace public. Pour les sensibilisations, les RC disposent parfois de fiche contenant des thèmes spécifiques. En fonction des instructions du RCS, ils abordent un thème spécifique avec le groupe de personnes mobilisé. Néanmoins, il demeure encore « difficile, voire impossible de réunir les femmes dans certaines communautés » comme l'a regretté l'AS Zouar.

La deuxième méthode de communication est de réaliser du porte-à-porte pour réaliser des causeries éducatives comme l'explique le RC Bonghor :

« Pour la meilleure communication à l'endroit des femmes et des hommes, on utilise la technique selon laquelle il faut passer de porte à porte. Donc va dans chaque ménage avec un comportement doux pour être bien accueilli avant de commencer la sensibilisation. Et c'est avec leur accord qu'on lance le message de sensibilisation. »

Les relais communautaires peuvent aussi assurer des visites à domicile à la demande du RCS et ils animent dans certaines localités des démonstrations culinaires pour sensibiliser les FEFAs sur l'importance de la bouillie enrichie pour l'alimentation des jeunes enfants. Lorsqu'ils ont été formés, ils réalisent le dépistage des enfants et la prise de PB des nouveaux et anciens malnutris et le référencement au CS si nécessaire.

La fréquence des activités des RC est très différents en fonction des communautés. A Goré et Kanem, les RC ont précisé que le dépistage se fait tous les mois, la sensibilisation se fait 2 à 3 fois dans la semaine et que le suivi d'un enfant admis se réalise de façon hebdomadaire. A Moussoro, le RC explique que **« les fréquences dépendent du calendrier qui est établi au CS journalièrement dans la semaine. Par exemple le jeudi et vendredi son retenus pour le dépistage et la prise en charge de la malnutrition des enfants »**. Enfin, le retrait et donc l'assistance de partenaire peut être synonyme d'arrêt des activités de prise en charge de la malnutrition par la communauté. Ainsi, le RC de Pénia a déclaré qu'**« Auparavant, nous faisons trop d'activité concernant la malnutrition mais, depuis 2 ans tout cela est arrêté »**.

Les leaders d'opinion au sein de la communauté (président groupement (notamment des femmes), chef religieux et enseignants, chuchuya) participent également à leur niveau au changement des comportements des pratiques nutritionnelles de la communauté.

Les leaders religieux (imam, pasteur, prêtre, conseil islamique ou des sages) et les congrégations religieuses participent dans certaines communautés activement aux changements des comportements et pratiques nutritionnelles. Pour les communautés, profiter des rassemblements religieux est une des meilleures voies de communications pour sensibiliser la communauté et surtout les hommes. Plusieurs communautés musulmanes ont rapporté que des messages de sensibilisation sont passer par l'imam pendant le prêche ou après la prière de vendredi. Dans les communautés chrétiennes, des communications sont réalisées au cours de la messe. Les cérémonies de baptême ou de mariage sont aussi l'occasion pour réaliser des sensibilisations de masse. Dans certaines communautés, les imams et les prêtres peuvent aussi aider les agents de santé à lutter contre la résistance de la communauté à adopter de nouveaux comportements. L'AS de Moussoro note par exemple : **« Oui l'espace de naissance est respecté même si ce n'est pas parfait. Certains responsables religieux nous aident dans ce sens. »**

Les directeurs d'école et les instituteurs peut aussi jouer un rôle important comme porteur de changement. L'école peut participer à la sensibilisation de la communauté à travers les enfants, car ces derniers vont répéter à leurs parents les ménages appris auprès de l'enseignant. Dans certaines localités, comme au Kanem, l'instituteur convoque parfois les parents d'élève un samedi pour leur parler et les sensibiliser. Par ailleurs, la scolarisation des filles est aussi importante car selon le directeur de l'école de kanem **« Les femmes qui ont étudié et ont réussi peuvent sensibiliser les autres »**.

Les représentantes des femmes/Chuchuya et les groupements de femmes sont aussi importantes pour transmettre les messages et faciliter l'adoption des bonnes pratiques nutritionnelles au sein de la communauté. La chuchuya par son autorité est écouté par les autres femmes de la communauté. Dans

certaines communautés les groupements de femmes participent activement à la prise en charge communautaire de la malnutrition en collaboration avec les RC. Elles réunissent ainsi les femmes pour les sensibiliser sur l'importance d'aller au CS, de faire les CPN, sur la mise au sein ou l'accompagnement des mères dans la mise en place de l'allaitement ou réalisent des démonstrations culinaires. Dans certaines localités, les groupements de femmes organise des tontines ou des AGR collectifs afin d'avoir assez de capital financier pour permettre à leurs membres de faire face à des situations d'urgence (argent pour aller au CS en cas de maladie) ou leur permettre de financer le développement d'une AGR individuel. Cette initiative a permis aux membres de pouvoir adopter certaines bonnes pratiques nutritionnelles.

Les associations de jeunes participent à diffuser les informations au sein de leur communauté et peuvent réaliser des sensibilisations par le biais de l'organisation d'un événement récréatif, comme l'organisation d'un tournoi de football, qui sera l'occasion d'éveiller les jeunes et moins jeunes de la communauté aux bonnes pratiques nutritionnelles. Les jeunes peuvent aussi participé à la transmission de certains messages de sensibilisations jugés tabou (comme la contraception) dans la communauté en passant par le bouche à oreille. Il est à noter que lors de l'enquête de terrain les leaders communautaires étaient peu coopératif pour la réalisation d'une étude sur la malnutrition, ce sont des membres d'une association de jeunes (informelle) qui souhaitaient l'équipe à collecter des données pour aider la communauté.

Les matrones sont souvent impliquées dans les sensibilisations et les échanges qui ont lieu avec les femmes des communautés. Elle est souvent une conseillère privilégiée des FEFA de la communauté (encore plus pour les villages enclavés ou très éloignés des CS et dans lesquels les FEFA vont très rarement consulter un AS). Elles les accompagnent pendant leur grossesse et leur accouchement. Leurs conseils qui portent sur l'alimentation, le soin à apporter aux enfants ou encore les pratiques d'hygiène sont encore très écoutées. Les méthodes de communication utilisées par les matrones sont de se rendre directement chez les FEFA pour les conseiller et une fois le bébé né, de montrer les bons gestes à faire à la mère et son accompagnante.

La méthode de la bouche à oreille (dès qu'une personne a connaissance d'une information, elle le transmet, et ainsi de suite) est un moyen de communication très efficace au niveau des réseaux de voisinages, entre amis et à l'intérieur du ménage. Les mères partagent souvent les messages de sensibilisation qu'elles ont entendus à leurs filles. Au niveau des ménages, certaines FEFA ont évoqué l'existence de causerie au sein des ménages, quand la famille se réunit le soir.

D'autres moyens de communication ont été évoqués par les communautés. La radio (mais elle n'est pas toujours très écouté dans certaines communautés comme à Abéché), la télévision ou Internet/le téléphone (lorsqu'il y a le réseau) sont différents moyens qui peuvent permettre de diffuser les messages de sensibilisation aux sein des communautés en fonction de leur contexte propre. Ainsi l'instituteur de Torbol souligne l'importance du téléphone dans sa localité : **« Ici, le meilleur moyen de communication des messages c'est le téléphone. Dans la localité, il n'y a pas de radio, ni de campagne de sensibilisation. Il y'a aucune autre voie de communication qui peut aider la population a un changement de comportement alimentaire et de ses pratiques nutritionnelles ».**

La diffusion des messages dans les communautés par le biais de crieurs, les griots, les haut-parleurs le long des grands axes et d'affiches est également jugée efficace/

Les sketches et les scènes de théâtres (au CS, au village ou au marché) ont été évoqué comme moyens ludiques et très appréciés par la population pour diffuser les messages de sensibilisation/

Enfin, le marché ressort comme un lieu important pour réaliser également des activités de sensibilisation (représentation de scène de théâtre, diffusion de messages aux mégaphones, affiches) pour informer les communautés.

L'étude de terrain a aussi permis de révéler qu'il existe plusieurs limites qui freinent les activités de sensibilisation.

Le manque de moyens financiers et matériels (moto, carburant, bicyclette, haut-parleurs, bande MUAC, crédit téléphonique) rende difficile la tâche des RC. Dans certaines localités, le RC n'est en fait qu'un crieur public qui parfois plusieurs villages sur sa disponibilité. Le manque de moyen de locomotion peut être un frein surtout lorsque les distances à parcourir entre les villages sont importants.

Autre limite qui a été soulevé, c'est le manque de formation des RC comme le déplore l'AS Itou :

« Oui, le message est retenu, beaucoup même, mais le seul obstacle est que nos relais et nos agents communautaires ne sont pas formés. Ils manquent de stratégies pour bien sensibiliser la communauté. On peut aussi ajouter que le manque de moyen de transport pose aussi problème »

L'AS Léré souligne aussi que : **« Le problème, c'est qu'il n'y a pas d'outil visuel (boite à image) qui rendrai la transmission du message plus facile ! Sans image, c'est difficile pour les femmes de retenir. Du coup le COGES, le RCS et les relais communautaire doivent répéter...il faut répéter plusieurs fois »**. La mise à disposition d'outil pour faciliter la transmission, la compréhension et l'assimilation des messages est ainsi crucial.

Au niveau de la sensibilisation sur des thématiques jugées parfois comme taboues (contraception), l'agent de santé de WF a expliqué que son équipe **« profite des moments de distribution des CBS+ pour leur en parler »**.

Le manque d'encouragement et de rémunération des RC a été dans certaines localités à l'origine du découragement de ces derniers.

4. Conclusion

De nombreuses causes sont à l'origine du problème d'insécurité nutritionnelle chronique et peuvent expliquer l'échec récurrent des mécanismes d'aide internationale à endiguer le souci de la malnutrition au Tchad. Les principales sont la situation de pauvreté croissante au niveau de la population et l'absence de mécanisme efficient de solidarité et de résilience.

Des années d'intervention ont permis aux populations d'avoir une bonne compréhension de la maladie, de ses symptômes et des différentes modalités de traitement. Les pratiques ANJE adéquates semblent également être comprises et appliquées, bien que de nombreuses incompréhensions persistent pour une partie de la population quant à l'importance de la consommation du colostrum.

Également certaines pratiques existantes ne sont pas totalement inadéquates. En effet, des études récentes questionnent la consommation de natron pour accélérer le travail, le natron est également utilisé pour les maux de ventre dans de nombreux pays. Concernant l'allaitement, l'utilisation d'eau chaude et de massage est préconisée pour soulager les engorgements. Enfin certaines plantes citées ont réellement des vertus médicinales (arthémisia, moringa, neem).

Quatre catégories d'ordre socio-culturel jouent le rôle de barrières pour l'adoption par les Tchadiens des bonnes pratiques nutritionnelles : au niveau du CS et par rapport aux traitements qui y sont proposés, au niveau de la communauté, au niveau du ménage et au niveau des femmes. Ainsi certaines personnes refusent de se rendre au centre de santé où l'accueil n'est pas jugé bon et où les ruptures d'intrants sont fréquentes. D'autre part, certaines personnes se sentent trop stigmatisées ou font face à des contraintes financières ou de déplacements trop importants. La polygamie est également régulièrement citée comme une barrière importante du fait de son impact sur le partage des ressources alimentaires et financières au sein du ménage.

Le faible rendement agricole, l'absence de moyens d'existence efficace, le coût des produits et services du CS et le manque de motivation des relais communautaires sont également de grandes barrières socio-économiques liées à la situation en sécurité nutritionnelle au Tchad. La capacité de résilience de la population est d'une importance cruciale dans un Tchad faisant face à une pauvreté grandissante. Ainsi, l'accompagnement et le renforcement des connaissances sur l'adoption de mécanisme de résilience adéquat est nécessaire afin de pouvoir permettre aux populations de s'autonomiser et de mieux maîtriser leur quotidien. En effet, le changement climatique affecte sévèrement la vie de la population depuis les années soixante-dix. Le Sahel s'est réchauffé 1,5 fois plus vite que le reste du monde¹⁰ ce qui entraîne de graves conséquences sur les moyens de subsistance des Sahéliens. De plus, les précipitations sont de plus en plus irrégulières sur toute l'étendue du territoire, ce qui compromet l'accès à l'eau pour les bétails et pour l'agriculture impactant ainsi toute la population mais de façon encore plus aggravante pour les populations nomades.

Un plaidoyer quant à l'allocation des financements multilatéraux mondiaux destinés à l'adaptation au changement climatique est une priorité urgente, le Tchad faisant partie des 15 pays les plus vulnérables au changement climatique mais ne recevant que 6% de ces fonds dédiés.

¹⁰ <https://www.geo.fr/environnement/le-sahel-au-coeur-des-enjeux-du-changement-climatique-198917>

5. Recommandations

A l'issue de l'étude, la mission formule les axes de recommandations ci-dessous :

1. Connaissance de la malnutrition et des facteurs de risque associés :

- ▶ **Approche différenciée pour s'adapter à la diversité du contexte** : Les résultats montrent une grande diversité basée sur l'emplacement géographique, le sexe, l'âge, la religion, entre autres. Le principe général doit donc être de proposer des sensibilisations différenciées, en utilisant les langages locaux, pour adapter les discours et garantir la plus grande liberté de parole et que les messages soient expliqués clairement pour être sûr qu'ils sont compris et retenus par la population ;
- ▶ **Intensifier la sensibilisation de masse** : Développer et/ou renforcer les activités de sensibilisation de masse sur la nutrition et les pratiques de santé de la mère, du nourrisson et du jeune enfant ou encore l'importance des pratiques d'hygiène. Ces activités doivent nécessairement aborder les lacunes spécifiques identifiées par l'étude, notamment ma mise au sein précoce, l'utilisation du colostrum, le mauvais lait, l'allaitement maternel exclusif, le lavage des mains, le traitement de l'eau, etc.
- ▶ **S'engager auprès des membres influents de la population pour améliorer l'efficacité** : Les résultats de l'étude montrent que les croyances et les pratiques de la population en matière de nutrition sont propagées par différents influenceurs en fonction du contexte. Il est donc recommandé d'identifier et de coopter ces personnes influentes (par exemple les chefs religieux et culturels) dans le développement et la mise en œuvre des campagnes de sensibilisation pour augmenter les chances de succès.
- ▶ **Systématiser/harmoniser les messages à tous les niveaux** : L'étude révèle un large éventail de mythes et d'idées fausses qui sous-tendent des pratiques erronées/négatives en matière de nutrition et de santé. Il est recommandé de développer (en collaboration avec les chefs religieux et culturels) des catalogues éducatifs destinés à dissiper ces mythes et pratiques, qui seront utilisés pour les campagnes de sensibilisation. Cela faciliterait ensuite l'harmonie des messages aux niveaux central et local.
- ▶ **Adapter le programme d'enseignement dans les écoles** : Au cours de l'engagement avec les communautés, les écoliers ont été identifiés comme l'une des sources d'information sur la nutrition. Il est donc recommandé de cibler ce groupe de population et les enseignants avec des messages sur la nutrition étant donné leur potentiel à influencer également les ménages. En outre, il serait essentiel de renforcer le programme d'enseignement lorsque cela est possible afin d'inclure des éléments essentiels sur la nutrition et la santé.
- ▶ **Utiliser, et encourager l'innovation, dans les messages nutritionnels** : L'étude suggère que si les messages sur la nutrition sont parfois reçus par les communautés (par les méthodes les plus courantes telles que les crieurs, les griots, les haut-parleurs, d'affiches, la radio), ils ne sont pas nécessairement retenus. Il est donc important d'utiliser des méthodes alternatives comme les boîtes à images, le théâtre, les concours dans les écoles, le cinéma communautaire, etc. pour faciliter la compréhension. Dans le cadre de la stratégie de communication, les communautés et les écoles doivent être encouragées à proposer des messages qui contribueraient à dissiper les croyances sous-jacentes.
- ▶ **Développer et renouveler les démonstrations culinaires** : l'étude suggère de proposer de nouvelles recettes (autres que la bouillie) pour les démonstrations culinaires et de favoriser la création de jardin nutritionnel pour que les groupements de femmes puissent cultiver elles même certains produits nécessaires aux démonstrations ;
- ▶ **Améliorer la compréhension des causes de la sous-nutrition afin de réduire le recours aux marabouts et tradipraticiens comme principale source de soins** ;
- ▶ **Dans le BET**, améliorer la compréhension de la maladie afin de **permettre aux communautés de sortir du déni concernant la présence de la maladie et les inciter à collaborer aux activités de lutte contre la malnutrition** ;

- ▶ **Multiplier des campagnes pour alerter sur les risques liés au problème d'alcoolisme pour un ménage** (mauvaises pratiques de soin pour les enfants, utilisation des ressources du ménage pour l'achat de l'alcool au détriment de la santé et de l'alimentation des FEAs et enfants).
- ▶ **Réaliser une étude sur les moyens d'améliorer la PECMA chez les populations nomades.**

2. Attitudes de la communauté à l'égard de la malnutrition ;

- ▶ **Fournir les informations sur les programmes de nutrition et de santé** : Le manque d'informations actualisées ou précises sur les programmes de nutrition et de santé dans les établissements de santé a influencé les attitudes des communautés et affecté l'utilisation de ces services essentiels. Il est recommandé de développer délibérément la communication d'informations sur les services disponibles aux communautés afin de gérer les attentes et d'encourager les comportements de recherche de santé.
- ▶ **Impliquer activement les communautés dans la gestion de la malnutrition aiguë** : L'étude montre qu'il existe plusieurs perceptions négatives liées à la malnutrition aiguë qui, à leur tour, provoquent la stigmatisation et peuvent empêcher la fréquentation des structures de santé et le succès des programmes de traitement. Le fait d'impliquer activement différents membres de la communauté (en particulier les personnes influentes) dans les activités liées à la gestion de la malnutrition et d'accorder une attention suffisante aux cas de réussite permettrait de réduire la stigmatisation et de créer un meilleur environnement comportemental pour la prise en charge de la malnutrition.
- ▶ **Elaborer des programmes de sensibilisation de type « bottom-up »** : l'étude montre que les perceptions communautaires des maladies et des pratiques de soins peuvent très fortement différer d'une communauté à l'autre. Dans ces conditions, la prise en compte de ces différences et l'élaboration de programmes de sensibilisation adaptés au contexte local est nécessaire pour favoriser un changement de mentalité et l'adoption des bonnes pratiques nutritionnelles par les communautés ;
- ▶ **Sensibiliser la communauté sur le fait que la restriction d'accès au CS des femmes constitue une violence basée sur le genre** : L'étude montre que des femmes se voient encore parfois interdites la fréquentation des centres de santé par leur mari ou un autre membre de la famille (en cas de maladie, pour accoucher, la CPN ou encore pour les méthodes de contraception) sous prétexte que l'agent de santé est un homme, parce que l'utilisation des traitements traditionnels (marabout, tradipraticien) restent privilégiés ou encore parce que les femmes qui n'accouchent pas chez elles risquent d'être stigmatisées dans certaines communautés, n'est pas acceptable.

3. Pratiques liées à la malnutrition et raisonnement qui les sous-tend ;

- ▶ **Sensibiliser sur l'importance d'appliquer les consignes des agents de santé et des sensibilisateurs pour améliorer efficacement et durablement les pratiques nutritionnelles** : Les résultats de l'étude montrent qu'il est nécessaire de rappeler aux communautés de consulter des agents de santé dès l'apparition de signes de maladie, ne pas administrer un traitement traditionnel en parallèle au traitement donné par l'agent de santé, ne pas faire d'automédication, faire 4 visites prénatales, accoucher dans des centres de santé, utiliser les méthodes de contraception pour respecter l'espacement des naissances, ne pas réaliser d'actes physiques de protection ou de ne pas utiliser de façon inappropriée le plumpy nuts);
- ▶ Encourager la création de caisses de santé au sein des groupements de femmes leur permettant également de couvrir les dépenses pour se soigner ou soigner leurs enfants ;
- ▶ Développer et/ou créer les systèmes de micro-crédits communautaires orientés sur la nutrition et l'hygiène.
- ▶ Renforcer les groupements féminins et autres organisations communautaires afin d'améliorer les pratiques nutritionnelles en consolidant la sécurité alimentaire au sein de ces localités.
- ▶ Renforcer la formation du corps médical sur la mise en place et le soutien à l'allaitement au travers de formation dispensée par des accompagnants qualifiés de type IBLC :
 - Mise en place et formation suivie des groupes d'ANJE

- Animation par les groupes d'ANJE des séances d'IEC sur l'allaitement et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
- ▶ Organiser les ateliers culinaires, à l'aide des aliments utilisés par les ménages et disponibles sur le marché, pour préparer un repas complémentaire plus approprié pour l'enfant ;
- ▶ Sensibiliser sur l'alimentation et la nutrition (notamment implication des hommes) ;
- ▶ Développer les guides de recettes locales pour la famille et les enfants, en langue locale ;
- ▶ Encourager les chefs de ménage de foyers polygames à faire une répartition équitable de la nourriture entre les femmes en fonction du nombre d'enfants de chacune d'entre elles ;
- ▶ Promouvoir la fabrication locale et la vente de savon (AGRs) ;
- ▶ Promotion la gestion durable des points d'eau installés dans les communautés, les centres de santé et les écoles ;
- ▶ Poursuivre la sensibilisation sur l'importance de veiller à ne pas contaminer l'eau lors de la collecte, du transport et du stockage de l'eau ;
- ▶ Encourager la création de comités villageois d'hygiène et d'assainissement qui seraient responsables de l'hygiène communautaire dans les espaces publics du village ;

4. Environnement favorable au niveau macro ;

- ▶ Porter un plaidoyer international afin d'augmenter les lignes budgétaires liées à l'impact du changement climatique sur le rendement agricole et sur la sécurité nutritionnelle ;
- ▶ **Plaidoyer pour adopter des mesures améliorant la sécurité alimentaires et des moyens de subsistances des ménages** (favoriser accès aux intrants agricoles adaptés aux changements climatiques et à intérêt nutritionnel, formation sur les techniques de cultures résilientes et agroécologiques, pour renforcer les moyens de l'ONASA et l'ANADER, pour la création AGR (notamment collectifs pour les femmes), engager le dialogue entre éleveurs et agriculteurs pour apaiser les tensions, etc.)
- ▶ Plaidoyer au niveau ministériel en faveur de l'élargissement du programme de couverture sanitaire universelle, en accordant la priorité aux zones à forte prévalence de malnutrition, afin d'encourager un comportement plus favorable à la santé ;
- ▶ Insérer dans le curricula des AS les modules de formation sur l'accueil et le respect des patients dans les CS ;
- ▶ Etudier la possibilité d'étendre la gratuité de la prise en charge de la malnutrition (PPN) ou encore la prise en charge de la femme enceinte jusqu'à l'accouchement (médicaments, vaccination, moustiquaire) ou du CSB++ pour les femmes allaitantes dans tous les CS du pays ;
- ▶ Veiller à ce que le programme nutritionnel reste bien intégré/ ou mise en place dans les structures de santé : présence de personnel formé suffisant pour faire face à la charge de travail, présence de l'équipement et d'intrants adéquats (médicaments, traitement systématique MAS, PPN) ;
- ▶ Améliorer le contrôle du circuit en approvisionnement ou de gestion de l'approvisionnement des intrants (CSB, PPN), en luttant contre les ruptures d'approvisionnement ;
- ▶ Porter un plaidoyer au niveau national afin d'améliorer la disponibilité d'aliments nutritifs sur les marchés pendant toutes les périodes de l'année et encadrer les prix des produits de première nécessité ;
- ▶ Soutenir la surveillance des pathologies associées à la malnutrition (diarrhée, paludisme etc.), améliorer leur prise en charge précoce et mettre en place une gratuité des soins ;
- ▶ S'assurer qu'y ait au moins un agent de santé femme dans chaque CS ;
- ▶ Promouvoir les initiatives qui renforcent la capacité économique et décisionnelle des femmes ;
- ▶ Revoir les systèmes de motivation pour encourager la CPoN ;
- ▶ Appuyer des initiatives locales pour alléger la charge et la pénibilité du travail des femmes (moulins, systèmes d'exhaure, accès à l'eau, etc.) et une répartition équitable des tâches sensible au genre au sein du ménage ;
- ▶ S'assurer qu'il y ait bien deux RC formés et opérationnels et qui ne soient pas juste des crieurs publics ;

- ▶ Soutenir les autorités sanitaires à la formation et à la supervision/suivi des COGES, COSAN et groupements de femmes pour assurer le renforcement de la maîtrise du contenu technique des outils de sensibilisation ;
- ▶ Mieux former et encadrer les relais communautaires sur les méthodes de sensibilisation et les dépistages ;
- ▶ Déployer des stratégies avancées d'accès aux soins notamment pour les zones enclavées et éloignées des centres de santé de façon constante ou saisonnière (clinique mobile) ;
- ▶ Amélioration de l'accès à l'eau en quantité suffisante pour la boisson et des structures scolaires et de santé ;
- ▶ Plaidoyer auprès des partenaires pour financer la construction de latrines.
- ▶ Intensifier des plaidoyers auprès des bailleurs et des partenaires (UNICEF, SWEDD, PAM) et ONG pour financer la distribution de kits scolaire aux élèves et payer la scolarité des filles ;
- ▶ Intensifier des plaidoyers pour financer et pour poursuivre les cantines scolaires dans les localités où elles sont déjà mises en place et en créer dans des localités où ça n'est pas encore le cas ;

Biographie

Caroline Broudic, Nadji Tellro Wai, Mahamat-Ahmat Abakar, Denis Michiels, 2019, « Adaptation aux changements climatiques et renforcement de la résilience au Tchad diagnostic et perspectives »

Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH2) ;

Cluster Nutrition Tchad, 2021, Enquête Nationale de la Sécurité Alimentaire des ménages ruraux du Tchad (ENSA), p.30

FAO, 2013, Guidelines for Measuring Household and Individual Dietary Diversity, p.60

Mark Lowcock, 2020, « Le grand Sahel : Comment éviter une tragédie imminente », Un discours virtuel ; New York

<https://reliefweb.int/report/burkina-faso/secr-taire-g-n-ral-adjoint-aux-affaires-humanitaires-et-coordonnateur-des>

Cluster Nutrition Tchad, 2021, Enquête nationale de nutrition et de mortalité rétrospective SMART 2021, p.51

PAM, 2020, Rapport enquête de couverture (LQAS), p.37

SISAAP, 2020, « Cadre harmonisé d'identification des zones à risque et des populations en insécurité alimentaire et nutritionnelle au Sahel et en Afrique de l'Ouest (CH », p.10

UNICEF, 2019, MICS6 Tchad,827 ;

UNICEF, 2019, Enquête nationale de nutrition 2019, p.87

UNICEF, 2017, Etude de base sur la situation nutritionnelle et les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les régions du Kanam, Mayo Kebbi Est et Mayo Kebbi Ouest, p.75

UNICEF, 2015, SLEAC Tchad 2015, p.82

UNCERF, 2018, Rapport annuel du coordinateur résident/humanitaire sur l'utilisation des subventions du CERF Tchad Réponse rapide sécheresse, p.25

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien pour les FGD Sous-nutrition avec les femmes

N° 1	Questionnaire FGD Sous-Nutrition - Femme	
	Thèmes	Questions
Section 1	Définition et identification de la sous-nutrition infantile	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les caractéristiques (comportement et apparence physique) d'un enfant bien nourri ? <i>par tranches d'âge</i> - Pouvez-vous nous expliquer ce qui vous permet d'identifier qu'un enfant est en situation de sous-nutrition ? - Pensez-vous que certains comportements et certaines pratiques peuvent être à l'origine de la sous-nutrition ? - Pensez-vous que la sous-nutrition soit une maladie ? - Quelles personnes vous aide à identifier que l'enfant est en situation de sous-nutrition ? - Quels sont les indices, les signes de la sous-nutrition ? - Quelles sont les différentes formes de sous-nutrition que vous connaissez ? - Certaines tranches d'âges d'enfants sont-elles plus exposées à la sous-nutrition ? pourquoi ?
Section 2	Causalités et conséquences perçues de la sous-nutrition infantile	<ul style="list-style-type: none"> - Selon vous, quelles sont les causes de la sous-nutrition ? <i>Pour chaque forme de sous-nutrition, l'enquêteur doit relancer sur 2 aspects :</i> <li style="padding-left: 20px;"><i>1. par tranches d'âge</i> <li style="padding-left: 20px;"><i>2. par événements déclencheurs</i> - Quelles sont les conséquences de la sous-nutrition ?
Section 3	Parcours thérapeutique de l'enfant en situation de sous-nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - Si vous pensez que votre enfant est entrain de souffrir de sous-nutrition, que faites-vous ? - Lorsqu'un enfant est en situation de sous-nutrition, quels sont les premiers actes thérapeutiques portés et par qui ? - A partir de quand et à qui l'enfant est référé au niveau communautaire ? - A partir de quand et à qui l'enfant est référé au CS ?

		- Quelles sont les pratiques de santé qui préviennent la sous-nutrition ?
Section 4	Pratiques alimentaires et de santé perçues comme liées à la sous-nutrition	- Selon vous quelles sont les maladies liées à la sous-nutrition ? - Quelles sont les pratiques de santé liées à la sous-nutrition ? - Selon vous quelles sont les pratiques alimentaires de l'enfant qui sont liées à la sous-nutrition ? - Selon vous quelles sont les pratiques d'hygiènes liées à la sous-nutrition ?
Section 5	Barrières et facilitateurs de l'accès au soin en cas de sous-nutrition	- Quelles sont les barrières à l'accès au soin en structure de santé lorsqu'un enfant se trouve en situation de sous-nutrition ? (au niveau communautaire et structure de santé) - Quels sont les facilitateurs à l'accès au soin en structure de santé lorsqu'un enfant se trouve en situation de sous-nutrition ? (au niveau communautaire et structure de santé)
Section 6	Barrières et facilitateurs de rétablissement de l'enfant	- Quelles sont les barrières au rétablissement d'un enfant qui se trouve en situation de sous-nutrition ? (au niveau communautaire et structure de santé) - Quels sont les facilitateurs au rétablissement d'un enfant qui se trouve en situation de sous-nutrition ? (au niveau communautaire et structure de santé)
Section 7	Connaissances sur la sous-nutrition	- A qui vous adressez vous pour parler de vos problèmes/interrogations sur l'alimentation de vos/votre enfant ? Indiquer 3 personnes par ordre d'importance. - Comment avez-vous acquis votre connaissance sur la sous-nutrition ? - Qui vous prodigue des conseils sur la sous-nutrition ? - Quels sont vos sources d'informations privilégiés concernant la sous-nutrition ? - Existe-t-il des formes de solidarité en cas de sous-nutrition ?

Annexe 2 : Guide d'entretien pour les FGD Nutrition avec les femmes

N° 2	Questionnaire FGD Nutrition - Femme	
	Thèmes	Questions
Section 1	Habitudes alimentaires	- Combien de fois par jour cuisinez-vous ? Combien de temps-est ce que cela prend ? - <i>Qu'est</i> qu'un repas typique pour vous ? Combien de repas les enfants, les hommes et les femmes prennent-ils par jours. - Toute la famille mange-t-elle ensemble ou y a-t-il un ordre ? Si oui, qui mange en premier ? En second ? En dernier ? - Donnez-vous certains aliments/repas spéciaux uniquement pour les enfants ou mangent-ils la même nourriture que les adultes ? Réservez-vous certains aliments uniquement aux hommes ? ou bien uniquement aux femmes ? Est-ce que la famille donne plus de nourriture aux garçons qu'aux jeunes filles, ou bien est-ce identique ? - Vous avez de la nourriture pour 4 personnes mais il y a 7 personnes à nourrir dans la famille. Aura-t-il des personnes qui seront prioritaires dans le ménage ? Pourquoi ? - Comment la nourriture est-elle stockée ?
Section 2	Catégorisation alimentaire	<i>Exercice : à partir de ces aliments consommés au Tchad</i> - Quels sont, selon vous, les aliments qui ont les mêmes propriétés/fonctions ? - Comment nommeriez-vous cette catégorisation faite ? - Pouvez-vous nommer les propriétés/fonctions associées à chaque groupe ?

		<ul style="list-style-type: none"> - Existe-t-il des groupes d'aliments pour les enfants ? Pour les femmes ? Pour les hommes ?
Section 3	Aliment nutritif et besoins de l'enfant et de la femme enceinte/allaitante	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont, selon vous, les aliments les plus nutritifs ? - Quels sont, selon vous, les aliments nutritifs, essentiels à la croissance de l'enfant ? - Quels sont, selon vous, les aliments nutritifs des femmes enceintes/allaitantes ? - Quelle est l'origine des aliments nutritifs que vous consommez (autoproduction, achat, échange etc.) ? - Qui gère les stocks et/ou l'acquisition des aliments nutritifs ? - Qui gère la distribution des rations alimentaires au sein d'un foyer ? - Quelle forme de partage alimentaire existe-t-il entre foyer polygame ? - Quelles sont les barrières à l'accès à ces aliments nutritifs ? - Quels sont les facilitateurs d'accès aux aliments nutritifs ? - Quels sont les interdictions et les tabous alimentaires chez l'enfant, la femme enceinte ou allaitante ? Quelles en sont les raisons ? - Quels aliments sont mauvais/ à éviter à manger pour les hommes ? Pour les femmes enceintes, allaitantes ? Pourquoi ? - Selon vous, qu'est-ce qu'une bonne alimentation ?
Section 4	Pratique d'alimentation nutritionnelle de l'enfant	<p><u>De 0 à 5 mois</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Au bout de combien de temps après la naissance de votre dernier enfant avez-vous donné le sein ? - Quels sont les avantages du colostrum ? - Quels sont les inconvénients du colostrum ? - Avez-vous trouvé que la mise en place de l'allaitement était difficile ? Pourquoi ? - Avez-vous pu parler à quelqu'un de vos difficultés ou interrogations au sujet de l'allaitement ? Si oui, qui ? Quels conseils vous ont-ils donné ? - Quelle est l'alimentation d'un enfant pendant les six premiers mois de sa vie ? - Et vous, quelle alimentation donnez-vous à votre dernier enfant pendant les six premiers mois ? - A partir de quand donnez-vous de l'eau à votre bébé ? Pourquoi ? - Quels sont les avantages de l'allaitement exclusif ? Pour la mère et pour l'enfant - Quels sont les inconvénients de l'allaitement exclusif ? - Si vous ne l'avez pas allaité, que lui avez-vous donné ? Pour combien de temps ? - Quels étaient vos motivations dans le choix de ne pas allaiter votre enfant ? Avez-vous eu un problème pour allaiter votre enfant ? Si oui, quel problème avez-vous rencontré ? - Quelle solution avez-vous trouvé ? - Est-ce qu'il y a des croyances autour de l'allaitement (du mauvais lait) ? Que fait-on lorsque la maman produit du mauvais lait ? Quelles en sont les causes ? - Utilisez-vous des substituts lactés ? Pourquoi ? Quand ? A quelle fréquence ? - Quels étaient les facteurs déterminants de votre choix de substitut au lait maternel (conseils de la famille/ de proches, disponibilité du substitut, prix, conseil du vendeur, publicité et informations dans les médias) ? <p><u>De 6 à 11 mois</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les bonnes pratiques d'allaitement de 6 à 11 mois ? - Et vous, comment faites-vous ?

		<ul style="list-style-type: none"> - A partir de quand donnez-vous autre chose que du lait ou de l'eau ? que leur donnez-vous (si avant 6 mois, demander pourquoi) - Quelles sont les bonnes pratiques d'alimentation complémentaire à mettre en place avec un bébé de 6 à 11 mois ? - Et vous, quelles sont les bonnes pratiques que vous préconiser/appliquer avec un bébé de 6 à 11 mois ? - Quels sont les bons aliments pendant cet âge ? - Avez-vous l'habitude de donner à votre enfant ces bons aliments (que vous venez de citer ?) - Quelles sont les bonnes manières de faire consommer les aliments nutritifs à l'enfant de 6 à 11 mois ? - Quelles sont les bonnes recettes de la bouillie ? Quelle est la recette de cette bouillie ? - Qui vous a appris à la faire ? Quelles sont les barrières à l'accès à des recettes de bouillies enrichies ? <p><u>De 12 à 23 mois</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les bonnes pratiques d'allaitement de 12 à 23 mois ? - Et vous, comment faites-vous ? - Quelles sont les bonnes pratiques d'alimentation complémentaire à mettre en place avec un enfant de 12 à 23 mois ? - Quelles sont les pratiques vous appliquer/préconiser effectivement (chez vous) ? - Quels sont les bons aliments pendant cet âge ? - Avez-vous l'habitude de donner à votre enfant ces bons aliments (que vous venez de citer ?) Quels sont les aliments que vous ne pouvez pas donner et pourquoi ? Y-a-t-il des aliments qui sont disponibles certaines saisons et pas d'autres ? Lesquels ? - Quelles sont les bonnes manières de faire consommer les aliments nutritifs ? - Quelles sont les barrières à l'accès à des recettes et aliments nutritifs pour l'enfant ? - Qui est responsable de la supervision des repas des enfants de moins de 2 ans ? - L'enfant mange-t-il dans un plat commun ? A son assiette ? A la becquée ? - Quels sont les facteurs déterminants de votre choix de bouillies enrichies (conseils de la famille/ de proches, disponibilité du substitut, prix, conseil du vendeur, publicité et informations dans les médias) ? <p><u>De 24 à 35 mois</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel est, selon vous, l'âge idéal de sevrage ? - Qu'en est-il dans la pratique de votre localité ? - A quel âge avez-vous sevré votre dernier enfant ? Quels étaient les raisons de ce choix ? - Quelles sont les bonnes pratiques de sevrage ? Est-ce que le nourrisson sevré reste avec sa mère ou est confié à un tiers en l'absence de sa mère ? - Et vous, comment faites-vous ? - Pourquoi existe-t-il des différences d'alimentation et d'allaitement entre fille et garçon ? - Quels sont les bons aliments pour cette tranche d'âges ? - Quelles sont les bonnes pratiques à mettre en place pour que l'enfant accède de manière autonome à l'alimentation ? - Qui est responsable de la supervision des repas des enfants de moins de 5 ans ?
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - L'enfant mange-t-il dans un plat commun ? à son assiette ? à la becquée ? <p><u>Sous-nutrition</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les aliments préventifs de la sous-nutrition ? - Quelles sont les habitudes alimentaires préventives de la sous-nutrition ? - Quels sont les gestes de santé préventifs de la sous-nutrition ? - Quelles sont les pratiques d'hygiène préventives de la sous-nutrition ? - Quelles sont les procédures communautaires préventives/protégeant de la sous-nutrition ?
Section 5	Les facilitateurs des pratiques nutritionnelles	<p><i>Nous avons largement évoqué les barrières à la mise en place de bonnes pratiques nutritionnelles. Discutons à présent des choses, personnes, entité, qui pourraient être un facilitateur pour la mise en pratique des connaissances nutritionnelles.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment et par qui avez-vous des conseils en matière de la nutrition à l'intérieur de la communauté ? - Comment et par qui avez-vous des conseils en matière nutritionnelle à l'extérieur de la communauté ? - Quels sont les conseils les plus utiles ? - Quels sont, selon vous, ce qui pourrait faciliter la mise en pratique des conseils et connaissances nutritionnels ?

Annexe 3 : Guide d'entretien pour les FGD Santé avec les femmes

N° 3	Questionnaire FGD Santé - Femme	
	Thèmes	Questions
Section 1	Santé de l'enfant	<p><i>Le reste du questionnaire concernant la partie santé de l'enfant se fait sous forme d'un exercice, que les questions suivantes illustrent. Il s'agit d'abord d'identifier les principales maladies par tranche d'âge, puis de s'appuyer sur cette énumération pour parler des pratiques et parcours de santé.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les principales maladies de l'enfant de 0 à 5 mois ? De 6 à 11 mois ? De 12 à 23 mois ? De 24 à 35 mois ?
Section 2	Pratiques de santé sur l'enfant (Traitement)	<ul style="list-style-type: none"> - Pour chaque maladie pouvez-vous identifier les types de traitements disponibles dans la communauté ? - Pour chaque maladie pouvez-vous identifier les types de traitements pratiqués dans la communauté ? - Quels sont les traitements que vous appliquez/préconisez généralement ?
Section 3	Parcours thérapeutiques de l'enfant malade	<ul style="list-style-type: none"> - Pour chaque maladie pouvez-vous identifier les parcours thérapeutiques pratiqués dans la communauté ? <p><i>Pour chaque maladie, l'enquêteur doit relancer sur 2 aspects :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les signaux de dangers de l'enfant 2. Les signaux d'actions 3. Les temps de décisions 4. Le coût du remède 5. Estimation de son efficacité 6. Si dans certains cas plusieurs remèdes thérapeutiques peuvent être pris en même temps 7. Les acteurs intervenants dans l'acte de décision <ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous réalisé des actes physiques de protection : lutte, dent, le ver, etc. ?
Section 4	Santé et sous-nutrition chez l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les maladies qui peuvent causer la sous-nutrition ? - Quelles sont les causes de ces maladies ?

Section 5	Santé et pratique de santé de la femme enceinte	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les caractéristiques d'une femme enceinte en bonne santé (comportement et apparence physique) ? - Quels sont les principaux problèmes de santé de la femme enceinte ? - Quels sont les choix thérapeutiques faits ?
Section 6	Parcours thérapeutiques de la femme enceinte	<ul style="list-style-type: none"> - Pour quelles raisons une femme enceinte doit aller au CS et Combien de fois ? - Pourquoi une femme enceinte peut ou ne peut pas allaiter son enfant ? Pourquoi ? - Où la femme enceinte accouche préférentiellement et pourquoi ? - Et vous, où avez-vous accouché pour la dernière fois ? Pourquoi ? - Quels sont les accompagnants favoris des accouchements ? Pourquoi ? - Et vous, par qui avez-vous été accompagnée ? - A quelle distance est le CS que vous fréquentez ? - Quel est le coût pour s'y rendre ? - Est-ce que le temps de trajet varie dans l'année ?
Section 7	Santé et pratique de santé de la femme allaitante	<ul style="list-style-type: none"> - Comment sait-on si l'allaitement se passe bien pour la mère ? - Quels sont les principaux problèmes de santé de la femme enceinte ? - Et vous, quels sont vos principaux problèmes en cas de grossesse ? - Quels sont les choix thérapeutiques faits ? - Et vous, quels sont vos choix thérapeutiques ? - Pour quelles raisons une femme allaitante doit se rendre au CS et combien de fois ?
Section 8	Les barrières de la santé infantile et maternelle	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les principales barrières à l'accès à des actes de santé de qualité pour les enfants ? - Quelles sont les principales barrières à l'accès à des actes de santé de qualité pour les femmes enceintes et allaitantes ? - Et vous, quelles sont vos principales barrières à l'accès à des actes de santé de qualité pour vos enfants et pour vous-mêmes ?
Section 9	Les facilitateurs de la santé infantile et maternelle	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les principaux facilitateurs à l'accès à des actes de santé de qualité pour les enfants ? - Quelles sont les principaux facilitateurs à l'accès à des actes de santé de qualité pour les femmes enceintes et allaitantes ? - Et vous, quelles sont vos principaux facilitateurs à l'accès à des actes de santé de qualité pour vos enfants et pour vous-mêmes ?
Section 10	Santé reproduction & contraception	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce qu'il y a beaucoup de cas de grossesse précoces ? Pourquoi ? quels sont les risques ? - Quelle est la durée entre deux naissances ? - Est-ce que l'espacement entre 2 naissances est respecté ? Est-ce important ? - Quelles en sont les conséquences des grossesses rapprochées ? - Est-ce que les méthodes de contraceptions sont disponibles au CS ? Sont-elles utilisées ? - Quel lien faites-vous entre espacement des naissances et la sous nutrition/malnutrition de l'enfant, de la mère ? - Quel lien faites-vous entre les grossesses précoces et la sous nutrition/malnutrition, petit poids ? - Quelles sont les barrières ? Rencontrez-vous des difficultés pour obtenir des informations sur ces sujets ?

Annexe 4 : Guide d'entretien pour les FGD SAME & WASH avec les femmes

N° 4	Questionnaire FGD SAME & WASH – Femme	
	Thèmes	Questions
Section 1	Revenues des ménages	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les principales sources de revenus des ménages ?

		<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les sources de revenus secondaires par ordre d'importance, selon la saison et selon le sexe (agricoles, animaux, AGR, migration) ?
Section 2	Revenues issues de l'agriculture	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que les femmes cultivent des terres ou un jardin ? - A qui appartient la production de leurs cultures ? - La production est-elle suffisante pour couvrir les besoins de la famille ? Quelles sont les cultures destinées à la consommation de la communauté et celles cultivées pour être vendues ? - Vous arrivent-ils de perdre une partie de votre production ? Quelles en sont les causes ?
Section 3	Revenues issues de l'élevage	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que les femmes possèdent des animaux (du bétail, bœuf, volaille) ? - Quelle est l'utilisation de ces animaux (pour la vente, pour travailler, pour manger, dot) ? - Quels produits issus de l'élevage sont consommés par le ménage ou vendus ? - Est-ce que vous revendez facilement vos animaux ? A quel prix ?
Section 4	Revenus tirés d'activités génératrices de revenus (AGR)	<ul style="list-style-type: none"> - Tirez-vous des revenus d'activités génératrices de revenus ? De quel type d'activité s'agit-il ? - Est-ce un projet que vous avez monté seul, dans le cadre d'un groupement de femmes ou grâce au soutien d'un partenaire de développement local ou international ?
Section 5	Le marché	<ul style="list-style-type: none"> - A quelles distances se situent les marchés fréquentés par les habitants de ce village et quand sont-ils ouverts ? - Est-ce que c'est facile d'aller au marché ? - Est-ce que vous réussissez à avoir assez de nourriture pour la semaine (légumes, viande, fruits, etc.) ? - Est-ce que les marchés fonctionnent correctement toute l'année ? - Qu'est-ce que vous pouvez acheter au marché ? Quel genre de nourriture est trop coûteux pour vous ? - Quelles en sont les conséquences pour les ménages ?
Secteur 6	Stratégies de résiliences	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les mois/saisons où vous manquez de nourriture ? Quelles en étaient les raisons ? - Comment faites-vous pour avoir de la nourriture pendant ces périodes (consommation autoproduction, récoltes immatures/précoces, achat, don, prêt, endettement, cueillette, chasse) ? - Pendant les périodes de difficultés (sécheresse, financière) quels sont les aliments à prioriser selon vous ? - Quels sont les mécanismes d'épargne et de solidarités que vous utilisez dans ce village ? Tout le monde y a-t-il accès ?
Secteur 7	Principaux postes de dépense des femmes	<ul style="list-style-type: none"> - Que faites-vous de l'argent gagné ? Comment ou quand le dépensez-vous ?
Secteur 8	Sources d'eau de consommation humaine	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les différentes sources d'eau que vous utilisez ? Et où obtenez-vous votre eau pour boire ? - Est-ce que vous changez de source selon les saisons ? <p><i>Essayez d'avoir des informations précises pour vérifier les possibilités suivantes :</i></p> <p><i>Source avec protection / source non protégée / puits protégés / puits non protégés / Puits creusés non protégés/ puits creusés protégés / Rivières ou marres / eau du robinet /bouteille</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisez-vous la même source d'eau pour boire, pour vos animaux et pour l'hygiène (se laver, lessives, vaisselles, etc.) ?
Secteur 9	Accès à l'eau	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que tout le monde peut boire la quantité d'eau qu'il veut / a besoin ? Y-a-t-il une répartition de l'eau dans le ménage ? Certains membres du ménage prennent-ils plus d'eau que d'autres ? - Existrent-ils des conflits autour des sources d'eau ?
Secteur 10	Potabilité de l'eau	<ul style="list-style-type: none"> - Comment décrivez-vous la qualité de l'eau que vous collectez ?

		- Est-ce que l'eau est "sure" / potable ? Comment le savez-vous ?
Secteur 11	Traitement de l'eau de consommation	- Est-ce que vous buvez directement l'eau ? Faites-vous quelque chose avant ? - Que peut-il se passer si vous buvez de l'eau non "sure" ?
Secteur 12	Se laver les mains	- Quand vous lavez-vous vos mains ? - Avez-vous du savon dans votre ménage ? Pourquoi l'utilisez-vous ? Vous lavez-vous les mains en l'utilisant ? Pourquoi ? - Utilisez-vous d'autres détergents pour lavez-vous mains (omo, cendre, eau javellisée, etc.) ?
Secteur 13	Accès aux latrines	- Est-ce que les communautés ont accès aux latrines ? Lesquelles ? - Si oui, l'utilisez-vous régulièrement ou certains membres du ménage préfèrent aller à l'air libre ? - Savez-vous pourquoi des personnes n'ont pas de latrines dans votre village ? - Savez-vous pourquoi des personnes refusent d'utiliser les latrines ?
Secteur 14	Pratiques d'hygiène	- Quelles sont les bonnes pratiques d'hygiène pratiquées par les communautés du village ? et les mauvaises ? Pourquoi ? - Quelles sont les principales contraintes d'hygiène/en eau auxquels vous devez faire face ? (exemple : prix du savon, sécurité sur le site de défécation en pleine air,...)

Annexe 5 : Guide d'entretien pour FGD Sous-nutrition avec les hommes

N° 5	Questionnaire FGD Sous-Nutrition – Homme	
	Thèmes	Questions
Section 1	Définition et identification de la sous-nutrition infantile	- Quelles sont les caractéristiques (comportement et apparence physique) d'un enfant en bonne santé ? <i>par tranches d'âge (0-5 mois, 6 – 11 mois, 12 – 23 mois, 24 – 35 mois)</i> - Pouvez-vous nous expliquer ce qui vous permet d'identifier qu'un enfant est en situation de sous-nutrition ? - Pensez-vous que certains comportements et certaines pratiques peuvent être à l'origine de la sous-nutrition ? Pensez-vous que ça soit une maladie ? - Quelles personnes vous aide à identifier que l'enfant est en situation de sous-nutrition ? - Quels sont les indices, les signes de la sous-nutrition ? - Quelles sont les différentes formes de sous-nutrition que vous connaissez ? - Certaines tranches d'âges d'enfants sont-ils plus exposés à la sous-nutrition ?
Section 2	Causalités et conséquences perçues de la sous-nutrition infantile	- Selon vous, quelles sont les causes de la sous-nutrition ? <i>Pour chaque forme de sous-nutrition, l'enquêteur doit relancer sur 2 aspects :</i> <i>1. par tranches d'âges</i> <i>2. par événements déclencheurs</i> - Quelles sont les conséquences de la sous-nutrition ?
Section 3	Parcours thérapeutique de l'enfant en situation de sous-nutrition	- Si vous pensez que votre enfant est entrain de souffrir de sous nutrition, que faites-vous ? - Lorsqu'un enfant est en situation de sous-nutrition, quels sont les premiers actes thérapeutiques portés et par qui ? - A partir de quand et à qui l'enfant est référé au niveau communautaire ? - A partir de quand et à qui l'enfant est référé au CS ?

		- Quelles sont les pratiques de santé qui préviennent la sous-nutrition ?
Section 4	Pratiques alimentaires et de santé perçues comme liées à la sous-nutrition	- Selon vous quelles sont les maladies liées à la sous-nutrition ? - Quelles sont les pratiques de santé liées à la sous-nutrition ? - Selon vous quelles sont les pratiques alimentaires de l'enfant qui sont liées à la sous-nutrition ? - Selon vous quelles sont les pratiques d'hygiène liées à la sous-nutrition ?
Section 5	Barrières et facilitateurs de l'accès au soin en cas de sous-nutrition	- Quelles sont les barrières à l'accès au soin en structure de santé lorsqu'un enfant se trouve en situation de sous-nutrition ? (au niveau communautaire et structure de santé) - Quels sont les facilitateurs à l'accès au soin en structure de santé lorsqu'un enfant se trouve en situation de sous-nutrition ? (au niveau communautaire et structure de santé)
Section 6	Barrières et facilitateurs de rétablissement de l'enfant	- Quelles sont les barrières au rétablissement d'un enfant qui se trouve en situation de sous-nutrition ? (au niveau communautaire et structure de santé) - Quels sont les facilitateurs au rétablissement d'un enfant qui se trouve en situation de sous-nutrition ? (au niveau communautaire et structure de santé)
Section 7	Connaissances sur la sous-nutrition	- Comment avez-vous acquis votre connaissance sur la sous-nutrition ? - Qui vous donne des conseils sur la sous-nutrition ? - Quels sont vos moyens d'informations privilégiés concernant la sous-nutrition ? - Existe-t-il des formes de solidarité en cas de sous-nutrition ?

Annexe 6 : Guide d'entretien pour FGD Nutrition avec les hommes

N° 6	Questionnaire FGD Nutrition – Homme	
	Thèmes	Questions
Section 1	Catégorisation alimentaire	<i>Exercice : à partir de ces aliments consommés au Tchad</i> - Pouvez-vous regrouper les aliments qui ont les mêmes propriétés/fonctions ? - Comment nommeriez-vous cette catégorisation faite ? - Pouvez-vous nommer les propriétés/fonctions associées à chaque groupe ? - Existe-t-il des groupes d'aliments pour les enfants ? pour les femmes ? pour les hommes ?
Section 2	Aliment nutritif et besoins de l'enfant et de la femme enceinte/allaitante	- Quels sont, selon vous, les aliments les plus nutritifs ? - Quels sont, selon vous, les aliments nutritifs, essentiels à la croissance de l'enfant ? - Quels sont, selon vous, les aliments nutritifs spécifiques aux femmes enceintes/ allaitantes ? - Quelle est l'origine des aliments nutritifs que vous consommez (autoproduction, achat, échange etc.) ? - Qui gère les stocks et/ou l'acquisition des aliments nutritifs ? - Qui gère la distribution des rations alimentaires au sein d'un foyer ? - Quelle forme de partage alimentaire existe-t-il entre foyer polygame ? - Quelles sont les barrières à l'accès à ces aliments nutritifs ? - Quels sont les facilitateurs d'accès aux aliments nutritifs ? - Quels sont les interdictions et les tabous alimentaires chez l'enfant, la femme enceinte ou allaitante ? Quelles en sont les raisons ? Quels aliments sont mauvais/ à éviter à manger pour les hommes ? Pour les femmes enceintes, allaitantes ? Pourquoi ?

Section 3	Pratique d'alimentation nutritionnelle de l'enfant	<p>- Selon vous, qu'est-ce qu'une bonne alimentation</p> <p><u>De 0 à 5 mois</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle est l'alimentation d'un enfant pendant les six premiers mois de sa vie ? <p><u>De 6 à 11 mois</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les bonnes pratiques d'allaitement de 6 à 11 mois ? - Comment l'allaitement est pratiqué chez vous (par votre ou vos femmes) à cet âge ? - Quelles sont les bonnes pratiques d'alimentation complémentaire à mettre en place avec un bébé de 6 à 11 mois ? - Comment l'alimentation complémentaire d'un enfant de cet âge est pratiquée chez vous (par votre ou vos femmes) ? - Quels sont les bons aliments à cet âge ? - Quelles sont les bonnes manières de faire consommer les aliments nutritifs ? - Comment fait/font votre/vos épouse (s) ? - Quelles sont les bonnes recettes de bouillie ? - Quelles sont les barrières à l'accès à des recettes de bouillies enrichies ? - Quelles sont les barrières de votre ménage à l'accès à des recettes de bouillies enrichies ? <p><u>De 12 à 23 mois</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les bonnes pratiques d'allaitement de 12 à 23 mois ? - Comment l'allaitement est pratiqué chez vous (par votre ou vos femmes) à cet âge ? - Quelles sont les bonnes pratiques d'alimentation complémentaire à mettre en place avec un enfant de 12 à 23 mois ? - Comment l'alimentation complémentaire d'un enfant de cet âge est pratiquée chez vous (par votre ou vos femmes) ? - Quels sont les bons aliments à cet âge ? - Quelles sont les bonnes manières de faire consommer les aliments nutritifs ? - Quelles sont les barrières à l'accès à des recettes et aliments nutritifs pour l'enfant ? <p>Quelles sont les barrières de votre ménage à l'accès à des recettes à des recettes et aliments nutritifs pour l'enfant ?</p> <p><u>De 25 à 36 mois</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel est, selon vous, l'âge idéal de sevrage ? - Qu'en est-il des réalités pratiques de votre localité ? - A quel âge est sevré votre dernier enfant ? - Quelles sont les bonnes pratiques de sevrage ? - Quelles bonnes pratiques utilisent souvent votre épouse ? - Pourquoi existe-t-il des différences d'alimentation et d'allaitement en fille et garçon ? - Quels sont les bons aliments pour cette tranche d'âges ? - Quelles sont les bonnes manières de faire consommer les aliments nutritifs ? - Quelles sont les bonnes pratiques à mettre en place pour que l'enfant accède de manière autonome à l'alimentation ? <p><u>Sous-nutrition</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les aliments préventifs de la sous-nutrition ? - Quelles sont les habitudes alimentaires préventives de la sous-nutrition ? - Quels sont les gestes de santé préventifs de la sous-nutrition ? - Quelles sont les pratiques d'hygiène préventives de la sous-nutrition ? - Quels sont les procédures communautaires préventive/protégeant de la sous-nutrition ?
-----------	--	---

Section 4	Les facilitateurs des pratiques nutritionnelles	<p><i>Nous avons largement évoqué les barrières à la mise en place de bonnes pratiques nutritionnelles, discutons à présent des choses, personnes, entité, qui pourraient être un facilitateur pour la mise en pratique des connaissances nutritionnelles.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment et par qui avez-vous des conseils en matière nutritionnelle à l'intérieur de la communauté ? - Comment et par qui avez-vous des conseils en matière nutritionnelle à l'extérieur de la communauté ? - Quels sont les conseils les plus utiles ? - Quels sont, selon vous, ce qui pourrait faciliter la mise en pratique des conseils et connaissances nutritionnels ?
-----------	---	---

Annexe 7 : Guide d'entretien pour FGD Santé avec les hommes

N° 7	Questionnaire FGD Santé – Homme	
	Thèmes	Questions
Section 1	Santé de l'enfant	<p><i>L'ensemble du questionnaire concernant la partie santé de l'enfant se fait sous forme d'un exercice, que les questions suivantes illustrent. Il s'agit d'abord d'identifier les principales maladies par tranche d'âge, puis de s'appuyer sur cette énumération pour parler des pratiques et parcours de santé.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les principales maladies de l'enfant de 0 à 5 mois ? De 6 à 11 mois ? De 12 à 23 mois ? 24 à 35 mois ? Préciser les causes ?
Section 2	Pratiques de santé sur l'enfant (Traitement)	<ul style="list-style-type: none"> - Pour chaque maladie pouvez-vous identifier les types de traitements disponibles dans la communauté ? - Pour chaque maladie pouvez-vous identifier les types de traitements pratiqués dans la communauté ? quel est le coût ? Qui prend en charge le coût (le père, la mère ou le ménage ?)
Section 3	Parcours thérapeutiques de l'enfant malade	<ul style="list-style-type: none"> - Pour chaque maladie pouvez-vous identifier les parcours thérapeutiques pratiqués dans la communauté ? <p><i>Pour chaque maladie, l'enquêteur doit relancer sur 2 aspects :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les signaux de dangers de l'enfant 2. Les signaux d'actions 3. Les temps de décisions 4. Le coût du remède 5. Estimation de son efficacité 6. Si dans certains cas plusieurs remèdes thérapeutiques peuvent être pris en même temps 7. Les acteurs intervenants dans l'acte de décision
Section 4	Santé et sous-nutrition chez l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les maladies qui peuvent causer la sous-nutrition ? - Quelles sont les causes de ces maladies ?
Section 5	Santé et pratique de santé de la femme enceinte	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les caractéristiques d'une femme enceinte en bonne santé (comportement et apparence physique) ? - Quels sont les principaux problèmes de santé de la femme enceinte ? - Quels sont les choix thérapeutiques faits ?
Section 6	Parcours thérapeutiques de la femme enceinte	<ul style="list-style-type: none"> - Pour quelles raisons une femme enceinte doit aller au CS et Combien de fois ? - Pourquoi une femme enceinte peut allaiter son enfant ? - Où la femme enceinte accouche préférentiellement et pourquoi ?
Section 7	Santé et pratique de santé de la femme allaitante	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les principaux problèmes de santé de la femme enceinte ? - Quels sont les choix thérapeutiques faits ? - Pour quelles raisons une femme allaitante doit se rendre au CS et Combien de fois ?

Section 8	Les barrières de la santé infantile et maternelle	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les principales barrières à l'accès à des actes de santé de qualité pour les enfants ? - Quelles sont les principales barrières à l'accès à des actes de santé de qualité pour les femmes enceintes et allaitantes ?
Section 9	Les facilitateurs de la santé infantile et maternelle	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les principaux facilitateurs à l'accès à des actes de santé de qualité pour les enfants ? - Quelles sont les principaux facilitateurs à l'accès à des actes de santé de qualité pour les femmes enceintes et allaitantes ?
Section 10	Santé reproduction et contraception	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce qu'il y a beaucoup de cas de grossesse précoces ? Pourquoi ? quels sont les risques ? - Est-ce que l'espacement entre 2 naissances est respecté ? Est-ce important ? - Quelles en sont les conséquences des grossesses rapprochées ? - Quelles en sont les conséquences des grossesses précoces ? - Est-ce que les méthodes de contraceptions sont disponibles au CS ? sont-elles utilisées ? Quelles sont les barrières ? - Rencontrez-vous des difficultés pour obtenir des informations sur ces sujets ?

Annexe 8 : Guide d'entretien pour FGD SAME & WASH avec les hommes

N° 8	Questionnaire FGD SAME & WASH – Femme	
	Thèmes	Questions
Section 1	Revenues des ménages	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les principales sources de revenus des ménages ? - Est-ce que les activités menées par la communauté ont changé dans le temps ? - Quels sont les sources de revenus secondaires par ordre d'importance, selon la saison et selon le sexe ?
Section 2	Évolution des moyens d'existences	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les évolutions ou changements (positifs ou négatifs) perçus par rapport aux moyens d'existence et sécurité alimentaire au cours des dernières années (ex. migration qui est plus importante, production agricole aléatoire et en baisse) ?
Section 3	Revenus issus de l'agriculture	<ul style="list-style-type: none"> - La production est-elle suffisante pour couvrir les besoins de la famille ? - Quelles sont les cultures destinées à la consommation de la communauté et celles cultivées pour être vendues ? - Quels sont les principaux risques et contraintes pour la production agricole ?
Section 4	Revenues issues de l'élevage	<ul style="list-style-type: none"> - Possédez-vous des animaux (du bétail, bœuf, volaille) ? - Quelle est l'utilisation de ces animaux (pour la vente, pour travailler, pour manger, dot) ? - Est-ce que l'activité d'élevage vous suffit pour vivre ? - Quels produits issus de l'élevage sont consommés par le ménage ou vendue ? - Est-ce que vous revendez facilement vos animaux ? A quel prix ?

Secteur 5	Stratégies de résiliences	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les mois/saisons où vous manquez de nourriture ? Quelles en étaient les raisons ? - Comment faites-vous pour avoir de la nourriture pendant ces périodes (consommation autoproduction, récoltes immatures/précoces, achat, don, prêt, endettement, cueillette, chasse) ? - Pendant les périodes de difficultés (sécheresse, financière) quels sont les aliments à prioriser selon vous ? - Quels sont les mécanismes d'épargne et de solidarités que vous utilisez dans ce village ? Tout le monde y a-t-il accès ?
Secteur 6	Potabilité de l'eau	<ul style="list-style-type: none"> - Comment décrivez-vous la qualité de l'eau que vous collectez ? - Est-ce que l'eau est "sure" / potable ? Comment le savez-vous ?
Secteur 7	Traitement de l'eau de consommation	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que vous buvez directement l'eau ? Faites-vous quelque chose avant ? - Que peut-il se passer si vous buvez de l'eau non "sure" ?
Secteur 8	Se laver les mains	<ul style="list-style-type: none"> - Quand vous lavez-vous vos mains ? - Avez-vous du savon dans votre ménage ? Pourquoi l'utilisez-vous ? Vous lavez-vous les mains en l'utilisant ? Pourquoi ? - Utilisez-vous autres détergents pour lavez-vous mains (Omo, cendre, eau javellisée, etc.) ?
Secteur 9	Pratiques d'hygiènes	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les bonnes pratiques d'hygiènes pratiquées par les communautés du village ? et les mauvaises ? Pourquoi ? - Quelles sont les principales contraintes d'hygiènes/en eau auxquels vous devez faire face ? (exemple : prix du savon, sécurité sur le site de défécation en pleine air,...)

Annexe 9 : Questionnaire pour les ESD pratiques nutritionnelles - Matrone

N° 9	Questionnaire ESD Pratiques nutritionnelles – Matrone (<i>Accoucheuses traditionnelles et accoucheuses formées</i>)	
	Thèmes	Questions
Section 1	Les pratiques de mariage et de naissance	<ul style="list-style-type: none"> - Y-a-t-il des mariages précoces dans votre village ? Cela peut-il avoir des conséquences sur le bien-être et la santé mentale de ces jeunes filles mère ? - A quel âge, les femmes du village, ont-elles leur première enfant ? - Avoir un enfant très jeune (- 18 ans) peut constituer un risque (problème) nutritionnel pour la mère et son enfant ? - Combien d'enfant y-a-il par foyer ? est-ce mieux d'avoir beaucoup d'enfants ou peu ? - Est-ce que c'est pareil d'avoir un fils ou une fille ? Si non, pourquoi ?
Section 2	Les pratiques d'allaitement	<ul style="list-style-type: none"> - Au bout de combien de temps après la naissance les mères donnent-elles le sein à leur bébé ? - Quelles sont les bonnes pratiques d'allaitement de 0 à 5 mois ? de 6 à 11 mois ? de 12 à 23 mois ? - Comment sait-on si l'allaitement se passe bien pour la mère ? pour l'enfant ? - Pourquoi faut-il donner le lait jaune et épais (colostrum) au bébé ? - Est-ce que les grands-mères donnaient le colostrum aux bébés ? Et maintenant ? - Est-ce que les femmes du village ont compris l'importance de l'allaitement exclusif ? Le respectent-t-elles ? Y-a-t-il des croyances communautaires concernant l'allaitement ?

		<ul style="list-style-type: none"> - Quand faut-il sevrer l'enfant garçon et l'enfant fille ? Quelles sont les pratiques de sevrage utilisées ?
Section 2	Les pratiques d'alimentation du jeune enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les caractéristiques (comportement et apparence physique) d'un enfant bien nourri ? <i>par tranches d'âge</i> - Quels sont les besoins nutritionnels d'un enfant ? - Quelles sont les grandes étapes de développement de l'enfant ? - Quelles sont les pratiques alimentaires de complément généralement utilisées ? - Les femmes les pratiquent-t-elles ? Si non, pourquoi ? - Qui est responsable de la supervision des repas des enfants de moins de 2 ans ? - L'enfant mange-t-il dans un plat commun ? à son assiette ? à la becquée ?
Section 3	Les pratiques nutritionnelles (barrières et facilitateurs)	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que tout au long de l'année les enfants du village mangent la même nourriture ? - Quels sont les principaux aliments nutritifs de l'enfant ? - Y-a-t-il des aliments spéciaux considérés comme bénéfiques qui sont donnés aux enfants ? aux FEFA ? - Y-a-il des aliments qu'on évite de donner aux FEFA ? aux garçons et aux filles ? - Quelles sont les barrières à l'accès à ces aliments considérés comme nutritifs ? - Quels sont les facilitateurs à l'accès à ces aliments considérés comme nutritifs ?
Section 4	Les pratiques soins de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Qui prend soin des enfants ? des bébés ? - Les pères s'occupent-ils de leurs enfants ? - Qui donne des conseils et qui décide sur les pratiques de soin concernant les enfants (diète, santé, école) ? - Pensez-vous que la charge de travail sur les FEFA a des conséquences sur les pratiques de soin de leur enfant ?
Section 5	Les pratiques de santé de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles les pratiques de santé à mettre en place avec l'enfant dès la naissance et durant les 3 premières années de vie ? - Quelles sont les principales maladies des enfants dans leurs 3 premières années de vie ?
Section 6	Les parcours thérapeutiques de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Qui sont les acteurs de la vie thérapeutique d'un enfant au niveau communautaire ? - Qui sont les acteurs de la vie thérapeutique d'un enfant au niveau du CS ? - Quelles sont les barrières à l'accès au CS ? - Quels sont les facilitateurs à l'accès au CS ? - La dernière fois que votre enfant était malade de quoi souffrait-il ? Qui êtes-vous aller consulter (Si simultanément plusieurs traitements, le préciser) ? Sur les conseils de qui ? quel traitement ? quel coût ? qui a payé ? est-ce que l'enfant est guéri ? si non qu'ont-ils fait ? - Qui décide du parcours thérapeutique pour l'enfant à l'intérieur du ménage ? et sur quel critère ? - Que font-ils s'ils pensent que leur enfant souffre de malnutrition ? - La prise en charge de la malnutrition est-elle gratuite au CS ? - Y-a-t-il des traitements traditionnels qui sont disponible dans le village ? De quels types ? Qui conseille les FEFA de les utiliser ? - Y-a-t-il des enfants qui sont malades à cause des esprits ? Si oui, comment et grâce à qui peuvent-ils guérir ? - Un enfant peut-il être en situation de sous-nutrition à cause des esprits ? - La pratique de l'automédication est-elle répandue ? Quand et pourquoi ?

Section 7	Les pratiques de santé et de soin de la femme enceinte/allaitante	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les pratiques de santé et de soin à mettre en place avec la femme enceinte ? Quels acteurs les accompagnent ? Où et comment ? - Quelles sont les principales maladies de la femme enceinte ? - Quels sont les principaux signes de danger de la femme enceinte ? - Comment facilitez-vous la mise au sein ou l'accompagnement des mères dans la mise en place de l'allaitement ?
Section 8	Les parcours thérapeutiques de la femme enceinte et allaitante	<ul style="list-style-type: none"> - Qui sont les acteurs de la vie thérapeutique d'une femme enceinte ? - Qui sont les acteurs de la vie thérapeutique d'un enfant au niveau du CS ? - Quelles sont les barrières à l'accès au CS ? - Quelles sont les facilitateurs à l'accès au CS ? - Quelles sont solutions alternatives que vont choisir les FEFA pour obtenir un traitement (qui et pourquoi ?) ? Sont-ils efficaces ? Qui paient ?
Section 9	Les pratiques d'hygiène	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les pratiques d'hygiène essentielles pour une matrone durant l'accouchement ? - Quelles sont les pratiques d'hygiène essentielles pour le jeune enfant ? Les transmettez-vous aux mères ? Comment ? Les respectent-elles ?
Section 10	La sous-nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis quand existe la sous-nutrition dans votre communauté ? - Selon vous quelles sont les causes de la sous-nutrition ? - Comment peut-on reconnaître un enfant malnutri ? - Selon vous quelles sont les actions préventives de la sous-nutrition ? - Avez-vous déjà vécu et/ou soutenu un foyer/mère en situation de sous-nutrition infantile ? Expliquez-nous svp ?
Section 11	Relations matrone – CS	<ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi les femmes du village accouchent-elles avec vous plutôt qu'au CS ? - Quelles relations entretenez-vous avec les CS ? - Existe-t-il des mécanismes de référence vers les CS (et vice-versa) en cas de complication ? - Quels sont les cas qui sont généralement référés ?

Annexe 10 : Questionnaire pour les ESD pratiques nutritionnelles – Grands-mères

N° 10	Questionnaire ESD Pratiques nutritionnelles – Grands-mères	
	Thèmes	Questions
Section 1	Moyens d'existence et subsistance	<ul style="list-style-type: none"> - Les femmes ont-elles accès à des ressources propres (propriétés, revenus, animaux) ? <i>Si elles ont un peu de ressources, quand et comment l'utilisent-elles ?</i> - <i>Dans les ménages quels sont les postes de dépenses que les maris et quels sont les postes de dépenses pour lesquels la femme doit se débrouiller seul ?</i>
	Les pratiques d'allaitement	<ul style="list-style-type: none"> - Donnez-vous des conseils à vos filles/belles-filles sur l'allaitement des enfants ? Si oui, lesquels ? Est-ce qu'elles écoutent vos conseils ? si non, pourquoi ? - Comment sait-on si l'allaitement se passe bien pour la mère ? pour l'enfant ? - Quelles sont les bonnes pratiques d'allaitement de 0 à 5 mois ? de 6 à 11 mois ? de 12 à 23 mois ? - Faut-il donner le lait jaune et épais (colostrum) au bébé ? Pourquoi ? - Est-ce que vos grands-mères donnaient le colostrum aux bébés ? - Quand faut-il sevrer l'enfant garçon et l'enfant fille ? Quelles sont les bonnes pratiques de sevrage ?

		<ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi ces pratiques ont évolué dans le temps, entre les générations ? Est-ce une bonne chose ? Avez-vous constaté une amélioration de l'état de santé des enfants ? - Pour vous quels sont les acteurs qui donnent les meilleurs conseils sur les pratiques d'allaitement ? Pourquoi ? Quelles méthodes de sensibilisation utilisent-ils ? - Pourquoi certaines femmes ne suivent pas ces conseils ?
Section 2	Les pratiques d'alimentation du jeune enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Donnez-vous des conseils à vos filles/belles-filles sur les pratiques d'alimentation du jeune enfant ? si oui, lesquels ? Est-ce qu'elles écoutent vos conseils ? si non, pourquoi ? - Quels sont les besoins nutritionnels d'un enfant ? - Quelles sont les grandes étapes de développement de l'enfant ? - Quelles sont les caractéristiques (comportement et apparence physique) d'un enfant bien nourri ? <i>par tranches d'âge</i> - Quelles sont les pratiques alimentaires de complément généralement utilisées ? - Ces pratiques ont évolué dans le temps, entre les générations ? Est-ce une bonne chose ? Avez-vous constaté une amélioration de l'état de santé des enfants ? - Pour vous quels sont les acteurs qui donnent les meilleurs conseils sur les pratiques d'allaitement ? Pourquoi ? Quelles méthodes de sensibilisation utilisent-ils ? - Pourquoi certaines femmes ne suivent pas ces conseils ?
Section 3	Les pratiques nutritionnelles (barrières et facilitateurs)	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les principaux aliments nutritifs de l'enfant ? - Quelles sont les barrières à l'accès à ces aliments ? - Quels sont les facilitateurs à l'accès à ces aliments ? - Comment et pourquoi ces facilitateurs et barrières ont évolués dans le temps ?
Section 4	Les pratiques de santé de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les pratiques de santé à mettre en place avec l'enfant dès la naissance et durant les 3 premières années de vie ? - Quelles sont les principales maladies des enfants dans leurs 3 premières années de vie ? - Comment les CS ont-ils amélioré la vie des jeunes enfants ? Voyez-vous des limites à l'action du CS ? La prise en charge de la malnutrition y est-elle gratuite ?
Section 5	Les parcours thérapeutiques de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Qui sont les acteurs de la vie thérapeutique d'un enfant au niveau communautaire ? - Qui sont les acteurs de la vie thérapeutique d'un enfant au niveau du CS ? - Ces acteurs ont-ils évolués depuis votre époque et pourquoi ? - Qui décide du parcours thérapeutique pour l'enfant ? et sur quel critère ? - Que font-elles si elles pensent que leur enfant souffre de malnutrition ? La prise en charge de la malnutrition est-elle gratuite au CS ? - Y-a-t-il des traitements traditionnels qui sont disponible dans le village ? De quels types ? Qui conseille les FEFA de les utiliser ? - Y-a-t-il des enfants qui sont malades à cause des esprits ? Si oui, comment et grâce à qui peut-il guérir ? Un enfant peut-il être en situation de sous-nutrition à cause des esprits ? - La pratique de l'automédication est-elle répandue ? Quand et pourquoi ?
Section 6	Les pratiques d'hygiènes	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les pratiques d'hygiènes essentielles pour une matrone durant l'accouchement ? - Quelles les pratiques d'hygiènes essentielles pour le jeune enfant selon vous ? Qui les transmet-aux mères ? Pour vous quels sont les acteurs qui donnent les meilleurs conseils sur les pratiques d'hygiène ? Pourquoi ? Quelles méthodes de sensibilisation

		utilisent-ils ? Y-a-il des pratiques que vous avez vous-même adoptées ? Pourquoi certaines femmes ne respectent pas ces pratiques d'hygiène ?
Section 7	La sous-nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis quand existe la sous-nutrition dans votre communauté ? - Selon vous quelles sont les causes de la sous-nutrition ? - Comment peut-on reconnaître un enfant malnutri ? - Selon vous quelles sont les actions préventives de la sous-nutrition ? - Avez-vous déjà vécu et/ou soutenu un foyer/mère en situation de sous-nutrition infantile ? Expliquez-nous svp ?
Section 8	La transmission orale et comparaisons générationnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Comment avez-vous acquis votre connaissance sur les bonnes pratiques alimentaires du jeune enfant ? - Comment avez-vous transmis votre connaissance sur les bonnes pratiques alimentaires du jeune enfant ? - Que pouvez-vous nous dire de la charge de travail qui repose sur les épaules des femmes ? Cette charge a-t-elle diminué avec le temps ? Quelles en sont les conséquences pour les FEFA et leurs enfants ? Qui peut les aider si elles sont épuisées ? Les maris les aident-ils ? Si oui comment ? Si non, Pourquoi ? - Est-ce que ces dernières années, les villageois envoient plus les jeunes filles du village ? Si oui que pensez-vous de cette évolution ? Qui décident de si les jeunes doivent ou pas aller à l'école ? En quoi cela peut avoir des conséquences sur l'état nutritionnel des FEFA et de leurs enfants ? Quels sont les principales barrières qui persistent ?

Annexe 11 : Questionnaire pour les ESD pratiques nutritionnelles – Mères SNI-SNIM

N° 11	Questionnaire ESD Pratiques nutritionnelles – Mères SNI-SNIM	
	Thèmes	Questions
Section 1	Description de la situation du ménage	<ul style="list-style-type: none"> - Quel âge avez-vous ? A quel âge avez-vous eu votre premier enfant ? Combien d'enfants avez-vous ? - Quel est le métier du père ? Est-il souvent absent du foyer ? Pourquoi ? Si oui, quelles conséquences pour sa femme ? - Quelle est la structure maritale/polygame du foyer ? Combien de coépouses ? Si polygame, est ce que cela peut avoir des conséquences sur l'état nutritionnel de l'enfant ? si oui, pourquoi ? - Quel est le métier de la mère ? - Quels sont les moyens d'existences du ménage ? Avez-vous d'autres sources de revenus secondaires ? - Ces revenus suffisent-ils pour subvenir au besoin du ménage durant toute l'année ? Comment gérez-vous ce revenu ?
Section 2	Informations sur l'enfant malade	<ul style="list-style-type: none"> - Quel(s) enfant(s) ? Quel âge a-t-il (ont-ils) ? - Si l'enfant, qui souffre de malnutrition, n'est pas l'aîné, combien de mois le sépare avec l'enfant qui est né juste avant ? Connaissez-vous l'importance de respecter l'espacement de naissance entre deux enfants ? Si oui comment ? Avez-vous essayé de le respecter ? Si oui, comment ? si non, pourquoi ?
Section 3	Pratiques de soins prénatals	<ul style="list-style-type: none"> - Aviez-vous consulté un docteur / une infirmière / une sage femme pendant votre grossesse ? Quels types de conseils avez-vous reçu de lui / elle ? Combien de fois l'avez-vous vu ? - Avez-vous reçu des conseils de quelqu'un d'autre ? Quels types de conseils ? - Avez-vous pris des médicaments spéciaux pendant votre grossesse ? - Avez-vous changé vos habitudes alimentaires ? Mangiez-vous plus ou moins ? Pourquoi ? - Jusqu'à quand, avant votre accouchement, avez-vous travaillé ?

		<ul style="list-style-type: none"> - Après la naissance de (nom de l'enfant), quand êtes-vous retournée au travail ? - Comment avez-vous vécu votre grossesse ?
Section 4	Description de la situation de sous-nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - A quel âge/mois l'épisode de sous-nutrition a commencé ? - Comment avez-vous su que l'enfant était victime de sous-nutrition ? - Qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez appris que votre enfant souffrait de sous-nutrition ? - Avez-vous dès le début pensé qu'il souffrait de sous-nutrition ? Qu'avez-vous fait ? - Avez-vous été consulté au CS ? Si oui, à quel moment CS ? Si non, pourquoi ? Si oui, pendant combien de temps ? - Y a-t-il eu des rechutes ? Qu'avez-vous fait (découragement, traitement alternatif, continu) ?
Section 5	Causalités de la situation de sous-nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - Selon vous quelles sont les causes de l'épisode de sous-nutrition ? - Selon vous quels sont les événements déclencheurs de l'épisode de sous-nutrition ?
Section 6	Accessibilité et soin au CS	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontrez-vous des difficultés pour aller au centre / poste de santé ? D'habitude, comment surpassez-vous ces barrières / défis ? - Comment avez-vous été accueilli au CS ? Vous sentez-vous en confiance auprès du personnel du CS ? - Est-ce que le personnel du CS vous a donné les informations et l'aide nécessaire pour faire face à la situation de sous-nutrition de votre enfant ? - Avez-vous accouché au CS ? Si oui, pourquoi ? Si non où et pourquoi ? - Avez-vous fait des consultations pré natales et post-natales au CS ? Est-ce important ?
Section 7	Parcours thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - Décrivez le parcours thérapeutique de l'enfant en situation de sous-nutrition ? S'il y a eu plusieurs étapes ou plusieurs traitements qui ont tentés en parallèles le préciser (CS, tradipraticien, marabout, plantes, etc.) ? - Qui sont les grands acteurs de ce parcours thérapeutiques ? Qui a décidé ? Quel coût (pour chacun si plusieurs) ? Le traitement est-il efficace ? l'enfant est-il guéri ? - Avez-vous réalisé des actes physiques de protection : lulette, dent, le ver, etc. ?
Section 8	Recherche d'aide	<ul style="list-style-type: none"> - A qui vous adressez vous pour parler de vos problèmes/interrogations au sujet de l'alimentation de vos enfants ? Indiquer les 3 principales personnes par ordre d'importance. - Qui vous a aidé pour gérer la situation de sous-nutrition ? - Qui vous a donné des conseils ? - Quels conseils retenez-vous comme efficace ? - Êtes-vous en mesure de suivre et respecter tous ces conseils ? Si non, pourquoi ?
Section 9	Pratiques nutritionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle a été la première nourriture qu'il/elle a eu à la naissance et quand ? Si ce n'est pas l'allaitement, pourquoi ? - Quand vous allaitiez votre bébé, lui donniez-vous aussi autre chose comme l'eau ? Avez-vous nourri votre bébé de moins de 6 mois avec autre chose que le lait maternel ? - Quel est le premier aliment autre que le lait maternel que vous avez donné à votre bébé ? Quand ? - Quel type de nourriture donnez-vous à votre enfant (légumes, viande, œufs) ? - Est-ce que vous cuisinez quelque chose spécialement pour lui ? Comment le nourrissez-vous ? Quels sont les aliments que vous considérez être le plus important pour nourrir votre enfant ? Comment savez-vous quel type d'aliment est bon pour lui ? - Que faites-vous si l'enfant refuse de manger ?

		<ul style="list-style-type: none"> - Depuis que vous savez que votre enfant souffre de sous-nutrition, avez-vous changées des pratiques nutritionnelles ? - Comment votre ménage fait-il face pendant les périodes difficiles (soudure, sécheresse) ? Nourrissez-vous vos enfants avec quelque chose de différent pendant ce temps ? - Dans votre ménage, qui mange en premier ? Quand est-ce que vous mangez ? Quand est-ce que les jeunes enfants mangent ? Comment ?
Section 10	Les pratiques de santé de l'enfant et de la femme enceinte/allaitante	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les caractéristiques d'une femme enceinte en bonne santé ? - Quelles sont les caractéristiques (comportement et apparence physique) d'un enfant en bonne santé ? <i>par tranches d'âge (0-5 mois, 6 – 11 mois, 12 – 23 mois, 24 – 35 mois)</i> - Qui et qu'est ce qui dans votre environnement vous a aidé à changer de pratiques nutritionnelles ? - Qui et qu'est ce qui dans votre environnement vous a empêché de changer de pratiques nutritionnelles ?
Section 11	Eau	<ul style="list-style-type: none"> - Où allez-vous prendre l'eau pour boire et à combien de temps se situe la source ? - Où stockez-vous l'eau ? traitez-vous l'eau avant de la boire ? Pourquoi ? - Avez-vous suffisamment d'eau pour les besoins du ménage ? êtes-vous obligé de prioriser l'utilisation de l'eau (consommation, cuisine, hygiène) ? Quand vous avez-vous les mains ?
Section 12	Les pratiques d'hygiène	<ul style="list-style-type: none"> - Quand vous lavez-vous les mains ? Avez-vous du savon/cendre dans la maison ? - Comment-vous débarrassez-vous des excréments des bébés ? - Avez-vous changé certaines pratiques d'hygiène depuis que votre enfant est malnutri ? - Quels sont les pratiques qui sont les plus difficiles à mettre en application.
Section 13	Relation parents/enfants	<ul style="list-style-type: none"> - Quand vous avez appris que vous étiez enceinte de (nom), comment vous sentiez-vous (heureuse, triste, rien de spécial) ? Pourquoi ? Comment a réagi votre mari ? - Pensez-vous que vous recevez assez de soutien pour vous aider à prendre soin de vos enfants ? - Qui prend soin de (nom de l'enfant) quand vous êtes occupé / pas chez vous ? Comment faites-vous pour le nourrir ? Qui le nourrit ? - Votre relation avec votre enfant malade a-t-elle changé ? - Quels sont les nouveaux défis qui se présentent à vous avec cet enfant ? - Avez-vous le temps de jouer avec votre enfant ? Est-ce important ? - Comment gardez-vous vos enfants en bonne santé ? Pouvez-vous me parler de quelques-unes des pratiques que vous jugez importantes pour garder votre enfant en bonne santé ?

Annexe 12 : Questionnaire pour les ESD pratiques nutritionnelles – Père SNI-SNIM

N° 12	Questionnaire ESD Pratiques nutritionnelles – Père SNI-SNIM	
	Thèmes	Questions
Section 1	Description de la situation du ménage	<ul style="list-style-type: none"> - Quel âge avez-vous ? Combien d'enfants avez-vous ? Quel âge a la mère de l'enfant malnutri ? Quel âge avait-elle quand il est né ? (Si elle avait moins de 18 ans) Pensez-vous qu'un accouchement précoce peut avoir eu des conséquences sur l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant ? - Quel est le métier du père ? Est-il souvent absent du foyer ? Pourquoi ? Si oui, quelles conséquences pour sa femme ?

		<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est la structure maritale/polygame du foyer ? Combien de coépouses ? Si polygame, est ce que cela pour avoir eu des conséquences sur l'état nutritionnel de l'enfant ? Si oui, pourquoi ? - Quel est le métier de la mère ? - Quels sont les moyens d'existences du ménage ? Avez-vous d'autres sources de revenus secondaires ? - Ces revenus suffisent-ils pour subvenir au besoin du ménage durant toute l'année ? Comment gérez-vous ce revenu ?
Section 2	Informations sur l'enfant malade	<ul style="list-style-type: none"> - Quel(s) enfant(s) ? Quel âge a-t-il (ont-ils) ? - Si l'enfant, qui souffre de malnutrition, n'est pas l'aîné, combien de mois le sépare avec l'enfant qui est né juste avant ? Connaissez-vous l'importance de respecter l'espacement de naissance de 2 ans entre deux enfants ? Si oui comment ? Avez-vous essayé de le respecter ? Si oui, comment ? si non, pourquoi ?
Section 3	Pratiques de soins prénatal	<ul style="list-style-type: none"> - Votre femme a-t-elle consulté un docteur / une infirmière / une sage-femme pendant sa grossesse ? Quels types de conseils a-t-elle reçu de lui / elle ? Combien de fois l'a-t-elle vu ? - A-t-elle reçu des conseils de quelqu'un d'autre ? Quels types de conseils ? - A-t-elle pris des médicaments spéciaux pendant sa grossesse ? A-t-elle changé ses habitudes alimentaires ? Mangeait-elle plus ou moins ? Pourquoi ? - Jusqu'à quand, avant son accouchement, a-t-elle travaillé ? Après la naissance de (nom de l'enfant), quand est-elle retournée au travail ? - Comment a-t-elle vécu votre grossesse ?
Section 4	Description de la situation de sous-nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - A quel âge/mois l'épisode de sous-nutrition a commencé ? - Comment avez-vous su que l'enfant était victime de sous-nutrition ? Avez-vous dès le début pensé qu'il souffrait de sous-nutrition ? Qu'avez-vous fait ? - Avez-vous été consulté au CS ? Si oui, à quel moment CS ? Si non, pourquoi ? Si oui, pendant combien de temps ? - Y a-t-il eu des rechutes ? Qu'avez-vous fait (découragement, traitement alternatif, continu) ?
Section 5	Causalités de la situation de sous-nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - Selon vous quelles sont les causes de l'épisode de sous-nutrition ? - Selon vous quels sont les événements déclencheurs de l'épisode de sous-nutrition ?
Section 6	Accessibilité et soin au CS	<ul style="list-style-type: none"> - Votre femme rencontre-t-elle des difficultés pour aller au centre / poste de santé ? D'habitude, comment surpasse-t-elle ces barrières / défis ? - Comment avez-vous été accueilli au CS ? Vous sentez-vous en confiance auprès du personnel du CS ? - Est-ce que le personnel du CS vous a donné les informations et l'aide nécessaire pour faire face à la situation de sous-nutrition de votre enfant ? - A-t-elle accouché au CS ? Si oui, pourquoi ? Si non où et pourquoi ? - A-t-elle fait des consultations pré natales et post-natales au CS ? Est-ce important ?
Section 7	Parcours thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - Décrivez le parcours thérapeutique de l'enfant en situation de sous-nutrition ? S'il y a eu plusieurs étapes ou plusieurs traitements qui ont tentés en parallèles le préciser (CS, Tradipraticiens, marabout, plantes, etc.) ? - Qui sont les grands acteurs de ce parcours thérapeutiques ? Qui a décidé ? Quel coût (pour chacun si plusieurs) ? Le traitement est-il efficace ? l'enfant est-il guéri ? - Avez-vous réalisé des actes physiques de protection : luette, dent, le ver, etc. ?

Section 8	Recherche d'aide	<ul style="list-style-type: none"> - A qui vous adressez vous pour parler de vos problèmes/interrogations au sujet de l'alimentation de vos enfants ? Indiquer les 3 principales personnes par ordre d'importance. - Qui vous a aidé pour gérer la situation de sous-nutrition ? - Qui vous a donné des conseils ? - Quels conseils retenez-vous comme efficace ? - Êtes-vous en mesure de suivre et respecter tous ces conseils ? Si non, pourquoi ?
Section 9	Pratiques nutritionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle a été la première nourriture qu'il/elle a eu à la naissance et quand ? Si ce n'est pas l'allaitement, pourquoi ? Quand votre femme allaitait votre bébé, lui donnait-elle aussi autre chose comme l'eau ? A-t-elle nourri votre bébé de moins de 6 mois avec autre chose que le lait maternel ? - Comment sait-on si l'allaitement se passe bien pour la mère ? pour l'enfant ? - Quel est le premier aliment autre que le lait maternel que vous avez donné à votre bébé ? Quand ? - Quel type de nourriture donnez-vous à votre enfant (légumes, viande, œufs) ? Est-ce que vous cuisinez quelque chose spécialement pour lui ? Comment le nourrissez-vous ? Quels sont les aliments que vous considérez être le plus important pour nourrir votre enfant ? Comment savez-vous quel type d'aliment est bon pour lui ? - Que faites-vous si l'enfant refuse de manger ? - Depuis que vous savez que votre enfant souffre de sous-nutrition, avez-vous changées des pratiques nutritionnelles ? - Comment votre ménage fait-il face pendant les périodes difficiles (soudure, sécheresse) ? Nourrissez-vous vos enfants avec quelque chose de différent pendant ce temps ? - Dans votre ménage, qui mange en premier ? Quand est-ce que vous mangez ? Quand-est ce que les jeunes enfants mangent ? Comment ? - Comment se fait la nutrition de l'enfant si la femme encore allaitante tombe enceinte, a une grossesse rapprochée ?
Section 10	Les pratiques de santé de l'enfant et de la femme enceinte/allaitante	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les caractéristiques d'une femme enceinte en bonne santé ? - Quelles sont les caractéristiques (comportement et apparence physique) d'un enfant en bonne santé ? <i>par tranches d'âge (0-5 mois, 6 – 11 mois, 12 – 23 mois, 24 – 35 mois)</i> - Qui et qu'est ce qui dans votre environnement vous a aidé à changer de pratiques nutritionnelles ? - Qui et qu'est ce qui dans votre environnement vous a empêché changer de pratiques nutritionnelles ?
Section 11	Eau	<ul style="list-style-type: none"> - Où allez-vous prendre l'eau pour boire et à combien de temps se situe la source ? Où stockez-vous l'eau ? traitez-vous l'eau avant de la boire ? Pourquoi ? Avez-vous suffisamment d'eau pour les besoins du ménage ? êtes-vous obligé de prioriser l'utilisation de l'eau (consommation, cuisine, hygiène) ? Quand vous lavez-vous les mains ?
Section 12	Les pratiques d'hygiènes	<ul style="list-style-type: none"> - Quand vous lavez-vous les mains ? Avez-vous du savon/cendre dans la maison ? - Comment-vous débarrassez-vous des excréments des bébés ? - Avez-vous changé certaines pratiques d'hygiènes depuis que votre enfant est malnutri ? Quels sont les pratiques qui sont les plus difficiles à mettre en application.
Section 13	Relation parents/enfants	<ul style="list-style-type: none"> - Quand vous avez appris que votre femme était enceinte de (nom), comment vous sentiez-vous (heureux, triste, rien de spécial) ? Pourquoi ? Comment a réagi votre femme ?

		<ul style="list-style-type: none"> - Pensez-vous que votre femme reçoit assez de soutien pour vous aider à prendre soin de vos enfants ? Comment l'aidez-vous ? - Qui prend soin de (nom de l'enfant) quand vous et votre femme êtes occupés / pas chez vous ? Comment faites-vous pour le nourrir ? Qui le nourrit ? - Votre relation avec votre enfant malade a-t-elle changé ? - Quels sont les nouveaux défis qui se présentent à vous avec cet enfant ? - Avez-vous le temps de jouer avec votre enfant ? Est-ce important ?
Section 14	Bonnes pratiques de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Comment gardez-vous vos enfants en bonne santé ? Pouvez-vous me parler de quelques-unes des pratiques que vous jugez importantes pour garder votre enfant en bonne santé ?

Annexe 13 : Questionnaire pour les ESD pratiques nutritionnelles - Tradipraticiens

N° 13	Questionnaire ESD Pratiques nutritionnelles – Tradipraticiens (<i>Imam, marabout, Wazam, wazamié</i>)	
	Thèmes	Questions
Section 1	Les pratiques d'allaitement	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les conseils que vous donnez sur les pratiques d'allaitement ? - Pourquoi faut-il donner le lait jaune et épais (colostrum) au bébé ? - Quelles sont les bonnes pratiques de sevrage ? - Quand faut-il sevrer l'enfant garçon et l'enfant fille ?
Section 2	Les pratiques d'alimentation du jeune enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les besoins nutritionnels d'un enfant ? - Quelles sont les grandes étapes de développement de l'enfant ? - Quelles sont les pratiques alimentaires de complément généralement utilisées ?
Section 3	Les pratiques nutritionnelles (barrières et facilitateurs)	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les principaux aliments nutritifs de l'enfant ? - Quelles sont les barrières à l'accès à ces aliments ? - Quels sont les facilitateurs à l'accès à ces aliments ?
Section 4	Les pratiques de santé de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles les pratiques de santé à mettre en place avec l'enfant dès la naissance et durant les 3 premières années de vie ? - Quelles sont les principales maladies des enfants dans leurs 3 premières années de vie ? - Pour quelles maladies infantiles les mères et pères font appel à vous ? - Pour quelles maladies ou dans quel cas, référez-vous les enfants au CS ? - Avez-vous des liens avec le centre de santé ? - Pourquoi les villageois préfèrent venir vous voir plutôt que d'aller au CS ? - Quelles sont les maladies pour lesquels ils préfèrent vous consulter en priorité ? Pourquoi ? Quels sont les traitements que vous proposez pour ces maladies et quels en sont les coûts ? - Quel traitement proposez-vous pour soigner la malnutrition ? Sur combien de temps et pour quel prix ? - Les villageois vous sollicitent-ils pour bénéficier de pratiques de protection nutritionnelle de l'enfant et de la femme enceinte (<i>Acte physique de protection : lulette, dent, le ver, etc.</i>) ? - Quelles sont les barrières à l'accès au CS ? - Quels sont les facilitateurs à l'accès au CS ?
Section 5	Les parcours thérapeutiques de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Qui sont les acteurs de la vie thérapeutique d'un enfant au niveau communautaire ? - Qui sont les acteurs de la vie thérapeutique d'un enfant au niveau du CS ? - Que pensez-vous de l'automédication ?

		<ul style="list-style-type: none"> - Y-a-t-il des croyances ou des pratiques thérapeutiques que vous jugez dangereux l'état nutritionnel des FEFA et de leurs enfants ?
Section 6	Les pratiques de santé de la femme enceinte/allaitante	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles les pratiques de santé à mettre en place avec la femme enceinte ? - Quelles sont les principales maladies de la femme enceinte ? - Quels sont les principaux signes de danger de la femme enceinte ? - Qui sont les acteurs de la vie thérapeutique d'une femme enceinte ? - Que proposez-vous pour les aider ? - Quels sont les dangers spécifiques, que peuvent rencontrer les femmes, les amènent à venir solliciter votre aide ?
Section 7	Les pratiques d'hygiènes	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les pratiques d'hygiènes essentielles pour le jeune enfant ? - Les transmettez-vous aux mères ? Comment ? Y-a-t-il certaines pratiques qui sont recommandées que vous n'approuvez pas ?
Section 8	La sous-nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis quand existe la sous-nutrition dans votre communauté ? - Selon vous quelles sont les causes de la sous-nutrition ? - Selon vous quelles sont les actions préventives de la sous-nutrition ? - Comment était soignée la sous-nutrition avant la construction du CS ? - Cette maladie était-elle déjà connue par la communauté ? Quel nom avait été donné à la malnutrition par la communauté et comment tentaient-ils de la guérir. - Avez-vous déjà vécu et/ou soutenu un foyer/mère en situation de sous-nutrition infantile ? Expliquez svp ?
Section 9	Relations tradipraticiens – CS	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles relations entretenez-vous avec les CS et autres formations sanitaires ? - Existe-t-il des mécanismes de référence vers les formations sanitaires (et vice-versa) en cas de complication ? - Quels sont les cas qui sont généralement référés ?

Annexe 14 : Questionnaire pour les ESD pratiques nutritionnelles – Représentante femme

N° 14	Questionnaire ESD Pratiques nutritionnelles – Représentante femme (<i>Chuchiya</i>)	
	Thèmes	Questions
Section 1	La sous-nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis quand existe la sous-nutrition dans votre communauté ? - Selon vous quelles sont les causes de la sous-nutrition dans le village ? - Comment peut-on reconnaître un enfant malnutri ? - Selon vous quelles sont les actions préventives de la sous-nutrition ? - Avez-vous déjà vécu et/ou soutenu un foyer/mère en situation de sous-nutrition infantile ? - Que faites-vous si vous pensez qu'un enfant est en sous-nutrition dans votre voisinage, dans votre famille ? Dans certaines communautés, vous trouverez des enfants / mères sous-nutris et d'autres en bonne santé. Pensez-vous que certains comportements ou certaines pratiques peuvent causer la malnutrition ? - Participez-vous de l'éducation des femmes et jeunes filles sur les pratiques alimentaires du jeune enfant ? - Selon, quels sont les principaux canaux de sensibilisation des femmes et jeunes filles sur les questions de sous-nutrition ? - Avez-vous déjà vécu et/ou soutenu un foyer/mère en situation de sous-nutrition infantile ? Expliquez-nous svp ?
Section 2	Les pratiques d'allaitement	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les bonnes pratiques d'allaitement de 0 à 5 mois ? de 6 à 11 mois ? de 12 à 23 mois ? Est-ce respecté dans le village ?

		<ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi faut-il donner le lait jaune et épais (colostrum) au bébé ? Est-ce respecté dans le village ? - Est-ce que les mères donnent le colostrum ? si non, pourquoi ? - Est-ce que les femmes du village ont compris l'importance de l'allaitement exclusif ? Le respectent-t-elles ? Y-a-t-il des croyances communautaires concernant l'allaitement ? - Quand faut-il sevrer l'enfant garçon et l'enfant fille ? pourquoi ? comment est pratiqué le sevrage ? Quelles sont les bonnes pratiques de sevrage ? - Y-a-t-il des barrières qui empêchent les femmes de suivre les conseils du CS et de l'ACS ?
Section 3	Les pratiques d'alimentation du jeune enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les besoins nutritionnels d'un enfant ? - Quelles sont les grandes étapes de développement de l'enfant ? - Quelles sont les pratiques alimentaires de complément généralement utilisées ? - Les femmes les pratiquent-t-elles ? Si non, pourquoi ?
Section 4	Les pratiques nutritionnelles (barrières et facilitateurs)	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les principaux aliments nutritifs de l'enfant ? - Quelles sont les barrières à l'accès à ces aliments ? - Quels sont les facilitateurs à l'accès à ces aliments ?
Section 5	Les pratiques soins de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Qui prend soin des enfants ? des bébés ? Les pères s'occupent-ils de leurs enfants ? - Qui donne des conseils et qui décide sur les pratiques de soin concernant les enfants (diète, santé, école) ? - Pensez-vous que la charge de travail sur les FEFA a des conséquences sur les pratiques de soin de leur enfant
Section 6	Les pratiques de santé de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Qui sont les acteurs de la vie thérapeutique d'un enfant au niveau communautaire ? - Qui sont les acteurs de la vie thérapeutique d'un enfant au niveau du CS ?
Section 7	Les parcours thérapeutiques de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Lorsqu'un enfant est malade, comment s'opère le choix du parcours thérapeutique de la part des parents ? qui décident (les deux ensemble, le père ou la mère) et qui paient les frais ? - Que font-ils s'ils pensent que leur enfant souffre de malnutrition ? La prise en charge de la malnutrition est-elle gratuite au CS ? - Quelles sont les barrières à l'accès au CS ? - Quels sont les facilitateurs à l'accès au CS ?
Section 8	Les pratiques de santé de la femme enceinte/allaitante	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles les pratiques de santé à mettre en place avec la femme enceinte ? - Quelles sont les principales maladies de la femme enceinte ? - Quels sont les principaux signes de danger de la femme enceinte ? - Comment facilitez-vous la mise au sein ou l'accompagnement des mères dans la mise en place de l'allaitement ?
Section 9	Les parcours thérapeutiques de la femme enceinte et allaitante	<ul style="list-style-type: none"> - Qui sont les acteurs de la vie thérapeutique d'une femme enceinte ? Quelles sont leurs activités ? A quelle fréquence ? En êtes-vous satisfait ? - Qui sont les acteurs de la vie thérapeutique d'un enfant au niveau du CS ? Quelles sont leurs activités ? A quelle fréquence ? En êtes-vous satisfait ? - Quelles sont les barrières à l'accès au CS ? - Quels sont les facilitateurs à l'accès au CS ? - Quelles sont solutions alternatives que vont choisir les FEFA pour obtenir un traitement (qui et pourquoi) ? Sont-ils efficaces ? Qui paient ?
Section 10	Les pratiques d'hygiènes	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les pratiques d'hygiènes essentielles pour une matrone durant l'accouchement ? - Quelles les pratiques d'hygiènes essentielles pour le jeune enfant ? Les transmettez-vous aux mères ? Comment ? Les respectent-elles ?

Section 11	SA et Moyen de subsistance	<ul style="list-style-type: none"> - Les femmes ont-elles accès à des ressources propres (propriétés, revenus, AGR, animaux) ? Si elles ont un peu de ressources, quand et comment l'utilisent-elles ? - Dans les ménages quels sont les postes de dépenses que les maris et quels sont les postes de dépenses pour lesquels la femme doit se débrouiller seul. Qui décide sur les dépenses du ménage ? Pourquoi ?
Section 12	Implication des femmes dans la prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe	<ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi est-il important que la communauté, surtout les femmes, s'implique dans la PECMA ? - Dans votre village, comment les femmes tentent-elles de participer à la prise en charge de la malnutrition aigüe (PECMA) ? - Existe-t-il une groupement/club/association de femmes qui tente de s'impliquer dans la lutte contre la malnutrition ? - Assurez-vous des activités communautaires pour soutenir la prise en charge de la malnutrition (sensibilisations sur les messages clés, dépistage/référencement, démonstrations culinaires) ? - Est-ce que vos différentes interventions auprès de votre communauté ont contribué à des changements durables ? Comment pourrait-on renforcer les activités communautaires pour améliorer la PECMA ?
Section 13	Interaction autorités sanitaires/ communauté	<ul style="list-style-type: none"> - Que pensez-vous du niveau d'implication des autorités sanitaires (centres de santé, district et région sanitaire) dans les activités à base communautaire ? - Comment soutiennent-elles l'implication des femmes dans la prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe ?
Section 14	Disfonctionnement du centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Votre CS a-t-il connu des ruptures de médicaments/intrants ? - Y-a-t-il d'autres problèmes au niveau du centre de santé qui ont des conséquences négatives sur son fonctionnement (accueil, absence du personnel, coût) ? sur la prise en charge de la malnutrition ? - Etes-vous satisfaites de votre centre de santé ? Pourquoi ? - Y-a-t-il des cas d'enfants dépistés dans votre village et qui n'ont pas été admis au CS ? Savez-vous pourquoi ?

Annexe 15 : Questionnaire ESD Contexte et Pratiques nutritionnelles – Autorités coutumières

N° 15	Questionnaire ESD Contexte et PN – Autorités coutumières (<i>Chef de village, Imam, marabout, Chuchiya, Wargnam -représentant de la jeunesse</i>)	
	Thèmes	Questions
Section 1	Les connaissances sur les pratiques nutritionnelles au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont pratiques nutritionnelles au niveau communautaire dans votre localité ? - Quelles sont les pratiques nutritionnelles locales qui permettent la bonne santé des enfants ? - Quels sont les aliments nutritifs locaux qui sont accessibles et disponibles localement ? - Y-a-t-il eu récemment des incidents/crises (saisonnalité, sécheresse, tension socio-politique, maladie phytosanitaire, covid) qui l'accessibilité et la disponibilité de certains d'entre eux plus difficiles pour la communauté ou certains membres ? - Quels sont les freins aux changements de comportements alimentaires au niveau local ?
Section 2	Les connaissances relatives à la sous-nutrition au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le niveau de sous-nutrition dans la localité ? - Quelles sont les formes de sous-nutrition dans la localité ? - Qui sont les personnes ou ménages les plus touchés ? - Quelles sont les modalités de solidarité communautaire pour accompagner les ménages en difficultés ?

		<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le niveau de connaissance concernant la sous-nutrition dans la localité ? - Quels sont les freins socio, économique, et culturel à la lutte contre la sous-nutrition ? - Quelles sont les causes de la sous-nutrition locale selon vous ?
Section 3	L'évolution des PN au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les facteurs qui permettent une évolution positive des pratiques nutritionnelle au niveau communautaire ? - Qui sont les porteurs de ce changement ? - Quelles sont les meilleures voies de communication /transmission d'informations au niveau communautaire pour les femmes et les hommes ? - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques nutritionnelles ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques nutritionnelles ?
Section 4	La santé des femmes et des enfants	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des femmes ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des femmes ? - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des enfants ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des enfants ? - A votre niveau comment participez-vous à faciliter au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des FEFA et enfants ? - Quelles pour vous les principales barrières sur lesquelles il faut agir en priorité ? Contre lesquelles pouvez-vous jouer un rôle moteur ?
Section 5	Le développement communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les clefs de réussite d'un développement communautaire en faveur des enfants et des femmes ? - Quels sont les acteurs clefs du développement communautaire dans votre localité ? - Etes facile de faire travailler tous ces différents acteurs ensemble ? Qu'est ce qui pourrait être fait pour améliorer leur collaboration ?

Annexe 16 : Questionnaire ESD Contexte et Pratiques nutritionnelles – Instituteurs

N° 16	Questionnaire ESD Contexte et PN – Instituteurs ou institutrices des villages (ancienneté d'au moins 12 mois)	
	Thèmes	Questions
Section 1	Scolarisation des enfants	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis quand êtes-vous dans cette école ? Quelle classe dirigez-vous ? - Quel est l'effectif de votre classe en termes de garçon et filles ? Quels sont les changements par rapport à l'année précédente ? - Avez-vous constaté une amélioration au niveau des effectifs de filles à l'école cette année ? - Quelles sont les difficultés/barrières à l'accès des enfants à l'école ? Qu'en est-il pour les filles ?
Section 2	Les connaissances sur les pratiques nutritionnelles au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les pratiques nutritionnelles au niveau communautaire dans votre zone de responsabilité ? - Quelles sont les pratiques nutritionnelles locales qui permettent la bonne santé des enfants ? - Quels sont les aliments nutritifs locaux qui sont accessibles et disponibles localement ? - Y-a-t-il eu récemment des incidents/crises (saisonnalité, sécheresse, tension socio-politique, maladie phytosanitaire, covid) qui

		<p>l'accessibilité et la disponibilité de certains d'entre eux plus difficiles pour la communauté ou certains membres ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les freins aux changements de comportements alimentaires au niveau local ?
Section 3	Les connaissances relatives à la sous-nutrition au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le niveau de sous-nutrition dans la localité ? - Quelles sont les formes de sous-nutrition dans la localité ? - Qui sont les personnes ou ménages les plus touchés ? - Quelles sont les modalités de solidarité communautaire pour accompagner les ménages en difficultés ? - Quel est le niveau de connaissance concernant la sous-nutrition dans la localité ? - Quels sont les freins socio, économique, et culturel à la lutte contre la sous-nutrition ? - Quelles sont les causes de la sous-nutrition locale selon vous ?
Section 4	L'évolution des PN au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les facteurs qui permettent une évolution positive des pratiques nutritionnelle au niveau communautaire ? - Qui sont les porteurs de ce changement ? - Quelles sont les meilleures voies de communication /transmission d'informations au niveau communautaire pour les femmes et les hommes ? - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques nutritionnelles ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques nutritionnelles ?
Section 5	La santé des femmes et des enfants	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des femmes ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des femmes ? - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des enfants ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des enfants ? - A votre niveau comment participez-vous à faciliter au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des FEFA et enfants ? - Quelles pour vous les principales barrières sur lesquelles il faut agir en priorité ? Contre lesquelles pouvez-vous jouer un rôle moteur ?
Section 6	Le développement communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les clefs de réussite d'un développement communautaire en faveur des enfants et des femmes ? - Quels sont les acteurs clefs du développement communautaire dans votre localité ? - Etes facile de faire travailler tous ces différents acteurs ensemble ? - Qu'est ce qui pourrait être fait pour améliorer leur collaboration ?

Annexe 17 : Questionnaire ESD Contexte et Pratiques nutritionnelles – Autorités locales et administratives

N° 17	Questionnaire ESD Contexte et PN – Autorités locales et administratives (<i>Chef de canton, chef des structures de santé</i>)	
	Thèmes	Questions
Section 1	Les connaissances sur les pratiques nutritionnelles au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les pratiques nutritionnelles au niveau communautaire dans votre zone de responsabilité ? - Quelles sont les pratiques nutritionnelles locales qui permettent la bonne santé des enfants ? - Quels sont les aliments nutritifs locaux sont accessibles et disponibles localement ? - Y-a-t-il eu récemment des incidents/crises (saisonnalité, sécheresse, tension socio-politique, maladie phytosanitaire, covid) qui

		<p>l'accessibilité et la disponibilité de certains d'entre eux plus difficiles pour la communauté ou certains membres ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les freins aux changements de comportements alimentaires au niveau local ?
Section 2	Les connaissances relatives à la sous-nutrition au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le niveau de sous-nutrition dans la localité ? - Quelles sont les formes de sous-nutrition dans la localité ? - Qui sont les personnes ou ménages les plus touchés ? - Quelles sont les modalités de solidarité communautaire pour accompagner les ménages en difficultés ? - Quel est le niveau de connaissance concernant la sous-nutrition dans la localité ? - Quels sont les freins socio, économique, et culturel à la lutte contre la sous-nutrition ? - Quelles sont les causes de la sous-nutrition locale selon vous ?
Section 3	L'évolution des PN au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les facteurs qui permettent une évolution positive des pratiques nutritionnelles au niveau communautaire ? - Qui sont les porteurs de ce changement ? - Quelles sont les meilleures voies de communication /transmission d'informations au niveau communautaire pour les femmes et les hommes ? - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques nutritionnelles ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques nutritionnelles ?
Section 4	La santé des femmes et des enfants	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des femmes ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des femmes ? - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des enfants ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des enfants ? - A votre niveau comment participez-vous à faciliter au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des FEFA et enfants ? - Quelles pour vous les principales barrières sur lesquelles il faut agir en priorité ? Contre lesquelles pouvez-vous jouer un rôle moteur ?
Section 5	Le développement communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les clefs de réussite d'un développement communautaire en faveur des enfants et des femmes ? - Quels sont les acteurs clefs du développement communautaire dans votre localité ? - Etes facile de faire travailler tous ces différents acteurs ensemble ? - Qu'est ce qui pourrait être fait pour améliorer leur collaboration ?

Annexe 18 : Questionnaire ESD Contexte et Pratiques nutritionnelles – Personnels de santé

N° 18	Questionnaire ESD Contexte et PN – Personnel de santé (<i>médecin, Sage-femme, infirmiers</i>)	
	Thèmes	Questions
Section 1	Les connaissances sur les pratiques nutritionnelles au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le niveau des pratiques nutritionnelles au niveau communautaire dans la localité ? - Quelles sont les pratiques nutritionnelles locales qui permettent la bonne santé des enfants ? - Quels sont les aliments nutritifs locaux qui sont accessibles et disponibles localement ? - Quels sont les freins aux changements de comportements alimentaires localement ?

Section 2	Les connaissances relatives à la sous-nutrition au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le niveau de sous-nutrition dans la localité ? - Quelles sont les formes de sous-nutrition dans la localité ? - Quelles les principales causes de la malnutrition dans ce village ? - Qui sont les personnes ou ménages les plus touchées ? Y-a-t-il des différences en fonction des communautés ? - Quelles sont les modalités de solidarité communautaire pour accompagner les ménages en difficultés ? - Quel est le niveau de connaissance concernant la sous-nutrition dans la localité ? - Quels sont les freins socio, économique, et culturel à la lutte contre la sous-nutrition ? - Quelles sont les causes de la sous-nutrition locale selon vous ? - Quelles sont les principales contraintes qui empêchent les parents de garder leurs enfants en bonne santé ?
Section 3	L'évolution des PN au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les facteurs qui permettent une évolution positive des pratiques nutritionnelle au niveau communautaire ? - Qui sont les porteurs de ce changement ? - Quelles sont les meilleures voies de communication /transmission d'informations au niveau communautaire pour les femmes et les hommes ? - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques nutritionnelles (colostrum, allaitement exclusif, etc.) ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques nutritionnelles ?
Section 4	La santé des femmes et des enfants	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des femmes ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des femmes ? - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des enfants ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des enfants ?
Section 5	Le développement communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les clefs de réussite d'un développement communautaire en faveur des enfants et des femmes ? - Quels sont les acteurs clefs du développement communautaire dans votre localité ?
Section 6	Gratuité de la PECMA	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que le CS prend en charge gratuitement la malnutrition et les pathologies associées avec l'implication des acteurs communautaires ?
Section 7		<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce qu'il y a une bonne relation de travail entre les personnels de santé du CS et les représentants des communautés ?
Section 8	Soutien des autorités traditionnelles au CS	<ul style="list-style-type: none"> - Obtenez-vous le soutien des autorités traditionnelles (chef de village, leader religieux, tradipraticien) lorsque des parents refusent d'amener un enfant dépisté malnutri au CS ou en cas de conflit avec des villageois ?
Section 9	Retours sur les activités de sensibilisation des agents communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Etes-vous satisfait de sensibilisations effectuées par les Agents de santé communautaire (ASC) au sein du CS ? dans les communautés ? - Trouvez-vous que les messages clés sont retenus par la population ? Qu'est-ce qui pourraient être amélioré ?
Section 10	Retours sur les dépistages réalisés par les agents communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Etes-vous satisfait des dépistages actifs réalisés par le village ? Sont-ils faits de façons régulières ? Est-ce qu'il y a des villages, dépendant de votre CS, dans lesquels ces dépistages ne sont plus réalisés ? Au niveau du CS, est ce qu'il y a des membres de la communauté qui participent au dépistage passif ? Qui a assuré leur formation ? Est-ce qu'ils réussissent à faire ces dépistages correctement ?

Section 11	Retours sur les demandes de VAD	- Est-ce que les ASC dans le village réalisent à votre demande des visites à domicile (VAD) dans le village ? Comment faites-vous pour faciliter la communication entre CS et les ASC (ou autres) ?
Section 12	Parcours thérapeutiques	- Est-ce que l'itinéraire thérapeutique des villageois a changé depuis le début du programme ? Constatez-vous des différences/résistances entre les villages ? Si oui pourquoi ?
Section 13	Tensions intercommunautaires	- Existe-t-il des tensions au sein de la communauté qui freinent la PECMA ?
Section 14	Diverses ruptures au CS qui dégradent la PECMA	- Y-a-t-il eu, au niveau de votre CS, des ruptures en intrant (CBS+++) et Plumpy Nut faute d'approvisionnement par certains de vos partenaires qui ont eu des conséquences sur le traitement d'enfants malnutris ? - Le circuit d'approvisionnement des intrants pharmaceutiques en cas de ruptures et l'appui au circuit unique de médicaments et de l'alimentation thérapeutique prêt à l'emploi ont-ils été renforcés ?
Section 15	Consultations pré natales (CPN), accouchement et consultations post natales au CS	- Pouvez-vous m'expliquer ce qu'il se passe durant une CPN ? - Quelle est la fréquentation de la CPN ? - Quelles sont les barrières d'utilisation/ accès par les femmes enceintes du village ? - Les femmes du village accouchent-elles en majorité au CS ? si non, pourquoi ? les femmes viennent-elles faire des consultations post natales ? Combien en font-elles ?
Section 16	Santé reproduction sexuelle	- Est-ce qu'il y a beaucoup de cas de grossesse précoces ? Pourquoi ? quels sont les risques ? - Est-ce que l'espacement des naissances entre 2 naissances est respecté ? pourquoi ? Quelles en sont les conséquences ? - Est-ce que les méthodes de contraception disponible au CS sont utilisées ? - Quelles sont les barrières ? Rencontrez-vous des difficultés pour sensibiliser la communauté sur ces sujets ? - Quel lien faites-vous entre espacement des naissances et sous nutrition ? - Quel lien faites-vous entre grossesse précoce et sous nutrition ? - Comment se fait la nutrition de l'enfant chez une femme encore allaitante qui tombe enceinte
Section 17	Supplémentation de Vitamine A	- Quand et où s'est déroulée la dernière campagne de supplémentation de Vitamine A ? - Est-ce que tous les enfants du village X ont été supplémentés ? Si non Pourquoi ?
Section 18	Vaccination Diphtéries/ Polio	- Quand s'est déroulé la dernière campagne de vaccination Diphtéries/ Polio ? - Avez-vous mis en place une stratégie de vaccination avancée ? Avez-vous pu vous rendre dans le village X ? Est que tous les enfants ont reçu la vaccination et les rappels ? et la rougeole ?
Section 19	Personnels du CS	- Combien avez-vous de personnel qui travaillent dans ce centre qui sont-ils et quelle est leur qualification ? - Tous les personnels sont-ils rémunérés par l'état ? Si non comment se rémunèrent-ils ? - Y-a-t-il une forte rotation de personnel dans ce CDS ? Pourquoi (enclavement, baisse des salaires, désengagement partenaires) ? En quoi les problèmes de ressources humaines peuvent freiner la PECMA ?
Section 20	Prévalence des petits poids à la naissance (moins de 2,5 kg à la naissance)	- Consultation du registre des poids à la naissance dans le CDS du 1 janvier 2021 au 31 décembre 2021 et faire une moyenne/mois et relever la prévalence des petits poids à la naissance

N° 19	Questionnaire ESD Contexte et PN – Agent de santé communautaire (Relais communautaire)	
	Thèmes	Questions
Section 1	Les connaissances sur les pratiques nutritionnelles au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le niveau des pratiques nutritionnelles au niveau communautaire dans la localité ? - Quelles sont les pratiques nutritionnelles locales qui permettent la bonne santé des enfants ? - Quels sont les aliments nutritifs locaux qui sont accessibles et disponibles localement ? - Y-a-t-il eu récemment des incidents/crises (saisonnalité, sécheresse, tension socio-politique, maladie phytosanitaire, covid) qui l'accessibilité et la disponibilité de certains d'entre eux plus difficiles pour la communauté ou certains membres ? Quels sont les freins aux changements de comportements alimentaires localement ?
Section 2	Les connaissances relatives à la sous-nutrition au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le niveau de sous-nutrition dans la localité ? - Y-a-t-il des périodes dans l'année où la malnutrition est plus importante ? - Quelles sont les formes de sous-nutrition dans la localité ? - Qui sont les personnes ou ménages les plus touchées ? Y-a-t-il des différences en fonction des communautés ethniques ? Y-a-t-il des différences entre les garçons et les filles ? - Quelles sont les principales causes de la malnutrition dans ce village ? - Quel est le niveau de connaissance concernant la sous-nutrition dans la localité ? - Quels sont les freins socio, économique, politique et culturel à la lutte contre la sous-nutrition ? - Quelles sont les principales contraintes qui empêchent les parents de garder leurs enfants en bonne santé ? - Quelles sont les modalités de solidarité communautaire pour accompagner les ménages en difficultés ?
Section 3	L'évolution des PN au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les facteurs qui permettent une évolution positive des pratiques nutritionnelles au niveau communautaire ? - Qui sont les porteurs de ce changement ? - Quelles sont les meilleures voies de communication /transmission d'informations au niveau communautaire pour les femmes et les hommes ? - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques nutritionnelles ? Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques nutritionnelles ?
Section 4	La santé des femmes et des enfants	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des femmes ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des femmes ? - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des enfants ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des enfants ? - A votre niveau comment participez-vous à faciliter au niveau communautaire l'évolution des pratiques de santé des FEFA et des enfants de moins de 5 ans ? - Quelles sont pour vous les principales barrières sur lesquelles il faut agir en priorité ? Contre lesquelles pouvez-vous jouer un rôle moteur ?

Section 5	Le développement communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les clefs de réussite d'un développement communautaire en faveur des enfants et des femmes ? - Quels sont les acteurs clefs du développement communautaire dans votre localité ? <p>Est-ce facile de faire travailler tous ces différents acteurs ensemble ? Qu'est ce qui pourrait être fait pour améliorer leur collaboration ?</p>
Section 6	Consultations pré natales (CPN), accouchement et consultations post natales	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est la fréquentation de la CPN ? Les femmes du village accouchent-elles en majorité au CS ? si non, pourquoi ? les femmes viennent-elles faire des consultations post natales ?
Section 7	Activités réalisées par les ASC pour assurer la PECMA	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les différentes activités que vous assurez pour soutenir la prise en charge de la malnutrition (dépistage/référencement, sensibilisations sur les messages clés, visites à domicile, démonstration culinaire) ? A quelles fréquences ?
Section 8	Retour d'expérience sur les activités de sensibilisation réalisées par les ASC	<ul style="list-style-type: none"> - Est-il facile de réaliser des sensibilisations dans vos villages ? Ces messages sont-ils perçus comme importants par la communauté et les femmes plus particulièrement ? - Au niveau de la sensibilisation, trouvez-vous que les messages clés sont retenus par la population ? - Les méthodes utilisées sont-elles adaptées ? quelles méthodes fonctionnent le plus (porte-à-porte, masse, causerie éducative) ? - Quels sont les principaux changements que vous avez observés dans votre village suite aux activités de sensibilisation ? - Quelles sont les limites de ces activités de sensibilisation ? Pensez-vous qu'il y a encore des habitants qui ne connaissent pas la malnutrition et ses causes ? Arrivent-ils à identifier les signes de la malnutrition ?
Section 9	Retour d'expérience sur l'activité de dépistages actifs réalisée par les ASC	<ul style="list-style-type: none"> - Vous réalisez aussi des dépistages actifs, est-ce facile à faire ? - La formation pour mesurer le MUAC a-t-elle était suffisante pour maîtriser les gestes ? Avez-vous assez de bandes MUAC et vous est-il facile d'en obtenir si besoin ? - Comment organisez-vous ces dépistages actifs ? Comment êtes-vous accueillis par les villageois ? La communauté a-t-elle conscience que vous êtes un maillon essentiel pour l'identification des signes de danger pour les enfants et les femmes enceintes et que vous facilitez le référencement au CDS en tant que point focal pour le dépistage ? - Est-ce qu'on écoute vos conseils ? Les familles emmènent-elles les enfants au centre de santé ensuite ? - Y-a-t-il beaucoup de cas d'enfants dépistés dans votre village et qui n'ont pas été admis au CDS ? Savez-vous pourquoi ? Quelles sont les fréquences de dépistage dans vos villages ?
Section 10	Retour d'expérience sur l'activité visite à domicile (VAD) réalisée par les ASC	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisez-vous des VAD ? Est-ce utile ? Que faites-vous si une famille refuse de vous écouter ? Quelles sont les principales raisons de leur refus de vous écouter ? Qui peut vous soutenir dans ce cas ? - Quelles sont les conséquences positives que vous avez constatées suite à ces pratiques de VAD ? Rencontrez-vous tout de même des difficultés (logistique, communication avec CS) ?
Section 11	Perception de la communauté du travail des ASC	<ul style="list-style-type: none"> - Comment votre travail est-il perçu au sein de la communauté ? Quelle est le degré d'acceptation et d'appropriation des interventions mises en œuvre par les communautés ciblées ? - Votre rôle est-il reconnu et soutenu ?
Section 12	Implication des autorités sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> - Que pensez-vous du niveau d'implication des autorités sanitaires (centres de santé, district et région sanitaire) dans les activités à base communautaire ?
Section 13	Implication des autorités traditionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Dans quelle mesure les autorités traditionnelles (sultan, chef de canton, chef du village) soutiennent le travail des ASC (système de motivation, soutien en cas de refus de traitement) ?

Section 14	Pistes de renforcement de PECMA	- Est-ce que vos différentes interventions auprès de votre communauté ont contribué à des changements durables ? Comment pourrait-on renforcer les activités communautaires pour améliorer la PECMA.
------------	---------------------------------	--

Annexe 20 : Questionnaire ESD Contexte et Pratiques nutritionnelles – Représentants associatifs

N° 20	Questionnaire ESD Contexte et PN – Représentant locaux (<i>Représentants associatifs, des producteurs et éleveurs locaux</i>)	
	Thèmes	Questions
Section 1	Les connaissances sur les pratiques nutritionnelles au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le niveau des pratiques nutritionnelles au niveau communautaire dans la localité ? - Quelles sont les pratiques nutritionnelles locales qui permettent la bonne santé des enfants ? - Quels sont les aliments nutritifs locaux sont accessible et disponible localement ? - Y-a-t-il eu récemment des incidents/crises (saisonnalité, sécheresse, tension socio-politique, maladie phytosanitaire, covid) qui l'accessibilité et la disponibilité de certains d'entre eux plus difficiles pour la communauté ou certains membres ? - Quels sont les freins aux changements de comportements alimentaires localement ?
Section 2	Les connaissances relatives à la sous-nutrition au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le niveau de sous-nutrition dans la localité ? - Quelles sont les formes de sous-nutrition dans la localité ? - Qui sont les personnes ou ménages les plus touchés ? - Quelles sont les modalités de solidarité communautaire pour accompagner les ménages en difficultés ? - Quel est le niveau de connaissance concernant la sous-nutrition dans la localité ? - Quels sont les freins socio, économique, et culturel à la lutte contre la sous-nutrition ? - Quelles sont les causes de la sous-nutrition locale selon vous ?
Section 3	L'évolution des PN au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les facteurs qui permettent une évolution positive des pratiques nutritionnelle au niveau communautaire ? - Qui sont les porteurs de ce changement ? - Quelles sont les meilleures voies de communication /transmission d'informations au niveau communautaire pour les femmes et les hommes ? - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques nutritionnelles ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques nutritionnelles ?
Section 4	La santé des femmes et des enfants	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des femmes ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des femmes ? - Quelles sont les barrières au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des enfants ? - Quels sont les facilitateurs au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des enfants ? - A votre niveau comment participez-vous à faciliter au niveau communautaire à l'évolution des pratiques de santé des FEFA et enfants ? - Quelles pour vous les principales barrières sur lesquelles il faut agir en priorité ? Contre lesquelles pouvez-vous jouer un rôle moteur ?
Section 5	Le développement communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les clefs de réussite d'un développement communautaire en faveur des enfants et des femmes ?

Rapport de l'étude

		<ul style="list-style-type: none">- Quels sont les acteurs clefs du développement communautaire dans votre localité ?- Etes facile de faire travailler tous ces différents acteurs ensemble ? Qu'est ce qui pourrait être fait pour améliorer leur collaboration ?
--	--	---

Annexe 21 : Procédure d'échantillonnage de l'enquête SA

N° équipe	Zone	Province	ZMEs dans province	District sanitaire sélectionné	Nombre d'habitants	Critères raisonnés du choix du DS	ZMEs dans le DS	Communautés ethniques présentes dans le DS	CS sélectionné	critères du choix du CS	Critères raisonnés du choix du site à étudier (village/quartier)	Site de collecte données (déterminé par MCD/RCS)
1	Nord	Borkou	Cultures oasiennes, élevage camelin et exploitation du natron	Faya	48076	Chef-lieu et plus grand DS de la province, ville cosmopolite, représentative de tout le nord en termes de diversité communautaire/linguistique, de moyens d'existence et socioculturelle	Cultures oasiennes, élevage camelin et exploitation du natron	Gorane (Donza, Anakaza et Kamaya)	MARDAGAYE remplacé par CS Faya	Aléatoire	Chef-lieu (distance et sécurité)	Quartier Faya Centre
		Ennedi-Est	Cultures oasiennes, élevage camelin	Kaoura	3716,5664	Ruralité, accessibilité, proximité avec Amjarass (chef-lieu). Ce choix permet d'atténuer les grandes distances entre les quatre provinces de l'Est. Faible taux des indicateurs de la santé par rapport aux autres DS	Cultures oasiennes, élevage camelin	Zagawa	CHIBI remplacé par CS ITOU	Aléatoire	Village enclavé	Village Itou
		Ennedi-Ouest	Cultures oasiennes, élevage camelin	Kalaït	32928	Mêmes moyens d'existence que le reste de la province mais diversité socioculturelle. Ce choix permet d'atténuer les grandes distances et les risques sécuritaires	Cultures oasiennes, élevage camelin	Cosmopolite	TORBOL (non fonctionnel)	Exhaustif	Village - 5 km du CS	3 villages à plus de 20 km (aucun plus proche)
		Tibesti	Cultures oasiennes, élevage camelin	Zouar	12168	Accessibilité et sécurité	Cultures oasiennes, élevage camelin	Toubou ont refusé de participer. Etude réalisée dans quartier Démocratie avec communautés immigrantes originaires du Sud du Tchad	ZOUAR URBAIN	Sécurité	Sécurité chef-lieu ou +5km CS	Zouar Urbain
2	Est	Ouaddaï	Céréales pluviales et maraîchage	Abéché	461 696	Chef-lieu et plus grand DS de la province, ville cosmopolite, représentativité provinciale (diversité communautaire/linguistique, de moyens d'existence et socioculturelle)	Céréales pluviales et maraîchage (oignon principalement)	Ouaddaïens, Arabes, Massalit	AMRIE EVANGELIQUE	Aléatoire	Chef-lieu	Quartier Amrié
		Salamat	Cultures de décrue et	Aboudeia	107 190	Ruralité, accessibilité, frontière avec Guéra et	Cultures de décrue et	Arabes	FOULOUNGA	Aléatoire	Village enclavé	Village Ligné

			gomme arabique			Ouaddaï. Ce choix permet d'atténuer les grandes distances entre les quatre provinces de l'Est Faible taux des indicateurs de la santé par rapport aux autres DS	gomme arabique					
		Sila	Agropastorale	Abdi	146 682	Même moyens d'existence que le reste de la province du Sila. et de prendre en compte la ruralité. Faible taux des indicateurs de la santé par rapport au DS de Goz-Beida et au DS de Koukou Angarana	Agropastorale et maraîchage	Dajo, Ouaddaïens, Arabes	AMDEGUIGUE	Aléatoire	+ 5km CS	Village Ngoro
		Wadi-Fira	Céréales pluviales et maraîchage	Arada	49 938	Représentatif de toute la province, plus grand DS du Wadi-Fira, diversité socio-culturelle et accessibilité	Agropastorale, Céréales pluviales, maraîchage	Arabes, Ouaddaïens, Mimi	BENDJEDID	Aléatoire	CS - 5km	Village Crégat
3	Sud 1	Chari-Baguirmi	Agropastorale	Mandelia	194 897	Plus grand DS de la province, particularité communautaire et culturelle Critères d'homogénéité par rapport aux restes des DS du Chari Baguirmi : mêmes moyens d'existence, mêmes réalités socio-culturelles mais proximité avec N'Djamena et frontalier au Mayo-Kebbi	Céréales pluviales et maraîchage	Arabes, Massa et autres	JERICHOTENA,	Aléatoire	Enclavé	Village Djamalma
		Mayo-Kebbi Est	Riz dominant	Bongor	203 135	Ville carrefour de tout le sud, cosmopolite, même moyens d'existence que le reste de la province mais diversité socioculturelle.	Riz dominant et maraîchage	Massa, Moussey	BONGOR CENTRE 2,	Aléatoire	Chef-lieu	Quartier Mailo
		Mayo-Kebbi Ouest	Céréales et cultures de rente	Léré	111 873	Zone difficile d'accès mais sécurisé, mêmes moyens d'existence que les autres DS du MK Ouest, frontière avec Cameroun	Céréales, cultures de rente et pêche	Moudang	BERLIANG	Aléatoire	+ 5 km du CS	Village Zabitchoubi
		Tandjilé	Riz dominant	Béré	124 946	DS un peu en retrait, diversité socioculturelle, ruralité, frontalier avec le Logone Occidentale	Riz dominant et culture de rente	Nanjéré, N'gambaye	DELBIAN	Aléatoire	- 5 km CS	Village Toukoualé
4	Sud 2	Logone Occidental	Céréales et cultures de rente	Moundou	497 643	Représentatif de toute la province, plus grand DS du Logone Occidental,	Céréales et cultures de rente	N'gambaye	Moundou CENTRE VILLE	Aléatoire	Chef-lieu	Quartier 15 ans

		Logone Oriental	Céréales et cultures de rente	Goré	169 458	diversité socio-culturelle et accessibilité Forte présence de réfugiés et retournés centrafricains, zone fortement humanitaire mais persistance de la malnutrition	Céréales et cultures de rente	Kaba, Laka	CAMP BEKAN	Aléatoire	- 5 km CS	Bekan 1 & 2
		Mandoul	Céréales et cultures de rente	Peni	84 968	Ruralité, même moyens de substance que les autres DS du Mandoul mais aussi du Moyen Chari, accessibilité	Céréales et cultures de rente	Sarah	NARA,	Aléatoire	Enclavé	Village Nara
		Moyen-Chari	Céréales et cultures de rente	Kyabé	166 779	DS un peu en retrait avec une particularité de moyens d'existence (pêche), diversité socioculturelle, ruralité, frontalier avec le Salamat et la RCA	Céréales, cultures de rente et pêche	Sara-Kabah	BALTOUBAYE,	Aléatoire	+ 5 km du CS	Village Balkoutou
		Guéra	Agropastorale	Mongo	96 997	Représentatif de toute la province, plus grand DS du Guéra, diversité socio-culturelle et accessibilité	Agropastorale	Hadjarai	DELEP	Aléatoire	+5km CS	Village Amdakour
5	Centre	Batha	Agropastorale	Oum-Hadjer	152 485	Représentatif de toute la province, plus grand DS du Batha, diversité socio-culturelle et accessibilité	Agropastorale	Massalit, Arabes, TAMA	DJAZIRE TAMA	Aléatoire	Communauté tama et - 5km du CS	Village Marade
		Ndjamena	Agropastorale	N'Djamena Centre	435 994	Urbanité	Agropastorale	Cosmopolite	GOUDJI	Aléatoire	Urbain	Carré 14
		Hadjer-Lamis	Agropastorale	Bokoro	261 650	Représentatif de toute la province, diversité socio-culturelle	Agropastorale	Arabes	NGOURA	Aléatoire	Enclavé	Village Zarafa
6	Ouest	Kanem	Transhumance	Amdoback	27 365	Ruralité, même moyens de substance que les autres DS du Kanem mais aussi du Barh-El Gazal, accessibilité	Transhumance et céréales pluviales	Kanembou	KANGARA KOUARA,	Aléatoire	Village +5 km cultures fluviales Kanembou	Village Kelep
		Barh El Gazel	Transhumance	Moussoro	194 201	Représentatif de toute la province, plus grand DS du BEG, carrefour des provinces du nord (entrée Ouest et centre), diversité socio-culturelle et accessibilité	Transhumance	Kréda, Kanembou, Bilala	MOUSSORO URBAIN1,	Sécurité	Urbain	Quartiers Arabe, Sénégalais et Borno
		Lac	Agropastorale et de pêche	Ngouri	159 129	Sécurité, ruralité, même moyens de substance que les autres DS du Lac, du	Transhumance et céréales pluviales	Kanembou, Gorane	CS proximité NGOURI	Sécurité	chef-lieu ou village - 5 km CS (sécurité)	Village Bouroudou

						Kanem mais aussi du Barh- El Gazal, accessibilité								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Annexe 22 : Planification de travail sur un site d'étude pour l'enquête SA

Dans le cadre de cette étude, les équipes disposeront de 5 jours de travail sur chaque site pour collecter les données sur le terrain.

PLANIFICATION DE TRAVAIL TYPE SUR UN SITE D'ETUDE				
Semaine	Terrain	Jour	Activités	Responsables
S1	T1	J1	Civilités, prise RDV, ESD Autorités locales et administratives ESD Personnel de santé et visite CS ESD Représentants locaux	Superviseur, Facilitateur et Enquêteurs
		J2	FGD Sous nutrition – Femmes FGD Sous nutrition – Hommes ESD Autorités coutumières ESD <i>Chuchiya</i>	Superviseur, Facilitateur et Enquêteurs.
		J3	FGD Nutrition – Femmes FGD Nutrition - Hommes ESD Agent de Santé Communautaire (ASC) EDS Matrone ESD Mères SNI/SNIM ESD Père SNI/SNIM	Superviseur, Facilitateur et Enquêteurs
		J4	FGD Santé – Femmes FGD Santé - Hommes ESD Tradipraticiens ESD Autorités religieuses	Superviseur, Facilitateur et Enquêteurs
		J5	FGD SAME & EHA – Femmes FGD SAME & EHA - Hommes EDS Instituteurs EDS Grand-mères Observations site étudié	Superviseur, Facilitateur et Enquêteurs
		J6	Voyage et arrivée T2	Superviseur et Facilitateur

Annexe 23 : Bilan de la collecte des données

Au terme de la collecte de données, la mission a conduit 2 269 entretiens. 289 entretiens semi-directifs avec 336 personnes, 175 discussions de groupes réunissant 1 933 participants parmi lesquels 989 femmes et 944 hommes. Le tableau ci-dessous présente le bilan de l'activité de collecte de données.

Localités	FDG				ESD	
	Quantité	Nb participants	Femmes	Hommes	Quantité	Nb Participants
Prov. Tibesti, DS Zouar, CS Zouar Urbain, quartier Zouar urbain	8	48	24	24	3	4
Prov. Barkou, DS Faya, CS Faya Urbain, quartier Faya Centre	7	46	29	17	15	20
Prov. Ennedi Ouest, DS Kalait, CS Torbol, 3 villages (à plus de 20 km)	4	31	21	10	5	5
Prov. Ennedi Est, DS Kaoura, CS Itou, village Itou	4	24	24	0	11	11
Prov. Barh El Ghazel, DS Moussoro, CS Moussoro urbain 1, quartiers arabes, sénégalais et Borno	8	77	34	43	13	19
Prov Kanem, DS Amdoback, CS Kangara Kouara, Village Kelep	8	73	40	33	15	18
Prov Lac, DS Ngouri, CS Ngouri 1, village Bouroudou	8	101	54	47	11	18
Prov. Ouaddai, DS Abéché, CS Amrié Evengélique, quartier Amrié	8	80	43	37	10	10
Prov Salamat, DS Aboudeia, CS Foulounga, Village Ligné	8	81	44	41	12	12
Prov Sila, DS Abdi, CS Amdeguigue, Village Ngoro	8	91	42	49	13	13
Prov Wadi-Fira, DS Arada, CS Bendjedid, village Krégat	8	89	44	45	10	11
Prov Chari-Baguirmi, DS Mandelia, CS Jericho Etena, village Djamalma	8	94	46	48	15	15
Prov Mayo-Kebbi Est, DS Bongor, CS Bongor Centre 2, quartier Mailo	8	94	47	47	20	20
Prov Mayo-Kebbi Ouest, DS Léré, CS Berliang, village Zabitchoubi	8	92	46	46	17	17
Prov Tandjilé, DS Béré, DS Delbian, village Toukoualé	8	91	46	45	15	16
Prov Logone Occidentale, DS Moundou, CS Centre-ville, quartier 15 ans	8	95	48	47	12	18 + (1 ESD transformé en consultation associative avec 42 participants)
Prov Logone Orientale, DS Goré, CS Camp Began, Began 1 & 2	8	105	46	59	12	17

Rapport de l'étude

Prov Mandoul, DS Peni, CS Nara, village Nara	8	121	62	59	13	18
Prov Moyen-Chari, DS Kyabé, CS Baltoubaye, village Balkoutou	8	114	57	57	12	18
Prov Guéra, DS Mongo, CS Delep, village Amdakour	8	94	48	46	17	17
Prov Batha, DS oum-Hadger, CS Djazire Tama, village Marade	8	96	48	48	15	15
Prov Hadjer-Lamis, DS Bokoro, CS Ngoura, village Zarafa	8	96	48	48	12	13
Prov N'Djamena, DS N'Djamena Centre, CS Goudji, carré 14	8	96	48	48	11	11
Total	175	1 933	989	944	289	339 (+ 42 personnes en consultation associative)

Un catalogue numérique avec des annexes supplémentaires du rapport a fait l'objet d'un document séparé.



Annexes - Catalogue numérique Etude PN Tchad.zip