



REPUBLIQUE DU TCHAD

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

**POLITIQUE NATIONALE DE
NUTRITION ET D'ALIMENTATION
2014 - 2025**

Appui



Novembre, 2013

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|------|
| LISTE DES TABLEAUX..... | iii |
| LISTES DES GRAPHIQUES | iv |
| ACRONYMES ET ABREVIATIONS | v |
| DEFINITION DES TERMES USUELS | viii |
| PREAMBULE..... | 2 |
| I. INTRODUCTION..... | 5 |
| II. CONSTAT ET ENJEUX | 6 |
| III. SITUATION NUTRITIONNELLE | 15 |
| IV. SITUATION ALIMENTAIRE | 22 |
| V. OPPORTUNITES ET CONTRAINTES..... | 23 |
| V.1. Opportunités | 23 |
| V.2- Contraintes..... | 24 |
| VI. BUT..... | 26 |
| VII. VISION 2025 | 26 |
| VIII. PRINCIPES DIRECTEURS | 26 |
| IX. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE..... | 27 |
| X. AXES STRATEGIQUES | 28 |
| AXE STRATEGIQUE 1 : NUTRITION DANS LE SYSTEME DE SANTE..... | 28 |
| AXE STRATEGIQUE 2 : NUTRITION ET SECURITE ALIMENTAIRE..... | 30 |
| AXE STRATEGIQUE 3 : NUTRITION COMMUNAUTAIRE..... | 32 |
| AXE STRATEGIQUE 4 : NUTRITION DANS LE SYSTEME EDUCATIF..... | 34 |
| AXE STRATEGIQUE 5 : RENFORCEMENT DU CADRE INSTITUTIONNEL | 34 |
| AXE TRANSEVERSAL 6 : COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT (C4D) EN FAVEUR DE LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION | 35 |
| AXE TRANSEVERSAL 7 : RENFORCEMENT DES CAPACITÉS NATIONALES EN MATIERE DE NUTRITION ET D'ALIMENTATION | 36 |
| AXE TRANSEVERSAL 8 : ÉLABORATION ET APPLICATION DES NORMES ET LÉGISLATIONS RELATIVES À LA NUTRITION ET A L'ALIMENTATION | 37 |

| | |
|--|----|
| AXE TRANSVERSAL 9 : SYSTEME NATIONAL DE SURVEILLANCE DE L'ALIMENTATION ET DE LA NUTRITION | 38 |
| AXE TRANSEVERSAL 10 : APPUI ET PROMOTION DE LA RECHERCHE APPLIQUEE EN MATIERE DE NUTRITION ET D'ALIMENTATION | 39 |
| AXE TRANSVERSAL 11 : RENFORCEMENT DU Partenariat avec la société civile, LE SECTEUR PRIVE ET LES MOUVEMENTS ASSOCIATIFS locaux | 40 |
| XI. CADRE INSTITUTIONNEL..... | 41 |
| XI.1- Organes de prise de décision..... | 41 |
| XI.2- Organe de coordination | 42 |
| XII. SECTEURS DE MISE EN ŒUVRE (SMIO) DE LA POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION ET D'ALIMENTATION | 42 |
| XIII. MANDATS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA PNNA | 43 |
| XIV. MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES | 43 |
| XIV.1- Ressources Humaines..... | 43 |
| XIV.2- Ressources Financières | 43 |
| xv. SUIVI & EVALUATION | 44 |
| XV.1- Objectif..... | 44 |
| XV.2- Organisation du suivi..... | 44 |
| XV.3- Evaluation de la PNNA..... | 45 |
| XV.4- Principaux indicateurs de Suivi & Evaluation | 46 |
| ANNEXES | 47 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Production céréalière nationale..... | 9 |
| Tableau 2 : Accès à l'eau potable et à l'utilisation des installations sanitaires améliorées..... | 15 |
| Tableau 3 : Evolution des indicateurs de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5ans..... | 17 |
| Tableau 4 : Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5ans dans la bande sahélienne (Août 2013)..... | 18 |
| Tableau 5 : Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants âgés de 6 à 59 mois selon l'indice poids-taille et les œdèmes, par région..... | 19 |
| Tableau 6 : Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants âgés de 0 à 59 mois, par région..... | 20 |
| Tableau 7 : Evolution des indicateurs de pratiques d'alimentation des enfants de moins de 5ans de 1997 à 2010..... | 21 |

LISTES DES GRAPHIQUES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Carte administrative de la république du Tchad..... | 1 |
| Figure 2 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6 – 59 mois | 16 |

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AFD : Agence Française de Développement

AGIR-Sahel : Alliance Globale pour l'Initiative Résilience au Sahel

AGR : Activité Génératrice de Revenues

AME : Allaitement Maternel Exclusif

ANJE : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant

BAD : Banque africaine de développement

CASAGC : Comité d'Action pour la sécurité alimentaire et la gestion des crises

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CECOQDA : Centre de Contrôle de Qualité des Denrées Alimentaires

CNC : Centre National des Curriculas

CNNA : Conseil National de Nutrition et d'Alimentation

CNNTA : Centre national de nutrition et des technologies alimentaires

C4D : Communication Pour le Développement

CPE : Consultation préventive Enfant

CRNA : Comité Régional pour la Nutrition et l'Alimentation

CTP/DNA : Comité Technique Permanent pour le développement de la Nutrition et de l'Alimentation

DAPRO : Division Approvisionnement

DHMA : Division Hygiène du Milieu et Assainissement

DRS : Délégué Régional de la Santé

ECOSIT : Enquête sur la consommation et le secteur informel au Tchad

EDST : Enquêtes Démographiques et Santé au Tchad

ENASS : Ecole nationale des agents sanitaires et sociaux

EVST : Enquête de Vulnérabilité Structurelle au Tchad

FAO : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

FSSH : Facultés des Sciences de la Santé Humaine

GBPH : Guides de Bonnes Pratiques d'hygiène

IEC : Information Education Communication

IRD : Institut Régional de Développement

INSEED : Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques
MAG : Malnutrition Aigue Globale
MAI : Ministère de l'Agriculture et de l'Irrigation
MEPCI : Ministère de l'Economie du Plan et de la Coopération Internationale
MICS : Enquête par grappes à indicateurs multiples
MFB : Ministère des finances et du budget
MSP : Ministère de la santé publique
NV : Naissances Vivantes
ODD : Objectifs de Développement Durable
OMD : Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONASA : Office Nationale de Sécurité Alimentaire
ONDR : Office Nationale de Développement Rural
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
OS : Objectif Stratégique
PAI : Plans d'Aménagement Intégré
PAI/NA : Plan d'Actions Intersectoriels de Nutrition et Alimentation
PAM : Programme Alimentaire Mondial
PCIMA : Protocole de Prise en Charge de la Malnutrition Aigue
PDDAA : Programme Détaillé pour le Développement de l'Agriculture Africaine
PIB : Produit Intérieur Brut
PIDR : Programme d'Intervention sur le Développement Rural
PM : Premier Ministre
PMA : Paquet Minimum d'Activités
PND : Plan National de Développement
PNDE : Plan National du Développement de l'Elevage
PNDS : Plan national de développement sanitaire
PNNA : Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation
PRASR : Projet de Recherche et d'Accompagnement pour la Salubrité des Aliments de la Rue
PQDA : Plan Quinquennal de Développement de l'Agriculture

PNSA : Programme National de Sécurité Alimentaire
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
RC : Relais communautaire
REACH : Renew Effort Against Child Hunger and Undernutrition
RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat
SCA : Score de Consommation Alimentaire
SDEA : Schéma Directeur de l'Eau et de l'Assainissement
SISAAP : Système d'Information sur la Sécurité Alimentaire et l'Alerte Précoce
SMART : Standardized Monitoring and Assessment for Relief and Transitions
SMIO : Secteurs de mise en œuvre
SNE : Société Nationale des Eaux
SNRP : Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté
SNSS : Stratégie Nationale de Sécurité Sociale
SUN : Scaling Up Nutrition
TDCI : Troubles Dus aux Carences en Iode
UBT : Unité Bovine Tropical
UE : Union européenne
UNICEF : Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance

DEFINITION DES TERMES USUELS

Sécurité alimentaire : est assurée quand toutes les personnes, en tout temps, ont économiquement, socialement et physiquement accès à une alimentation suffisante, sûre et nutritive qui satisfait leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires pour leur permettre de mener une vie active et saine; la sécurité alimentaire des ménages est l'application de ce concept à niveau de la famille, où les individus au sein des ménages sont au centre des préoccupations

Sécurité nutritionnelle : existe lorsque la sécurité alimentaire est couplée avec un environnement sanitaire, des services de santé adéquats, une bonne hygiène et de bonnes pratiques d'alimentation afin d'assurer une vie saine à tous les membres du ménage.

Résilience : processus qui consiste, pour un individu affecté par un traumatisme, à prendre acte de l'événement traumatique pour ne plus vivre dans la dépression et se reconstruire

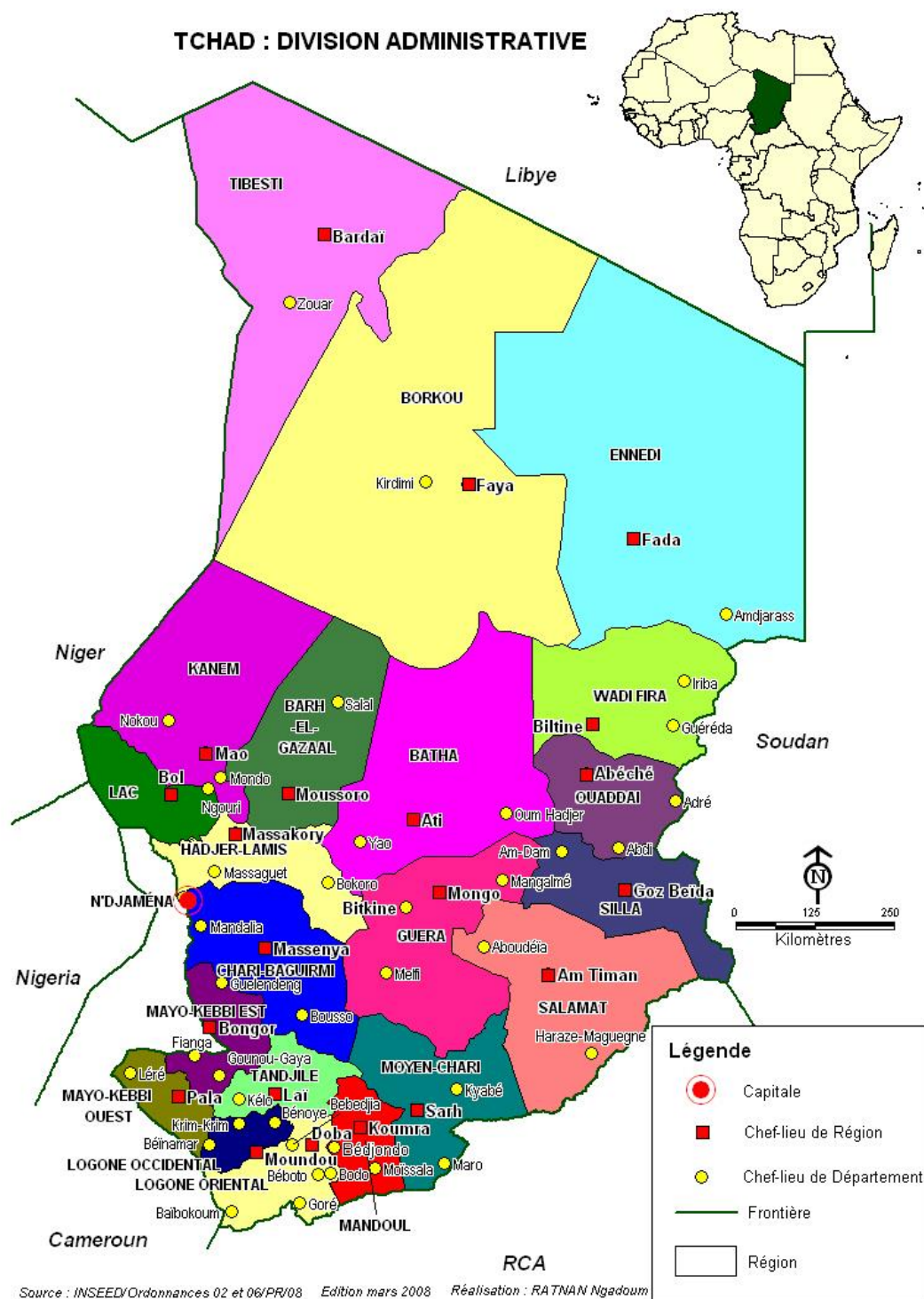


Figure 1 : Carte administrative de la république du Tchad

PREAMBULE

Qui dit population en bonne santé et productive dit nécessairement alimentation saine, bien-être nutritionnel et approvisionnement en aliments sûrs et nutritifs. Il s'ensuit une baisse des coûts des soins de santé et des dépenses sociales et une amélioration de la qualité de vie.

La malnutrition durant les 1 000 premiers jours de la vie d'un enfant, c'est-à-dire entre le début de la grossesse et son deuxième anniversaire, entraîne des conséquences dévastatrices et irrémédiables sur sa santé en général. Elle agit sur ses facultés intellectuelles et d'apprentissage, sur son potentiel de gains futurs donc sa productivité, sur sa résistance aux maladies de toute sorte impactant sur le développement économique des nations, leur stabilité et leur survie. Ce manque de prise en compte de la dimension nutrition durant la petite enfance entrainera donc à l'âge adulte une communauté à faible capacité productive, générant des revenus insuffisants voire inexistantes, pauvre et non résiliente. Il en résultera, des nations peu productives, instables, peu ou pas développées, en insécurité structurelle et sujettes à toute forme de déstabilisation. Il est aujourd'hui admis, que la pauvreté est un phénomène multidimensionnel dont la malnutrition constitue l'un des indicateurs les plus représentatifs.

Il faut noter que les troubles nutritionnels ne résultent pas seulement d'une insuffisance en termes d'accès physique à l'alimentation puisque même des enfants vivant dans de bonnes conditions sont sujets à l'anémie carencielle, à l'insuffisance ou à la surcharge pondérale voire au retard de croissance. Ce serait plutôt lié à l'association de mauvaises pratiques en matière d'alimentation, d'allaitement maternel et en particulier exclusif, des soins inadéquats, de l'inaccessibilité aux services de santé et des mauvaises conditions d'hygiène entre autres.

Donc, investir dans la nutrition est un acte de développement intelligent car cela aide les nations à rompre avec le cycle de la pauvreté, permet d'augmenter leur PIB d'au moins 2-3 % par an. Selon le mouvement SUN (Scaling Up Nutrition), investir 1 dollar US dans la nutrition peut rapporter jusqu'à 30 dollars US.

Vue la multiplicité des secteurs concernés par les questions de nutrition et alimentation, une approche globale est plus que jamais indispensable: Santé à l'évidence mais aussi Agriculture, Education, Affaires Sociales, Elevage, Economie et Plan, Commerce et Industrie, Communication, Hydraulique, Législation, Environnement, Recherche et Formation etc. A cet effet, l'engagement du Gouvernement est nécessaire et doit être fondé sur des objectifs de bien-être nutritionnel.

La Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation devrait permettre de renforcer la coordination des intervenants sectoriels en nutrition et d'harmoniser les activités pour une optimisation des ressources, de leur utilisation et de leur impact. Les actions mises en œuvre dans ce cadre auront donc comme finalité la promotion, dans l'alimentation et le style de vie, des facteurs de protection de la santé et la réduction de l'exposition aux facteurs de risque de maladies chroniques. La PNNA privilégie la cohérence, la complémentarité et la synergie des différentes mesures, actions et réglementations pour tendre vers les objectifs fixés. Les stratégies et actions, mises en place et coordonnées dans le cadre des plans d'action sectoriels qui seront développées par les départements étatiques concernés, qui ont un impact sur l'état nutritionnel de la population, doivent être cohérentes, sans contradiction, et être en parfaite synergie selon la vision de la politique pour une efficacité et une pérennité garanties en termes d'impact d'ensemble.

Aussi, l'intervention en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel permet de contribuer directement et indirectement à l'atteinte des Objectifs du Millénaire de Développement (OMD) qui ont servi de cadre commun pour l'action et la coopération au niveau mondial sur le développement depuis qu'ils ont été adoptés en 2000. A environ deux ans de leur date limite (2015), il faut reconnaître que des progrès importants ont été faits en vue d'atteindre ces objectifs, surtout en matière d'éducation et de lutte contre la pauvreté même si presque aucun pays africain ne pourrait atteindre tous les objectifs.

Conscients de ce défi, l'un des principaux résultats de la Conférence de Rio +20¹ fut l'accord des États membres sur l'élaboration d'un ensemble d'objectifs pour le

¹ La Conférence de Rio sur le développement durable (Rio+20) qui s'est tenue à Rio de Janeiro du 20 au 22 juin 2012

développement durable (ODD), qui pourraient être un outil utile pour la poursuite de l'action ciblée et cohérente en matière de développement durable.

Depuis, l'ONU travaille en étroite collaboration avec les différents partenaires internationaux sur un nouveau cadre de développement durable solide et ambitieux au-delà de 2015 dénommé : Agenda post 2015. Il englobe onze axes stratégiques, à savoir : les inégalités, la santé, l'éducation, la croissance et l'emploi, l'environnement, la gouvernance, les conflits et la sécurité, la dynamique des populations, la faim, la sécurité alimentaire et nutritionnelle, l'énergie et l'eau.

Ces nouveaux Objectifs dits de Développement Durable (ODD), devront se matérialiser dans le cadre d'une approche de politique intégrée en vue d'assurer un développement économique inclusif, un développement social inclusif et la durabilité de l'environnement dans le cadre d'un programme de développement qui répond aux aspirations de tous les peuples pour un monde libéré du besoin et de la peur.

Un rapport dans ce sens intitulé « Réaliser l'avenir que nous voulons pour tous », contenant des recommandations sur le programme de développement pour l'après-2015 a été soumis au Secrétaire Général des Nations Unies à la fin du mois de mai 2013 afin de servir de document de travail lors de la soixante-huitième Assemblée générale des Nations Unies (2013-2014)².

² Octobre 2013

I. INTRODUCTION

Le droit à une nutrition adéquate est fondamental. Il exige protection, promotion, sécurité alimentaire, bonne santé et soins adéquats.

Il est désormais démontré que : (i) la malnutrition demeure un problème de santé des plus sérieux dans le monde et une cause principale de la mortalité autant infantile que maternelle; (ii) des solutions existent pour réduire la malnutrition, qui représente un excellent investissement sur le plan économique ; (iii) la mise en place de politiques spécifiques augmente les chances de réduire la malnutrition. L'inaction dans ce domaine a été reconnue parmi les sources de l'insuffisance des progrès accomplis pour l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le Développement, la malnutrition ayant freiné la croissance économique et perpétué la pauvreté.

L'investissement dans la Nutrition et l'Alimentation doit être une priorité de développement, basée sur la volonté d'édifier un capital humain productif, garant d'une économie forte. De ce fait, investir dans des interventions de nutrition et d'alimentation bien éprouvées, peu coûteuses et efficaces constitue l'une des manières les plus intelligentes de sauver des vies et d'améliorer la croissance intellectuelle, physique et sociale des individus.

Le regain mondial actuel en faveur de la nutrition a vu ces dernières années l'émergence de plusieurs programmes au niveau international comme le mouvement Scaling Up Nutrition (SUN) et les initiatives REACH³ et AGIR-Sahel (Alliance Globale pour l'Initiative Résilience au Sahel), auxquels la République du Tchad a officiellement adhéré en 2012 (REACH) et en 2013 (SUN, AGIR).

Le Tchad s'est engagé dans une démarche multisectorielle pour la nutrition et l'alimentation. Le pays a mis en place des organismes spécialisés rattachés à des ministères clés, notamment le Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire (CNNTA) du Ministère de la Santé publique et le Comité d'Action pour la sécurité alimentaire et la gestion des crises (CASAGC) du Ministère de l'Agriculture.

³ REACH (Renew Effort Against Child Hunger and Undernutrition) est une initiative de 4 agences (FAO, OMS, PAM et UNICEF) du système des Nations Unies

En outre depuis fin 2012, le Gouvernement Tchadien s'est engagé, à travers son adhésion à l'Initiative de partenariat REACH, dans une dynamique de coordination de tous les acteurs clés afin de renforcer les activités de nutrition au Tchad, y compris le secteur privé, la société civile, les donateurs et le système des Nations Unies. Le résultat immédiat de cette initiative fut la mise en place d'un cadre de coordination multisectorielle, multi-acteurs dénommé « Plateforme multisectorielle », dont l'une des premières activités fut le lancement et l'accompagnement du processus visant à élaborer la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation.

Le processus d'élaboration de cette politique s'est déroulé selon les étapes suivantes:

- 1- Constitution d'une plateforme multisectorielle composée de représentants des différents Départements et de personnes ressources impliquées dans le domaine de la nutrition et de l'alimentation
- 2- Réalisation d'une analyse de la situation nutritionnelle et alimentaire de la population tchadienne
- 3- Appui d'un Consultant international pour l'identification des objectifs et axes stratégiques qui seront disséminés, partagés et discutés avant leur adoption avec tous les acteurs et intervenants impliqués dans le domaine de la nutrition et de l'alimentation
- 4- Le contenu émanant de cette démarche participative a été à la base de l'élaboration de ce document de politique

II. CONSTAT ET ENJEUX

Le Tchad est l'un des vastes territoires situé au cœur du continent africain entre les 8^{ème} et 24^{ème} degrés de latitude Nord et les 13^{ème} et 24^{ème} degrés de longitude Est. Il couvre une superficie de 1 284 000 km². Entièrement enclavé, il est entouré par la Libye au Nord, la RCA au Sud, le Soudan à l'Est, le Cameroun, le Niger et le Nigeria à l'Ouest.

Le Tchad présente une diversité de paysages et bénéficie de trois types de climat dont un climat saharien au nord représentant 47 % de la superficie du pays recevant moins de 300 mm de pluies par an, un climat sahélien au centre (région de N'Djamena) qui couvre 43 % du territoire national, reçoit entre 300 et 900 mm de pluies par an et un climat

soudanien au sud qui occupe 10 % du territoire national bénéficie de 800 à 1200 mm de pluies par an.

Au **niveau démographique**, la population totale du Tchad était, en 2009, de 11 039 873 habitants, dont 78% vivaient en milieu rural au dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH2) avec un taux d'accroissement naturel de 3,5% par an. Sur cette base, cette population a dépassé 12 millions d'habitants en 2012⁴ et pourrait avoisiner les 16 millions d'habitants en 2020⁵. Avec 7 enfants par femme, le Tchad avait en 2010, avec le Niger, la fécondité la plus élevée du monde. Par ailleurs un Tchadien, sur deux a moins de 15 ans et plus de deux Tchadiens sur trois ont moins de 25 ans. Dans ce contexte, on doit s'attendre dans les 20 ans qui viennent à un doublement de la population totale et à un doublement du nombre de jeunes arrivants sur le marché de l'emploi. Ce nombre devrait passer de 140.000 en 2012, à 210.000 en 2020, et 280.000 en 2030. Ce qui correspond à 1,7 million d'emplois à trouver ou à créer entre 2010 et 2020, et à 2,5 millions entre 2020 et 2030⁶. On doit s'attendre aussi à un triplement de la population urbaine et de celle de N'Djamena, et à un quasi-doublement de la population rurale.

La densité moyenne de la population tchadienne qui est de 8,6 habitants/km cache une répartition inégale sur le territoire national. C'est dans la zone méridionale du pays que la densité est la plus élevée, notamment dans la région du Logone Occidental avec plus de 90 habitants/km², alors qu'elle est en dessous de 1 habitant/km² dans les régions de Borkou, de l'Ennedi Est, de l'Ennedi Ouest et du Tibesti.

Pour ce qui est de la **pauvreté**, le Tchad, pays enclavé, se classe parmi les 10 pays les plus pauvres en termes de développement humain. Il se situe au 184^{ème} rang sur 187 pays avec un Indice de développement humain de 0,340⁷. Malgré une croissance économique satisfaisante durant la dernière décennie, soutenue par les revenus tirés de la production pétrolière, la pauvreté touche plus de la moitié de la population (MEPCI, 2013). Et, bien qu'en recul, l'extrême pauvreté touche encore 46,7 % de la population tchadienne en 2011 contre 55,0 % en 2003. La pauvreté a régressé durant cette période (entre 2003 et 2011) dans toutes les régions du Tchad à l'exception du Logone Occidental et de la

⁴ Etude Dividende Démographique au Tchad, 2012 , AFD /IRD

⁵ Projections réalisées dans le cadre de l'étude Dividende Démographique au Tchad, 2012

⁶ Etude Dividende Démographique au Tchad, 2012 , AFD /IRD

⁷ PNUD : Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2013

Tandjilé où elle passe respectivement de 57,6 % à 66,4 % et de 62,4 % à 65,3 %⁸. Avec 59 % des pauvres vivants en milieu rural contre 25 % en milieu urbain, la pauvreté demeure un phénomène plutôt rural. Le Tchad fait face aussi à des défis complexes et multiformes liés à l'instabilité dans la sous-région, à l'impact de l'environnement (sécheresse, dégradation des sols, inondations, etc.) sur la sécurité alimentaire, et à la conjoncture économique internationale (cours du pétrole). Par ailleurs, le pays doit gérer les conséquences d'une croissance démographique élevée (3,6 % par an).

L'économie du Tchad reposait et repose encore pour l'essentiel sur l'agriculture et l'élevage. Malgré la mise en production des gisements du pétrole dans le Sud, l'agriculture et l'élevage sont les deux secteurs qui emploient le plus de Tchadiens (INSEED, 2012).

Même si, depuis 2003, la croissance du pays dépend largement de l'évolution du marché pétrolier, en dépit des efforts pour diversifier l'économie et la rendre moins dépendante du pétrole (qui représente 40% du PIB en 2010 et 90% des exportations), l'élevage et l'agriculture vivrière qui représentent 24% du PIB et le commerce qui représente 11,6% en sont les autres grands secteurs. L'industrie manufacturière occupe une place marginale (1,3% du PIB) et repose essentiellement sur le sucre et le coton (on estime que plus de deux millions de personnes vivent du coton directement ou indirectement). Le Tchad possède peu de ressources minières (étain). L'uranium du Nord et du Sud ne sont pas encore exploités.

La croissance du produit intérieur brut (PIB) du Tchad a atteint 7,2 % en 2012 et se situerait à 7,4 % en 2013. L'activité économique devrait être portée par le dynamisme des secteurs agricole et pétrolier grâce notamment à la mise en œuvre des projets de l'État en matières industrielles, énergétiques et agropastorales. À cause des aléas climatiques subis par le secteur agricole en 2011 et 2012 l'inflation a connu une accélération à 7 % en 2012. Elle pourrait retomber à 3,1 % en 2013⁹.

L'agriculture tchadienne occupe une place prépondérante dans l'économie nationale et reste le moteur de développement du pays, malgré l'accession du Tchad au rang des pays producteurs et exportateurs du pétrole en 2003. Le pays, dispose d'importantes ressources : 39 millions d'hectares de terres cultivables (FAO, 2011) et la première

⁸ INSEED, ECOSIT3, 2011

⁹ Perspectives économiques en Afrique (PEA) 2013

contribution de l'agriculture tchadienne dans l'économie est sa large part dans la formation du PIB estimée à 23 %, dont 20% proviennent de la production vivrière et 3% des cultures de rente.

Après les grandes sécheresses des années 70 et 80, la production de céréales connaît une augmentation. Elle est passée de 1 229 738 tonnes à 1 778 035 tonnes de 1999 à 2010 (voir tableau 1 ci-dessous). Elle connaîtra une forte chute durant les campagnes 2004/2005 et 2009/2010, suite aux sécheresses de ces périodes. Les facteurs qui contribuent à l'amélioration de la production sont principalement l'augmentation des surfaces cultivées, l'utilisation de plus en plus importante d'engrais, une bonne pluviométrie, etc¹⁰.

Tableau 1 : Production céréalière nationale

| Période | Production (tonnes) |
|------------------|----------------------------|
| 1999-2000 | 1 229 738 |
| 2000-2001 | 929 515 |
| 2001-2002 | 1 322 056 |
| 2002-2003 | 1 212 390 |
| 2003-2004 | 1 618 139 |
| 2004-2005 | 1 212 905 |
| 2005-2006 | 1 743 609 |
| 2006-2007 | 1 991 122 |
| 2007-2008 | 1 885 729 |
| 2008-2009 | 1 778 035 |
| 2009-2010 | 1 134 676 |

Source: Direction de la production et des statistiques agricoles, MAI

Le potentiel de développement de l'agriculture tchadienne est certes substantiel, mais l'avenir à long terme du secteur dépendra en grande partie des programmes et projets centrés sur les axes stratégiques suivants¹¹ :

¹⁰ Source : Rapport sur la situation des interventions dans les domaines alimentaire et nutritionnel au Tchad, CNNTA, Août 2013

¹¹ Source : Rapport d'étude sur la biotechnologie au Tchad, 2008

- La maîtrise de l'eau, indispensable pour assurer la sécurité alimentaire, accroître la productivité du secteur et diversifier les cultures;
- La structuration du monde rural essentiellement pour renforcer l'influence des paysans sur les décisions qui les concernent et pour promouvoir des initiatives et gérer les services que les pouvoirs publics peuvent de moins en moins assurer ;
- Le développement et la diversification de secteur agricole dépendront aussi d'un vaste programme d'infrastructures visant à désenclaver les zones de production et à réduire les coûts de transport qui pénalisent lourdement l'approvisionnement du monde rural et la commercialisation de produits agricoles par la limitation de l'accès des producteurs aux marchés ;
- L'approvisionnement en intrants et en équipement du monde rural
- L'investissement en matière d'infrastructures et d'équipements de transformation et de conservation pour éviter les pertes post-récoltes, post-captures, etc.

Le Tchad a engagé depuis 2012 un processus dynamique et participatif devant le doter d'un **Système d'Information durable sur la sécurité alimentaire et l'alerte précoce (SISAAP)**. Un tel dispositif bientôt fonctionnel, devrait permettre de mieux protéger la sécurité alimentaire des populations vulnérables et à faible résistance, et de pouvoir anticiper les réponses adéquates mais surtout, pouvoir assurer une meilleure coordination des réponses en situation de crise.

Sur le plan de l'élevage et notamment du pastoralisme, le Tchad dispose du plus grand potentiel en termes d'élevage de la sous-région. Son élevage joue un rôle capital dans la sécurité alimentaire des ménages du monde rurale. Trois systèmes d'élevage y sont pratiqués : un système nomade (camelin, ovin, caprin, asin) dans la zone saharienne désertique, un système nomade et transhumant (bovin, camelin, ovin, caprins, asin, volaille) dans la zone sahéenne pastorale, un système sédentaire et transhumant dans la zone sahéenne agro-pastorale (bovin, ovins/caprin, équin, asin, volaille) et dans la zone soudanienne (bovin, ovins/caprin, équin, asin, porc, volaille). Les systèmes nomades sont essentiellement orientés vers la vente du lait et du bétail sur pied tandis que les systèmes sédentaires sont destinés aux besoins de l'agriculture (bœufs d'attelage) et à l'autoconsommation.

Le pays dispose d'un cheptel estimé à plus de 19 millions de têtes (toutes espèces confondues)¹², constitué par plus de 7 millions de bovins, 8 millions d'ovins-caprins et de 3 millions de camelins et 30 millions de volailles. Au total, ce capital représente une Unité Bovine Tropicale (UBT) par habitant contre une moyenne mondiale d'une UBT pour 6 habitants. Environ 40 % des ménages ruraux tirent de l'élevage la quasi totalité de leurs revenus. Environ 80% du cheptel tchadien est régi par les systèmes pastoraux mobiles très diversifiés, et largement tributaires des ressources naturelles renouvelables. Et, depuis plus d'une décennie, on assiste à une dégradation continue des conditions de production pastorale. Les ressources naturelles se raréfient sous l'influence de l'augmentation du cheptel.

Le secteur de l'élevage qui représente 53% du PIB du secteur rural fait vivre environ 40% de la population rurale. L'élevage joue un rôle important dans la création d'emplois et la distribution des revenus en milieu rural, demeurant quelques fois la seule source de revenus pour les populations les plus défavorisées et l'unique mode d'exploitation des zones semi arides.

Concernant les **ressources halieutiques**, la pêche est effectuée dans de nombreux plans d'eau que compte le pays. Il s'agit notamment du lac Tchad, des fleuves Chari et Logone, des lacs intérieurs et des plaines inondées. Les activités de pêche, de transformation, transport, distribution, commercialisation des produits de la pêche contribuent fortement à la consommation alimentaire des tchadiens. L'exploitation de celles-ci est génératrice de revenus importants. Le potentiel halieutique du territoire tchadien est évalué entre 144 000 tonnes/an en période de sécheresse et à 288 000 tonnes/an en période de bonne pluviométrie. Les quantités de prises sont estimées à 50kg/ha/an pour les cours d'eau sans zones inondables et de 100 kg/ha/an pour les cours d'eau contiguës aux zones inondables. D'autres ressources halieutiques composées des organismes aquatiques végétaux ou animaux sont abondantes dans les fleuves et lacs du Tchad. Les activités de la pêche au Tchad sont essentiellement réalisées par le secteur privé constitué de communautés de pêcheurs, de transformatrices et d'un grand nombre de transporteurs et commerçants. Le nombre de pêcheurs est estimé à 171.000 toutes catégories confondues dont 17.000 pêcheurs professionnels et 154.000 agro-pêcheurs. Seulement près de 20 000 personnes sont impliquées dans la commercialisation. La contribution de la pêche au PIB est d'environ 3%. Le secteur est en cours de

¹² FAO, 2011

restructuration. Le plan directeur de la pêche définit les axes stratégiques du sous secteur de la pêche. Il a permis de dresser l'état des lieux et de définir les projets prioritaires de développement de la pêche et de la pisciculture.

Il existe en ce moment un projet dénommé Projet de Développement de la Pêche (PRODEPECHE) qui est partie intégrante du programme d'intervention sur le développement rural (PIDR) dont les objectifs sont l'instauration de la sécurité alimentaire à l'échelon national, la contribution du secteur rural à la croissance de l'économie nationale et la création d'emplois, la création d'une dynamique d'auto développement local et l'amélioration générale du niveau de vie des ruraux. Plus spécifiquement, le projet a été conçu pour lever les principales contraintes auxquelles le sous-secteur est confronté, à travers l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'aménagement intégré (PAI), la mise en place des infrastructures d'appui à la commercialisation et le renforcement des capacités nationales en matière de gestion de la filière pêche.

Pour ce qui est des **situations d'urgence**, le gouvernement a mis en place un Comité d'Action pour la sécurité Alimentaire et la gestion des crises (**CASAGC**), dont les informations traitées et analysées par le **SISAAP** (Système d'Information sur la Sécurité Alimentaire et l'Alerte Précoce) en cours de mise en place permettront de faciliter la prise de décision à temps. Un plan de contingence est également en cours de finalisation.

Le **système de santé** du pays est un système pyramidal à trois (3) niveaux de responsabilités et d'activités qui sont :

- ✓ **Un niveau central qui est le niveau de conception et de prise de décisions**
- ✓ **Un niveau intermédiaire qui est le niveau stratégique**
- ✓ **Un niveau périphérique qui est le niveau de mise en œuvre**

C'est dans le domaine de la **santé** que les progrès vers les OMD ont été les plus lents, le taux de mortalité infantile a peu diminué. Au rythme actuel, la mortalité infantile ne serait pas significativement réduite à l'horizon 2015. L'écart avec l'objectif du millénaire serait encore de 67 points. La mortalité maternelle, de 827 décès pour 100.000 naissances vivantes (NV) en 1996/1997, a augmenté à 1.099 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2004 (EDST 1 et 2). En 2009, elle est estimée à 1084 décès pour 100 000 NV par le Recensement Général de la Population et de l'Habitat

(RGPH 2009) et demeure à un niveau élevé, avec une réduction de 1,36% entre 2004 et 2009. A ce rythme l'OMD 5 ne sera pas atteint. La mortalité infantile était de 103 pour mille en 1996/1997, de 102 pour mille en 2004 et de 109 décès pour 1000 NV en 2010 (MICS 2010).

Par ailleurs, une couverture sanitaire limitée et une qualité de soins insuffisante contribuent à des niveaux très élevés de mortalité infantile et maternelle. Les insuffisances du système de santé sont aussi aggravées par un faible accès à l'eau potable et à des problèmes d'hygiène et d'assainissement.

Le **profil épidémiologique du Tchad** est caractérisé par la prévalence des maladies endémiques et épidémiques, au premier rang desquelles le paludisme, la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, le VIH/sida et la diarrhée. Certaines pathologies non transmissibles dont la malnutrition, les traumatismes, les maladies cardio-vasculaires et métaboliques constituent aussi des causes importantes de morbidité et de mortalité. Sur les dix dernières années, les premières causes de consultations chez les moins de cinq ans dans les structures sanitaires sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques et la malnutrition.

Au Tchad, la **couverture vaccinale** reste encore très faible. Pour chacun des vaccins, le pourcentage d'enfants complètement vaccinés avant 12 mois va de 15% à moins de 50%¹³. En d'autres termes, plus de la moitié n'est pas vaccinée ou l'est partiellement contre l'une ou l'autre des maladies de l'enfance. Aucune tendance dans la couverture vaccinale ne semble se dégager au cours du temps, et ce pour tous les types de vaccins.

La consultation préventive enfant (CPE) est une activité du Paquet Minimum d'Activités la moins développée. Cette situation est liée au fait que la prise en charge intégrée de l'enfant ne se fait pas systématiquement dans les centres de santé.

En matière de **nutrition et d'alimentation**, d'année en année, le gouvernement et ses partenaires au développement s'organisaient pour faire face ou prévenir les crises et apporter des appuis aux couches de la population potentiellement vulnérables. La conduite et la réussite de cette mobilisation nationale dépendaient cependant d'un fort leadership des Agences des Nations unies et des ONG internationales. Les faiblesses institutionnelle et opérationnelle des structures nationales en charge des questions

¹³ Source : MICS 2010

d'alimentation et de nutrition et l'absence d'un ancrage institutionnel des interventions en temps de crise expliquent ce leadership.

En réalité, le Tchad ne disposait pas de politique nationale de nutrition et d'alimentation pouvant fixer les cadres des interventions et les rôles des acteurs. Par exemple, dans le domaine de la nutrition, la faiblesse des capacités opérationnelles du Centre National de Nutrition et de technologie Alimentaire (CNNTA) ne lui permettait pas de jouer pleinement son rôle de coordination, de contrôle, de supervision et de recherche-action pour un meilleur leadership des interventions dans ce domaine.

Concernant, le **système éducatif**, le taux brut de scolarité est estimé à 52% (MICS 2010) au niveau primaire et à 19,9 % au niveau secondaire (DAPRO 2010). Par ailleurs, le taux de fréquentation scolaire des garçons est de 57% pour le groupe d'âge 6-15 ans et de 38% chez les filles (ESDT II, 2004).

L'**analphabétisme** atteint des niveaux alarmants, touchant trois-quarts de la population. Le taux d'analphabétisme des adultes de 15 ans et plus estimé à 66,22 % (DAPRO 2010), est l'un des plus élevés de la sous région. Une attention toute particulière devrait être accordée à l'alphabétisation, surtout celle des femmes en âge de procréer. La proportion de femmes et d'hommes qui ne savent pas lire reste élevée (88% et 65% respectivement) et la proportion d'hommes alphabétisés est environ trois fois plus élevée que celle des femmes (35% contre 12%)¹⁴. La proportion de femmes instruites est de 27% contre 46% pour les hommes.

L'accès à l'**eau potable** et à un environnement sain est essentiel pour réduire la malnutrition des enfants de moins de 5 ans. L'eau non potable peut être un vecteur de maladies telles que le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde, la schistosomiase, etc. L'accès à l'eau potable demeure insuffisant au Tchad, même s'il est en nette évolution. L'approvisionnement en eau potable est assuré au Tchad par la S.N.E, moins du tiers de la population (31,3%) ont accès à l'eau potable dont 11,2% utilisent l'eau de robinet et 20,1% l'eau des fontaines publiques. Onze virgule un pour cent (11,1%) de la population s'approvisionnent en eau de surface (fleuve, rivière et mare). En milieu rural, seuls 32,7% de la population ont accès à l'eau potable (DHMA, 2010).

¹⁴ Selon l'EDST II

La population vit dans des **conditions d'assainissement et d'hygiène** insalubres. Selon la DHMA, la grande partie (88%) de la population ne dispose pas de latrines améliorées. Ces conditions d'insalubrité sont à l'origine des épidémies de choléra et de fièvre typhoïde.

Beaucoup de problèmes de santé publique au Tchad sont créés ou aggravés par les mauvaises habitudes de la population qui connaît peu l'importance de bonnes pratiques en matière d'hygiène.

Tableau 2 : Accès à l'eau potable et à l'utilisation des installations sanitaires améliorées

| Indicateurs | EDS | MICS | EDS | MICS |
|--|---------|-------|------|-------|
| | 1996/97 | 2000 | 2004 | 2010 |
| Ménages (EDS) ou population (MICS) utilisant des sources d'eau de boisson améliorée | 27% | 31,3% | 36% | 52,1% |
| Ménages (EDS) ou population (MICS) utilisant des installations sanitaires améliorées | 7% | 1,4% | 3,9% | 15,5% |

Note : EDS : Enquête démographique et de santé ; MICS : Enquête par grappes à indicateurs multiples

Les problèmes liés à la dégradation de l'**environnement** et le **changement climatique** exacerbent le problème de la dénutrition au Tchad et risquent de compromettre les initiatives prises actuellement pour réduire la pauvreté et la malnutrition, en particulier dans les régions de la bande sahéenne.

En réponse à ces défis et en harmonie avec les **objectifs du millénaire** et les différents sommets et forums mondiaux en faveur de la nutrition, le Tchad a décidé, de faire de la lutte contre la malnutrition et la sous alimentation l'une de ses préoccupations en matière de développement.

III. SITUATION NUTRITIONNELLE

Des progrès ont été enregistrés ces dernières années dans la lutte contre la malnutrition des enfants mais ils restent très insignifiants. La malnutrition continue de sévir de manière endémique au Tchad et particulièrement dans sa bande sahéenne. Depuis les enquêtes EDS1 1997 jusqu'au MICS2 2010, les prévalences des différentes formes de la

malnutrition sont préoccupantes et voir même critiques dans l'ensemble du pays. Elles dépassent le seuil d'intervention de 15% pour la malnutrition aiguë.

Depuis 1996, les prévalences de la malnutrition aiguë globale, du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale sont restées élevées dans l'ensemble du pays, au-dessus du seuil de l'OMS. La situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans est très critique. Les taux de malnutrition aiguë globale sont passés de 14,1% en 1996 (EDST, 1996-1997) à 15,7% en 2010 (MICS 2010) au-delà du seuil critique de l'OMS.

Les régions situées dans la bande sahélienne sont les plus touchées par la malnutrition. Depuis 2010, elles font l'objet d'une surveillance nutritionnelle rapprochée. Et, depuis l'instauration des enquêtes SMART en 2010, le seuil critique de la malnutrition aiguë globale (>15%) est dépassé dans toutes les régions en période de soudure. Deux enquêtes nutritionnelles y sont conduites chaque année : une pendant la période de soudure et l'autre pendant la période post-récolte.

Même, en période post-récolte, certaines régions restent en situation critique. Il n'y a pas eu un recul de la malnutrition ces dernières années comme le montre le graphique 1 suivant¹⁵ qui, donne une représentation comparative des résultats d'enquêtes conduites pendant la période post-récolte de 2011 et 2013.

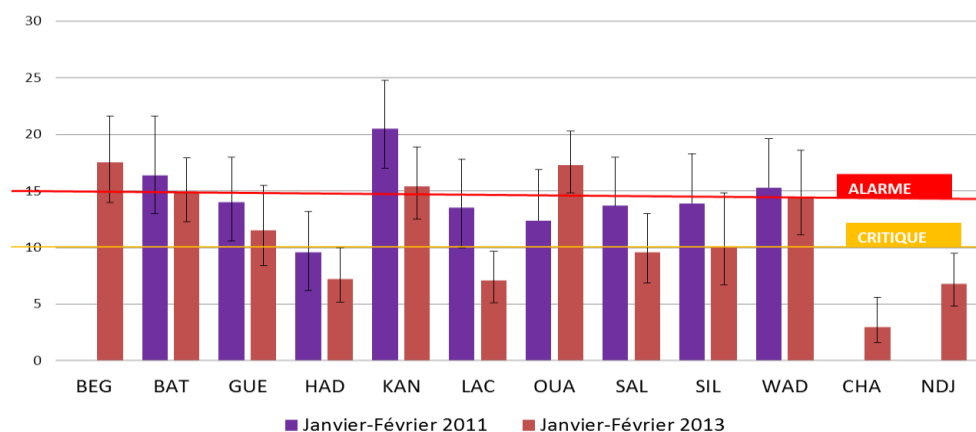


Figure 2 : Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de 6 – 59 mois

¹⁵ Rapport sur la situation des interventions dans les domaines alimentaire et nutritionnel au Tchad, CNNTA, Août 2013

Les taux de retard de croissance, ou malnutrition chronique, sont passés de 40,1% en 1996 à 38,7% en 2010. La prévalence de l'insuffisance pondérale est restée aussi très élevée passant de 38,8% en 1996 à 30,3% en 2010¹⁶.

Tableau 3 : Evolution des indicateurs de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5ans

| Enfants de moins de 5 ans | Seuil critique de l'OMS | EDS 1996/97 | MICS 2000 | EDS 2004 | MICS 2010 |
|--|--------------------------------|--------------------|------------------|-----------------|------------------|
| Malnutrition Aigue (Emaciation) | > 15% | 14,1% | 12% | 13,5% | 15,7% |
| Malnutrition Chronique (Retard de croissance) | > 40% | 40,1% | 28% | 40,9% | 38,7% |
| Insuffisance Pondérale | > 30% | 38,8% | 28% | 36,7% | 30,3% |

Note: EDS : Enquête démographique et de santé ; MICS : Enquête par grappes à indicateurs multiples

Le niveau de la malnutrition chronique au Tchad est supérieur aux seuils d'alerte de l'OMS (20%) depuis plus d'une décennie¹⁷. Ce niveau résulte d'une combinaison des facteurs, notamment une faible disponibilité alimentaire, une alimentation inadéquate des nourrissons et des jeunes enfants, des infestations parasitaires dues à un environnement sanitaire déficient et de la pauvreté monétaire. La malnutrition est aggravée par les prix élevés des denrées alimentaires et la faible capacité des institutions de l'Etat à faire face aux besoins urgents de soins et de nutrition de la partie la plus vulnérable de la population avec des programmes de protection sociale.

Les résultats de l'enquête SMART 2013, montrent que durant la période de soudure, la situation nutritionnelle dans la bande sahéenne fut marquée par des niveaux de

¹⁶Enquête MICS, 2010

¹⁷ Rapport sur la situation des interventions dans les domaines alimentaire et nutritionnel au Tchad, CNNTA, Août 2013

prévalence de malnutrition critiques dans 6 des 11 régions comme le montre le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5ans dans la bande sahélienne (Août 2013)

| Régions | Prévalence de la malnutrition aiguë (%) | Prévalence de la malnutrition chronique (%) | Prévalence de l'insuffisance pondérale (%) |
|----------------|---|---|--|
| Barh El Ghazal | 16,2 | 29,8 | 23,4 |
| Batha | 16,8 | 25,7 | 23,6 |
| Guéra | 11,6 | 26,7 | 21,5 |
| Hadjer Lamis | 8,1 | 28,3 | 22,6 |
| Kanem | 15,2 | 32,6 | 30,0 |
| Lac | 16,3 | 42,0 | 33,7 |
| Ouaddai | 18,3 | 30,4 | 28,4 |
| Salamat | 11,1 | 28,7 | 22,6 |
| Sila | 12,0 | 28,6 | 20,8 |
| Wadi Fira | 18,2 | 29,2 | 28,8 |
| N'Djamena | 9,3 | 24,6 | 20,7 |

Source : SMART, Août 2013

Selon les résultats de l'enquête SMART d'août 2013, la malnutrition aiguë globale affectait 13,6% des enfants âgés de 6 à 59 mois de la bande sahélienne, avec des variations interrégionales. Le tableau 5 ci-dessous montre que, les prévalences les plus élevées, sont observées dans les régions du Ouaddai (18,3%), du Wadi Fira (18,2%), du Batha (16,8%) et du Lac (16,3%). Les régions de Hadjer Lamis et N'Djaména présentaient les prévalences les moins élevées, de 8,1%, et 9,3%, respectivement.

Tableau 5 : Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants âgés de 6 à 59 mois selon l'indice poids-taille et les œdèmes, par région

| Régions | Effectif | Malnutrition Aiguë Globale | | Malnutrition Aiguë Modérée | | Malnutrition Aiguë Sévère | |
|-----------------------|--------------|----------------------------|------------------|----------------------------|------------------|---------------------------|-----------------|
| | | % | [IC à 95%] | % | [IC à 95%] | % | [IC à 95%] |
| Barh El Ghazal | 549 | 16,2 | 12,7-20,4 | 13,1 | 10,3-16,5 | 3,1 | 1,9- 5,0 |
| Batha | 487 | 16,8 | 12,9-21,8 | 14,0 | 10,5-18,3 | 2,9 | 1,7- 4,7 |
| Guéra | 440 | 11,6 | 8,5-15,6 | 10,7 | 7,8-14,4 | 0,9 | 0,4- 2,3 |
| Hadjer Lamis | 799 | 8,1 | 6,1-10,8 | 6,8 | 5,0- 9,0 | 1,4 | 0,7- 2,6 |
| Kanem | 679 | 15,2 | 12,6-18,2 | 12,7 | 10,5-15,2 | 2,5 | 1,6- 3,9 |
| Lac | 535 | 16,3 | 13,0-20,2 | 14,4 | 11,3-18,2 | 1,9 | 1,1- 3,3 |
| Ouaddai | 458 | 18,3 | 14,9-22,4 | 15,9 | 12,6-19,9 | 2,4 | 1,2- 4,8 |
| Salamat | 853 | 11,1 | 9,3-13,3 | 10,0 | 8,0-12,4 | 1,2 | 0,6- 2,2 |
| Sila | 393 | 12,0 | 8,7-16,2 | 10,7 | 7,4-15,2 | 1,3 | 0,4- 3,6 |
| Wadi Fira | 566 | 18,2 | 14,4-22,7 | 15,9 | 12,5-20,0 | 2,3 | 1,4- 3,9 |
| N'Djame na | 813 | 9,3 | 7,6-11,5 | 7,5 | 5,9- 9,4 | 1,8 | 1,0- 3,3 |
| Ensemble | 6606* | 13,6 | 11,9-15,2 | 11,2 | 9,7-12,7 | 2,3 | 1,7-3,0 |

*Après exclusion des flags OMS

Les résultats de l'enquête SMART d'août 2013 montrent aussi une prévalence de la malnutrition chronique assez disparate même si elle reste élevée selon les normes OMS (+de 20%). Les prévalences les plus élevées étaient retrouvées au Lac (42,0%) et au Kanem (32,6%). Le tableau 6 ci-dessous présente les données désagrégées selon les régions de la bande sahélienne.

Tableau 6 : Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants âgés de 0 à 59 mois, par région

| Région | Effectif | Malnutrition chronique | | Malnutrition chronique modérée | | Malnutrition chronique sévère | |
|-----------------|-------------|------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------------------|------------------|
| | | T/A < -2 z-score | | T/A ≥ -3 et T/A < -2 | | T/A < -3 z-score | |
| | | % | [IC à 95%] | % | [IC à 95%] | % | [IC à 95%] |
| Barh El Ghazal | 614 | 29,8 | 25,1-34,9 | 25,2 | 21,1-29,9 | 4,6 | 2,8- 7,3 |
| Batha | 526 | 25,7 | 21,4-30,4 | 20,2 | 16,5-24,4 | 5,5 | 4,1- 7,4 |
| Guéra | 484 | 26,7 | 21,1-33,0 | 18,0 | 15,2-23,0 | 7,9 | 5,0-12,1 |
| Hadjer Lamis | 868 | 28,3 | 24,3-32,8 | 19,7 | 17,0-22,7 | 8,6 | 6,3-11,8 |
| Kanem | 726 | 32,6 | 27,1-38,7 | 20,5 | 17,3-24,2 | 12,1 | 8,9-16,2 |
| Lac | 562 | 42,0 | 35,9-48,3 | 27,6 | 23,4-32,2 | 14,4 | 10,8-19,0 |
| Ouaddai | 493 | 30,4 | 26,1-35,2 | 22,9 | 19,9-26,3 | 7,5 | 5,1-10,9 |
| Salamat | 907 | 28,7 | 24,5-33,2 | 21,9 | 18,5-25,9 | 6,7 | 5,0- 8,9 |
| Sila | 416 | 28,6 | 23,3-34,5 | 21,2 | 16,4-26,8 | 7,5 | 5,0-11,0 |
| Wadi Fira | 626 | 29,2 | 24,6-34,3 | 24,3 | 20,4-28,6 | 5,0 | 3,4- 7,2 |
| N'Djamena | 867 | 24,6 | 20,7-28,8 | 17,3 | 14,4-20,7 | 7,3 | 5,5- 9,5 |
| Ensemble | 7089 | 27,1 | 24,8 – 29,4 | 19,0 | 17,3 – 20,6 | 8,1 | 6,8 – 9,5 |

Globalement, la proportion d'enfants atteints de MAG était plus élevée parmi les enfants âgés de 6 à 29 mois (16,4%) que parmi ceux âgés de 30 à 59 mois (11,4%). Cette tendance était plus marquée dans les régions de Hadjer Lamis, du Lac, du Ouaddai, du Salamat, et N'Djaména.

L’Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) et notamment l’Allaitement Maternel Exclusif (AME) est peu développé. Le taux national de l’AME est de 3,4% et le taux des nourrissons de poids insuffisant à la naissance est de 19,9% selon l’enquête MICS, 2010. L’alimentation de complément est soit introduite plutôt que l’âge idéal (6 mois) soit pas du tout donnée à certains enfants ayant atteint cet âge.

Selon les résultats de l’enquête MICS 2010, un peu plus de la moitié des enfants âgés de 6-23 mois sont nourris au sein et reçoivent des aliments solides, semi solides ou mous. La période allant des âges 6 à 29 mois est celle du sevrage au cours de laquelle l’alimentation de complément doit être bien conduite.

Les mauvaises pratiques d’introduction d’aliments de complément seraient à la base des taux de malnutrition élevés observés au cours des enquêtes nutritionnelles comme le montre le tableau 7 ci-dessous.

Tableau 7 : Evolution des indicateurs de pratiques d’alimentation des enfants de moins de 5ans de 1997 à 2010

| Indicateurs | EDS 1996/97 | MICS 2000 | EDS 2004 | MICS 2010 |
|--|------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| Derniers-nés nés au cours des 2 années (MICS) et enfants nés au cours des cinq années (EDS) précédant l'enquête | | | | |
| Allaitement au sein | 97,6% | | 98,4% | 95,6% |
| Début précoce de l'allaitement (Dans l'heure qui a suivi la naissance) | 23,6% | | 34,3% | 28,7% |
| Enfants âgé de 0-5 mois (0-4 mois, EDS 96/97) | | | | |
| Taux d'allaitement maternel exclusif | 2% | | 2,1% | 3,4% |
| Enfants âgé de 6-23 mois | | | | |
| Nourris au sein et recevant des aliments solides, semi solides ou mous | | | | 55,2% |
| Enfants âgés de 0-35 mois | | | | |
| Durée médiane (en mois) d'allaitement | 21,4 mois | | 21 mois | 21,9 mois |

Note : EDS : Enquête démographique et de santé ; MICS : Enquête par grappes à indicateurs multiples

Les **carences en micronutriments** notamment en iode, fer et vitamine A existent. Malgré les efforts du gouvernement et des partenaires, la consommation du sel iodé reste faible, 53% mais la supplémentation en vitamine A est appréciable, 97% (MICS, 2010) même s’il faut relever qu’entre 2011 et 2013 l’activité de supplémentation en

vitamine A ne fut pas régulière. D'ailleurs, les enquêtes nutritionnelles menées dans 11 régions de la bande sahéliennes et 7 régions du Sud, en décembre 2012, ont montré les taux de couverture inférieurs à 50% dans plusieurs régions¹⁸. C'est le cas des régions de Batha (19%), Wadi Fira (25,2%), Sila (26,8%), Hadjer Lamis (28,8%), Ouaddai (34,1%), Salamat (34,7%), Mayo Kebbi Ouest (40%) et Chari Baguirmi (48%).

IV. SITUATION ALIMENTAIRE

Le Tchad connaît de nombreuses difficultés tant conjoncturelles que structurelles. Depuis les sécheresses des années 1980, le Tchad connaît presque régulièrement un déficit céréalier. Les systèmes de production, basés sur une agriculture et un élevage de subsistance et extensifs, ne parviennent pas à couvrir les besoins alimentaires d'une population en croissance rapide. La récurrence du déficit céréalier contribue à une persistance de la crise alimentaire et nutritionnelle, particulièrement dans la bande sahélienne. D'après l'EVST 2009 ; 1 personne sur 3 ne disposerait pas du minimum d'énergie nécessaire pour être en bonne santé, et mener une activité physique normale. Malgré l'existence de nombreuses potentialités agricoles, animales, halieutiques et hydrauliques, les populations rurales et les populations urbaines à très faibles revenus sont les plus vulnérables à l'insécurité alimentaire. Leur confrontation à l'insécurité alimentaire dépend essentiellement de leur niveau de pauvreté, des sources d'aliments consommés, du caractère déficitaire de la production céréalière du ménage, de la pratique d'une activité génératrice de revenus et des stratégies d'adaptation. Les facteurs aggravants à l'insécurité alimentaire sont la dépendance des ménages aux marchés dont les prix sont élevés, mais aussi de la vente à bas prix des productions au moment des récoltes, et du manque d'informations pour réaliser une alerte précoce.

Selon les résultats de l'enquête nationale de sécurité alimentaire menée en mars 2013, 2,1 millions de personnes sont toujours en situation d'insécurité alimentaire, dont 13% en insécurité alimentaire sévère. Environ 75% (1.500.000 personnes) des 2,1 millions de la population rurale en insécurité alimentaire sont localisés dans la bande sahélienne et 25% (600.000) dans la partie soudanienne du pays. On constate que les régions les plus

¹⁸ Source : Rapport sur la situation des interventions dans les domaines alimentaire et nutritionnel au Tchad, CNNTA, Août 2013

touchées par l'insécurité alimentaire sont également dans de nombreux cas les régions les plus touchées par la malnutrition.

Concernant les OMD, l'OMD1 Cible 3, relatif à la « réduction par moitié de la proportion de la population souffrant de la faim entre 1990 et 2015 », est particulièrement en retard par rapport à l'objectif visé en 2015. L'objectif pour le Tchad est de ramener la proportion des personnes souffrant de la faim à 21% en 2015 contre 30% en 2010 et contre 42% en 1990.

V. OPPORTUNITÉS ET CONTRAINTES

V.1. OPPORTUNITÉS

La mise en œuvre de la PNNA peut se renforcer à travers plusieurs opportunités circonstanciées tant au-niveau national (Politiques, Plans, Stratégies etc..) que régional et international. Il s'agit notamment de :

Engagements Nationaux

- ✓ Plan National de Développement 2013 – 2015;
- ✓ Plan National de Développement Sanitaire 2013 – 2015 ;
- ✓ Plan Quinquennal de Développement de l'Agriculture 2013 -2015 ;
- ✓ Plan National du Développement de l'Elevage (PNDE) ;
- ✓ Stratégie Nationale de Sécurité Sociale ;
- ✓ Plan d'Intervention pour le Développement Rural (PIDR) ;
- ✓ Schéma Directeur de l'Eau et de l'Assainissement (SDEA) ;
- ✓ Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (SNRP) ;
- ✓ Programme National de Sécurité Alimentaire (PNSA) ;
- ✓ Protocole National de Prise en Charge de la Malnutrition Aigue ;
- ✓ Mise en place d'un Comité d'Action pour la Sécurité Alimentaire et la Gestion des Crises (CASAGC) ;
- ✓ Mise en place (en cours) d'un Système d'Information sur la Sécurité Alimentaire et l'Alerte Précoce (SISAAP) ;
- ✓ Programme de Lutte contre l'Analphabétisme ;
- ✓ Mise en place d'un Centre de Contrôle de Qualité des Denrées Alimentaires (CECOQDA) ;

- ✓ Projet de Recherche et d'Accompagnement pour la Salubrité des Aliments de la Rue (PRASR).

Engagements Régionaux

- ✓ Programme Détaillé pour le Développement de l'Agriculture Africaine, PDDAA (PNISR)

Engagements Internationaux

- ✓ Recommandations de la Conférence Internationale sur la nutrition (Rome, 1992) ;
- ✓ Sommet Mondial de l'Alimentation (Rome, 1996) ;
- ✓ Stratégie globale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (OMS-UNICEF ; 2002) ;
- ✓ Objectifs du Millénaire pour le Développement (Genève ; 2000) ;
- ✓ Conférence Internationale Contre la Malnutrition Infantile (Paris, 2013) ;
- ✓ Initiative REACH (Renewed Efforts Against Child Hunger, 2012);
- ✓ Mouvement SUN (Scaling-Up Nutrition, 2013);
- ✓ Initiative AGIR-Sahel (Alliance Globale pour l'Initiative Résilience au Sahel, 2013) ;
- ✓ Objectifs de Développement Durable (Post 2015).

V.2- CONTRAINTES

- ✓ Faible prise en compte de la dimension nutrition dans les programmes et plans de santé et de développement ;
- ✓ Persistance des problèmes nutritionnels ;
- ✓ Inexistence de structures de prise en charge adéquate des cas de malnutritions sévères au niveau du système de Santé ;
- ✓ Non intégration de la Nutrition en tant qu'élément majeur des soins de santé primaires dans le paquet minimum d'activités ;
- ✓ Insuffisance en ressources humaines qualifiées en matière de nutrition et d'alimentation à tous les niveaux ;
- ✓ Faiblesse du système d'information sur la malnutrition (rareté des enquêtes scientifiques utilisant des données désagrégées et représentatives au-niveau national)

- ✓ Inexistence de données permettant d'établir un lien entre les habitudes alimentaires, les indicateurs de l'état nutritionnel, les indicateurs sociaux et économiques et d'autres facteurs, d'une part, et la maladie et les effets sur la santé, d'autre part ;
- ✓ Insuffisance de la participation communautaire par la faible implication des bénéficiaires, notamment des communautés de base ;
- ✓ Déficience des services d'offres au niveau communautaire ;
- ✓ Faible utilisation par la population du service public de santé ;
- ✓ Pratiques d'alimentation des femmes enceintes et allaitantes inadéquates ;
- ✓ Méconnaissance de la population des valeurs nutritives des aliments locaux ;
- ✓ Habitudes alimentaires peu soucieuses de la qualité nutritionnelle ;
- ✓ Problèmes d'accès aux marchés et de valorisation des produits (revenus faibles des producteurs, etc) ;
- ✓ Faible valorisation des produits agricoles, d'élevage, halieutiques et non ligneux (revenus faibles des producteurs, etc) ;
- ✓ Manque de contrôle de la qualité des produits agro-industriels ;
- ✓ Absence de stratégie de communication pour le développement appropriée dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition ;
- ✓ Insuffisance de la coordination et de la collaboration entre intervenants en nutrition ;
- ✓ L'insuffisance du suivi- évaluation des actions menées en faveur de l'alimentation et de la nutrition.

A l'issue de cette analyse qui a mis en exergue les grandes tendances de l'évolution de la santé de la population tchadienne durant les dernières années et qui a identifié la nutrition comme l'un des déterminants majeur aussi bien de l'état de santé que du développement humain, les principaux axes de la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation ont été identifiés.

VI. BUT

Institutionnaliser la dimension nutrition et alimentation comme un véritable facteur de développement et qu'elle soit reconnue comme un « droit de la population Tchadienne toute entière en vue d'améliorer la survie de leurs enfants et en leur permettant un développement maximal de leurs potentialités physiques et intellectuelles ainsi que de promouvoir la santé et le bien-être des mères et des adultes».

VII. VISION 2025

Assurer à chaque tchadien un statut nutritionnel satisfaisant tout en lui permettant d'adopter un comportement adéquat pour son bien-être et pour le développement de la communauté donc de la nation tchadienne.

Dans cette optique, l'Etat tchadien s'engage à (i) Lutter contre la malnutrition autant aigue que chronique et (ii) réduire le taux d'insuffisance pondérale avec (iii) l'amélioration de la santé et la sécurité alimentaire de la population, pour accroître sa capacité dans la production et le développement.

L'Etat tchadien s'attellera, de façon plus spécifique, à la diminution du taux de malnutrition sous toutes ses formes, tout en visant la réduction de l'insécurité alimentaire dans le but de vaincre ce fléau qui pèse sur l'avenir du pays. Les défis importants et fondamentaux pour la réduction de la malnutrition seront donc axés sur les groupes vulnérables en particulier, les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et allaitantes, et les populations les plus défavorisées.

VIII. PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation sont : (i) Renforcement de la coordination multisectorielle et de la cohérence des interventions ; (ii) Décentralisation des interventions et des moyens suivant les zones à risque ; (iii) Implication effective des autorités nationales, régionales, locales et les communautés ; (iv) Priorité aux stratégies préventives dans la lutte contre la malnutrition ; (v) Intégration de la lutte contre la malnutrition dans

tous les programmes de développement ; et (vi) Collaboration avec les ONGs et la société civile, et consolidation du Partenariat Public-Privé à tous les niveaux.

IX. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE

Dans un élan d'harmonie avec sa vision stratégique « Tchad, pays émergent en 2025 » le Gouvernement de la République du Tchad s'engage à faire du développement de la Nutrition et de l'Alimentation une priorité nationale pour contribuer à l'amélioration des conditions socio-économiques des populations, en particulier les plus vulnérables (enfants, femmes enceinte et allaitante, personnes âgées).

Trois objectifs généraux sont retenus en vue d'une résilience optimum :

OG1- Assurer aux Tchadiens l'accès aux denrées alimentaires en quantité et en qualité suffisantes et de façon pérenne, en particulier les plus pauvres,

OG2- Réduire de façon significative et durable la mortalité et la morbidité liées aux problèmes de nutrition et d'alimentation, en particulier par la prévention et la prise en charge correcte de la malnutrition et à l'échelle,

OG3- Promouvoir des comportements alimentaires et nutritionnels adéquats à mieux de garantir un développement du capital humain

La **Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation (PNNA)** s'articule autour de 5 axes stratégiques programmatiques d'intervention :

- Nutrition dans le Système de Santé ;
- Nutrition et Sécurité alimentaire;
- Nutrition Communautaire ;
- Nutrition dans le Système Educatif;
- Renforcement du cadre institutionnel.

Dans le cadre de la mise en œuvre, ces 5 axes stratégiques seront appuyés par 6 axes transversaux :

- Communication Pour le Développement (C4D) en faveur de la nutrition et l'alimentation ;
- Renforcement des Capacités Nationales en matière de Nutrition et d'Alimentation ;
- Elaboration et Application des Normes et Législations relatives à la Nutrition et à l'Alimentation ;
- Renforcement du Système National de Surveillance de l'Alimentation et de la Nutrition
- Appui et Renforcement de la Recherche Appliquée en matière de Nutrition et d'Alimentation ;
- Renforcement du Partenariat avec la société civile.

Ces axes constituent les grandes lignes d'orientation en matière de développement de la nutrition et de l'alimentation au Tchad et déterminent les domaines d'actions prioritaires. En termes de programmation, les activités retenues seront exécutées suivant trois périodes distinctes : le court terme (**2014 à 2015**), le moyen terme (**2016 à 2020**) et le long terme (**2021 à 2025**).

X. AXES STRATEGIQUES

AXE STRATEGIQUE 1 : NUTRITION DANS LE SYSTÈME DE SANTE

Les acteurs du système de soins occupent une place privilégiée et leur prestation est essentielle pour lutter contre la malnutrition. Ils doivent relayer avec d'autres partenaires auprès de la population les informations nutritionnelles ciblées et adaptées au contexte socio-sanitaire du Tchad, appliquer les recommandations et directives nationales. Il leur incombe d'assurer, la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce et correcte des problèmes nutritionnels, en particulier les cas de malnutrition aigue, pour le bien être de la population tchadienne.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES D'ICI 2025

OS1.1- Diminuer le taux de malnutrition aigue globale chez les enfants de moins de 5 ans de 16% en 2010 à moins de 5%;

OS1.2- Diminuer le taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5ans de 39% en 2010 à 20%

OS1.3- Assurer un paquet de services intégrés de nutrition de qualité et une prise en charge correcte de la malnutrition aigüe des enfants de moins de 5ans, de la femme enceinte et allaitante au niveau de toutes les structures de santé du pays;

OS1.4- lutter contre les carences en micronutriments notamment l'anémie, la carence en vitamine A et les Troubles Dus aux Carences en Iode (TDCI);

OS1.5- Réduire la morbidité et la mortalité des maladies liées à la nutrition;

OS1.6- Améliorer les pratiques d'hygiène et les interventions en matière de déparasitage;

STRATÉGIES PRIORITAIRES D'ICI 2025

- ❖ Prévention et Prise en charge correcte de la malnutrition aigüe sur toute la pyramide sanitaire ;
- ❖ Réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans et du faible poids de naissance;
- ❖ Lutte contre la malnutrition chronique durant les 1000 premiers jours de l'enfant ;
- ❖ Renforcement de la surveillance épidémiologique de la malnutrition ;
- ❖ Prévention et prise en charge correcte des carences en micronutriments notamment l'anémie, la carence en vitamine A, les TDCI et le Zinc;
- ❖ Lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires¹⁹ à incidence nutritionnelle ;
- ❖ Renforcement de la prise en charge nutritionnelle de la femme enceinte, du post-partum et de la femme allaitante ;
- ❖ Amélioration de la prise en charge des maladies chroniques²⁰ liées à l'alimentation et à la nutrition ;
- ❖ Consolidation et mise à l'échelle des cliniques mobiles et semi mobiles pour la prise en charge nutritionnelle dans les zones d'accès difficile (zones pastorales, les îles, les zones désertiques et les villages isolés);

¹⁹ Diarrhée, Paludisme, Rougeole, etc...

²⁰ Diabète, Maladie Cardiovasculaire, Obésité, etc...

- ❖ Amélioration de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées, des hospitalisés de longue durée, des malades en post-traumatique, des tuberculeux, des personnes vivants avec le VIH, des handicapés physiques et mentaux, des enfants de la rue, des prisonniers de droit commun et des très pauvres des villes ;
- ❖ Elaboration et/ou renforcement des documents stratégiques relatifs aux politiques nationales et à la gestion de la nutrition et de l'alimentation ;

AXE STRATEGIQUE 2 : NUTRITION ET SECURITE ALIMENTAIRE

La causalité complexe des problèmes nutritionnels et leurs liens très étroits avec le système alimentaire appellent à dépasser l'approche clinique classique et les solutions isolées. La sous-alimentation est une conséquence des problèmes liés à la pauvreté et au développement. Il en découle que la disponibilité de nourriture et l'accès à cette dernière est fonction de facteurs structurels, de l'évolution des revenus, de la production agricole et des échanges auxquels elle donne lieu. Elle a donc une incidence sur les mesures sanitaires et sur le contexte de santé en général, mais aussi sur le développement de toute nation.

Face à la crise alimentaire, les acteurs gouvernementaux et humanitaires mettent en place des actions en guise de réponses visant le renforcement des moyens d'existence et l'assistance alimentaire. Ceci devant permettre d'amoindrir les effets de la crise. Cependant, la gestion des crises se doit d'avoir comme finalité le renforcement de la résilience des communautés. Dans cette optique, la réponse post-urgence en matière de nutrition doit viser en premier lieu la prévention et la réduction de la mortalité due à la sous-nutrition des victimes. Donc, même si l'aide alimentaire est une constante dans la prévention et la gestion des crises, l'aide structurelle (hors période de crise) doit prédominer, pour répondre aux besoins des régions vulnérables, notamment en période de soudure.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES D'ICI 2025

OS2.1- Renforcer la résilience des communautés et réduire de façon durable leur vulnérabilité aux différents chocs ;

OS2.2 - Optimiser les mécanismes de prévention des chocs, de gestion de la sécurité alimentaire et nutritionnelle et d'organisation des réserves stratégiques;

OS2.3- Augmenter de façon durable la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation d'une nourriture de qualité au niveau des ménages;

OS2.4- Augmenter les apports en micronutriments;

STRATÉGIES PRIORITAIRES D'ICI 2025

- ❖ Protection, rétablissement et renforcement des moyens d'existence et de la sécurité alimentaire des populations;
- ❖ Stabilisation et Amélioration de l'état nutritionnel des populations en situation de crise ;
- ❖ Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité à la nourriture de qualité au niveau ménage;
- ❖ Élaboration d'une table de composition des aliments;
- ❖ Diversification de la production alimentaire et amélioration de la valeur nutritionnelle ;
- ❖ Appui et renforcement du système durable d'information sur la sécurité alimentaire et d'alerte précoce (SISAAP) ;
- ❖ Amélioration de l'accès des ménages les plus vulnérables aux produits alimentaires essentiels et aux services sociaux de base ;
- ❖ Renforcement de la gestion de la vulnérabilité alimentaire et nutritionnelle;
- ❖ Amélioration du système d'organisation des réserves stratégiques;
- ❖ Pérennisation de la souveraineté alimentaire (stock alimentaire national) ;
- ❖ Appui aux petits producteurs dans l'organisation de circuits de commercialisation des produits agricoles des zones les plus productives vers celles peu/pas productives ;
- ❖ Amélioration et renforcement des mécanismes de survie des populations vulnérables ;
- ❖ Sécurisation du foncier et des petits paysans propriétaires pour créer la base de la production ;
- ❖ Appui à la mise en adéquation de l'aide alimentaire d'urgence ;
- ❖ Amélioration du Score de Consommation Alimentaire(SCA) des ménages ;

- ❖ Amélioration de l'approvisionnement en eau potable et de l'hygiène environnementale ;
- ❖ Renforcement de la filière du lait;
- ❖ Amélioration de la productivité des cultures vivrières ;
- ❖ Développement de l'élevage à cycle court en milieu rural ;
- ❖ Développement des Pêches et de l'aquaculture ;
- ❖ Développement du maraîchage en zones urbaines et périurbaines ;
- ❖ Valorisation des sous-produits de l'élevage, de l'agriculture, de la pêche et des ressources non ligneuses (karité, gomme arabique, apiculture, etc.);
- ❖ Promotion des technologies de transformation des produits primaires de l'agriculture et de l'élevage pour augmenter leur valeur ajoutée ;
- ❖ Appui et renforcement du réseau d'épidémiosurveillance des maladies animales au Tchad (REPIMAT) ;
- ❖ Appui en matériel et renforcement des ressources humaines pour une bonne couverture en matière de santé animale;
- ❖ Multiplication des forages et puits dans les bas-fonds pour le bétail ;
- ❖ Appui à la recapitalisation des ménages vulnérables généralement endettés ;
- ❖ Soutien aux moyens de transport ruraux des zones de forte production vers les zones de faible production ;
- ❖ Mise en place d'un stock national de semences améliorées ;
- ❖ Renforcement de la production de la Spiruline et du Moringa;

AXE STRATEGIQUE 3 : NUTRITION COMMUNAUTAIRE

Pour résoudre le problème de malnutrition infantile dans un contexte de vulnérabilité, il est important pour nos communautés d'adopter des approches rapides, économiques, durables et appropriées par rapport à nos réalités socioculturelles

Objectifs Stratégiques d'ici 2025

OS3.1- Améliorer la croissance des enfants de 0 à 5 ans et en particulier, ceux vivants dans les zones les plus vulnérables tels les poches de pauvreté urbaines ou rurales, les zones d'accès difficile (zones pastorales, les îles, les zones désertiques et les villages isolés);

OS3.2- Renforcer la participation communautaire en matière de nutrition et alimentation;

OS3.3- Promouvoir l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant;

OS3.4- Accroître le taux de supplémentation biannuelle en vitamine A (enfants de 6 à 59 mois) et le déparasitage chez les enfants de 12 à 59 mois à 100% dans tous les districts du pays ;

OS3.5- Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif de 3,4% à 30% ;

OS3.6- Amener le taux de consommation de sel iodé à 100% ;

Stratégies Prioritaires d'ici 2025

- ❖ Renforcement de la prise en charge correcte à assise communautaire de la malnutrition aigüe sans complications médicales;
- ❖ Redynamisation du programme allaitement maternel et promotion de l'allaitement maternel exclusif;
- ❖ Promotion d'une alimentation de complément adéquat et approprié ;
- ❖ Promotion de la consommation du sel iodé ;
- ❖ Vulgarisation de l'éducation nutritionnelle à tous les niveaux ;
- ❖ Promotion de la diversification alimentaires dans les ménages et des styles de vie sains ;
- ❖ Promotion durable d'intrants nutritionnels locaux au profit des ménages pauvres et affectés par l'insécurité alimentaire et la malnutrition ;
- ❖ Prise en charge des personnes défavorisées sur le plan socio-économique et vulnérables sur le plan nutritionnel ;
- ❖ Développement et mise à l'échelle de programmes de nutrition à base communautaire ;
- ❖ Supplémentation et fortification en micronutriments d'aliments locaux et importés (farine, huile);
- ❖ Valorisation d'aliments enrichis par la Spiruline et le Moringa ;
- ❖ Développement et renforcement des structures de protection sociale ;
- ❖ Promotion des filets sociaux de protection en vue de l'accroissement du pouvoir d'achat des ménages les plus pauvres.

AXE STRATEGIQUE 4 : NUTRITION DANS LE SYSTEME EDUCATIF

Une situation nutritionnelle et sanitaire précaire compromet le développement cognitif des enfants et leur chance d'avoir une bonne éducation. Un programme de nutrition scolaire approprié et appliqué, contribue à l'amélioration de la qualité de l'enseignement et les performances scolaires

➤ Objectifs Stratégiques d'ici 2025

OS4.1- Assurer une alimentation suffisante et saine en milieu scolaire et universitaire;

OS4.2- Atteindre un programme d'alimentation scolaire autonome d'ici 2025.

Stratégies Prioritaires d'ici 2025

- ❖ Renforcement et augmentation de la couverture du programme d'alimentation scolaire sur l'étendue du territoire et en priorité dans les zones d'insécurité alimentaire ;
- ❖ Promotion de l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire et universitaire ;
- ❖ Promotion de la consommation des aliments sains, riches et/ou enrichis en micronutriments (Vitamine A, Sel iodé, Fer) et le déparasitage ;
- ❖ Promotion de la pratique de l'activité physique ;
- ❖ Promotion de la fortification des plats préparés dans les cantines scolaires des zones où le taux de carence en micro nutriments est élevé ;
- ❖ Mise en place d'un système de suivi de l'état nutritionnel des enfants en milieu scolaire.

AXE STRATEGIQUE 5 : RENFORCEMENT DU CADRE INSTITUTIONNEL

Le Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire s'occupe de la coordination des activités nutritionnelles et alimentaires au niveau du Tchad. Il suit les activités des partenaires dans les réunions et sur le terrain. Il donne son avis

technique sur tous les protocoles d'interventions, de formation et des enquêtes. De fait, sa viabilisation et son renforcement autant institutionnels, techniques que financiers sont le meilleur gage de réussite pour la mise en œuvre de cette politique nationale de nutrition et d'alimentation.

Objectifs Stratégiques d'ici 2025

OS5.1- Renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles pour développer, mettre en œuvre et évaluer les interventions en matière de nutrition et alimentation à travers tout le pays et à toutes les échelles

Stratégies Prioritaires d'ici 2025

- ❖ Renforcement des mécanismes de coordination et de synergie entre les partenaires/acteurs dans le domaine de la nutrition et de l'alimentation ;
- ❖ Intégration systématique d'objectifs de nutrition dans les politiques et programmes de développement et de protection sociale ;
- ❖ Création de postes de chargés de nutrition (Nutritionnistes de formation) au sein des délégations régionales de la santé et des districts sanitaires ;
- ❖ Renforcement de la composante nutrition/alimentation à travers la création de départements de recherche en nutrition et Alimentation au sein des structures de recherche ;
- ❖ Allocation d'une ligne budgétaire suffisante et régulière pour les activités de nutrition dans le budget de l'Etat.

AXE TRANSEVERSAL 6 : COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT (C4D) EN FAVEUR DE LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION

Objectifs Stratégiques d'ici 2025

OS6.1- Promouvoir et Renforcer les Programmes de Communication pour le Changement de Comportement;

OS6.2- Renforcer le degré de prise de conscience des parties prenantes en milieu rural sur l'importance d'une bonne nutrition dans la préservation de la santé.

Stratégies Prioritaires d'ici 2025

- ❖ Mise en place d'un plan de communication en matière de nutrition et d'alimentation;
- ❖ Développement d'un plan de mobilisation sociale pour la promotion de la nutrition et des bonnes pratiques d'alimentation;
- ❖ Renforcement des compétences en C4D en matière de nutrition au profit des professionnels de santé, de l'éducation et du développement rural (Agriculture, Élevage et Hydraulique).

AXE TRANSEVERSAL 7 : RENFORCEMENT DES CAPACITÉS NATIONALES EN MATIÈRE DE NUTRITION ET D'ALIMENTATION

L'insuffisance de personnel ayant des compétences techniques en matière de nutrition ainsi que dans la planification, la gestion et la mise en œuvre de programmes de nutrition et d'alimentation risque de constituer un blocage sérieux pour le développement de la nutrition et de l'alimentation au Tchad et ceci à tous les niveaux et doit être rapidement remédié. Il serait donc nécessaire de rapidement initier un processus dynamique et ciblé de développement de la capacité de l'Université (Faculté des Sciences Exactes et Appliquées et Facultés des Sciences de la Santé Humaine) et d'autres institutions (Ecoles de Santé, Faculté des Sciences Agropastorales et Agroalimentaires, Instituts de Technologie Agroalimentaire, etc.) à dispenser des formations en nutrition à tous les niveaux (formations initiales, spécialisations, perfectionnement, remise à niveau, etc.). De même qu'il faudrait développer des axes de recherche appliquée dans les domaines de la nutrition et de l'alimentation.

Objectifs Stratégiques d'ici 2025

OS7.1- Disposer au-niveau du Tchad d'une expertise suffisante et qualifiée à tous les niveaux en matière de nutrition et d'alimentation

Stratégies Prioritaires d'ici 2025

- ❖ Développement d'une expertise nationale en matière de nutrition et d'alimentation

AXE TRANSEVERSAL 8 : ÉLABORATION ET APPLICATION DES NORMES ET LÉGISLATIONS RELATIVES À LA NUTRITION ET A L'ALIMENTATION

Objectifs Stratégiques d'ici 2025

OS8.1- Assurer de façon permanente la qualité et l'innocuité des aliments consommés au Tchad

Stratégies Prioritaires d'ici 2025

- ❖ Renforcement du cadre institutionnel et réglementaire en matière de contrôle de la qualité et de l'innocuité des aliments consommés au Tchad;
- ❖ Promotion de la qualité en matière d'alimentation;
- ❖ Création et opérationnalisation d'une Agence Nationale de Sécurité Sanitaire des Aliments;
- ❖ Renforcement des capacités techniques du CECOQDA en matière de contrôle et de suivi de la qualité des aliments;
- ❖ Création de stations d'épuration et mise aux normes de celles déjà existantes
- ❖ Formation du personnel intervenant dans les activités de contrôle de qualité et d'innocuité des aliments;
- ❖ Développement de techniques de protection biologique des cultures, substitut possible de la lutte chimique;
- ❖ Définition des mécanismes et appui à la lutte contre les pollutions liées à l'azote toutes origines confondues : engrais chimiques, effluents d'élevage, effluents agro-alimentaires;
- ❖ Appui au projet de Recherche et d'Accompagnement pour la Salubrité des Aliments de la Rue (PRASAR);
- ❖ Appui /Renforcement des capacités des associations de protection de consommateurs en matière de mobilisation sociale autour de la nutrition de qualité et de l'innocuité des aliments ;
- ❖ Organisation de journées de réflexion/sensibilisation dans chaque région du pays sur les effets des pollutions/intoxications des sols, des eaux de surface et de la nappe phréatique.

AXE TRANSVERSAL 9 : SYSTEME NATIONAL DE SURVEILLANCE DE L'ALIMENTATION ET DE LA NUTRITION

La mise en œuvre de politiques et de programmes gouvernementaux en matière d'alimentation et de nutrition destinés à améliorer la santé de la population suppose des données probantes solides et une capacité de mesurer les résultats. Dans cette optique, il faut mettre en place un mécanisme de surveillance continue, permettant de mesurer et de surveiller la consommation d'aliments et d'éléments nutritifs, la salubrité des aliments, l'état nutritionnel, les effets sur la santé de la nutrition, les connaissances, les attitudes et les habitudes liées à une alimentation saine et d'autres habitudes de vie comme l'activité physique.

Ces éléments d'information doivent être appariés aux données sur les facteurs démographiques; les déterminants de la santé liés à l'individu et à l'environnement et les facteurs qui ont une incidence sur l'accès et l'utilisation d'aliments nutritifs sûrs et abordables. Il importe d'obtenir toutes ces données pour tous les groupes d'âge de la population ainsi que pour des sous-populations vulnérables.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES D'ICI 2025

OS9.1- Disposer d'un mécanisme de surveillance de l'Alimentation et de la Nutrition fonctionnel et opérationnel

STRATÉGIES PRIORITAIRES D'ICI 2025

- ❖ Mise en place d'un mécanisme de collecte, d'intégration, d'analyse, d'interprétation et de diffusion de données sur l'Alimentation saine (la consommation d'aliments et d'éléments nutritifs), la salubrité des aliments et l'exposition aux risques d'origine environnementale;
- ❖ Renforcement du système de surveillance de l'état nutritionnel de la population et des effets de la nutrition sur la santé;
- ❖ Réalisation d'études spécifiques (Études CAP) sur la nutrition et les pratiques d'alimentation et conduite d'enquêtes nationales de référence sur le statut nutritionnel des populations (Anémie, Avitaminose A, TDCI, etc.)

- ❖ Mise en place d'un mécanisme de collecte de données sur les connaissances, les attitudes, les pratiques et les habitudes qui ont une incidence sur l'accès et l'utilisation des aliments nutritifs sûrs et abordables;
- ❖ Mise en place et développement d'un dispositif de diffusion des données sur l'Alimentation et la Nutrition au profit des populations et des chercheurs.
- ❖ Mise en place d'un mécanisme de collecte, d'intégration, d'analyse, d'interprétation et de diffusion de données sur l'Alimentation saine (la consommation d'aliments et d'éléments nutritifs), la salubrité des aliments et l'exposition aux risques d'origine environnementale;
- ❖ Renforcement du système de surveillance de l'état nutritionnel de la population et des effets de la nutrition sur la santé;
- ❖ Réalisation d'études spécifiques (Études CAP) sur la nutrition et les pratiques d'alimentation et conduite d'enquêtes nationales de référence sur le statut nutritionnel des populations (Anémie, Avitaminose A, TDCI, etc.)
- ❖ Mise en place d'un mécanisme de collecte de données sur les connaissances, les attitudes, les pratiques et les habitudes qui ont une incidence sur l'accès et l'utilisation des aliments nutritifs sûrs et abordables;
- ❖ Mise en place et développement d'un dispositif de diffusion des données sur l'Alimentation et la Nutrition au profit des populations et des chercheurs.

AXE TRANSEVERSAL 10 : APPUI ET PROMOTION DE LA RECHERCHE APPLIQUEE EN MATIERE DE NUTRITION ET D'ALIMENTATION

OBJECTIF STRATÉGIQUE D'ICI 2025

OS10.1- Disposer au niveau du Tchad d'un cadre de recherche performant et productif en matière de nutrition et d'alimentation

STRATÉGIES PRIORITAIRES D'ICI 2025

- ❖ Développement de la recherche en matière de nutrition et d'alimentation;
- ❖ Promotion et appui à des initiatives de recherche sur les facteurs de risques environnementaux connus et les maladies liées à l'eau.

- ❖ Promotion et appui à des initiatives de recherche qui tentent de mieux comprendre les effets du changement climatique sur les soins aux mères et enfants et sur les pratiques d'alimentation en Afrique et les réponses requises

AXE TRANSVERSAL 11 : RENFORCEMENT DU PARTENARIAT AVEC LA SOCIÉTÉ CIVILE, LE SECTEUR PRIVE ET LES MOUVEMENTS ASSOCIATIFS LOCAUX

La société civile, en particulier les associations et les organisations de défense des consommateurs, Les ONGs, les leaders d'opinions, les collectivités décentralisées, le secteur privé et les mouvements associatifs locaux sont des partenaires privilégiés de la PNNA. Ils ont un rôle important dans la communication des informations aux consommateurs et dans la mobilisation sociale autour de thématiques liées à la nutrition et à l'alimentation mais aussi dans la valorisation des produits locaux. Ils doivent donc servir de relais pour le changement des comportements et l'adoption de style de vie en faveur d'une bonne nutrition et de pratiques adéquates d'alimentation.

Les associations de protection des consommateurs autant que les autres mouvements associatifs se doivent aussi d'avoir un œil averti et critique, mais de façon objective, sur tout ce qui touche à la nutrition et à l'alimentation des populations. Ils doivent en conséquence être encadrés, renforcés et organisés pour mener à bien cette mission.

Objectif Stratégique d'ici 2025

OS11.1- Développer un partenariat constructif avec les Collectivités locales, les ONGs, les Associations et le Secteur privé dans la mise en œuvre de la PNNA pour le bien des populations

Stratégies Prioritaires d'ici 2025

- ❖ Développement de l'approche du **Faire-Faire** (contractualisation) ;
- ❖ Appui et renforcement des associations de protection des droits des consommateurs et des mouvements associatifs œuvrant dans le domaine de la nutrition et de l'alimentation ;
- ❖ Définition d'un cadre de partenariat avec les acteurs identifiés en matière de nutrition et d'alimentation ;

- ❖ Renforcement des compétences des acteurs communautaires en matière de nutrition et d'alimentation ;
- ❖ Valorisation des produits primaires de l'agriculture et de l'élevage locaux en partenariat avec le secteur privé

XI. CADRE INSTITUTIONNEL

Le montage institutionnel prévu pour la PNNA est le suivant :

XI.1- ORGANES DE PRISE DE DÉCISION

❖ Niveau national

(i) Un **Conseil National de Nutrition et d'Alimentation (CNNA)**,

Ce conseil est présidé par le Premier ministre avec comme vice-président le Ministère en charge de la Santé. Le CNNA sera un forum de délibération, de consultation, d'orientation et de contrôle des grandes lignes de la PNNA. Il se réunit une fois par semestre sur convocation de son président.

(ii) Un **Comité Technique Permanent/Développement de la Nutrition et de l'Alimentation CTP/DNA**,

La présidence du CTP/DNA est assurée par le Ministère en charge de la Santé, à travers son organe d'exécution en matière de Nutrition et d'Alimentation, le Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire (CNNTA). La vice-présidence est assurée par le Ministère en charge de l'Agriculture à travers la Direction de la Production et des Statistiques Agricoles (DPSA).

Le CTP/DNA est l'organe exécutif du CNNA et peut de ce fait assurer certaines fonctions de celui-ci (e.g orientations stratégiques de la nutrition) en plus des tâches qui lui sont dévolues par arrêté du Premier Ministre. La composition du CTP/DNA doit être représentative de l'ensemble des secteurs impliqués dans le domaine de la nutrition et de l'Alimentation au plus haut niveau (public, privé, communauté et société civile). Les partenaires au développement (bilatéraux et multilatéraux) seront représentés. Le CTP/DNA se réunit une fois par mois en session ordinaire.

❖ Niveau régional

- (i) Un **Comité Régional pour la Nutrition et l’Alimentation (CRNA)** qui regroupe tous les départements sectoriels de mise en œuvre de la PNNA au niveau régional. Il est présidé par le Gouverneur et le secrétariat est assuré par le Délégué Régional en charge de la Santé.

XI.2- ORGANE DE COORDINATION

❖ Niveau national

La structure de coordination technique intersectorielle au niveau national de la Politique Nationale de Nutrition et d’Alimentation est le **CNNTA/Unité de coordination**, pour une gouvernance globale nécessaire à la cohérence et l’efficacité des actions menées pour atteindre les objectifs fixés.

❖ Niveau régional

(i) Le Gouverneur de région coordonne et facilite la mise en œuvre de la PNNA et veille en particulier sur la cohérence des actions conduites par chaque secteur.

(ii) Chaque délégation sectorielle au niveau régional met en œuvre les actions relevant du champ de la nutrition définies dans le cadre de la PNNA, en lien avec l’ensemble des acteurs (étatiques, ONGs, Société civile et acteurs privés) concernés.

XII. SECTEURS DE MISE EN ŒUVRE (SMIO) DE LA POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION ET D’ALIMENTATION

Les SMIO sont les organes d’exécution de la PNNA comprenant les ministères sectoriels et leurs services compétents, les programmes et projets nationaux, les institutions nationales, la société civile, le secteur privé et les ONG nationales ou internationales. Ils seront responsables de la mise en œuvre de la PNNA au niveau national et régional et pourvoiront les appuis techniques nécessaires.

Les départements sectoriels impliqués sont ceux en charge de : la Santé, l’Agriculture, l’Élevage, les Affaires Sociales, l’Éducation, le Commerce et l’Industrie, la Communication, l’Enseignement Supérieur, l’Hydraulique, l’Environnement, l’Économie et le Plan, l’Intérieur, etc.)

XIII. MANDATS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA PNNA

La société civile est un partenaire à part entière pour la mise en œuvre de la PNNA. Dans le cadre des interventions pilotes programmées par chaque secteur les représentants de la société civile pourront dans une approche de **contractualisation**, encadrer les communautés à préparer et proposer de mini-projets dans le cadre de l'action en nutrition communautaire. Cependant ces mini-projets doivent s'intégrer dans les axes prioritaires définis dans la politique.

Les associations de défense des consommateurs jouent un rôle de premier plan à l'égard de la sécurité sanitaire, de la qualité des aliments et des aspects nutritionnels et autres, et elles apportent une contribution importante en favorisant l'éducation et l'information. Comme d'autres parties prenantes, elles ont leur place à part entière dans le processus de mise en œuvre de la PNNA et doivent être appuyées et renforcer afin qu'elles puissent mener à bien leur rôle primordial pour le bien être des populations.

XIV. MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES

XIV.1- RESSOURCES HUMAINES

Toutes les compétences nationales en matière de nutrition et alimentation seront mises à contribution à tous les niveaux. Il sera, cependant, nécessaire de mettre à niveau les connaissances et les aptitudes. Il sera également nécessaire que le Gouvernement fournisse quelques personnes ressources qui appuient les ONGs relais qui jouent pleinement leur rôle d'appui technique à toutes les étapes de la mise en œuvre des plans opérationnels. Il sera utile de limiter les effets de la mobilité des ressources humaines, en prenant les dispositions adéquates en termes de formation et de répartition.

XIV.2- RESSOURCES FINANCIÈRES

Toutes les possibilités de financement devront être explorées. Cependant, le Gouvernement de la République du Tchad s'engage, dans le cadre de l'approche appui budgétaire en matière de nutrition, à assurer une partie importante du financement du plan d'action intersectoriel (PAI/NA) et de mobiliser aux niveaux des partenaires au développement les financements

complémentaires. Le Ministère des Finances budgétisera les interventions par secteur de manière à ce qu'elles soient programmées dans le budget national. Chaque département sectoriel sera responsable de la gestion des ressources financières mises à sa disposition pour mettre en œuvre le volet du PAI/NA relevant de son champ d'action.

XV. SUIVI & EVALUATION

XV.1- OBJECTIF

Le suivi & évaluation vise à harmoniser et à standardiser les différentes interventions des axes stratégiques relatives à la mise en œuvre de la PNNA, et à mieux appréhender leurs effets. Il permettra donc de collecter et de disposer de données dont l'analyse, à travers les indicateurs, renseignera sur :

- Les résultats obtenus en rapport avec l'exécution physique et financière des actions planifiées (suivi-évaluation);
- La prise de décision pour les actions futures, compte tenu des gaps enregistrés et des réajustements à faire.

XV.2- ORGANISATION DU SUIVI

La mise en place du dispositif de suivi et évaluation se fera sur la base du noyau d'indicateurs d'impacts et de résultats propres à chaque programme et d'indicateurs transversaux (exemples ceux relatifs aux indices de pauvreté). Un tableau de bord initial devra être élaboré pour récapituler les valeurs de référence des indicateurs.

Le suivi technique et financier de la mise en œuvre de la PNNA sera assuré au premier niveau par les Responsables des Ministères Techniques, qui produiront des rapports trimestriels sur l'état d'avancement de la mise en œuvre dans leur sous-secteur respectif. Chaque Direction technique disposera d'un manuel de procédures et des outils de suivi, Les rapports de suivi seront soumis, via la Coordination Nationale du CNNTA qui en assurera la consolidation, sous la supervision du CTP/DNA.

Au niveau régional, le suivi sera assuré par les principaux organes d'exécution composés des structures des services déconcentrés, et l'appui des Délégués Régionaux de la Santé.

Les rapports de ces groupes serviront à alimenter ceux des directions techniques au niveau central.

Pour toute la politique, la coordination d'ensemble (au niveau national) sera assurée par le CNNTA. Ce dernier sera appuyé, au besoin, par les membres du CTP/DNA qui associe en son sein, les ministères, agences, organismes contributeurs à la PNNA ainsi que la société civile et des personnalités du monde scientifique..

Au dernier trimestre de l'année, le CNNTA (avec l'appui du CTP/DNA) préparera un rapport annuel technique et financier sur la base des rapports trimestriels (tant techniques que financiers) soumis par les différentes Directions techniques nationales et régionales. Ce rapport annuel, validé par le CTP/DNA, servira de base à la revue sectorielle et la préparation du plan d'action de l'année suivante.

Les Revues sectorielles annuelles permettront de faire l'évaluation technique et financière de la mise en œuvre de la PNNA, de déceler les gaps tant sur le plan des résultats que sur celui des financements, de discuter des problèmes rencontrés et d'y apporter, de concert avec les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), des ajustements nécessaires. Cette démarche permettra de valider la programmation pour l'année suivante. Les moyens financiers pour la réalisation du suivi proviendront des budgets de la coordination du CNNTA et aussi des provisions prévues pour le CTP/DNA dans le cadre du renforcement des capacités. En outre, le CNNTA assumera les coûts des impressions, de la multiplication et publication des rapports.

XV.3- EVALUATION DE LA PNNA

Trois types d'évaluation sont envisagés dans le cadre de la mise en œuvre de la PNNA à savoir :

- ✓ L'évaluation annuelle ;
- ✓ L'évaluation à mi-parcours ;
- ✓ L'évaluation finale.

Ces évaluations visent à faciliter les prises de décision en termes d'ajustement technique et financier, éventuellement de la réorientation des options stratégiques ou de la redéfinition des objectifs de la PNNA.

- ✓ L'évaluation annuelle (ou autoévaluation) sera à la charge du CNNTA appuyé en cela par les autres secteurs membre du CTP/DNA. Elle sera alimentée par les rapports de suivi, et se fera à chaque dernier trimestre de l'année. Elle devra permettre, sur la base d'une analyse des résultats obtenus et des contraintes rencontrées dans la mise en œuvre de la PNNA pour une année donnée, de préparer le Plan de travail pour l'année suivante (PTA). La Revue du secteur nutrition et alimentation qui sera organisée annuellement, permettra d'informer l'ensemble des partenaires techniques et financiers sur l'évolution des réalisations et de recueillir leurs conseils et recommandations quant aux ajustements à effectuer.
- ✓ L'évaluation à mi-parcours sera réalisée par des groupes externes (universités, instituts ou firmes de consultation), de concert avec les partenaires techniques et financiers. Elle fournira aux Ministères techniques, à la société civile et au CNNTA, les éléments nécessaires (faits, analyses et recommandations) afin d'apprécier le processus de la réforme dans sa globalité et prendre les décisions qui s'imposent pour la poursuite des actions ou pour une éventuelle réorganisation.
- ✓ L'évaluation finale sera réalisée, après les années de mise en œuvre de la PNNA, selon les mêmes principes que l'évaluation externe à mi-parcours. Axant ses analyses sur l'ensemble de la PNNA et de sa mise en œuvre, elle indiquera le degré d'atteinte des objectifs et des résultats. Elle mettra en relief les leçons à tirer dans le cadre de la reformulation de la nouvelle PNNA.

XV.4- PRINCIPAUX INDICATEURS DE SUIVI & EVALUATION

Des indicateurs serviront de base pour le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la PNNA. Ce sont, sans que la liste n'en soit exhaustive, des indicateurs des résultats, d'efficacité interne et de qualité, de gouvernance et des indicateurs financiers. Ces indicateurs selon leur nature et dans la mesure du possible, seront désagrégés par axe d'intervention. Ils permettront à travers les évaluations, de suivre le degré d'avancement vers l'atteinte des principaux résultats de la PNNA et des objectifs

poursuivis. D'autres indicateurs complémentaires pour le suivi régulier sur le terrain seront définis par l'organe en charge du suivi des plans intersectoriels biannuels.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Attributions du CNNA

- Approuver le Plan d'Actions Intersectoriels de Nutrition et d'Alimentation (PAI/NA) issus de la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation transmis par le CTP/DNA
- Faire le plaidoyer pour une mobilisation nationale pour la nutrition et l'Alimentation
- Veiller à la multisectorialité des interventions en matière de nutrition et d'alimentation
- Assurer la coopération avec les partenaires (bilatéraux et multilatéraux) pour la mobilisation des ressources nécessaires au développement de la Nutrition et de l'Alimentation

ANNEXE 2 : Attributions du CTP/DNA

Le CTP/DNA sera chargé d'élaborer les outils de mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation : (i) Un Plan d'Action Intersectoriel de Nutrition biannuel; (ii) Les indicateurs clés de suivi/évaluation des objectifs et stratégies de la PNNA.

Le CTP/DNA élaborera et remettra à la Primature à travers les canaux indiqués, un rapport annuel analytique sur la situation nutritionnelle et alimentaire au Tchad ainsi que sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation.

De façon particulière, le CTP/DNA sera chargé de :

- Coordonner l'élaboration, la budgétisation, la mise en œuvre et le suivi du Plan d'Action Intersectoriel de Nutrition et d'Alimentation, cadre d'opérationnalisation de la PNNA
- Étudier et donner son avis sur les questions d'ordre technique et scientifique ayant trait à la nutrition
- Donner son avis scientifique sur les programmes de formation en nutrition et alimentation qui lui sont soumis par les partenaires institutionnels de la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation
- Donner son avis scientifique et technique et son approbation sur les enquêtes et les études nutritionnelles à entreprendre dans le pays
- Fournir les supports scientifiques indispensables à la mise en place des actions
- Proposer des mécanismes incitatifs pour l'implication des multiples acteurs institutionnels, associatifs et privés dont les actions contribuent à l'atteinte des objectifs fixés
- Informer et valoriser l'action des acteurs

ANNEXE 3 : Attributions du CNNTA dans la mise en œuvre de la PNNA

- Assurer le secrétariat du CNNA ;
- Assurer la présidence du CTP/DNA;
- Coordonner la mise en œuvre de la PNNA et de son Plan d'Action Intersectoriel (PAI/NA) au niveau national à travers le CTP/DNA et au niveau régional à travers le CRNA
- Assurer le suivi et l'évaluation des activités de la PNNA.
-

ANNEXE 4 : Attributions de quelques départements sectoriels en charge de la mise en œuvre de la PNNA

- **Ministère de la Santé Publique**

Le Ministère de la Santé assure à travers le CNNTA, la coordination de la mise en œuvre de la PNNA et à la mise en œuvre de l'axe Nutrition dans le Système de Santé et veille notamment à la réalisation des actions suivantes:

- ✓ Le plaidoyer en faveur de la nutrition;
- ✓ La coordination multisectorielle des activités de la PNNA;
- ✓ L'intégration de la composante nutrition dans les programmes de santé;
- ✓ Le renforcement des compétences des professionnels de santé en matière de nutrition;
- ✓ La mise en place d'un mécanisme de suivi, d'évaluation et de surveillance de la nutrition et de l'alimentation
- ✓ Le renforcement des infrastructures du système de santé pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels et des maladies chroniques liées à la nutrition;
- ✓ La promotion de l'IEC dans le domaine de nutrition.

➤ **Ministère de l'Agriculture et de l'Irrigation et le Ministère de l'Élevage:**

Ces deux Ministères clés vont contribuer à améliorer l'accessibilité des ménages et particulièrement ceux qui vivent dans des conditions difficiles aux produits alimentaires de qualité et en quantité suffisante, à savoir:

- ✓ Assurer la promotion de la nutrition dans le milieu rural par la formation des travailleurs agricoles et des éleveurs en nutrition, en sécurité sanitaire des aliments et en matière de conservation des aliments;
- ✓ Renforcer les compétences des agriculteurs sur les bonnes pratiques agricoles afin d'améliorer la production;
- ✓ Valoriser les produits locaux de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche ;
- ✓ Renforcer les mesures de la sécurité alimentaire tout au long de la chaîne alimentaire;
- ✓ Contrôler les prix et veiller à l'approvisionnement du marché national en produits alimentaires de qualité;
- ✓ Contribuer aux activités IEC sur la sensibilisation à l'hygiène et à la qualité des aliments;

- ✓ Contribuer à la promotion de la formation et de la recherche dans le cadre des priorités de la PNNA.

➤ **Ministère de l'Éducation Nationale et le Ministère de l'Enseignement Supérieur :**

Ces deux départements clés contribueront à la mise en œuvre de la PNNA à travers l'intégration de certaines actions en faveur de la promotion d'un mode de vie sain, en particulier:

- ✓ Veiller à l'adoption de bonnes pratiques nutritionnelles au niveau des cantines scolaires et des restaurants universitaires;
- ✓ Renforcer l'enseignement de la nutrition dans le primaire; le secondaire et le supérieur;
- ✓ Renforcer la formation initiale et continue en nutrition du personnel enseignant;
- ✓ Développer la recherche-action en matière de nutrition et alimentation;
- ✓ Développer l'expertise nationale et la formation en matière de nutrition et alimentation;
- ✓ Contribuer aux actions de CCC en matière de nutrition et alimentation en milieu scolaire et universitaire;
- ✓ Encourager l'activité physique dans le système éducatif;
- ✓ Intégrer les modules de nutrition et d'alimentation dans les programmes d'alphabétisation et dans les programmes de formation des éducateurs.

➤ **Ministère des Affaires Sociales et de la Famille :**

Dans le cadre de sa stratégie de protection sociale, le Ministère contribue à la mise en œuvre de la PNNA à travers :

- ✓ La mobilisation de la société civile et d'autres acteurs sociaux pour la promotion de la nutrition et de l'alimentation, particulièrement la promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation du jeune enfant et des enfants dans des situations difficiles ainsi que la nutrition et l'alimentation des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité;

- ✓ La promotion de la CCC en matière de nutrition et alimentation dans les espaces socio-éducatifs dédiés aux différentes catégories de la population.

➤ **Ministère du Commerce et de l'Industrie :**

De part son rôle, le Ministère du Commerce et de l'Industrie intervient dans la mise en œuvre de la PNNA à travers les actions suivantes :

- ✓ Le renforcement des mesures d'application de la réglementation industrielle et commerciale des produits alimentaires;
- ✓ La promotion de la normalisation et de la certification des produits alimentaires de qualité.

➤ **Ministère de la Communication :**

Le Ministère de la Communication a un rôle stratégique dans la mise en œuvre des actions de la PNNA à travers les masses média (télévision, radio, presse,...), à travers notamment les actions suivantes :

- ✓ La contribution au développement des actions CCC en matière de nutrition;
- ✓ Le développement des émissions et de programmes sur l'éducation nutritionnelle;
- ✓ Le contrôle de la publicité relative aux produits alimentaires.

D'autres partenaires trouveront leurs places dans cette PNNA puisqu'elle s'insère dans une approche globale et intégrée qui est opérationnalisée à travers le Plan d'Action Intersectoriel qui, pour l'atteinte des objectifs fixés, se doit de mobiliser les compétences et ressources d'autres secteurs, plans et programmes mis en œuvre sous le pilotage des différents ministères impliqués notamment :

- ✓ Ministère de la Santé Publique : CNNTA
- ✓ Ministère de l'Agriculture et de l'Irrigation : ONASA; PNSA; ONDR
- ✓ Ministère de l'Education :
- ✓ Ministère des Affaires Sociales :
- ✓ Ministère de l'Elevage : CECOQDA
- ✓ Ministère de l'Enseignement Supérieur : Université
- ✓ Ministère de la Communication : Radio/TV

- ✓ Ministère du Commerce et de l'Industrie
- ✓ Ministères de l'Economie et du Plan
- ✓ Ministère des Finances
- ✓ Ministère de l'Hydraulique
- ✓ Autres Ministères