

L'analyse de la surveillance et de riposte en cas d'épidémies, y compris les outils de détection et de prévention au Tchad

Rimtebaye Rihorngar Djasna

Doctorant, faculté de Sciences de la Santé, Département de Politique et système de santé, Centre Interuniversitaire de Recherche Pluridisciplinaire (CIREP), RDC

RÉSUMÉ

Cette étude explore l'analyse de la surveillance et de riposte en cas d'épidémies, y compris les outils de détection et de prévention au Tchad, en mettant l'accent sur l'analyse de la surveillance, la riposte, les outils de détection et de prévention dans les différents contextes. À travers une méthodologie qualitative qui est particulièrement adaptée pour explorer des phénomènes complexes et multidimensionnels, comme la surveillance, la riposte, la détection et prévention des épidémies. Une analyse documentaire a été faite lors cette recherche. Les résultats mettent en évidence l'efficacité de l'analyse de la surveillance de de riposte en cas d'épidémies et les outils de détection et de prévention des épidémies. Ces résultats analysent les maladies endémiques et urgence saisonnière, les populations vulnérables aux épidémies, la préparation et riposte aux épidémies, la gouvernance en matière de riposte aux épidémies, les expériences et ripostes communautaires, les principales implications pour la riposte aux épidémies et l'organisation sociale. Cette recherche propose des recommandations pour les informations dans les langues autochtones, y compris dans des variantes locales de langues telles que le Sara et l'arabe ; dispenser des formations régulières aux spécialistes de la communication en matière de santé, dans leur langue, à propos de tous les aspects de la réponse, et mettre à jour les supports de formation au fil des changements en termes de politiques et de pratiques ; aider les spécialistes de la communication en matière de santé à traduire les concepts clés en des explications accessibles et précises dans les langues autochtones, et mettre au point des outils et formations qui s'appuient sur leur expertise culturelle ; utiliser un langage plus accessible et davantage axé sur les patientes, et éviter la terminologie technique, les termes empruntés aux langues étrangères et le vocabulaire pouvant être associé aux conflits ; expliquer les raisons qui sous-tendent les changements de politiques et de pratiques, et apporter aux spécialistes de la communication en matière de santé des réponses (en langage simple et régulièrement mises à jour) aux questions de la population ; créer des supports graphiques et audiovisuels détaillés et à jour, et vérifier qu'ils sont compréhensibles et socialement acceptable ; le contexte communautaire ; établir la confiance ; assurer et maintenir l'adhésion de la communauté ; faciliter les solutions communautaires ; tirer parti des capacités et des ressources communautaires ; générer une main-d'œuvre communautaire ; s'engager dans une communication bilatérale honnête et inclusive ; écouter, analyser et répondre aux données et aux retours d'information des sciences sociales ; considérer l'utilisation de la technologie en termes d'inclusion, de confiance et de confidentialité ; décourager et lutter contre la stigmatisation, la discrimination et les rumeurs et coordonner avec tous les acteurs de la réponse.

Mots-clés : Analyse ; surveillance ; riposte ; épidémies ; outils de détection ; prévention.

ABSTRACT

This study explores the analysis of surveillance and response to epidemics, including detection and prevention tools in Chad, with a focus on surveillance analysis, response, detection and prevention tools in different contexts. Through a qualitative methodology that is particularly suitable for exploring complex and multidimensional phenomena, such as surveillance, response, detection and prevention of epidemics. A literature review was conducted during this search. The results highlight the effectiveness of the analysis of epidemic response surveillance and epidemic detection and prevention tools. These results analysis endemic diseases and seasonal emergencies, populations vulnerable to epidemics, epidemic preparedness and response, epidemic response governance, community experiences and responses, key implications for epidemic response and social organization. This research offers recommendations for information in indigenous languages, including local language variants such as Sara and Arabic; Provide regular training to health communicators, in their own language, on all aspects of the response, and update training materials as policy and practice changes. Supporting health communicators to translate key concepts into accessible and accurate explanations in Indigenous languages, and developing tools and training that draw on their cultural expertise. use more accessible and patient-oriented language, and avoid technical terminology, terms borrowed from foreign languages and vocabulary that could be associated with conflicts; Explain the reasons behind changes in policies and practices, and provide health communicators with answers (in plain language and regularly updated) to questions from the public. create detailed and up-to-date graphic and audio-visual materials, and verify that they are understandable and socially acceptable; the community context; build trust; ensure and maintain community buy-in; facilitating community-based solutions; Leverage community capacities and resources; generate a community workforce; engage in honest and inclusive two-way communication; listening, analyzing, and responding to social science data and feedback; consider the use of technology in terms of inclusion, , trust and confidentiality; discourage and combat stigma, discrimination and rumours and coordinate with all actors in the response.

Keywords : Analysis; monitoring; retort; Epidemics; detection tools; prevention.

Soumis le : 10 avril. 2025

Publié le : 29 Juillet, 2025

Auteur correspondant : Rimtebaye Rihorngar Djasna

Adresse électronique : rimox2012@gmail.com

Ce travail est disponible sous la licence

Creative Commons Attribution 4.0 International.



1. INTRODUCTION

La préparation aux épidémies est un domaine central de la santé publique depuis le début des années 2000 (Lurie, 2007), bien que des stratégies d'anticipation ont été documentées dans le temps long de l'histoire (Moulin, 2020). De profonds changements sont effectivement intervenus dans ce domaine durant les deux dernières décennies, en témoigne par exemple la création du GOARN (Global Outbreak Alert and Response Network - Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie) en 2000. La surveillance de santé publique, parce qu'elle permet notamment de détecter l'occurrence des épidémies est considérée comme l'un des piliers de la préparation aux épidémies (Zylberman, 2016). En cela, elle est au centre d'enjeux nationaux et internationaux (Calain, 2007a).

Malgré la création du GOARN, les épidémies de SRAS (Syndrome respiratoire aigu sévère), de grippe aviaire et COVID-19 qui ont eu lieu entre 2002, 2005 et 2020, ont mis l'accent sur la nécessité de renforcer la coopération internationale en matière de préparation et de riposte épidémique. Les Etats membres de l'OMS se sont alors accordés pour réviser le RSI (qui fournit un cadre réglementaire visant à améliorer la détection et la réponse aux épidémies), qui avait été adopté pour la première fois en 1969 et déjà révisé à plusieurs reprises (OMS, 2005). La version adoptée en 2005 a surtout deux nouveautés : elle donne à l'OMS la possibilité (et l'obligation lorsque cela est nécessaire) de déclarer un événement comme urgence de santé publique de portée internationale et elle oblige tous les pays membres à déclarer à l'OMS tout événement inhabituel et pouvant avoir des conséquences sur la santé publique (OMS, 2005). Si auparavant les États devaient déclarer des maladies identifiées comme prioritaires et à notification obligatoire, avec l'apparition de plus en plus fréquente de nouveaux virus (ou de nouvelles souches) considérés comme émergents et ré-émergents, il est recommandé que la surveillance de santé publique soit moins spécifique (M. St. Louis, 2012). En appliquant le RSI, les Etats doivent ainsi avoir la capacité de détecter toute « pathologie humaine ou affection, quelle qu'en soit l'origine ou la source, ayant, ou susceptible d'avoir, des effets nocifs importants pour l'être humain » (OMS, 2005: viii). Avec le RSI la préparation et la riposte aux épidémies relèvent donc à la fois d'une responsabilité nationale et internationale.

Le Tchad, à l'instar des autres pays de la sous-région, est confronté à une situation sanitaire caractérisée par une morbidité et une mortalité élevées dues aux épidémies (méningite, rougeole, choléra, etc.), aux autres maladies transmissibles et non transmissibles ainsi qu'aux affections maternelles.

La gouvernance de l'actuelle système de santé au Tchad est dérivée du modèle colonial français, qui était descendant et centralisé. Ce modèle a des conséquences sur la gestion des catastrophes naturelles et des pandémies à grande échelle, car le pouvoir décisionnel centralisé crée des goulots d'étranglement. Les réformes successives de décentralisation mises en œuvre depuis les années 1990 n'ont pas modifié radicalement le système. Autres défis liés au manque de financement public et de personnel qualifié au sein du système de santé de l'État. Les financements et le personnel qualifié font cruellement défaut au système de santé. On compte seulement 3,7 médecins ainsi que 2,1 infirmières et sage-femmes pour 100 000 habitants, et ceux-ci sont principalement concentrés dans la province de N'Djamena.

Certains projets de développement et projets humanitaires menés par des organismes externes tels que MSF, CSSI et l'UNICEF intégraient des médecins étrangers dans des hôpitaux et cliniques publics pour augmenter les capacités et assurer une formation en cours d'emploi. Les dépenses médicales représentent 3,62 % du PIB du Tchad. Des doutes ont été exprimés quant à la gestion des ressources du système de santé de l'État (équipement, médicaments, fonds), sur lequel pèsent des accusations de népotisme et de corruption.

Se concentrant sur sa Politique Nationale de Santé, le ministère de la Santé publique déploie actuellement sa

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

Le système de santé du Tchad est de type pyramidal à trois niveaux de responsabilité et d'activités qui sont :

Un niveau central comprenant : un Conseil National de Santé et de la Prévention (CNSP), une administration centrale, des organismes techniques sous tutelle et des organes de consultation, les Institutions Nationales Sanitaires (CHU Référence Nationale, CHU Renaissance, CHU Mère/Enfant, HATC, Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA), Ecole Nationale Supérieure des Agents Sanitaires et Sociaux (ENSASS), Centre National d'Appareillage et de Réadaptation (CNAR), Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Centre National de Traitement des Fistules (CNTF), des Programmes Nationaux de Santé...).

Un niveau intermédiaire comprenant : les Conseils Provinciaux de Santé et de la Prévention (CPSP), les Délégations Provinciales de la Santé et de la Prévention (DPSP), les Établissements Publics Hospitaliers des Provinces (HP), les écoles provinciales de formation et les Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement (PPA);

Un niveau périphérique comprenant : les Conseils de Santé des Districts (CSD), les Équipes Cadres de District (ECD), les Hôpitaux des Districts (HD), les Centres de Santé (CS), les Conseils de Santé des Zones de Responsabilité (CSZR), les Comités de Santé (COSAN) et les Comités de Gestion (COGES).

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

Le taux de fréquentation des centres de santé dans les zones rurales figure parmi les plus faibles du monde.

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

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

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

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

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

Les malades cherchent conseil auprès de différents prestataires de soins de santé simultanément ou successivement. Lorsqu'ils cherchent des soins de santé, les Tchadiens se tournent d'abord vers les praticiens traditionnels. Si la maladie perdure ou s'aggrave, ils s'adressent aux prestataires officiels de soins de santé, si leurs ressources le permettent. Souvent, les Tchadiens cherchent également à se faire soigner dans les dispensaires ou se tournent vers les vendeurs de médicaments (en dépit de l'insuffisante réglementation du marché et de la mauvaise qualité des médicaments de contrefaçon en circulation). Cette préférence initiale pour les prestataires alternatifs de soins de santé est accentuée par le manque de confiance dans les cliniques publiques et leur coût excessif. Quand il en existe dans leur région, les personnes démunies préfèrent se tourner vers des ONG ou des cliniques religieuses plutôt que vers les établissements de santé publics. En effet, ces derniers dispensent des soins moins coûteux. Quant à eux, les Tchadiens plus aisés des zones urbaines évitent les établissements de santé publics pour se rendre dans des cliniques privées qui prodiguent des soins de meilleure qualité. Parfois, la recherche de soins de santé de meilleure qualité pousse les Tchadiens aisés hors du territoire national. Le Cameroun, le Soudan, l'Égypte et la Tunisie sont les destinations privilégiées pour les évacuations médicales. Au sein des ménages, ce sont les hommes qui généralement décident quand et qui consulter. Selon les rôles attendus, ils sont censés payer les traitements tandis que les femmes prodiguent les soins et apportent un soutien aux patients.

1.1 PROBLEMATIQUE

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

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

En 2016, un ancien ministre de la Santé publique a reconnu que le système de santé peinait à répondre aux besoins des personnes démunies, des indigents et des populations rurales. Depuis l'époque coloniale, l'État concentre l'infrastructure dans les grandes villes, négligeant les zones rurales. Par conséquent, les services de santé publique n'atteignent pas les régions reculées. Les femmes enceintes rencontrent plusieurs problèmes pour accéder aux établissements de santé, que ce soit en termes d'accès physique, mais aussi liés à l'obligation d'être accompagnées d'un homme. Mené en 2012, un sondage indiquait que 9,4 % des personnes interrogées se sont heurtées à une discrimination pour accéder aux services de santé, en raison de leur origine ethnique, de leur confession, ou de leur situation socio-économique. Cette discrimination est encore plus flagrante dans la relation entre les pasteurs nomades et les cliniques médicales. Les services de santé adaptés aux communautés sédentaires sont inadaptés aux besoins des communautés pastorales en matière de moyens de subsistance. Il existe également des barrières sociolinguistiques entre les groupes nomades et les professionnels de santé. Les pasteurs souffrent d'un manque de respect et de discrimination quand ils cherchent à s'approvisionner en médicaments. La méfiance à l'égard des prestataires de soins de santé est l'un des principaux facteurs de la réticence à la vaccination. Les solutions proposées comprennent la mise à disposition de cliniques mobiles pour les pasteurs, de listes et de descriptions dans la langue locale des pasteurs nomades (par exemple le peul) et un renforcement des capacités des prestataires de services concernant les besoins et les contraintes des nomades. Le recrutement d'agents de santé et de sage-femmes issus de la communauté nomade peut contribuer à améliorer l'accès aux cliniques ainsi que les relations entre les cliniques et les patients, comme l'ont montré les campagnes de vaccination contre la polio de 2011-2012. Les soins hospitaliers prodigués dans la ville d'Abéché pendant les crises du Darfour ont souligné à quel point il était important de disposer de compétences interculturelles adéquates. En effet, les patients étaient pris en charge par des agents de santé de nationalités et d'origines ethniques différentes, dont les explications sur les soins pratiqués n'étaient pas culturellement adaptées, amenant des patients à quitter l'hôpital contre l'avis des médecins.

1.2 QUESTION DE RECHERCHE

Tous ces défis soulèvent quelques questions essentielles

1.2.1 Question principale :

Quelle est l'analyse de la surveillance et le riposte en cas d'épidémies, y compris les outils de détection et de Prévention au Tchad ?

1.2.2 Questions spécifiques :

- Comment décrire la surveillance et le riposte en cas d'épidémies, y compris les outils de détection et de Prévention au Tchad ?
- Comment alerter en cas d'épidémies au Tchad ?
- Comment évaluer la surveillance et le riposte en cas d'épidémies au Tchad ?

1.3 OBJECTIFS DE RECHERCHE

1.3.1 Objectif principal :

Analyser la surveillance et le riposte en cas d'épidémies, y compris les outils de détection et de Prévention au Tchad.

1.3.2 Objectifs spécifiques :

- Décrire la dynamique de la surveillance et le riposte en cas d'épidémies, y compris les outils de détection et de Prévention au Tchad.
- Alerter, voire donner l'alarme par la détection la plus précoce possible en cas d'épidémie au Tchad.
- Évaluer les effets des programmes et politiques de santé publique en matière de la surveillance et de risposte en cas d'épidémie au Tchad.

1.4 HYPOTHESES DE RECHERCHE

1.4.1 Hypothèse principale :

La surveillance et le riposte en cas d'épidémies, y compris les outils de détection et de Prévention pourraient être utile dans le cadre de la lutte contre les épidémies au Tchad.

1.4.2 Hypothèses spécifiques :

- La dynamique de la surveillance et le riposte en cas d'épidémies pourraient être renforcer, y compris les outils de détection et de Prévention au Tchad.
- La détection pourrait être la plus précoce possible en cas d'épidémie au Tchad.
- La surveillance et le riposte en cas d'épidémie au Tchad pourraient être évaluer par ses effets sur les programmes et politiques de santé publique.

2. REVUE DE LA LITTÉRATURE SÉLECTIONNÉE

La revue de la littérature sur l'analyse de la surveillance et le riposte en cas d'épidémies, y compris les outils de détection et de Prévention au Tchad met en lumière les progrès, les défis, et les approches émergentes dans ce domaine.

2.1 Identification des mots clés

À la lecture de notre thème de recherche, il ressort les concepts clés suivants : Analyse ; surveillance ; riposte ; épidémie ; outils de détection ; Prévention.

2.2-Définitions des concepts principaux

Dans le cadre de la rédaction de notre recherche, la définition des concepts est indispensable. Cette définition va nous permettre de dégager les variables clés de notre travail de recherche.

Analyse : Examen qui tente de dégager les éléments propres à expliquer une situation, un sentiment, etc. (dictionnaire le Robert)

Surveillance : La surveillance épidémiologique se rapporte à la collecte, l'analyse et l'interprétation continues et systématiques des données relatives à la santé nécessaires à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des pratiques de santé publique. (EPICONCEPT n.d)

Riposte : anticiper, prévenir et réagir face à ces risques épidémiques. (CROIX-ROUGE n.d).

Epidémie (nom féminin) : Apparition et propagation d'une maladie infectieuse contagieuse qui frappe en même temps et en un même endroit un grand nombre de personnes, d'animaux (épizootie) ou de plantes (éphytie). DICTIONNAIRE.LEROBERT n.d)

Outil de détection : Un outil de détection est un logiciel ou un dispositif matériel conçu pour identifier, surveiller ou signaler la présence ou les activités d'éléments spécifiques dans un environnement donné. (PHISHIA n.d)

Prévention : La prévention a été définie par l'OMS en 1948 comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps »

La définition élaborée dans les années 1950 par les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis est : « la surveillance épidémiologique est un processus systématique de collecte, d'analyse et d'interprétation de données sur des événements de santé spécifiques importants pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques de santé publique, étroitement associée à leur juste diffusion à ceux qui ont besoin d'être informés ». Elle est peu différente de celle retenue par l'Organisation mondiale de la santé, reprise dans de nombreux documents de cette agence, comme par exemple le Règlement sanitaire international : la « surveillance s'entend de la collecte, de la compilation et de l'analyse systématiques et continues de données à des fins de santé publique et de la diffusion d'informations de santé publique en temps voulu à des fins d'évaluation et aux fins d'une action de santé publique, selon les besoins ». Il n'y a pas de définition standardisée, mais celles-ci correspondent à un certain consensus international. En France, il est admis en complément de la définition, que la surveillance épidémiologique doit faire l'objet d'évaluations régulières. Aux États-Unis la dénomination préférée est celle de Surveillance en santé publique.

Communauté, santé communautaire, promotion de la santé et engagement communautaire

Dans le langage courant le terme de « communauté » est employé pour évoquer des éléments parfois très différents, et on parle par exemple de la « communauté scientifique », de la « communauté internationale », ou encore des « communautés autochtones ». En santé publique et en anthropologie le terme « communauté » a aussi plusieurs définitions. Pour l'OMS, il désigne des groupes sociaux dont les membres sont liés par différentes caractéristiques, qu'elles soient géographiques, sociales ou sanitaires : *“It is often difficult to define a community, because geographical area is not the only salient characteristic. Shared traditions and values and a common identity may be important defining factors. Health conditions may also help define a community”* (WHO, 2017 : 33).

Les 15 membres d'une communauté peuvent également être liés par « une identité, des craintes et des intérêts communs » (OMS, 2021 : 2).

Ce terme fait toutefois débat en anthropologie, et il est préconisé d'éviter d'y recourir car il est souvent difficile de définir par essence ce qui constitue une communauté (Kamuya et al., 2013), et car la définition d'une communauté peut être réductrice (Simpson & McDonald, 2017 ; Somparé, 2020). Ainsi, nous parlerons de différentes « communautés », tout en gardant à l'esprit qu'elles ne sont pas homogènes, et qu'elles peuvent notamment être marquées par des relations de pouvoir internes, ainsi que des inégalités et différences entre leurs membres (Le Marcis et al., 2019 ; MacQueen et al., 2001 ; Wilkinson et al., 2017).

Nous emploierons également fréquemment le terme de « santé communautaire » qui fait référence à un modèle de santé publique formalisé dans les années 1970, et plus particulièrement lors de la Conférence d'Alma-Ata (1978), qui a donné naissance aux Soins de santé primaires. Le terme de « santé communautaire » apparaît réellement à cette époque, bien que ce modèle soit né

d'expériences plus anciennes, développées notamment dans les pays socialistes (Mull, 1990). Dans cette perspective la santé est dite « communautaire » car elle correspond à une volonté de déployer le système de santé au plus près des populations (ou communautés), à travers un modèle décentralisé. La « santé communautaire » est donc une approche de santé publique, qui entend prendre en compte les besoins des populations (Haines et al., 2007). Aujourd'hui, le modèle et les approches de santé communautaire se sont complexifiés, et font notamment collaborer plusieurs travailleurs de santé non-professionnels (Haines, 2007), couramment désignés pour le cas de la Tchad comme « agents » ou « relais » communautaires. L'approche communautaire en santé publique intègre des services de santé promotionnels, de surveillance, de prévention, des soins curatifs et ré-adaptatifs destinés aux populations et organisés par des ressortissants de celles-ci sous la supervision du personnel de santé (Politique nationale de santé communautaire, 2018).

La promotion de la santé a été formalisée lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, organisée à Ottawa le 21 novembre 1986, dans la dynamique du mouvement « Santé pour tous en 2000 ». Il en a découlé une charte (Charte d'Ottawa) qui définit la promotion de la santé comme le fait d'offrir des possibilités et des moyens aux populations pour qu'elles soient actrices de leur santé : « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer » (OMS, 1986). Dans cette optique, la santé n'est pas seulement abordée sous l'angle sanitaire, mais concerne tous les aspects de la vie des individus qui constituent la « bonne santé » : « La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé » (OMS, 1986). Dans la Charte d'Ottawa, il est également indiqué que la recherche de l'équité est un objectif principal de la promotion de la santé (puisque cette Charte s'inscrit pour rappel dans le mouvement « Santé pour tous en l'an 2000 », et à la suite de la Conférence d'Alma-Ata) : « L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé » (OMS, 1986). Afin que la promotion de la santé devienne réalité, les pays membres de l'OMS ont indiqué qu'elle devait constituer une priorité (et une responsabilité) des décideurs, et prendre également la forme de lois, de réglementations, d'instances (OMS, 1986). Il est également préconisé que les interventions de promotion de la santé soient adaptées à leurs contextes d'implémentation, et qu'elles doivent ainsi être élaborées par et avec les populations : « Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques [...] La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en oeuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions ».

Dans ce sens, l'engagement communautaire est un moyen, une approche découlant de la promotion de la santé, puisqu'il est défini, comme son nom l'indique, par l'engagement des populations, notamment dans la lutte contre les épidémies (WHO, 2016). L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest a joué un rôle important dans la promotion de l'engagement communautaire en contexte épidémique (WHO, 2017c). On parle également de mobilisation sociale ou de participation communautaire. L'engagement communautaire ne se limite pas à la santé publique, et c'est notamment un concept clé dans les politiques de développement (Olivier de Sardan, 2021).

Surveillance à base communautaire

La « surveillance à base communautaire », objet important de ce travail, est définie par l'OMS comme un « processus actif de participation communautaire dans la détection, la notification, la réponse et le suivi relatifs aux événements de santé dans la communauté » (OMS, 2014b : 3). Cette approche est plébiscitée depuis les années 2000 car il est reconnu que la surveillance de santé publique est plus acceptable et effective lorsque les populations locales sont impliquées (Guerra et al., 2019). Elle a été particulièrement vulgarisée en Afrique subsaharienne après la survenue de l'épidémie d'Ebola de 2013-2016 (FICR, 2017).

Santé globale

Le terme de « santé globale » (traduit de « global health ») est utilisé depuis les années 2000 (Garay et al., 2013). Ses définitions sont elles aussi diverses, et sources de débats, notamment à propos de ses relations avec les concepts antérieurs de « santé internationale » et « santé mondiale » (Garay et al., 2013 ; Koplan et al., 2009). Depuis, l'utilisation du terme s'est imposée dans les milieux académiques et institutionnels, sur l'ensemble du globe (Brown et al., 2012). La santé globale peut être définie de diverses manières, car elle a différentes caractéristiques. En conjuguant les approches de santé publique et d'anthropologie, nous définissons la santé globale comme :

- Un « référentiel global » de « représentations et pratiques », pour reprendre les termes de Didier Fassin (Fassin, 2001 : 5). Les organisations de la santé globale mettent en place des stratégies ou interventions qui sont supposées être efficaces partout, mais qui sont fortement inspirées des normes occidentales (en matière d'économie par exemple), malgré le vocable de « global » et son ambition d'universalité (Fassin, 2001). Les modèles de riposte aux épidémies (Attas, 2022), ou l'importance accordée aux données (Adams, 2013) sont de bons exemples de ce référentiel ;
- Un ensemble de plus en plus complexe d'acteurs aux profils et intérêts divers : depuis les années 2000, ONG, organisations internationales, laboratoires pharmaceutiques, ou encore fondations philanthropiques (dont celle, très connue, de Bill et Melinda Gates) offrent dans le cadre de la santé globale (Buissonnière, 2012 ; Kerouedan, 2013) ;
- Une forme particulière d'interventions sur le continent africain, où les acteurs et les stratégies menées sont marquées par le contexte postcolonial (Giles-Vernick & Webb, 2013) ;
- Des interventions particulièrement centrées sur la question sécuritaire, mais aussi humanitaire (Lakoff, 2017), comme nous le verrons plus en détail. Pour cela, elle nécessite une coopération internationale, et les enjeux principaux de la santé globale sont donc transnationaux (Atlani-Duault & Vidal, 2013), notamment en matière de surveillance et de préparation aux épidémies (CDC, 2012) ;
- La santé globale est également un objectif, qui ambitionne d'améliorer le bien-être et la santé des populations au niveau mondial, au travers d'interventions menées dans divers domaines de la société, et selon une approche pluridisciplinaire (Koplan et al., 2009).

Préparation aux épidémies

Ce travail porte en grande partie sur les enjeux de la préparation aux épidémies (ou « preparedness »), et il s'inscrit dans un projet qui vise lui-même à améliorer les capacités de préparation de la Guinée (EboHealth). Mais la notion de préparation aux épidémies est elle aussi complexe et présente diverses caractéristiques.

Pour l'OMS, la préparation aux épidémies s'inscrit dans la préparation aux urgences, qui est définie ainsi : « La préparation aux situations d'urgence s'entend des connaissances et capacités développées par les gouvernements, les organisations spécialisées dans l'intervention et le redressement, les communautés et les personnes afin de prendre les mesures de prévention, d'intervention et de redressement qui s'imposent face aux conséquences de catastrophes probables, imminentes ou en cours » (OMS, 2021a : 30).

Elle est intégrée à la notion de sécurité sanitaire globale (Global health security), qui désigne les moyens permettant de protéger le monde des menaces infectieuses, principalement à travers le respect des recommandations du RSI (WHO, 2018a). L'objectif principal du RSI est de : « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique » (OMS, 2005 : vii-viii). La préparation aux épidémies entend répondre à ces objectifs, en améliorant notamment les capacités de détection des épidémies (à travers une surveillance continue des pathogènes), et de riposte à celles-ci (grâce au renforcement des systèmes de santé) (WHO, 2018a, 2021).

Il est recommandé qu'à l'échelle d'un pays la préparation aux épidémies soit réalisée à tous les niveaux de l'échelle sanitaire, du niveau local (ou « communautaire ») jusqu'aux institutions nationales, en respectant plusieurs principes (comme l'engagement des populations concernées) (WHO, 2017a). La préparation aux épidémies s'inscrit dans le cadre plus large de la préparation aux urgences (« emergency preparedness »), qui inclue aux côtés des épidémies tous les risques naturels, technologiques ou sociétaux qui peuvent impacter la santé humaine (WHO, 2017a). Peu importe la nature des risques encourus, il est reconnu qu'il est plus efficace (sur un plan opérationnel et économique) de se préparer à leur survenue que d'y faire face sans préparation préalable (WHO, 2017a). L'OMS, dans le cadre du RSI, recommande ainsi que chaque pays évalue ses propres capacités de préparations aux épidémies et autres urgences (WHO, 2021).

La préparation aux épidémies est un sujet central de la santé globale depuis les années 2000, au point qu'elle est devenue un nouveau domaine de la santé publique (Lurie, 2007). Puisqu'elle est liée à la santé globale, la préparation aux épidémies est elle aussi caractérisée par une multitude d'acteurs aux intérêts divers (Erikson, 2019). Le sujet de la préparation aux épidémies a particulièrement investi le continent africain depuis l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest (Jacobsen et al., 2016 ; Moon et al., 2015). En sciences sociales, la préparation aux épidémies a fait l'objet de nombreux travaux qui en critiquent les applications (Caduff, 2015 ; Lakoff, 2017).

Dans le cadre de la préparation aux épidémies, une attention particulière est accordée aux virus dits « émergents ou réémergents », qui concernent des pathogènes qui n'ont jamais été détectés ou qui sont déjà connus de longue date mais qui touchent de nouvelles populations qui n'y ont jamais été confrontées (WHO, 2018a). Aujourd'hui, 70 % de ces virus émergents ou réémergents sont d'origine zoonotique (WHO, 2018a), et il est recommandé depuis 2007 que soient surveillées la santé humaine, animale et environnementale pour détecter toutes menaces, dans le cadre de l'approche « Une seule santé » (ou One health) (Gibbs, 2014). L'approche « Une seule santé » est devenue, comme la préparation aux épidémies, un incontournable des politiques de santé publique aujourd'hui, associant une diversité d'acteurs et d'interventions (Figué & Peyre, 2013). La plupart des maladies émergentes sont causées par des virus ou bactéries, et les maladies parasitaires concentrent moins l'attention désormais ; à ce titre, elles sont considérées comme négligées (Morand, 2016).

Surveillance de santé publique

L'un des outils de la préparation aux épidémies est la surveillance. Afin de la démarquer des nombreux sens que recouvre le terme de « surveillance », nous parlerons dans cette thèse de « surveillance de santé publique » lorsque nous évoquerons la « surveillance » (si le terme est employé dans une autre de ses acceptions cela sera spécifié).

L'OMS définit la surveillance de santé publique comme : « la collecte, l'analyse et l'interprétation permanentes et systématiques des données sur la santé. Elle comprend la diffusion en temps opportun de l'information auprès de ceux qui en ont besoin pour agir. La surveillance est également essentielle pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques de santé publique » (OMS, 2014b : 2). Dans le cadre du RSI il est recommandé que tous les Etats du monde mettent en place une forme de surveillance telle que définie par l'OMS (OMS, 2005). Si la forme que prend cette surveillance peut varier d'un pays ou d'une région à l'autre, la finalité de la surveillance doit toujours servir des intérêts de santé publique (WHO, 2017b).

En sciences sociales, la surveillance au sens large est un objet d'étude ancien, qui a donné naissance à un champ d'études spécifique (nommé « Surveillance studies » dans le monde académique anglophone). L'ouvrage *Surveiller et punir* de Michel Foucault (Foucault, 1975) est considéré comme fondateur dans ce domaine, car c'est après celui-ci que : « la surveillance est devenue un objet de recherche digne d'intérêt » (Castagnino, 2018 : 10). Alors que les recherches sur la surveillance ont traditionnellement porté sur les formes de surveillance imposées ou subies (milieu carcéral, surveillance d'Etat), il est reconnu depuis récemment que la surveillance peut aussi être choisie, notamment avec l'avènement des modèles de surveillance participative (Castagnino, 2018), qui ont peu à peu investi le domaine sanitaire (Pagliari & Vijaykumar, 2016 ; Wójcik et al., 2014).

Depuis 2001, la surveillance (tous domaines confondus) laisse voir trois dimensions qui s'amplifient : il y a de plus en plus de pratiques et d'objets liés à la surveillance, qui s'accompagnent là encore d'une pluralité d'acteurs. Ce ne sont plus seulement les gouvernements qui sont détenteurs des moyens de surveillance, mais aussi les firmes privées (notamment dans le stockage des données) (Mattelart, 2008). Les pratiques et outils de la surveillance se mondialisent, et investissent davantage le domaine sécuritaire (Salter, 2010).

Dans le domaine sanitaire, la surveillance est aussi caractérisée par une importance de plus en plus grande accordée aux nouvelles technologies, qui permettent une surveillance en temps réel et au niveau mondial. Ce qui a pu être constaté avec la pandémie de Covid-19 et l'utilisation massive des drones ou autres caméras thermiques, et la disponibilité d'un nombre important de données de surveillance de santé publique (Engelmann, 2020). Lorsqu'elle est exercée sur les êtres humains, la surveillance de santé publique engendre depuis longtemps des discussions d'ordre éthique, ce qui nécessite d'analyser et de questionner ses pratiques (WHO, 2017b ; Calain, 2007 ; Klingler et al., 2017 ; Puybareau, 2020). En parallèle à cet effet de globalisation, la surveillance se rapproche également des populations locales qui sont désormais encouragées à y participer activement au titre de la surveillance à base communautaire qui a été définie plus haut.

Ethique médicale, éthique de la recherche, éthique et épidémies, et éthique de la surveillance

Au cours de ce travail il sera aussi question d'éthique, et il apparaît donc nécessaire de définir ce que nous entendons par éthique, qui est une notion, elle aussi, assez vaste. L'éthique médicale, développée dans les années 1970, et la bioéthique, formalisée dans les années 1980, ont donné lieu à des réglementations visant à réguler la pratique médicale en contexte de recherche (Desclaux & Badji, 2015). L'un des documents fondateurs de l'éthique de la recherche est le « rapport Belmont », du nom de son principal auteur, édité en 1974 (Commission nationale pour la Protection des sujets humains dans le cadre de la recherche biomédicale et behavioriste, 1974), et qui repose sur trois principes que toute recherche médicale se doit de respecter :

- Le respect de la personne (qui comprend notamment le respect de l'autonomie de la personne, et de sa protection) ;
- La bienfaisance (qui implique de ne pas endommager le bien-être des individus, ou de toujours s'assurer que les dommages causés sont inférieurs aux bénéfices, et non l'inverse) ;
- Et la justice (qui sous-entend de s'assurer du partage équitable des bénéfices de la recherche, ou encore de porter une attention particulière aux populations considérées comme vulnérables).

L'éthique de la recherche a été formalisée en Afrique de l'Ouest à partir des années 2000, avec la création de comités d'éthique chargés de veiller à l'application des principes éthiques en contextes de recherche (Desclaux & Badji, 2015), tel que le CNERS (Comité national d'éthique pour la recherche en santé) en Guinée.

Au-delà de la recherche, l'éthique médicale concerne la pratique biomédicale au sens large, et notamment la relation thérapeutique entre soignant et soigné. L'ouvrage *Principles of Biomedical Ethics* de Tom L. Beauchamp et James F. Childress, et dont la huitième édition est parue en 2019, expose les quatre principes devant régir toutes pratiques biomédicales (Beauchamp & Childress, 2019). Ceux-ci se rapprochent de ceux relevés dans le rapport Belmont, à savoir : le respect de l'autonomie du patient, les devoirs de bienfaisance et de justice, ainsi que le principe de non-malfaisance (le fait de ne pas nuire).

En parallèle à ces documents fondateurs de l'éthique biomédicale, l'OMS a établi des guides qui ont également nourri ce travail de thèse. Le premier (WHO, 2016) expose quatre principes essentiels pour la gestion des épidémies, que sont :

- L'impératif de justice en contexte épidémique : qui repose notamment sur l'équité de l'accès aux ressources, sur le fait d'éviter les situations exposant des populations à la discrimination et l'exploitation, ou encore l'engagement communautaire (qui suppose que les communautés soient impliquées dans la gestion des épidémies), qui est donc une nécessité éthique aux yeux de l'OMS ;

- La bienfaisance : qui nécessite de veiller au bien-être des populations, ce qui dans le contexte de la santé publique implique par exemple de répondre aux besoins humanitaires basiques, comme l'accès à la sécurité, à un abri, à l'alimentation : "In the public health context, the principle of beneficence underlies society's obligation to meet the basic needs of individuals and communities, particularly humanitarian needs such as nourishment, shelter, good health, and security." (WHO, 2016 : 8) ;
- Le respect des personnes : qui repose sur le fait de considérer et traiter toute personne avec respect et dignité
- La solidarité : qui suppose que la gestion d'une épidémie doit reposer sur une action collective contre une menace commune, que ce soit à l'échelle d'un village, ou d'une nation ; ou sur le fait d'éviter de porter une plus lourde atteinte aux personnes les plus vulnérables.
- Un autre document de l'OMS indique qu'en contexte de riposte, les principes d'équité et de solidarité sont essentiels (WHO, 2018a).
- En 2017, l'OMS a développé un guide relatif aux questions éthiques de la surveillance de santé publique (WHO, 2017b), qui reposent lui aussi sur quatre principes phares :
- Le bien commun : les retombées de la surveillance doivent être collectives, et ne pas servir des intérêts privés
- L'équité : la surveillance doit permettre de révéler les inégalités sociales, en particulier les problèmes particuliers aux populations vulnérables, pour pouvoir les prendre en compte ;
- Le respect des personnes : qui sous-entend notamment que les données individuelles et collectives doivent être protégées ;
- La bonne gouvernance : qui n'est pas un principe standard de l'éthique, mais qui repose sur le fait que les populations doivent être informées des risques, bénéfices et résultats de la surveillance.

3. MÉTHODOLOGIE

Cette méthodologie vise à explorer l'analyse de cette surveillance et de riposte en cas d'épidémies, y compris les outils de détection et de Prévention au Tchad en identifiant les outils, approches, et défis associés. L'approche qualitative permet de recueillir des données détaillées à partir de multiples perspectives et de comprendre les dynamiques complexes qui influencent l'analyse de cette surveillance et de riposte en cas d'épidémies.

3.1 Matériel et méthodes

La surveillance épidémiologique évolue en permanence en fonction des problèmes qu'elle doit résoudre (maladies émergentes, extension au domaine des maladies non transmissibles et aux problèmes socio-sanitaires, etc.), des méthodes d'analyse mises à disposition, de l'évolution des techniques d'information et du corpus législatif et normatif.

3.1.1 La surveillance passive

Elle utilise des données existantes, recueillies en routine par des soignants ou des laboratoires d'analyses médicales, et constitutives de dossiers médicaux, d'actes pris en charge par les assurances maladie ou de certificats à visée administrative (par exemple les certificats de décès). Encadrée par des lois et règlements elle ne fait pas appel au volontariat mais impose à une catégorie de professionnels de déclarer les informations dont ils disposent. L'exemple type est celui des maladies à déclaration obligatoire. Son statut réglementé implique que l'autorité sanitaire se charge de la gestion du système et donc de l'analyse et l'interprétation des données.

3.1.2 La surveillance active

Elle utilise aussi des données existantes mais est basée sur le volontariat des collecteurs de données organisés autour d'une structure de coordination qui peut être indépendante de l'autorité sanitaire. Les déclarants étant volontaires ils doivent trouver un avantage à participer à ce système. L'exemple type historique est celui des registres de cancers, apparus pour la surveillance des cancers en 1935 dans le Connecticut puis en 1942 au Danemark et depuis étendus à d'autres types de problèmes de santé (malformations, accidents vasculaires cérébraux, etc.).

Avant toute analyse des données collectées (voir ci-après), tout système de surveillance épidémiologique doit d'abord en contrôler en permanence la qualité. Un système qui se veut exhaustif dans la collecte des cas l'est-il réellement ? Un système qui se veut représentatif d'un phénomène l'est-il continûment ? La régularité, le délai de collecte des données est-il régulier et acceptable ? Tous les cas déclarés d'une maladie correspondent-ils à cette maladie (recours à des définitions standardisées des cas) ? Comment traite-t-on les données manquantes ?

3.1.3 Analyse temporelle

Elle consiste à décrire la répartition des données collectées au cours du temps. Elle se fait en deux étapes, d'abord une analyse descriptive qui consiste essentiellement en l'établissement de graphiques dont le plus simple est la courbe de répartition du nombre de cas dans le temps (par jour, semaine, mois, année, décennie). Pour mieux appréhender les effets des tendances de fond (variations lentes sur de grandes périodes dites variations séculaires), de la saisonnalité (variations répétées chaque année), et des accidents à court terme (épidémies, etc.) des techniques de lissage des données sont utilisées comme le recours aux moyennes mobiles. La seconde étape de l'analyse temporelle consiste à tester des hypothèses élaborées à partir de l'observation des courbes. Cette analyse ne compare pas entre elles les données brutes mais les données cumulées d'une période de temps (nombre de cas d'une semaine, d'un mois, etc.). Or chaque petite période est liée (dépendante) aux autres périodes en fonction des tendances constatées à la première étape de l'analyse temporelle. L'analyse doit donc prendre en compte d'une part l'existence possible de facteurs de confusion, et d'autre part contrôler les dépendances temporelles.

3.1.4 Analyse spatiale

Diffusion des syndromes grippaux aux États-Unis, par semaine, de janvier 2009 à avril 2010. Pour chaque ville, la surface du disque est proportionnelle à la population et la couleur du taux standardisé de syndrome grippaux (TSSG) varie du vert pour un taux faible au violet pour un taux élevé).

L'analyse spatiale des données a pour but de chercher et d'identifier les groupements de cas dans l'espace. L'hypothèse de départ étant que normalement les cas sont répartis au hasard dans l'espace et que tout groupement de cas peut être le fait d'un facteur de risque présent dans un lieu particulier. L'outil de cette analyse est donc la cartographie des cas. Encore récemment les cas étaient rapportés manuellement sur des cartes imprimées ou dessinées sur papier. L'irruption des systèmes d'information géographique a profondément modifiée les capacités d'analyse spatiale en épidémiologie. Un des problèmes essentiels à prendre en compte pour l'interprétation des cartes reste la densité de la population qui varie d'un espace géographique à l'autre et doit donc être contrôlée dans l'analyse des données, par exemple par la technique du cartogramme. Le but de l'analyse est donc de repérer des agrégats de cas dans l'espace et dans le temps (encore appelés agrégats spatio-temporels, grappes ou en anglais cluster).

3.1.5 Calculs d'indicateurs en population

Il est illusoire d'évaluer l'importance épidémiologique d'une maladie dans une population par le seul dénombrement des cas sans tenir compte de la variabilité des effectifs de population (dans le temps et dans l'espace), de la variabilité de la structure des populations (répartition par âge, sexe, etc.). Ce principe de l'épidémiologie s'applique tout autant à la surveillance épidémiologique. C'est pourquoi les données déclarées dans un système de surveillance sont, à l'étape d'analyse, rapportées sous forme de taux

d'incidence (et ses dérivés : taux de mortalité, taux de natalité, taux d'attaque, etc.), de ratio, ou de densité d'incidence qui permettent des comparaisons et de tester des hypothèses. Outre leur intérêt pour l'alerte devant tout phénomène inattendu, l'établissement des indicateurs et leur suivi dans le temps est indispensable à la gestion et l'évaluation des programmes de santé publique.

3.1.6 La surveillance syndromique

L'objectif principal de la surveillance étant d'identifier le plus tôt possible l'apparition d'un phénomène anormal, la recherche de techniques faisant "gagner du temps" préoccupe les décideurs comme les spécialistes. Le développement des outils de calculs automatisés des données disponibles en routine d'une part et la mise en évidence de phénomènes précurseurs du diagnostic étiologique des épidémies d'autre part ont permis de faire émerger le concept de surveillance syndromique. L'exemple inaugural a été celui d'une épidémie de gastro-entérite dans le Milwaukee en 1993. Le diagnostic formel de celle-ci étaient fait le 7 avril par deux laboratoires d'analyses médicales. A posteriori la recherche de données de routine produites par d'autres sources moins conventionnelles (au sens de la surveillance épidémiologique) a montré que les statistiques de vente des médicaments anti-diarrhéiques délivrés sans ordonnance en pharmacie avaient plus que triplé et que cette élévation était visible dès mars 1993. Les chiffres de vente d'un médicament ne constituent pas une certitude de diagnostic, mais leur brutale variation interroge sur l'existence d'un phénomène anormal. Si ces données sont collectées en routine et qu'elles peuvent être analysées immédiatement grâce à des outils de calculs automatisés, on peut disposer là d'un outil d'alerte. C'est le principe de la surveillance syndromique dont la définition (trop récente pour être universellement acceptée) est « *une surveillance fondée sur des données enregistrées en routine... de façon automatique et transmises (et analysées) sans délai* ». Bien que contestable, le qualificatif de "syndromique" s'est progressivement imposé, alors que les données ainsi utilisées et surveillées puissent être certes un syndrome dont le diagnostic final n'est pas établi (par exemple les syndromes grippaux, qui ne sont pas tous des vraies grippe) ou un simple symptôme (fièvre, diarrhée, etc.) mais aussi des données de consommation de santé (boîtes de tel médicament, passages aux services d'urgences, nombre de consultations de ville, appels à des numéros gratuits d'aide aux malades, etc.) d'absentéisme (scolaire, reçus par les assurances maladie), de surveillance environnementale (surveillance des eaux de consommation, des aliments manufacturés, etc.) ou du nombre de décès. Avec l'irruption sur la scène politique et sanitaire du risque biologique provoqué, à la suite de la crise des enveloppes contaminées au bacille du charbon survenue aux États-Unis après les attentats du 11 septembre 2001 le développement des stratégies de surveillance syndromique s'est rapidement développé aux États-Unis comme en Europe et l'Afrique.

3.1.7 Détection et investigation des épidémies

Une épidémie se définit simplement comme la survenue d'un nombre de cas supérieur au nombre attendu dans un espace donné et une période donnée. Si la maladie est réellement nouvelle, inconnue jusque-là (on parle de maladie émergente) le premier cas est déjà un phénomène anormal. Mais si la maladie est connue et sévit de façon ordinairement modérée dans une région donnée, c'est alors l'augmentation au-delà du nombre habituellement observé qui constitue une alerte.

Dès lors la surveillance doit répondre à deux questions : quel est le nombre attendu de cas ici et maintenant et, à partir de quel dépassement de ce nombre on considère que la situation est anormale. La première question nécessite que la surveillance d'une maladie donnée soit en place et efficace avant la survenue d'une épidémie, si possible depuis plusieurs années, pour avoir fourni suffisamment de données permettant de calculer en moyenne le nombre de cas attendu dans chaque région pour chaque période. La seconde question nécessite de déterminer un seuil d'alerte, lequel doit être assez performant, c'est-à-dire capable de reconnaître au plus tôt une situation qui se dégrade (seuil sensible) mais sans engendrer de fausses alertes (seuil spécifique).

Il faut ensuite prévoir au plus tôt l'ampleur et la durée possible de l'épidémie ce qui se fait en établissant le « temps de doublement des cas » et le « taux de reproduction de base » lesquels se calculent à partir des données de la surveillance épidémiologique. Une fois l'alerte confirmée il faut investiguer l'épidémie d'une part au moyen d'enquêtes (le plus souvent enquête cas-témoin ou enquête de cohorte rétrospective) dont le but est de tester des hypothèses relatives aux causes du phénomène, et d'autre part, dans le cas des maladies infectieuses, en mobilisant les laboratoires d'analyses biologiques experts pour typer précisément l'agent responsable.

3.1.8 Domaines d'utilisation

Initialement apparue pour surveiller les maladies épidémiques et en contrôler la diffusion, le champ d'intérêt de la surveillance épidémiologique n'a cessé de se développer depuis la seconde moitié du XXe siècle. On recense un système de surveillance épidémiologique : des maladies infectieuses en général et tout particulièrement celles pouvant être prévenues par la vaccination et celles liées aux soins (infections nosocomiales), et de tous les événements indésirables (pas seulement infectieux) liés aux soins, des maladies liées à l'environnement (surveillance de l'air et de l'eau, des insectes vecteurs de maladies, saturnisme, l'intoxication au monoxyde de carbone), des maladies chroniques (historiquement les cancers, puis plus récemment les maladies cardio-vasculaires, le diabète, la bronchopneumopathie chronique obstructive, etc.), des maladies professionnelles, de la périnatalité, des traumatismes et accidents, des conséquences des catastrophes naturelles et industrielles, la surveillance sanitaire des grands rassemblements humains (sportifs, culturels, religieux, réfugiés, etc.), et la circulation des souches bactériennes résistantes aux antibiotiques, etc.

3.2 Sources des données

Analyse documentaire :

- Revues scientifiques, rapports d'organisations internationales (OMS, ONG) et documents stratégiques nationaux.
- Critères de sélection : Publications liées à l'analyse de cette surveillance et de riposte en cas d'épidémies, y compris les outils de détection et de Prévention au Tchad au cours des 15 dernières années.

3.3 Procédure de collecte des données

- Analyse documentaire : Identification de l'analyse de la surveillance, de riposte et des outils de détection à travers des rapports et articles publiés.

3.4 Justification de l'approche qualitative

L'approche qualitative est particulièrement adaptée pour explorer des phénomènes complexes et multidimensionnels, comme la surveillance, la riposte, la détection et la prévention des épidémies.

4. PRINCIPAUX RÉSULTATS

La recherche sur l'analyse de cette surveillance et de riposte en cas d'épidémies, y compris les outils de détection et de prévention au Tchad donnent les résultats suivants :

4.1 RISQUE DE MALADIE ET VULNERABILITÉ : Maladies endémiques et urgence saisonnière

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

système d'assainissement amélioré, qui profite majoritairement aux villes, puisque 85 % des ménages ruraux ne disposent pas de toilettes.

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

La rougeole et d'autres maladies évitables par la vaccination sont répandues dans ce pays. Malgré les progrès du programme de vaccination, seul 1 enfant tchadien sur 4 est complètement vacciné, et 57 % seulement des enfants sont vaccinés contre la rougeole. La vaccination d'urgence a démontré son efficacité pour juguler la rougeole et l'empêcher d'atteindre des proportions épidémiques. Pourtant, sans immunité collective (soit 95 % au lieu du taux actuel), il est probable que des épidémies se déclarent périodiquement.

Tableau 1. Épidémies notables de maladies infectieuses au Tchad, 2000-2024 (Source : MSPP)

EPIDEMIES	PERIODE D'APPARITION	COMMUNAUTAIRE
Méningite	2001, 2004, 2010, 2011	Les épidémies les plus importantes sont associées à <i>Neisseria meningitidis</i> de sérogroupe A(NmA), mais souvent plusieurs sérogroupes et autres bactéries (<i>Streptococcus pneumoniae</i> et <i>Haemophilus influenza</i> type b [Hib]) peuvent survenir simultanément. Maladie courante dans les camps de réfugiés, en raison de la concentration et de la circulation des habitants. La riposte impliquait une vaccination d'urgence.
Choléra	2001, 2004, 2006, 2010, 2011 (>16 000 cas), 2017	L'émergence endémique du choléra est associée aux pluies et aux étendues d'eau. Toutefois, les petits foyers peuvent évoluer en épidémies lorsque le choléra se transmet à cause de mauvaises infrastructures d'eau et d'assainissement, en particulier dans les camps.
Polio	2005, 2007, 2019, 2020	Le risque se concentre principalement dans les régions du lac Tchad. Foyers très localisés de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale et pas nécessairement liés à l'historique local de vaccination (par exemple, frontière camerounaise). Associée à un assainissement de mauvaise qualité, à l'absence d'immunité et aux mouvements de population.
Chikungunya	2016, 2020 (>16 000 cas)	Il touche le district d'Abéché à l'est du pays. Transmis par les moustiques, associé aux pluies et aux étendues d'eau, ainsi qu'à la disponibilité de moustiquaires.
COVID-19	2020,2021,2022,2023 (7 651 du 16/01/2023)	La pandémie de Covid-19 au Tchad débute officiellement le 19 mars 2020, lorsqu'un citoyen marocain, résidant à N'Djaména et de retour d'un voyage à Douala (Cameroun), est testé positif au SARS-CoV-2. Le 23 mars, deux autres cas (Abéché & Bongor) sont signalés par les autorités sanitaires.
Hépatite E	2004, 2016, 2017 ,2024	Associée à une mauvaise infrastructure WASH et à la consommation d'eaux de surface. La dernière épidémie était confinée à la région située au sud-est de Salamat.

4.2 POPULATIONS VULNERABLES :

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

Les efforts de riposte doivent tenir compte du fait que les contraintes sont plus souvent structurelles (par exemple l'infrastructure WASH insuffisante dans le cas du choléra) que comportementales. En outre, il convient de noter que certaines personnes peuvent être vulnérables à la riposte elle-même. La communication sur le choléra peut stigmatiser certaines personnes, puisque celui-ci est associé à l'insalubrité. Or, cette possible stigmatisation a dissuadé des patients de se rendre dans les unités de traitement du choléra. Lorsqu'ils détaillent les causes fondamentales de la maladie, le ciblage et la communication sur les risques doivent être tenir compte cette potentielle stigmatisation. D'autres mesures de riposte ont eu des répercussions sur les moyens de subsistance des populations, en les rendant moins enclines à se fier à la riposte ou à suivre les orientations (par exemple, les interdictions de se rassembler sur **Méningite** 2001, 2004, 2010, 2011).

Les épidémies les plus importantes sont associées à *Neisseria meningitidis* de sérogroupe A (NmA), mais souvent plusieurs sérogroupes et autres bactéries (*Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenza* type b [Hib]) peuvent survenir simultanément. Maladie courante dans les camps de réfugiés, en raison de la concentration et de la circulation des habitants. La riposte impliquait une vaccination d'urgence.

Choléra 2001, 2004, 2006, 2010, 2011 (>16 000 cas), 2017. L'émergence endémique du choléra est associée aux pluies et aux étendues d'eau. Toutefois, les petits foyers peuvent évoluer en épidémies lorsque le choléra se transmet à cause de mauvaises infrastructures d'eau et d'assainissement, en particulier dans les camps.

Polio 2005, 2007, 2019, 2020. Le risque se concentre principalement dans les régions du lac Tchad. Foyers très localisés de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale et pas nécessairement liés à l'historique local de vaccination (par exemple, frontière camerounaise). Associée à un assainissement de mauvaise qualité, à l'absence d'immunité et aux mouvements de population.

Chikungunya 2016, 2020 (>16 000 cas). Il touche le district d'Abéché à l'est du pays. Transmis par les moustiques, associé aux pluies et aux étendues d'eau, ainsi qu'à la disponibilité de moustiquaires.

Hépatite E 2004, 2016, 2017. Associée à une mauvaise infrastructure WASH et à la consommation d'eaux de surface. La dernière épidémie était confinée à la région située au sud-est de Salamat.

4.3 PREPARATION ET RIPOSTE AUX EPIDEMIES AU TCHAD :

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

Importance des mouvements de populations

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

4.4 GOUVERNANCE EN MATIERE DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES :

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

4.4.1 Surveillance des maladies

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

4.4.2 Architecture officielle de riposte

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

En ce qui concerne la coordination humanitaire, le Tchad coordonne sa riposte avec les agences de l'ONU, la Croix-Rouge et les ONG internationales, par l'intermédiaire de la structure de groupement humanitaire. Ce mécanisme a permis de coordonner les principaux acteurs humanitaires au niveau central au Tchad.

Toutefois, la coordination entre les autorités gouvernementales et les acteurs humanitaires est beaucoup plus fragile sur le terrain. La Direction des organisations non gouvernementales et des affaires humanitaires (DONGAH) et la Commission nationale pour l'accueil et la réinsertion des réfugiés et des rapatriés (CNARR) sont chargées de la coordination des organismes étrangers. Cependant, les acteurs humanitaires lancent (ou cessent) les activités de riposte aux épidémies sans communiquer avec les autorités publiques locales. Le gouvernement a créé des comités locaux, départementaux et provinciaux pour coopérer avec les organismes humanitaires sur le terrain, mais leur financement est extrêmement limité. Les autorités publiques indiquent qu'elles devraient être mieux informées des activités humanitaires et affirment qu'elles disposent des connaissances contextuelles nécessaires au bon déroulement des projets humanitaires.

4.5 ENGAGEMENT, EXPERIENCES ET RIPOSTES COMMUNAUTAIRES :

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

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

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

Communiquer efficacement

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

L'association de divers canaux de communication a prouvé son efficacité dans la riposte tchadienne aux épidémies. On relève par exemple les défis suivants en matière de lutte contre le paludisme : manque de régularité dans la prise des traitements, consultation tardive des cliniques ou dispensaires et manque de moustiquaires. Les campagnes efficaces incluaient des messages dissipant les mythes et les rumeurs ciblant les bienfaits et la sécurité des moustiquaires de lit. Ces campagnes s'appuyaient sur divers canaux de communication, des crieurs et théâtres publics aux services de messagerie instantanée, en passant par des spots radio.

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

4.6 PRINCIPALES IMPLICATIONS POUR LA RIPOSTE AUX EPIDEMIES :

4.6.1 Favoriser la coordination et la responsabilisation du système de santé :

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

-Soutenir les fonctionnaires du ministère de la Santé dans le développement des capacités et plaider en faveur du financement des activités du ministère de la Santé. Plaider en faveur de systèmes de bonne gouvernance et de responsabilisation en matière d'utilisation des ressources gouvernementales et internationales gérées par le système gouvernemental, afin que les ressources non salariales parviennent aux centres de soins de santé primaire.

- Soutenir la coordination et le partage d'informations entre le ministère de la Santé, les donateurs, les organismes internationaux proposant des soins de santé, les cliniques publiques, les cliniques d'ONG et les cliniques religieuses, afin d'éviter les doubles emplois et d'élargir la couverture. Soutenir la coordination entre les acteurs, non seulement à un niveau centralisé (par exemple au niveau des groupements humanitaires), mais aussi au niveau local.

-Aider les institutions de santé publique et les organisations à but non lucratif à produire des statistiques sanitaires fiables et exploitables et assurer une surveillance, en intégrant des données de sciences sociales ainsi que des indicateurs médicaux et épidémiologiques.

-Il est souvent nécessaire d'opérer une surveillance et une riposte transfrontalières coordonnées, étant donné que les réseaux de parenté, ethniques, interethniques, politiques et commerciaux en Afrique centrale dépassent souvent les frontières. Tout cela est exacerbé par les mouvements de réfugiés résultant des conflits dans les pays voisins.

4.6.2 Résoudre les causes structurelles de la vulnérabilité :

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

- Travailler en coopération avec les autres secteurs humanitaires et de développement afin de traiter les facteurs structurels de la vulnérabilité aux maladies ;
- L'infrastructure WASH pour faciliter le lavage des mains et enrayer la transmission oro-fécale ;
- Les mécanismes de protection sociale pour éviter des dépenses sanitaires catastrophiques ;
- Soutenir la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance pour réduire la vulnérabilité aux maladies résultant d'une immunodépression ; projets d'égalité des sexes et projets sanitaires promouvant une plus grande autonomie et une plus grande participation des femmes et des jeunes filles à la prise de décisions, afin de leur garantir un accès aux soins de santé et des soins sexospécifiques.

4.6.3 Identifier les populations vulnérables :

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

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

4.6.4 Travailler avec les différents prestataires de soins de santé au sein d'un système pluraliste :

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

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

4.6.5 Renforcer les systèmes de santé fournis par l'État :

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

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

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

4.6.6 Impliquer les interlocuteurs reconnus :

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

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

L'État a une portée limitée, en particulier dans les zones isolées. C'est pourquoi il est capital de travailler avec la société civile. On trouve davantage d'organisations de la société civile dans le sud. Il convient de garder à l'esprit que les organisations de la société civile sont surveillées par le gouvernement et qu'elles sont réprimées quand elles émettent des critiques. Les syndicats et certaines associations de journalistes sont parvenus à un certain degré d'indépendance. Des ONG, groupes religieux, syndicats, groupes de jeunes et de femmes, artistes et associations de journalistes (voir la liste ci-jointe) ont de l'expérience dans les ripostes sanitaires nationales.

Collaborer avec les autorités locales, qu'elles soient coutumières (sultans, chefs de cantons, chefs de villages) ou administratives (comités locaux, départementaux et provinciaux), mais ne pas tenir pas pour acquis que les communautés locales leur font confiance. Mener des enquêtes succinctes au niveau local pour identifier les personnes et les positions les plus reconnues. Veiller à inclure les voix des groupes généralement marginalisés (par exemple, les jeunes, les femmes et les groupes sociaux discriminés tels que les Haddad lors de l'élaboration d'activités participatives.

Il est essentiel de travailler avec les autorités religieuses au niveau central comme au niveau local. Ces autorités sont présentes dans les zones isolées, sont respectées des communautés, et certaines d'entre elles prodiguent des soins (par exemple les marabouts). Quand les recommandations de santé publique sont contraires aux préceptes religieux, les populations ont tendance à favoriser leurs obligations religieuses. Mais lorsque les politiques de riposte du Tchad ont impliqué les chefs religieux dans l'engagement communautaire, cela a favorisé l'adhésion des populations aux recommandations de santé publique et renforcé leur confiance dans la riposte.

4.6.7 Engager les communautés et instaurer un dialogue efficace :

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

La communication et les messages doivent être adaptés aux cultures, et donc utiliser les langues locales, les terminologies locales et les cadres locaux d'étude des maladies, afin de favoriser les comportements de recherche de traitement. Toute riposte à une épidémie dans une région tchadienne doit passer par une évaluation linguistique, y compris de la compréhension et des préférences en matière de communication. La radio locale est le moyen de communication le plus utilisé, mais d'autres moyens (programmes de messagerie instantanée, recours aux crieurs publics, etc.) doivent être examinés.

Adapter les messages, en termes de contenu et d'interlocuteurs, aux groupes sociaux concernés. En effet, les personnes à qui ils se fient peuvent varier, tout comme leurs logiques et leurs idiomes. La participation de divers acteurs au moyen de canaux très différents est un exemple d'intervention efficace.

Créer des mécanismes de retour d'informations communautaire fermé entre les communautés et les efforts de préparation et de riposte : en observant comment les personnes perçoivent les activités de riposte aux épidémies, en faisant la chasse aux fausses informations et à la désinformation, en tenant compte des suggestions et en rassemblant les questions et les réponses concernant la riposte, puis en utilisant ces informations pour adapter ou modifier les activités.

Veillez à ce que le ciblage et les messages n'entraînent pas de stigmatisation, comme c'est le cas du ciblage pour le choléra. Pour cela, éviter les messages culpabilisants sur le manque d'hygiène et l'insalubrité. Élaborer des interventions avec la participation et l'engagement des communautés par l'intermédiaire de leurs chefs reconnus, et adapter la prestation de services.

Privilégier les interventions communautaires holistiques aux modules spécifiques à une maladie.

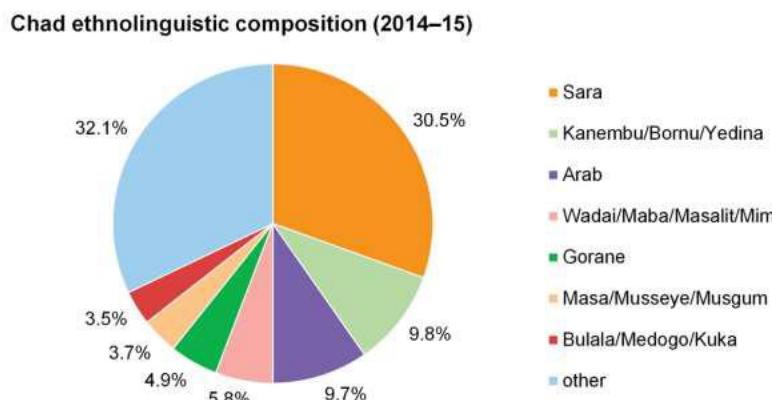
Travailler avec des agents de santé communautaires expérimentés et mener des activités de santé exploitant leurs réseaux et leur expertise actuels pour l'ensemble des questions liées aux maladies et à la santé.

4.7 ORGANISATION SOCIALE

Ethnicité

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

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



© Encyclopædia Britannica, Inc.

Figure 1. Composition ethnolinguistique du Tchad (2014-15)

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

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

Les langues officielles du Tchad sont le français et l'arabe standard moderne. Le français est la langue de travail et de communication de l'administration publique, tandis que l'arabe tchadien est la principale langue véhiculaire du quotidien, couramment utilisée pour les transactions commerciales. Parlé et compris par soixante pour cent de la population, l'arabe tchadien n'est pourtant la langue maternelle que de quelques groupes. Le sara est parlé par 20 % des Tchadiens, autour de la ville de Sarh (dont le nom fait référence au groupe ethnique des Saras) au sud du pays. On peut citer parmi les autres langues le kanembou, parlé par 5 % de la population, principalement dans le sud-ouest du pays, à la frontière camerounaise, ou encore le dazaga (3,8 %) et le maba (3,4 %), parlés dans les zones sahélienne et saharienne au nord du Tchad54.

5. DISCUSSION

- Il est possible de s'appuyer sur des retours d'informations pour modifier les activités de riposte et répondre aux requêtes des communautés.
- La communication doit être adaptée aux langues et idiomes locaux. Il convient également de veiller à ce que le ciblage et les messages ne recourent pas à la culpabilisation et à la stigmatisation.
- Il est capital de privilégier les interventions sanitaires holistiques s'appuyant sur l'expertise de la communauté aux interventions spécifiques à une maladie.

Lors d'épidémies de maladie infectieuse, les risques pour la sûreté des personnes ou les restrictions de mouvement peuvent rendre difficile l'engagement des communautés et l'instauration de la confiance dans une réponse. Dans certains cas, les responsables de la mise en œuvre devront peut-être adopter des protocoles pour mener un engagement en présentiel en toute sécurité ou passer à des options à distance, telles que des plateformes numériques interactives. Des considérations particulières seront nécessaires pour impliquer les populations marginalisées, les populations difficiles à atteindre dans les zones peu exposées aux médias ou les populations en situation de conflit. Il existe de nombreuses difficultés pour mener à bien la communication et l'engagement communautaire dans de tels contextes, notamment (mais sans s'y limiter) :

Augmentation des besoins humanitaires à mesure que les personnes subissent les effets de la maladie et des mesures sanitaires et sociales restrictives (par exemple, insécurité alimentaire, escalade de la violence, détérioration de la santé mentale).

Modification des mesures de santé publique et utilisation de nouveaux outils tels que les vaccins et les traitements, qui nécessitent des mises à jour continues des messages et des activités.

Un manque d'informations sur la maladie et les mesures de prévention, en particulier au début de la réponse, ce qui peut conduire à davantage de rumeurs et de désinformation à mesure que les personnes tentent de combler ces lacunes.

Les perceptions du public vis-à-vis de la réponse, qui peuvent être affectées par ou exacerber les rumeurs, la désinformation, la peur ou le déni.

Certains des mots français utilisés communément dans la réponse à Ebola encouragent involontairement de telles suspicions. Les participant(e)s interprétaient le terme « riposte » (utilisé comme synonyme de « réponse »), à la connotation guerrière, comme une bataille ou une attaque, et « vainqueur » (pour désigner les survivant·e·s) comme la partie victorieuse. D'anciennes observations du Social Sciences Research Group (SSRG, le groupe de recherche en sciences sociales) du fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) soulignaient des préoccupations similaires, mais les organisations intervenant dans la réponse n'ont globalement pas changé ces habitudes linguistiques.

La méfiance dissuade les individus de rechercher un traitement ou d'agir selon des directives de prévention de la maladie. Depuis le début de l'épidémie, la population a l'impression d'avoir été privée de son pouvoir d'action et de son libre arbitre. La peur d'être emmenée dans un centre de traitement Ebola (CTE) ou placée en isolement contre son gré est immense. Les spécialistes de la communication en matière de santé expliquaient que la population associait des termes comme « ambulance » et « isolement » si étroitement avec la mort qu'il valait mieux éviter de les utiliser. Les autochtones nous ont dit être encore plus préoccupées parce que le personnel médical ne parlait pas leur langue ; ils·elles s'inquiètent d'être diagnostiquée·e·s à tort de la maladie à virus Ebola en cas de malentendus.

La confusion liée à certains aspects du virus est également due à l'emploi d'une terminologie médicale spécifique. Le personnel d'intervention utilise des termes techniques en français, même quand ils parlent en swahili ou en nande. Nous avons constaté que la population de Beni comprenait mal certains termes français en apparence simples, comme « allergie », « virus » ou « molécule ».

». L'adoption de la terminologie anglaise telle que swab (« prélèvement ») ou ring vaccination (« vaccination en anneau ») décuple la confusion.

Les spécialistes de la communication en matière de santé ont remarqué que les abréviations compliquaient également le message. Le personnel d'intervention utilise communément « CTE » pour « centre de traitement Ebola », « CT » pour « centre de transit » et « EDS » pour « enterrement digne et sécurisé », car ce sont des sigles pratiques. Mais leur sens n'est pas toujours clair pour les communautés, surtout lorsqu'une abréviation en anglais ou en français est utilisée dans une phrase en swahili.

Certaines expressions liées à la réponse sont ambiguës, car leur signification prend une tout autre dimension dans le contexte local. Le terme « cas » est phonétiquement similaire au diminutif « ka » en nande, et « suspect » est associé à la criminalité. Les locuteur·trice·s du nande interrogé·e·s comprenaient donc « cas suspect » comme un·e criminel·le·insignifiant·e, et ne souhaitaient donc pas être qualifié·e·s de la sorte. De même, « contact » est utilisé dans beaucoup de contextes, allant d'une liste de numéros de téléphone aux rapports sexuels. Même les spécialistes de la communication en matière de santé étaient désorientés par sa signification dans le contexte de la réponse.

Quant aux femmes, elles sont particulièrement susceptibles de mal interpréter le message quand la communication est opaque. Elles sont les premières à prodiguer leurs soins quand quelqu'un tombe malade, et aussi souvent les premières à emmener les membres de leur famille au centre de santé. Mais elles sont aussi moins susceptibles que les hommes d'avoir terminé une scolarité basique. Par conséquent, leur compréhension de la terminologie en français, des affiches en swahili et des informations sanitaires essentielles est souvent limitée. Un grand nombre de femmes expliquaient qu'elles ne faisaient pas appel aux soins de santé professionnels par crainte de malentendus qui pourraient entraîner un diagnostic incorrect.

Les spécialistes de la communication en matière de santé manquent de soutien pour traduire des concepts clés

Ils·elles ont des difficultés à relayer les informations cruciales au sujet d'Ebola aux communautés exposées en les présentant de telle manière que celles-ci les comprennent et les acceptent. Ils·elles traduisent des concepts qui leur sont inconnus depuis le français vers les langues locales, dans un contexte d'alphabétisation généralement faible, et le font actuellement sans aide. Beaucoup saisissent mal ces concepts ; les participant(e)s demandé une formation de perfectionnement sur les principales notions liées à Ebola et à la réponse.

Les spécialistes de la communication en matière de santé sont également amené·e·s à traduire des termes très directs ou alarmants en les reformulant de façon à ce que la population ne les rejette pas parce qu'elle les considère comme irrespectueux ou inquiétants. En effet, elle associe fréquemment à la mort certains mots employés dans la réponse à Ebola et y réagit négativement.

Les spécialistes de la communication en matière de santé interrogé·e·s avaient développé des expressions supplémentaires pour des termes à la connotation hautement négative, comme « isolement », « cas suspect » et « centre de traitement Ebola ». Ces termes supplémentaires adoptent le point de vue des patient(e)s. Ils remplacent les concepts de traitement (quelque chose que les médecins font aux patient(e)s par des concepts de guérison (dans lesquels les patient(e)s ne sont plus l'objet mais le sujet) et se réfèrent aux personnes malades comme à des « patient(e)s » et non des « cas ». Ces expressions offrent en outre une explication simple de notions techniques. Par exemple, une explication de la recherche des contacts en swahili donne littéralement « le suivi de toutes les personnes qui ont été à proximité d'une personne malade ».

Ainsi, des concepts techniques se trouvent humanisés, moins effrayants et plus accessibles aux membres de la communauté. Les organisations intervenant dans la réponse peuvent apprendre de tels exemples. Cependant, en l'absence de directives, chaque spécialiste de la communication crée ses propres explications. Elles varient d'une personne à l'autre et peuvent introduire des imprécisions. Par exemple, le « centre de traitement Ebola » était décrit en nande comme « le lieu où l'on guérit ». Bien que positive, cette traduction pourrait impliquer que toutes les patientes y guérissent.

L'association d'une compréhension incomplète, d'une traduction non guidée et de choix individuels pour l'emploi d'euphémismes crée des incohérences et des contradictions. Les spécialistes autochtones de la communication comprennent la langue et les sensibilités locales, et trouvent donc des manières plus respectueuses et acceptables d'expliquer les concepts clés. Néanmoins, ils·elles ne maîtrisent pas parfaitement ces notions dans la langue de départ, le français, et manquent d'aide pour s'assurer que leurs traductions n'introduisent pas d'erreurs et ne prêtent pas à confusion.

À mesure que la réponse à Ébola évolue, les changements dans les politiques et les pratiques soulèvent des questions et créent des doutes légitimes. Les nouvelles informations semblent contredire ce qui a été énoncé précédemment. Les communautés veulent des explications, alors que les spécialistes de la communication ne disposent pas des données nécessaires, mais suivent simplement de nouvelles instructions.

Les groupes de discussion ont décrété les répercussions négatives sur les communautés de l'absence de réponses crédibles et de messages positifs. Les spécialistes de la communication en matière de santé ont fait part de leur désarroi quant à la perte de confiance qui en résulte.

Les participant(e)s à l'étude ont exprimé leur frustration vis-à-vis d'informations telles que « vous devez vous rendre rapidement au centre de traitement Ebola pour guérir ». Ils/elles souhaitent une explication plus détaillée et élaborée de la raison de leur sélection pour l'étude et du fonctionnement des médicaments préconisés dans le traitement. Ils/elles veulent comprendre pourquoi les femmes enceintes peuvent désormais prétendre à la vaccination alors qu'elles ne le pouvaient pas auparavant. Ils/elles demandent des précisions sur des problèmes complexes afin de pouvoir prendre des décisions éclairées, et souhaitent que ces informations soient présentées dans ce qu'ils/elles appellent un « langage communautaire », c'est-à-dire un langage et un style qu'ils/elles comprennent, avec des mots et des concepts qui leur sont connus.

Des initiatives positives ont été lancées afin de doter les spécialistes de la communication en matière de santé d'outils leur permettant d'apporter des réponses plus efficaces. Fin 2019, des membres du groupe de partenaires en matière de communication des risques et d'engagement communautaire (CREC) ont mis au point des réponses en français simple aux questions fréquentes posées par les communautés. Ces réponses seront très utiles si elles sont régulièrement mises à jour, développées pour être toujours plus précises, et mises à disposition de l'ensemble des spécialistes de la communication en matière de santé au niveau local.

En 2018, le groupe de réflexion Prevent Epidemics a mené une évaluation mondiale sur la préparation des différents pays face à la pandémie, en mesurant 20 indicateurs : de la législation au financement, en passant par la capacité des laboratoires, la surveillance, la capacité de la main-d'œuvre, la communication sur les risques et le déploiement. Le Tchad a reçu la note de 29 sur 100, l'une des plus basses de la région.

L'évaluation a conclu que le Tchad n'était « pas prêt » pour une épidémie, et que si celle-ci venait à se déclarer, elle entraînerait des pertes en vies humaines et un bouleversement politique et économique.

Prevent Epidemics a constaté une volonté politique de préparation, notamment par l'achèvement du plan de préparation, ainsi que certains progrès dans la prévention des zoonoses et dans la vaccination des enfants.

Les principales lacunes mises en évidence étaient un manque de mesures de biosécurité, une faible capacité à déployer les opérations de riposte d'urgence et un manque de coordination entre les autorités de santé publique et les autorités chargées de la sécurité. Selon l'indice de sécurité sanitaire mondiale, le Tchad obtenait en 2019 le score de 28,8 % et affichait des performances relativement bonnes en matière d'adhésion aux normes internationales et d'élaboration de plans. Toutefois, les capacités réelles de son système de santé et de sa surveillance des épidémies étaient insuffisantes.

6. CONCLUSION

Cette recherche a permis d'identifier en profondeur l'analyse de cette surveillance et de riposte en cas d'épidémies, y compris les outils de détection et de prévention au Tchad, tout en identifiant les outils, approches, et défis associés. Les résultats confirment en partie l'hypothèse selon laquelle la façon dont sont relayées les informations par les spécialistes de la communication a une incidence sur le degré de compréhension par la population de ces informations et le degré de certitude à leur égard. Les habitant·e·s et dirigeant·e·s autochtones sont davantage susceptibles d'être des messagerie·s de confiance. Les personnes les moins instruites interprètent les illustrations de façon littérale. Le texte qui les accompagne, et qui n'est compris que partiellement, leur apporte des indices sur le contenu des images et non l'inverse. Les détails des illustrations, y compris le choix des couleurs, influence le degré de compréhension.

En l'absence de supports de référence individuels, les affiches sont un outil de communication important, qui appuie mais ne remplace pas une explication orale. Les solutions proposées comprennent la mise à disposition de cliniques mobiles pour les pasteurs, de listes et de descriptions dans la langue locale des pasteurs nomades (par exemple le peul) et un renforcement des capacités des prestataires de services concernant les besoins et les contraintes des nomades. Le recrutement d'agents de santé et de sage-femmes issus de la communauté nomade peut contribuer à améliorer l'accès aux cliniques ainsi que les relations entre les cliniques et les patients, comme l'ont montré les campagnes de vaccination contre la polio.

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

RECOMMANDATIONS

- Proposer des informations dans les langues autochtones, y compris dans des variantes locales de langues telles que le Sara et l'arabe ;
- Dispenser des formations régulières aux spécialistes de la communication en matière de santé, dans leur langue, à propos de tous les aspects de la réponse, et mettre à jour les supports de formation au fil des changements en termes de politiques et de pratiques ;
- Aider les spécialistes de la communication en matière de santé à traduire les concepts clés en des explications accessibles et précises dans les langues autochtones, et mettre au point des outils et formations qui s'appuient sur leur expertise culturelle ;
- Utiliser un langage plus accessible et davantage axé sur les patient(e)s, et éviter la terminologie technique, les termes empruntés aux langues étrangères et le vocabulaire pouvant être associé aux conflits ;
- Expliquer les raisons qui sous-tendent les changements de politiques et de pratiques, et apporter aux spécialistes de la communication en matière de santé des réponses (en langage simple et régulièrement mises à jour) aux questions de la population ;
- Créer des supports graphiques et audiovisuels détaillés et à jour, et vérifier qu'ils sont compréhensibles et socialement acceptable.
- Comprendre le contexte communautaire.
- Établir la confiance.
- Assurer et maintenir l'adhésion de la communauté.
- Faciliter les solutions communautaires.
- Tirer parti des capacités et des ressources communautaires ; générer une main-d'œuvre communautaire.
- S'engager dans une communication bilatérale honnête et inclusive.
- Écouter, analyser et répondre aux données et aux retours d'information des sciences sociales.
- Considérer l'utilisation de la technologie en termes d'inclusion, de confiance et de confidentialité.
- Décourager et lutter contre la stigmatisation, la discrimination et les rumeurs.
- Cordonner avec tous les acteurs de la réponse.

REMERCIEMENTS

- Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes et institutions qui ont contribué à la réalisation de cette recherche.
- Mes remerciements s'adressent en premier lieu aux experts en santé publique, épidémiologistes, et technologues qui ont accepté de participer aux entretiens, partageant leurs expériences et leurs points de vue éclairés sur l'analyse de cette surveillance et de riposte en cas d'épidémies, y compris les outils de détection et de Prévention au Tchad et Italie. Leur expertise a grandement enrichi cette étude.
- Un merci particulier à mes directeurs et encadrants académiques, pour leurs conseils avisés, leur patience, et leur accompagnement tout au long de ce travail. Je tiens également à remercier mes collègues et amis pour leurs encouragements constants et leurs échanges constructifs.
- Enfin, je dédie ces remerciements à ma famille, pour son soutien moral et inconditionnel, qui a été une source de motivation tout au long de ce projet. À tous, je suis profondément reconnaissant.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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

Faculté des sciences humaines et sociales, Université de N'Djamena. Elle forme les futurs anthropologues, sociologues et spécialistes des sciences politiques, et mène des recherches sur le contexte tchadien. [https://www.universite-ndjamena.td/formation/facultes/faculte-des-sciences-humaines-et-sociales/Université populaire \(UP\).](https://www.universite-ndjamena.td/formation/facultes/faculte-des-sciences-humaines-et-sociales/Université populaire (UP).) L'Université populaire mène des activités de développement professionnel. Elle participe également à promouvoir la bonne gouvernance, la société civile et la citoyenneté.<https://www.peaceinsight.org/fr/organisations/universite-populaire-up/?location=chad&theme>

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

la participation des femmes et des jeunes aux processus publics de prise de décision. <https://www.peaceinsight.org/fr/organisations/cellule-de-liaison-et-d-information-des-associations-feminine>

Union des Syndicats du Tchad (UST). L'Union des Syndicats du Tchad est un acteur puissant et indépendant de la société civile. <http://www.ituc-africa.org/Union-des-Syndicats-du-Tchad-UST.html> Union des Associations des Femmes Arabophones du Tchad (UAFAT). Union-cadre des associations arabophones. <https://www.facebook.com/pages/category/Community-Organization/Union-des-associations-%C3%A9minines-arabophones-du-Tchad-UAFAT-1872343512794867/>

Réseau des femmes ministres et parlementaires du Tchad (REFEMPT), un réseau de femmes parlementaires et ministres oeuvrant pour l'égalité des sexes. <https://www.genreenaction.net/Reseau-des-Femmes-africaines-ministres-et.html>

Association des Autorités Coutumières et Traditionnelles du Tchad (AACTT). Cette association est engagée dans des activités de développement et de plaidoyer (par exemple sur le sujet du mariage d'enfants), ainsi que dans la médiation locale des conflits. <https://www.peaceinsight.org/fr/organisations/association-des-autorites-coutumières-et-traditionnelles-du-tchad>

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

Coordination des Associations et Mouvements des Jeunes du Tchad (CAMOJET), plateforme apolitique d'associations de jeunesse qui défendent les droits humains et la citoyenneté, et promeut le développement social et professionnel des jeunes tchadiens. <https://www.peaceinsight.org/fr/organisations/collectif-des-associations-et-mouvements-de-jeunes-du-tchad>

Conseil Supérieur des Affaires Islamiques (CSAI), le plus haut conseil dédié aux affaires islamiques au Tchad. Conférence Episcopale des Évêques du Tchad (CET), conseil supérieur des affaires catholiques du Tchad. Entente de Eglises et Missions Evangéliques du Tchad (EEMET). L'organisation-cadre représentant les églises évangéliques du pays.

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

Association Help Tchad pour le développement. Activités générales de développement. <https://tadamon.community/organizations/association-help-tchad-pour-le-developpement-atdh/> Overview Action Rurale pour un Développement équitable et endogène (ARDEE). Programmes de développement rural, d'allocations en espèces et de réduction de la pauvreté. Aucun site internet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Association pour la Protection de la Santé, de l'Environnement et la Lutte contre la Pénurie Alimentaire (APSELPA). Programmes de santé, de développement durable et de sécurité alimentaire.

<https://www.facebook.com/pages/category/Community/ONG-Apselpa-1398553736856701/>

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

(en) Alexander Langmuir, « The surveillance of communicable diseases of national importance », New England Journal of Medicine, vol. 268, 1963, p. 182-192 (ISSN 0028-4793).

OMS, Règlement sanitaire international : 2005, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2016, 3e éd., 100 pages (ISBN 978-92-4-258049-5, lire en ligne [archive]).

(en) Stephen B Thacker et Ruth L. Berkelman, « Public Health surveillance in the United States », Epidemiologic Reviews, vol. 10, 1988, p. 164-190 (ISSN 0193-936X).

Félix Vicq d'Azry (s.l.), Mémoire instructif sur l'établissement fait par le Roi d'une commission ou société et correspondance de Médecine, 1776, 60 p. (lire en ligne [archive]).

Jean-Paul Boutin, Livre de l'École du Val-de-Grâce : Annales 2009, Paris, La documentation française, 2010, 337 p. (ISBN 978-2-11-007824-7), « La surveillance sanitaire des combattants », p. 269-289.

(en) Alexander Langmuir, « William Farr: founder of modern concepts of surveillance », International Journal of Epidemiology, vol. 5, 1976, p. 13-18 (ISSN 0300-5771).

(en) Luis Barreto et al., « Polio vaccine development in Canada : contributions to global polio eradication », *Biologicals*, vol. 34, 2006, p. 91-101 (ISSN 1045-1056).

(en) David L. Streiner et Geoffrey R. Norman, *PDQ Epidemiology*, Hamilton (Ontario), B.C. Decker Inc., 1998, 2e éd., 160 p. (ISBN 1-55009-077-1), p. 4-6.

Pierre Brès, *L'action de santé publique dans les situations d'urgence créées par des épidémies : guide pratique*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1981, 314 p. (ISBN 92-4-254207-5), p. 27-33.

« À propos de Sciensano [archive] », sur Sciensano (consulté le 17 février 2019).

Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte dans la Région Africaine : Manuel de formation à la surveillance à base communautaire, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2015, 50 p. (ISBN 978-92-9023-298-8, lire en ligne [archive]).

(en) Julia R. Gog et al., « Spatial Transmission of 2009 Pandemic Influenza in the US », *PLOS Computational Biology*, 2014 (e-ISSN 1553-7358, lire en ligne [archive], consulté le 19 février 2019).

Milos Jenicek et Robert Cléroux, *Épidémiologie : Principes, techniques, applications*, Paris et Québec, Maloine S.A. et Edisem, 1983, 2e éd., 454 p. (ISBN 2-224-00814-7 et 2-89130-069-6), p. 43-77.

(en) Mary E. Proctor, « Surveillance data for waterborne illness detection: an assessment following a massive waterborne outbreak of Cryptosporidium infection », *Epidemiology Infection*, vol. 120, 1998, p. 43-54.

<https://odihpn.org/publication/remplacer-le-langage-de-la-peur-langue-et-communication-dans-la-derniere-reponse-en-date-a-lepidemie-debola-en-republique-democratique-du-congo/>