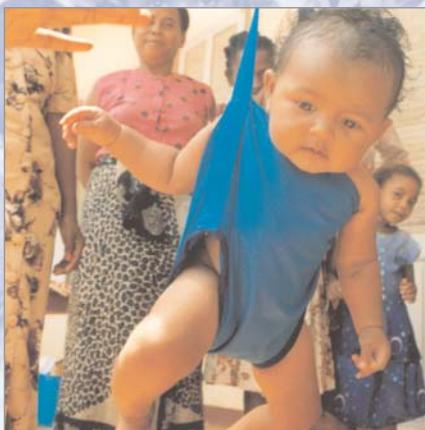




*R*eduire de moitié *la malnutrition d'ici 2015*



Politique Nationale de Nutrition **& Plan national d'action pour la Nutrition**

Extraits du décret 2004-496 du 20 avril 2004



“ Ilaina ny hahatsapan’ny tsirairay fa tsy maintsy hotontosaina amin’ny sehatra rehetra ny ady amin’ny tsy fanjarin-tsakafo mba ho tomady ara-batana sy ara-tsaina ny Malagasy rahampitso ka ho lasa vondro-kery tsara hofana. Antoka lehibe sady manan-danja amin’ny fampandrosoana ny firenena izany ? Voalaza matetika mantsy ny hoe “ny olona no tena harena”.

RAVELOHARISON Ambinintsoa, Mpandrindra Nasionalin’ny ONN ”

“ It is fundamental that each individual can understand that fight against malnutrition ought to be carried out at all levels so that Madagascar owns a human capital and a good quality of human resources. This is essential for the real development of the country. Let us remember, “There is no other wealth than men”.

RAVELOHARISON Ambinintsoa, ONN National Coordinator ”

“ Il faut que chacun puisse comprendre que la lutte contre la malnutrition doit être menée à tous les niveaux afin que Madagascar dispose d’un Capital humain et de ressources humaines de qualité. Ce qui est essentiel pour le développement réel du pays. Rappelons-nous, “ il n’y a de richesses que d’hommes ”.

RAVELOHARISON Ambinintsoa, Coordonnateur National ONN ”

PREFACE

Au début des années 90, Madagascar a pris conscience de l'importance de la lutte contre la malnutrition. Diverses actions ont été entreprises avec le concours des partenaires techniques et financiers habituels, en particulier la Banque Mondiale qui a soutenu le Gouvernement dans un Projet de Nutrition, en l'occurrence la SEECALINE.

Des résultats prometteurs sont acquis en dix ans ; cependant, le présent Gouvernement ne saurait s'en satisfaire. Les dernières statistiques, en particulier l'EDS III 2003-2004, démontrent que 45% des enfants malagasy de moins de 5 ans souffrent encore de retard de croissance. Les efforts doivent être redoublés pour que chaque petit Malagasy puisse jouir d'une Nutrition adéquate, garant d'un développement humain profitable au développement de notre pays. En effet, chaque enfant doit pouvoir profiter, à l'âge adulte, de son plein potentiel physique et intellectuel.

L'adage dit que " *il n'y a de richesses que d'hommes* ". Le Gouvernement, sous la présidence de Son Excellence Monsieur Marc RAVALOMANANA, est convaincu que la lutte contre la malnutrition est un investissement dans le capital humain pour que Madagascar dispose des ressources humaines de qualité. Un développement durable passera nécessairement par le développement humain.

Voici donc la Politique Nationale de Nutrition que nous avons adopté en avril 2004. Son ambition est claire : c'est de réduire de moitié la malnutrition de moitié et de contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, le tout d'ici 2015. Cela exprime non seulement l'engagement du Gouvernement Malagasy envers les Objectifs de Développement du Millénaire (ODM), mais aussi les objectifs stipulés dans le Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP).

Ici, nous aimerions adresser nos vifs remerciements à tout ce qui ont contribué de loin ou de près à l'élaboration de cette Politique Nationale de Nutrition. Nous pensons en particulier au Groupe Initiateur composé du Ministère de la Santé et du Planning Familial, du Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche, du Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget, lui-même issu du Groupe d'Actions Intersectorielles en Nutrition (GAIN). Le processus participatif et multisectoriel, à travers laquelle cette Politique a été élaboré depuis le début en octobre 2002, a permis d'obtenir une Politique Nationale de Nutrition qui couvre l'ensemble des problèmes qui touche la Nutrition.

Maintenant, mettons nous au travail.

Jacques SYLLA
Premier Ministre, Chef du Gouvernement

LES PARTENAIRES DANS LA NUTRITION



GOUVERNEMENT
MALAGASY



BANQUE MONDIALE

unicef



ONN
Office National de Nutrition



OMS



JAPON

- ◇ Primature ;
- ◆ Ministère de la Santé et du Planning Familial ;
- ◇ Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche ;
- ◆ Ministère de la Population, de la Protection Sociale et des Loisirs ;
- ◇ Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique ;
- ◆ Ministère des Postes, des Télécommunications et de la Communication ;
- ◇ Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget ;
- ◆ Ministère de la Décentralisation et de l'Aménagement du Territoire ;
- ◇ Ministère de l'Industrialisation, du Commerce et du Développement du Secteur Privé ;
- ◆ Banque Mondiale ;
- ◇ Union Européenne ;
- ◆ UNICEF ;
- ◇ PAM ;
- ◇ Japon ;
- ◆ USAID ;
- ◇ FAO ;
- ◆ OMS ;
- ◇ Bureau des Normes de Madagascar ;
- ◆ Projet SANTENET ;
- ◇ Projet AED-LINKAGES Madagascar ;
- ◆ Action Agro-Allemande ;
- ◇ Programme National de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle ;
- ◆ JSI-RTI ;
- ◇ Projet PNNC / SEECALINE ;
- ◆ Médecins Sans Frontières ;
- ◇ ONG ASOS ;
- ◆ Terre des Hommes ;
- ◇ GRET ;
- ◆ CRS ;
- ◇ MCDI ;
- ◆ ONG ASERN ;
- ◇ ADRA ;
- ◆ CARE.

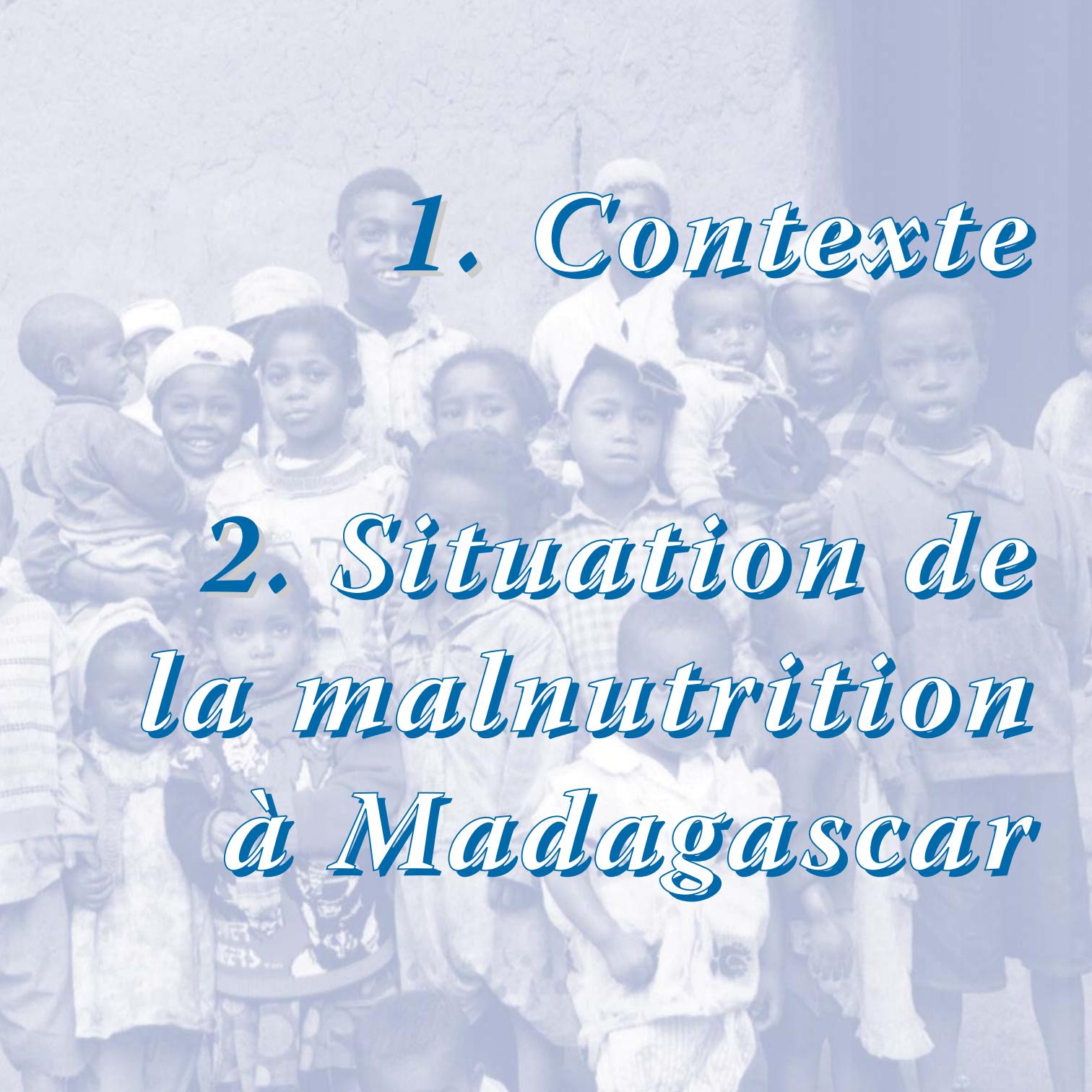
TABLE DES MATIÈRES

Abréviations et sigles

Contexte	8
Situation de la Malnutrition	10
1. La Politique Nationale de Nutrition (PNN)	16
Préambule	16
Indicateurs de la Malnutrition	16
But de la Politique	17
Objectifs Généraux	17
Objectifs Spécifiques	17
2. Les Stratégies	18
Les stratégies spécifiques	19
Les stratégies opérationnelles	22
Les 14 Axes Stratégiques	23
Le Système de coordination et de suivi : Conseil National de Nutrition, Office National de Nutrition	24
Annexes	29
1. Le cycle de la malnutrition et de la pauvreté	
2. Le cadre conceptuel de la malnutrition	
3. Les éléments stratégiques de la Politique Nationale de Nutrition	
4. Le schéma de la Structure de Coordination et de Suivi	
Le Plan National d'Action pour la Nutrition (PNAN)	33
Stratégie n° 1 : La promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire	34
Stratégie n° 2 : L'intervention de nutrition au niveau communautaire	35
Stratégie n° 3 : La lutte contre les carences en micronutriments (TDCl, Avitaminose A, anémie ferriprive)	37
Stratégie n° 4 : L'intégration des interventions nutritionnelles aux soins de santé primaire	39
Stratégie n° 5 : La prise en charge des enfants sévèrement malnutris	40
Stratégie n° 6 : L'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages	41
Stratégie n° 7 : L'intervention de nutrition scolaire	42
Stratégie n° 8 : La stratégie de communication	43
Stratégie n° 9 : La convergence des politiques de développement	44
Stratégie n° 10 : La préparation à l'urgence et les réponses aux urgences nutritionnelles	45
Stratégie n° 11 : Le système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle	46
Stratégie n° 12 : Le développement de la capacité nationale	47
Stratégie n° 13 : L'élaboration et l'application des législations et normes relatives à la nutrition et à l'alimentation	48
Stratégie n° 14 : Les problèmes émergents (les maladies non transmissibles, le VIH/SIDA)	49

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

ADRA	Adventist Development and Relief Agency	MEFB	Ministère de l'Économie et des Finances et du Budget
AEN	Actions Essentielles en Nutrition (avec l'appui de LINKAGES)	MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant	MENRS	Ministère de l'Éducation Nationale et de la Recherche Scientifique
ASERN	Association pour l'Éducation et la Récupération Nutritionnelle	MinPop	Ministère de la Population
AVA	Andron'ny Vaksiny	MinSan-PF	Ministère de la Santé et du Planning Familial
BM	Banque Mondiale	MOST	Micronutrient Strategies and Technologies (USAID)
CCB	Comités des Communautés Bénéficiaires	NAC	Projet de Nutrition à Assise Communautaire (appui UNICEF)
CCD	Comité Communal de Développement	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CDE	Convention des Droits des Enfants	ONG	Organisation Non Gouvernementale
CDH	Convention des Droits de l'Homme	ONN	Office National de Nutrition
CEDAW	Convention pour l'Élimination des Discriminations à l'égard des Femmes	ORSEC	Plan d'Organisation de Secours
CHD	Centre Hospitalier de District	PAM	Programme Alimentaire Mondial
CHR	Centre Hospitalier Régional	PADR	Plan d'Action pour le Développement Rural
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	PCD	Plan Communal de Développement
CN	Comité National	PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
CNN	Conseil National de Nutrition	PDS	Président de la Délégation Spéciale
CNS	Comité National de Secours	PEV	Programme Elargi de Vaccination
CNP	Consultations Prénatales	PIB	Produit Intérieur Brut
CRENA	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Ambulatoire	PNAN	Plan National d'Action pour la Nutrition
CRENI	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Intensive	PNN	Politique Nationale de Nutrition
CRESAN	Crédit Santé	PNSAN	Programme National de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle
CSB	Centre de Santé de Base	PNPDES	Politique Nationale de la Population pour le Développement Economique et Social
CRS	Catholic Relief Service	PSSA	Programme Spécial de Sécurité Alimentaire
DDSS	Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales	PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant (du VIH/SIDA)
DGPG	Direction Générale de la Planification Globale du MEFB	ROR	Réseau d'Observatoires Ruraux
DIJE	Développement Intégral du Jeune Enfant	SAM	Sécurité Alimentaire des Ménages
DSM	Direction Statistique des Ménages	SAP	Système d'Alerte Précoce
DSRP	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté	SEECALINE	Projet de Surveillance et Éducation des Écoles et des Communautés en matière d'Alimentation et de Nutrition Élargie (appui Banque Mondiale)
EDS	Enquête Démographique et de Santé	SICIAV	Système d'Information et de Cartographie sur l'Insécurité Alimentaire et la Vulnérabilité
EPM	Enquête Permanente auprès des Ménages	SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
ET	Écart Type	SMI	Santé Maternelle et Infantile
FAF	Fer/Acide Folique	SNGRC	Stratégie Nationale de Gestion des Risques et des Catastrophes
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Agriculture	SRP	Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
FAV	Fanamafisana ny Andron'ny Vaksiny	SSP	Soins de Santé Primaires
GAIN	Groupe d'Actions Intersectorielles en Nutrition	TDCI	Troubles dus à la Carence en Iode
IDH	Indice de Développement Humain	UCSAN	Unité Centrale de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle
IEC	Information, Éducation et Communication	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
IMC	Indice de Masse Corporelle	URSAN	Unité Régionale de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle
INSTAT	Institut National de la Statistique	USAID	United States Agency for International Development
IPN	Insuffisance de Poids à la Naissance	VCT	Vivres contre Travail
IRA	Infections Respiratoires Aiguës	VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
JSI	John Snow Incorporated (Agence d'exécution de l'USAID)	WASH	Initiative de " Water, Sanitation and Hygiene for All "
LINKAGES	Projet de l'Academy for Educational Development financé par l'USAID		
MDG	Millennium Development Goal		
MPE	Malnutrition Protéino-Energétique		
MAEP	Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Pêche		



1. Contexte

***2. Situation de
la malnutrition
à Madagascar***

Contexte

Madagascar est une île de 592.000 km² avec une population de 17 millions d'habitants. La malnutrition chronique qui touche un enfant sur deux entrave le développement humain et pose un sérieux handicap au développement socio-économique du pays. En fait, Madagascar se trouve parmi les pays les plus pauvres avec un PIB par habitant d'environ EU\$ 260 et un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,484 (soit au rang de 149 sur 173 pays). Avec 70% de la population vivant en dessous du seuil de la pauvreté, le contexte de développement de Madagascar est fortement déterminé par la lutte contre la pauvreté de façon globale. De plus, la malnutrition étant à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté, la lutte contre la malnutrition s'insère aussi dans le cadre global de la lutte contre la pauvreté (voire annexe 1).

Les réformes économiques adoptées durant les dernières décennies n'ont pas permis jusqu'ici d'améliorer les conditions économiques et sociales de la population. Elles ont conduit à une aggravation de la pauvreté qui touche près de trois quart de la population - dont une grande partie se trouve en milieu rural - et à la dégradation des infrastructures sociales de base (santé, éducation, eau et assainissement) et des prestations de services. Ce contexte, fortement compliqué par la périodicité des catastrophes naturelles (cyclones, sécheresse, invasions acridiennes, autres épidémies) a donc entraîné la dégradation de la situation nutritionnelle notamment des groupes vulnérables (enfants de moins de 5 ans, et femmes enceintes et allaitantes) et des groupes marginalisés .

A l'instar d'autres pays pauvres, la malnutrition constitue une des causes de la forte mortalité infanto-juvenile et maternelle à Madagascar - la malnutrition est associée à plus de 50% de la morbidité et de la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans. La malnutrition contribue à la complication de certaines maladies infectieuses notamment les diarrhées, la rougeole, le paludisme, l'helminthiase et même le SIDA. Elle occasionne ainsi des dépenses de soins supplémentaires et cela à tous les niveaux : des ménages, à l'Etat en passant par les communautés. Une malnutrition précoce influe négativement sur la compétence cognitive et la capacité d'apprentissage à des stades ultérieurs des enfants. Elle compromet le développement intellectuel et abaisse les résultats scolaires, réduisant ainsi les bénéfices des investissements lourds dans le secteur de l'éducation. La malnutrition constitue également un facteur important de morbidité au niveau de la population active et de ce fait entraîne une baisse de rendement et de productivité au travail. Le coût économique de la malnutrition est donc énorme - pouvant enlever 2 à 3 points de la croissance économique.

La malnutrition ayant des conséquences graves - qui pourraient être irréversibles - sur le développement physique et intellectuel des enfants, le pays a le devoir de protéger la prochaine génération de la malnutrition et de ses séquelles désastreuses. La Constitution Malagasy ainsi que les diverses conventions internationales ratifiées par Madagascar garantissent le droit des enfants à une nutrition adéquate afin d'assurer leur survie et leur permettre de réaliser leur potentialité en matière de développement physique et intellectuel. La lutte contre la malnutrition est donc un défi majeur que le pays doit relever durant la prochaine décennie.

Divers engagements ont été pris par le Gouvernement en vue de lutter contre la malnutrition :

- La ratification de la Convention Relative aux Droits de l'enfant en 1990 ;
- La déclaration du Premier Ministre au Sommet Mondial de l'Alimentation à Rome en novembre 1996 ;
- L'élaboration du Plan National d'Action pour la Nutrition élaboré en 1997 suite à la Conférence Internationale sur la Nutrition (1992) et qui a servi de base de référence pour le gouvernement et partenaires techniques et financiers dans les interventions en matière de nutrition ;
- L'adoption de la Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire, comme politique gouvernementale de Sécurité Alimentaire et de Nutrition, en 1997, suivi du Programme Spécial de Sécurité Alimentaire (PSSA) et du Plan d'Action pour le Développement Rural (PADR) ; et
- Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP).

De nombreuses interventions soutenues ou non par des bailleurs de fonds ont été engagées par le Gouvernement et d'autres opérateurs pour s'attaquer unilatéralement et intrasectoriellement à la malnutrition sans aucune structure de coordination pour une meilleure synergie et cohérence des actions et sans autre cadre de référence réglementaire. Bien que Madagascar se soit engagé dans la mise en œuvre des plans d'action de la Conférence Internationale sur la Nutrition (1992) et du Sommet Mondial de l'Alimentation (1996), la concrétisation des résolutions n'a pas été effective. De plus, le secteur nutrition ne figure pas parmi les domaines prioritaires dans les stratégies de développement ou de réduction de la pauvreté du pays. La problématique nutritionnelle n'est trop souvent perçue que comme étant uniquement du ressort du secteur santé, et la coordination de toutes les interventions, le système d'évaluation, d'analyse et de surveillance de la situation nutritionnelle ont fait défaut.

Face à cette prise de conscience et ces différentes lacunes d'information et de coordination, un document de Politique Nationale s'avère opportun et primordial pour Madagascar.

Situation de la malnutrition à Madagascar

À Madagascar, la malnutrition demeure un problème majeur à la fois de santé publique et socio-économique qui touche une grande partie de la population, particulièrement les enfants et les femmes enceintes et allaitantes. Elle concerne notamment la malnutrition protéino-énergétique et les carences dans les principaux micronutriments, à savoir la vitamine A, le fer et l'iode. Ces deux formes de malnutrition peuvent se manifester en même temps chez la même personne.

La malnutrition est souvent mal perçue : on la considère comme un problème de santé sinon d'insécurité alimentaire. En fait, elle est la manifestation d'un ensemble de déterminants multisectoriels et pluridisciplinaires intervenant à différents niveaux de la société - même si dans ses formes les plus graves, elle pose un sérieux problème de santé et des risques de mortalité accrus. Le statut nutritionnel d'un enfant est le résultat des facteurs immédiats que sont un régime alimentaire approprié et une bonne santé, qui dépendent des facteurs sous-jacents - liés les uns aux autres - que sont les soins destinés aux femmes et aux enfants au sein de la famille, la sécurité alimentaire et économique au niveau des ménages, et l'accès aux services de santé, à l'eau potable et à un environnement salubre. Ces facteurs sous-jacents reposent à leur tour sur des facteurs profonds que sont la disponibilité et le contrôle des ressources potentielles humaines, économiques et organisationnelles ; et les structures politique, culturelle, sociale et économique. Enfin le niveau d'alphabétisation et d'instruction de la population permet à celle-ci une utilisation efficace d'information et de ressources à sa disposition pour améliorer son statut nutritionnel. Ces facteurs sont résumés dans le cadre conceptuel de la malnutrition à l'Annexe 2.

2.1 La malnutrition protéino-énergétique :

Entre les années 1990 et 2000, la prévalence de la malnutrition chronique des jeunes enfants ne s'est pratiquement améliorée et reste stationnaire à un niveau très élevé avoisinant les 50%. Quand à la malnutrition aiguë (l'émaciation), sa prévalence a presque triplé entre 1992 et 2000 de 5% à 14%. Même s'il y a eu une légère régression des taux de mortalité, ils restent très élevés - la mortalité infanto-juvénile à 136 pour 1000, la mortalité infantile à 88 pour 1000 et la mortalité maternelle à 488 décès pour 100.000 mille naissances vivantes.

D'une manière générale, la malnutrition infantile survient très tôt et parfois touche les enfants avant leur naissance. Environ 11% des enfants ont un poids insuffisant à la naissance (inférieur à 2,5kg) et de ce fait sont susceptibles de mourir durant le premier mois de vie avec une probabilité 2 fois supérieure à celle des enfants de poids normal. 54% des décès d'enfants de moins de 5 ans sont attribuables à la malnutrition. La phase critique de la chute de croissance des enfants se situe entre 6 et 23 mois, c'est-à-dire au moment du sevrage - les taux de la malnutrition étant de 33% à 3-5

mois, 59% à 12-23 mois et 50% à 24-35 mois. De même 21% des femmes en âge de procréer souffrent d'une malnutrition chronique avec un Indice de Masse Corporelle (IMC) inférieur à 18,5 kg/m².

La malnutrition n'épargne aucune province de l'île et touche aussi bien le milieu urbain que rural, ce dernier étant le plus touché. Selon le MICS 2000, la malnutrition chronique varie selon la région (41% à Mahajanga contre 54% à Fianarantsoa) et selon le milieu (urbain 45% et rural 50%). Toutes les couches sociales sont touchées par la malnutrition - 27% au niveau des couches pauvres, 28% des couches moyennes et 23% chez les couches aisées.

2.2 Les carences en micronutriments :

Les carences en micronutriments sont également préoccupantes :

- Il est établi qu'une **carence en iode** peut entraîner un retard du développement mental chez l'enfant et une apparition du goitre chez les adultes. Avant la mise en œuvre du Programme de Lutte contre les Troubles dus à la Carence en Iode (TDCI) en 1992, les TDCI mettaient à risque 75% des malgaches. À l'heure actuelle ce problème a été ramené sous contrôle car la prévalence du goitre, signe clinique de la carence en iode, a accusé une spectaculaire réduction en passant de 42,5% en 1990 à 5% (2001) du fait de la consommation de sel iodé dans 80% des ménages. De plus, le taux d'excrétion d'iode urinaire était de 156,8 µg/l en 1998 ce qui indique un apport adéquat en iode.
- Une **carence en vitamine A** peut entraîner la cécité et est associée à une hausse de mortalité infanto-juvenile. La carence en vitamine A constitue un problème de santé publique à Madagascar selon les critères établis par l'OMS. Selon une enquête nationale en 2000 : chez les enfants de 6-59 mois, le taux d'héméralopie est de 2%, et le taux de rétinolémie inférieur à 0,70 mole/l est de 42% ; et chez les femmes de 15-49 ans, le taux d'héméralopie est de 12%, et le taux de rétinolémie inférieur à 1,05 mole/l est de 29%.
- Les **anémies nutritionnelles** diminuent la performance cognitive des enfants, augmentent le risque de petit poids à la naissance et réduisent la productivité des adultes. Elles affectent plus de deux tiers des enfants âgés de 6 à 35 mois ainsi que les enfants d'âge scolaire 6-14 ans. De même, 42% des femmes en âge de procréer et 44% des femmes enceintes souffrent d'anémie par carence en fer .

2.3 Les causes de la malnutrition :

Les causes de la malnutrition sont multiples et multisectorielles, les unes agissant directement, les autres indirectement. Les causes sous-jacentes de la malnutrition sont **(i)** les soins inadéquats et habitudes alimentaires inappropriés, **(ii)** l'accès inadéquat au service de santé et un environnement insalubre, et **(iii)** l'insécurité alimentaire au niveau des ménages.

- **Soins inadéquats et habitudes alimentaires inappropriée.** Bien que Madagascar soit une île disposant de potentialités

agro-pastorales et halieutiques importantes, la ration alimentaire reste déséquilibrée, monotone et peu diversifiée - trop riche en glucides, déficitaire en protéines et pauvre en lipides, avec carence en vitamines et minéraux. Les pratiques de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ne sont pas conformes à la politique nationale et les recommandations de l'OMS. Même si la grande majorité des mères allaitent leurs enfants (évaluée à plus de 95%), sa pratique sous optimale en hypothèque les bénéfices. Les aliments de complément au lait maternel sont non seulement introduits trop tôt mais plus de deux tiers des enfants de moins de 3 ans reçoivent une alimentation de complément insuffisante en qualité et quantité. La mauvaise pratique de l'allaitement maternel et l'inadéquation de l'alimentation de complément expliquent l'augmentation progressive des niveaux de malnutrition chez les enfants de moins de 2 ans. De plus, les tabous et interdits, touchant particulièrement les groupes nutritionnellement vulnérables (enfants, femmes enceintes et femmes allaitantes), aggravent les carences alimentaires.

- **Accès inadéquat aux services de santé et environnement insalubre.** La prévalence des maladies habituellement liées à la malnutrition reste encore élevée : maladies diarrhéiques (23%), fièvre (paludisme) (36%), IRA (9%) et rougeole (3,4%). La couverture vaccinale n'est que de (37%) pour les enfants complètement vaccinés. Le taux d'utilisation de la planification familiale n'atteint que 25% sur l'ensemble du pays. Par ailleurs, la prévalence du SIDA est passée de 0,02% en 1989 à 1,1% en 2003. L'état du milieu notamment l'accès à l'eau potable reste encore le privilège d'une minorité de la population : 75% des Malgaches n'ont pas accès à l'eau potable avec des disparités importantes - 90% des ruraux contre 43% des habitants des centres urbains secondaires et 12% de ceux des grands centres urbains. Le manque d'habilitation des communautés ne fait qu'aggraver la situation (dégradation des installations).
- **Insécurité alimentaire des ménages.** L'insécurité alimentaire des ménages est largement répandue. La proportion de ménages victime de l'insécurité alimentaire a augmenté de 59% en 1993 à 65% en 2001 (60% en milieu urbain et 67% en milieu rural). Pour l'ensemble de Madagascar, 75% des dépenses totales des ménages sont consacrées à l'alimentation. La faiblesse du revenu contribue fortement à l'insécurité alimentaire.

L'indice de production vivrière par habitant, qui n'a cessé de se détériorer depuis les années 60, a atteint le stade de 63% en 1995 partant de la base 100 en 1979-81 (FAO). La disponibilité de viande et produits de pêche par habitant reste faible (4,4 et 7 kg par an par habitant respectivement). Face à l'accroissement de la population (2,8%), cette faible performance du secteur agricole associée à une diminution des importations de céréales, a eu pour conséquence la diminution de la disponibilité alimentaire par habitant. Les rendements agricoles restent faibles malgré les actions entreprises en matière d'encadrement et de vulgarisation. Le bas niveau de la production agricole - qui est à 90% une agriculture de subsistance - provient : des méthodes culturales inappropriées, des exploitations de petites tailles, des problèmes d'accès à la terre, du faible niveau d'épargne et non-accès au crédit, de la détérioration des infrastructures rurales. Une forte proportion de la production est donc destinée à l'autoconsommation.

Les causes profondes de la malnutrition qui relèvent de la structure et l'organisation politique, culturelle, sociale et économique du pays. L'évolution de l'économie malgache est sans doute le facteur le plus déterminant de la dégradation des indicateurs

notamment de l'état nutritionnel des enfants et des femmes. Les choix de développement peu judicieux, la mauvaise répartition des productions nationales ont abouti à un effondrement des finances publiques et ont contribué à l'endettement du pays. Les résultats pour la population et les groupes vulnérables s'expriment en terme de diminution de pouvoir d'achat, de non-accessibilité aux services sociaux, d'insécurité alimentaire, de délinquance juvénile. Face aux stratégies de survie immédiates, de nombreuses familles éclatent : exode rural des hommes laissant les femmes à la tête des ménages. Cette situation est attribuée à :

- ***L'appauvrissement généralisé et continu du pays*** : Face à un taux de croissance démographique galopante de 2,8%, l'évolution du taux de croissance économique ne suit pas : 3,1% par an entre 1960 - 1972 ; 0,1% par an entre 1973 et 1984 ; 2,5% par an de 1985 à 1990 et 0,1% sur la période 1991 - 1996. Avec une nette amélioration de 4,3% pour les années 1997 - 2000, la crise de 2002 a aggravé la situation en faisant chuter le PIB à - 12%, et a accru le taux de pauvreté de 71% en 2001 à 74% en 2002. Le PIB/tête qui était de \$430 en 1960 est descendu à \$240 en 1999.
- ***La féminisation de la pauvreté*** due à la disparité de développement économique, sociale et politique au détriment de la femme : les femmes ont en effet des difficultés d'accès aux crédits dues à l'insuffisance de garantie liée à la faiblesse de leur base financière et de leur niveau d'éducation - 51% des femmes contre 47% d'hommes sont analphabètes et seulement 47% sont actives. Près de 19% des ménages sont dirigés par des femmes. Par ailleurs, la dévalorisation du statut de la femme due aux us et coutumes liés aux problèmes culturels, la faible éducation de la femme, la faible prise en compte de l'équité entre l'homme et la femme, la faible participation aux décisions politiques, économiques et sociales, la méconnaissance des droits et la discrimination constitue un facteur de blocage de la femme dans son épanouissement.
- ***La situation géographique et les caractéristiques physiques*** de Madagascar qui est régulièrement confrontée à des situations d'urgence. Ces situations d'urgence résultent de cataclysmes naturels à impact violent (cyclones, inondations) ou à évolution lente (sécheresse dans le sud), et entraînent des privations et menacent les acquis sociaux perturbant les services en faveur des femmes et des enfants.
- ***Les problèmes fonciers*** et de parcellisation entravent l'accroissement de la production alimentaire au niveau national et au niveau des petits producteurs.
- ***Les effets de catastrophes naturelles*** sont aggravés par la dégradation de l'environnement par l'homme: déforestation, feux de brousse, etc.
- ***Le problème d'insécurité rurale*** entrave la production alimentaire et le bon fonctionnement des services sociaux.
- ***L'enclavement*** est un facteur aggravant de la malnutrition et le problème d'accessibilité est exacerbé pendant la saison de pluie.
- ***Le poids de la tradition et valeur culturelle (tabou)*** en tant que facteur de blocage.

- *L'insuffisance de service d'encadrement* technique au niveau des communes - problème des agents en fonction et manque de moyen de vulgarisation.
- Le problème de *la malnutrition n'est pas vu comme prioritaire* par beaucoup d'autorités à tous les niveaux.

2.4 La qualité et l'innocuité des aliments :

Les problèmes liés à la qualité et à l'innocuité des aliments ne sont pas moins préoccupants. Ils retiennent de nos jours de plus en plus l'attention aussi bien des opérateurs que des consommateurs et de la communauté scientifique en raison de leurs importantes implications sanitaires et socio-économiques. Les nombreuses saisies et rejets d'importation et d'exportation, les différents cas d'intoxication survenus ces dernières années sont assez éloquents. Ces problèmes sont dus entre autres à l'insuffisance et à l'inadéquation des textes réglementaires existants, à leur non-application, à l'inefficacité et à l'insuffisance des infrastructures d'analyse et de contrôle.

2.5 Les problèmes émergents :

Deux problèmes émergents risquent de compliquer d'avantage la problématique de la malnutrition durant les prochaines décennies - ce sont les maladies non transmissibles (MNT) et le VIH/SIDA.

- *Les maladies non transmissibles*. Ces maladies - qui regroupent le diabète, les maladies cardio-vasculaires et le cancer - ont comme déterminants préventifs une alimentation et mode de vie malsaine. Même si aucune enquête scientifique n'a encore été réalisée, il y a des indications que les facteurs de risque comme l'obésité, la consommation des aliments riches en graisses et cholestérol, la sédentarité, et la surconsommation d'alcool et le tabagisme, touchent de plus en plus la population Malagasy, surtout les couches économiquement aisées.
- *Le VIH/SIDA*. Le problème de VIH/SIDA devient de plus en plus préoccupant à Madagascar. Bien que la prévalence de l'infection au VIH soit encore faible, son évolution ainsi que le nombre croissant de cas de SIDA de 1987 à 2000 sont alarmants - traduisant une croissance exponentielle évidente de l'épidémie. En effet, la forte prévalence des IST avec la syphilis qui constitue 15% des IST et présente chez 11% des femmes enceintes, conjuguée à la pauvreté ainsi que l'émergence des facteurs favorisant la propagation de la maladie rendent les gens de plus en plus vulnérables à l'infection. De même la transmission de la mère à l'enfant durant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale présente des risques particuliers. Il est estimé actuellement que le VIH est transmis par le biais de l'allaitement maternel à 10-20% des nourrissons dont les mères sont séropositives. Par ailleurs, les parents vivant avec le SIDA sont plus exposés au risque de la malnutrition, ce qui rendent leurs enfants plus vulnérables à la malnutrition.

A group of African children of various ages, from infants to teenagers, are posed in front of a textured, light-colored wall. Some children are holding babies. The image has a blue tint and a semi-transparent text overlay.

*Politique
et
Stratégies*

1. La Politique Nationale de Nutrition :

Préambule :

Pour combattre la malnutrition et compte tenu des Objectifs de Développement du Millénaire auxquels souscrit le Gouvernement Malagasy et afin d'assurer un développement rapide et durable, Madagascar, dans le cadre du DSRP, s'est fixé comme objectifs de :

- Réduire de moitié le taux de pauvreté d'ici 10 ans.
- Réduire de moitié le taux de malnutrition.

L'élaboration de la Politique Nationale de Nutrition a été réalisée d'une façon multisectorielle et pluridisciplinaire démontrant ainsi la complexité des problèmes liés à la nutrition et à l'alimentation ainsi que des facteurs qui les déterminent. Ce document de Politique Nationale :

- Montre la reconnaissance par tout un chacun de l'ampleur de la malnutrition dans le pays et ses conséquences sur le développement humain et socio-économique ;
- Marque l'engagement politique ferme et définitif à combattre ce fléau à dimension multisectorielle ;
- Fixe les objectifs à atteindre et crée un cadre référentiel à toutes les actions à entreprendre en matière de nutrition ; et
- Met en place un cadre institutionnel pour la coordination et la mise en œuvre des interventions nutritionnelles.

Les Indicateurs de la Malnutrition :

Trois indicateurs sont couramment utilisés comme mesures de la malnutrition dépendant de l'objectif de l'évaluation. Ces indicateurs sont :

- Le **retard de croissance** qui est une mesure de la taille de l'enfant par rapport à son âge. C'est un indicateur de la *malnutrition chronique* et est normalement utilisé pour mesurer l'impact à long terme des programmes de développement socio-économique.
- L'**insuffisance pondérale** qui est une mesure du poids de l'enfant par rapport à son à son âge. C'est un indicateur de la *malnutrition générale* et est normalement utilisé pour mesurer l'impact des interventions nutritionnelles à court et moyen terme - exemples la nutrition communautaire ou la surveillance de la croissance des enfants.
- L'**émaciation** qui est une mesure du poids de l'enfant par rapport à sa taille. C'est un indicateur de la *malnutrition aiguë* et est normalement utilisé pour le dépistage et suivi des enfants sévèrement malnutris dans le cadre des programmes d'urgence ou de réhabilitation nutritionnelle.

But de la Politique :

Assurer le droit de la population Malagasy tout entière à une nutrition adéquate en vue d'améliorer la survie des enfants et de leur permettre un développement maximal de leurs potentialités physiques et intellectuelles ainsi que de promouvoir la santé et le bien-être des mères et des adultes.

Objectifs Généraux :

D'ici l'an 2015 de :

- (i) Réduire de moitié la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans ; et**
- (ii) Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans.**

Objectifs spécifiques :

D'ici l'an 2015 de :

- (i)** Réduire de moitié la prévalence de l'insuffisance pondérale (poids/âge<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans - de 40% (EPM 2000) à 20% ;
- (ii)** Réduire de moitié la prévalence de la malnutrition aiguë (poids/taille<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans ;
- (iii)** Réduire de trois-quarts la malnutrition aiguë sévère (poids/taille<-3ET) chez les enfants de moins de 5 ans ;
- (iv)** Réduire de moitié la prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance ;
- (v)** Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois de 50% à 90% et maintenir le taux d'allaitement maternel jusqu'à 2 ans et au-delà à plus de 95%.

- (vi) Réduire de moitié la proportion de la population victime de l'insécurité alimentaire - c'est-à-dire n'atteignant pas le niveau minimum d'apport calorique de 2.300 kilocalories par personne par jour - c'est-à-dire de 65% à 30%.

D'ici l'an 2010 :

- (vii) Éliminer virtuellement l'avitaminose A chez les enfants de moins de 5 ans ;
- (viii) Réduire de moitié l'anémie ferriprive chez les enfants de moins de 5 ans, les enfants d'âge scolaire et chez les femmes enceintes.

D'ici l'an 2005 :

- (ix) Éliminer virtuellement les troubles dus à la carence en iode chez toute la population.

2. Stratégies :

Les stratégies adoptées dans le cadre de cette Politique reposent sur l'expérience positive des stratégies mises en œuvres jusqu'ici à Madagascar dans la lutte contre la malnutrition, ainsi que les bonnes pratiques au niveau global. Ces stratégies visent à assurer le droit de tous citoyens Malagasy à une nutrition adéquate et prévenir la malnutrition à tous les stades critiques du cycle de vie (enfants d'âge préscolaire et scolaire, femmes enceintes et allaitantes, adolescentes) tout en éliminant les discriminations à l'encontre des filles et des femmes en matière de nutrition et luttant contre l'exclusion des groupes marginalisés .

Les actions multisectorielles menées au cours de la dernière décennie - telles la promotion de l'allaitement maternel, l'éducation nutritionnelle, les interventions de nutrition communautaire et scolaire, la lutte contre les carences en micronutriments - ont donné des résultats positifs. Le renforcement de ces actions et l'extension de leur couverture géographique aideront à augmenter leur impact au niveau national. Mais ces actions au niveau des causes sous-jacentes ne suffisent pas car il faut aussi s'attaquer aux causes profondes de la malnutrition. Ainsi la convergence et la synergie avec les politiques et programmes de développement (ex. Réduction de la pauvreté, sécurité alimentaire, population) sont essentielles pour une meilleure efficacité et durabilité des interventions en matière de nutrition.

La malnutrition des enfants est d'ailleurs la manifestation des problèmes multisectoriels qui se posent à tous les niveaux de la société (famille, communauté, région, national) - voir annexe 2. Ainsi, les considérations nutritionnelles devront faire partie intégrante de tous programmes de développement et l'état nutritionnel des enfants devra être utilisé parmi les indicateurs des résultats des programmes de développement social et économique.

Les stratégies spécifiques :

La lutte contre les différents problèmes nutritionnels comporte des stratégies spécifiques qui ont fait l'objet de consensus international ainsi que de l'expérience de leur mise en œuvre à Madagascar. La lutte contre la malnutrition protéino-énergétique reste un défi majeur et demande un effort conjugué de la population et des intervenants. La lutte contre les troubles dus à la carence en iode est en bonne voie et la lutte contre l'avitaminose A doit être renforcée. Par contre, l'anémie ferriprive qui touche plusieurs groupes et demande une intervention plus forte.

La malnutrition peut-être jugulée par la mise en œuvre simultanément des sept " **Actions Essentielles en Nutrition** " à savoir :

- ❖ L'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ;
- ❖ L'alimentation de complément adéquat et l'allaitement maternel ;
- ❖ L'alimentation des enfants malades, notamment les malnutris ;
- ❖ L'alimentation adéquate, notamment les femmes enceintes et allaitantes ;
- ❖ La lutte contre l'avitaminose A ;
- ❖ La lutte contre la carence en fer ; et
- ❖ La lutte contre la carence en iode.

Les stratégies spécifiques pour la prévention de ces problèmes nutritionnels comprendront :

A. Malnutrition Protéino-Énergétique :

La malnutrition s'établit très tôt chez l'enfant Malagasy et c'est la période de grande vulnérabilité qui pourrait entraîner un retard de développement physique et mental. La défaillance de la croissance s'installe dès la première année et deviendra plus difficile à corriger avec le temps. Une intervention précoce (avant 3 ans) assure une meilleure efficacité dans la prévention de la malnutrition et la réduction de la mortalité infanto juvénile. L'inadéquation de l'allaitement maternel et l'alimentation de complément associée aux maladies récurrentes sont les causes les plus importantes de la malnutrition chez les enfants Malagasy. Réduire la malnutrition chronique chez les femmes est important en vue de réduire la mortalité maternelle et prévenir l'insuffisance pondérale chez les nouveau-nés - autre facteur de mortalité néonatale et de malnutrition. L'action de la famille doit être appuyée par l'accès au service de santé et un environnement sain, ainsi que par une meilleure disponibilité alimentaire en quantité et qualité. L'emphase doit être mise sur la prévention de la malnutrition. Les stratégies spécifiques de lutte contre la MPE comprendront donc :

- La surveillance et promotion de la croissance des enfants de moins de 5 ans ;
- L'alimentation adéquate du nourrisson et du jeune enfant, notamment l'allaitement maternel et l'alimentation de complément ;

- L'alimentation et de la santé des femmes et des filles, notamment des femmes enceintes et allaitantes ;
- Comportements positifs relatifs à la nutrition, l'hygiène et la santé au sein de la famille ;
- La sécurité alimentaire et économique au niveau des ménages ;
- L'accès aux soins de santé primaires (dans toutes ses composantes) et la prise en charge des enfants sévèrement malnutris ;
- L'accès à l'eau potable et l'hygiène du milieu adéquate.

B. Troubles dus à la Carence en Iode :

Suite au succès relatif de la lutte contre la carence en iode, on ne voit plus les formes les plus graves des TDCI comme les avortements spontanés, la surdimotilité ou le crétinisme, et même le goitre devient plus rare. Néanmoins, une grande proportion de la population ne consomme toujours pas du sel suffisamment iodé et sont exposés à la carence en iode mettant en danger le développement intellectuel des enfants. Il faut s'assurer que tous les sels produits et consommés à Madagascar soient correctement iodés. Les stratégies de lutte contre les TDCI comprendront :

- Iodation de tout sel destiné à la consommation humaine selon les normes établies ;
- Consommation du sel adéquatement iodé par toute la population ;
- Application effective de la législation sur le sel iodé ;
- Contrôle qualitatif et quantitatif de l'iode dans le sel à tous les niveaux (production, distribution et consommation) ;
- Suivi épidémiologique des TDCI au niveau des postes sentinelles.

C. Avitaminose A :

L'avitaminose A est un problème de santé publique à Madagascar et touche les enfants et les femmes enceintes et allaitantes à cause d'un apport alimentaire inadéquat en vitamine A. Dans sa forme la plus grave elle expose les enfants à la cécité ou des lésions oculaires et dans sa forme sous clinique, l'avitaminose A augmente le risque de mortalité et de morbidité, et affecte la croissance et le développement des enfants. Une supplémentation en vitamine A assurera une protection rapide aux groupes vulnérables mais elle doit être complétée par la diversification du régime alimentaire et la fortification alimentaire pour la pérennisation des interventions. Les stratégies de lutte contre l'avitaminose A comprendront :

- La diversification alimentaire en vue d'augmenter l'apport en vitamine A ;
- Supplémentation universelle en vitamine A des groupes vulnérables, notamment les enfants et femmes allaitantes (nouvellement accouchée) selon le protocole établi ;
- Promotion de la fortification alimentaire en vitamine A ;
- Prise en charge rapide des enfants malades et vaccination anti-rougeoleux.

D. Anémie ferriprive :

L'anémie ferriprive est aussi un problème de santé publique touchant particulièrement les femmes enceintes, les enfants d'âge préscolaire et d'âge scolaire à cause d'un apport alimentaire inadéquat et d'une faible biodisponibilité en fer. Elle est une des causes importantes de la mortalité maternelle et de l'insuffisance de poids à la naissance ainsi que de la baisse de la performance cognitive chez l'enfant et de la productivité au travail des adultes. Une supplémentation en fer/acide folique est nécessaire pour améliorer rapidement le niveau d'hémoglobine des groupes vulnérables mais c'est difficile d'avoir une couverture adéquate. La diversification du régime alimentaire et la fortification alimentaire doivent ainsi compléter la supplémentation en fer/acide folique. Les stratégies de lutte contre l'anémie ferriprive comprendront :

- Promotion de la diversification alimentaire en vue d'améliorer l'apport en fer et son assimilation ;
- Supplémentation en fer et acide folique des groupes vulnérables, notamment les femmes enceintes, les enfants (d'âge préscolaire et scolaire) et les adolescentes ;
- Promotion de la fortification alimentaire en fer ;
- Déparasitage des enfants et contrôle du paludisme (chimiothérapie et moustiquaires imprégnées).

E. Autres carences en micronutriments :

A part la carence en fluor et les caries dentaires, l'effet des autres carences en micronutriments sur la santé publique n'est pas connue, et il faut encore des recherches. Les stratégies comprendront :

- Fluor (pour la prévention des caries dentaires) : double fortification du sel avec de l'iode et du fluor.
- Zinc, sélénium, etc. : Recherche-action et pilotage avant l'adoption d'une stratégie nationale.

Les stratégies opérationnelles :

Les stratégies opérationnelles serviront à la mise en œuvre des stratégies spécifiques de lutte contre la malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments au niveau de tout le territoire en vue d'atteindre les objectifs fixés dans cette Politique avant l'an 2015.

Les principaux éléments de la Politique National de Nutrition est présenté à l'annexe 3. Il faut s'attaquer à la malnutrition à partir de la base et là où l'efficacité des interventions est le meilleur en vue d'assurer à l'enfant une alimentation adéquate et une bonne santé. L'intervention de nutrition au niveau communautaire est donc le noyau central de cette action en vue de faire adopter des bonnes pratiques en matière de nutrition, d'hygiène et de santé par les familles et communautés. L'intégration aux services de la santé est un élément essentiel de cette stratégie en vue de prévenir les maladies infectieuses qui sont une des principales causes de la malnutrition et de mortalité chez les enfants. Une convergence effective des services agricoles et des interventions pour la réduction de la pauvreté (DSRP) est aussi essentielle en vue d'assurer la sécurité alimentaire et économique des ménages, autres facteurs sous-jacents de la malnutrition (voir annexe 2). Le succès de ces interventions demande une stratégie de communication pour mobiliser la participation active de la population et des responsables dans la mise en oeuvre de cette Politique. Un système national de surveillance nutritionnelle fournira les informations utiles aux responsables et les communautés pour la coordination et suivi de la mise en oeuvre de la Politique.

Des structures de coordination et suivi au niveau national et régional seront mise en place en vue d'assurer la collaboration et synergie multisectorielle, et que l'engagement de l'État soit traduit dans l'action. Les responsables régionaux participeront à l'élaboration des plans d'action de manière à assurer l'opérationnalisation de ces stratégies. La commune sera la structure à la base qui assurera la coordination multisectorielle et suivie des interventions au niveau communautaire.

La planification, la mise en œuvre et le suivi/évaluation des stratégies opérationnelles se feront au niveau national, provincial/régional et/ou communal, selon le cas.

Les principes directeurs pour la mise en oeuvre des stratégies opérationnelles comprennent :

- l'Adoption de l'Approche Droit (CDE, CDH, CEDAW), le renforcement de la coordination multisectorielle et de la cohérence des interventions,
- la décentralisation des interventions et des moyens suivant les zones à risque,
- l'implication effective des autorités nationales, régionales, locales et traditionnelles,
- la priorité aux stratégies préventives dans la lutte contre la malnutrition,
- l'intégration de la lutte contre la malnutrition dans tous les programmes de développement,
- la collaboration avec les ONGs et la société civile et consolidation de l'approche 3P : Partenariat Public Privé à tous les niveaux.

Les 14 Axes Stratégiques :

- 1 La promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire ;
- 2 L'intervention de nutrition au niveau communautaire ;
- 3 La lutte contre les carences micronutriments (Troubles de Carence en Iode, Avitaminose A et anémie ferriprive) ;
- 4 L'intégration des interventions nutritionnelles aux soins de santé primaire ;
- 5 La prise en charge des enfants sévèrement malnutris ;
- 6 L'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages ;
- 7 L'intervention de nutrition scolaire ;
- 8 La stratégie de communication ;
- 9 La convergence des politiques de développement ;
- 10 La préparation à l'urgence et les réponses aux urgences nutritionnelles ;
- 11 Le système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle ;
- 12 Le développement de la capacité nationale ;
- 13 L'élaboration et l'application des législations et normes relatives à la nutrition et l'alimentation ;
- 14 Les problèmes émergents (les maladies non transmissibles, le VIH/SIDA).

Systeme de coordination et de suivi :

Le succès de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition repose sur une coordination multisectorielle fort et efficace à tous les niveau - du niveau central jusqu'au niveau communautaire. On a connu des expériences positives en matière de coordinations spécifiques (ex. Comité National de Lutte contre les TDCI et Comité National de l'Allaitement Maternel), et le GAIN a été un début de coordination des interventions relatives à la lutte globale contre la malnutrition. Il faut souligner qu'une simple coordination ne suffit pas pour assurer une synergie des actions des secteurs différents - il faut que le coordonnateur puisse jouer le rôle de leadership et assurer que tous les acteurs à tous les niveaux accomplissent leurs engagements vis-à-vis de la PNN.

L'approche consistera à :

- Mettre en place une structure de coordination et de suivi aux niveau national et décentralisé en vue d'une meilleure synergie des intervenants et d'une meilleure harmonisation des activités.
- Inclure l'état nutritionnel des enfants parmi les indicateurs clés pour le suivi et évaluation de toutes stratégies de développement et de lutte contre la pauvreté.
- Mettre à la disposition de ces structures toutes les informations utiles - UCSAN s'en chargera.
- Assurer la représentation des tous acteurs concernés au niveau de toutes les instances de coordination - ministères et services techniques, projets et programmes nationaux, institutions nationales, ONG, secteurs privé, société civile, agences de coopération, et représentants des communautés et entités décentralisées. Renforcer l'approche 3P : Partenariat Public/Privé.

A. Le système de coordination et de suivi :

La mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition nécessite une structure pouvant assurer une coordination multisectorielle efficace et donner des orientations aux intervenants des différents secteurs.

Ce système assurera plusieurs fonctions essentielles :

- Coordonner les interventions en matière de nutrition ;
- Suivre et évaluer l'exécution des actions par les divers intervenants ;
- Assurer la cohérence des stratégies mise en oeuvre et le non chevauchement des interventions ;
- Rechercher les voies et actions, et donner des orientations des actions pour de meilleurs résultats ;
- Préparer des protocoles d'exécution des actions.

Le montage institutionnel qui sera sous la tutelle de la Primature (voir Organigramme à l'annexe 4) consistera de :

- **Conseil National de Nutrition (CNN) ;**
- **Office National de Nutrition (ONN) ;**
- **Agences de Mise en Œuvre (AMIO).**

Des structures appropriées de coordination et de suivi de la PNN seront aussi mises en place au niveau provincial, régional et commune. Au niveau local, ces structures incluront aussi les comités des communautés bénéficiaires (CCB). Les GAINs seront formalisés et intégrés au système de coordination et suivi de la PNN à tous les niveaux (national, provincial/régional et district).

A.1. Le Conseil National de Nutrition (CNN) :

Le CNN (voir Annexe 4) sera un forum de conception, délibération, consultation, concertation, orientation et contrôle des grandes lignes de la Politique Nationale de Nutrition. Le CNN sera composé des représentants du Sénat - Assemblée Nationale, des Ministères sectoriels, de la société civile et du secteur privé.

Sont membres de droit les représentants de la Présidence, de la Primature, de tous les ministères ainsi que du Sénat et de l'Assemblée Nationale, et des leaders traditionnels et religieux.

Sont membres consultatifs, les représentants des partenaires au développement - chaque agence du Système des Nations Unies, agence de coopération bilatérale et ONG d'envergure internationale ou nationale.

Le CNN sera présidée par le représentant de l'Etat désigné par le Primature et se réunira ordinairement une fois l'an ou extraordinairement autant que c'est nécessaire.

A.2. L'Office National de Nutrition (ONN) :

L'ONN est chargé de la mise en oeuvre de la Politique Nationale de Nutrition, de la coordination technique, du suivi et évaluation, recherche et développement, temporelle et spatiale des activités spécifiques de nutrition menées par les différentes agences de mise en oeuvre.

L'ONN sera composée d'un Directeur et appuyée de quatre cellules techniques pour **(i)** la coordination et communication, **(ii)** la formation, recherche et développement, **(iii)** l'administration et finance, et **(iv)** le suivi et évaluation.

Une des priorités sera d'assurer une collaboration étroite entre les secteurs clés comme la santé, l'agriculture et développement rural, le plan, l'éducation et la décentralisation à tous les niveaux. Les structures existantes de coordination (au niveau national, provincial/régional et fivondronana) seront intégrées à l'ONN.

Les comités nationaux de coordination spécifiques (ex. TDCI, allaitement maternel, etc.) continueront à fonctionner sous la tutelle de l'ONN, qui mettra en place d'autres comités de coordination technique si nécessaire.

L'ONN organisera régulièrement des réunions de coordination et de suivi des programmes avec les acteurs ou groupes des acteurs.

L'Office National de Nutrition (ONN) :

La fonction de l'ONN consiste à :

- ❖ Assurer **la coordination et la cohérence des interventions** (techniques, opérationnelles et financières), tout en apportant un appui technique aux AMIOs (si nécessaire) dans l'élaboration des documents de projet ou de financement ;
- ❖ **Suivre et évaluer** l'exécution des actions par les divers intervenants ;
- ❖ **Assurer l'intégration de la nutrition dans la planification et budgétisation** des activités des différents ministères et projets (au niveau national et régional). Assurer une collaboration étroite entre les secteurs clés (santé, éducation, agriculture, développement rural, plan).
- ❖ **Donner les orientations stratégiques et assurer l'harmonisation et l'effectivité des stratégies** et/ou approches mise en oeuvre ;
- ❖ **Instaurer un système de triage** des acteurs sérieux en matière de nutrition ;
- ❖ **Assurer la synergie des activités** avec les ONGs en évitant la concurrence et renforcer le partenariat public-privé ;
- ❖ **Emettre des directives** et préparer des protocoles pour l'exécution des actions ;
- ❖ **Assurer la coordination et l'échange des informations** ainsi que la coordination des recherches et développement dans le domaine de la nutrition ;
- ❖ **Mettre en place un plan de positionnement des bailleurs** selon les besoins du pays ainsi qu'un plan de retrait des bailleurs pour assurer la pérennisation des actions.

A.3. Les Agences de Mise en Œuvre (AMIOs)

Les AMIOs sont les organes d'exécution de la PNN et comprennent les représentants des 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. Les agences de coopération multilatérales et bilatérales qui apportent un appui financier et technique à ces programmes seront aussi représentées.

Les AMIOs conçoivent, programment, gèrent, mettent en œuvre les activités qui leur sont confiés et en assurent leur propre suivi et évaluation en se conformant respectivement aux orientations générales arrêtées par le CNN et aux recommandations spécifiques de l'ONN. En vue d'assurer l'efficacité de la mise en œuvre de la PNN à la base, il y aura une coordination et suivi des interventions des AMIOs du niveau central, en passant par le niveau régional jusqu'au niveau communautaire.

B. La mise en œuvre de la Politique Nationale :

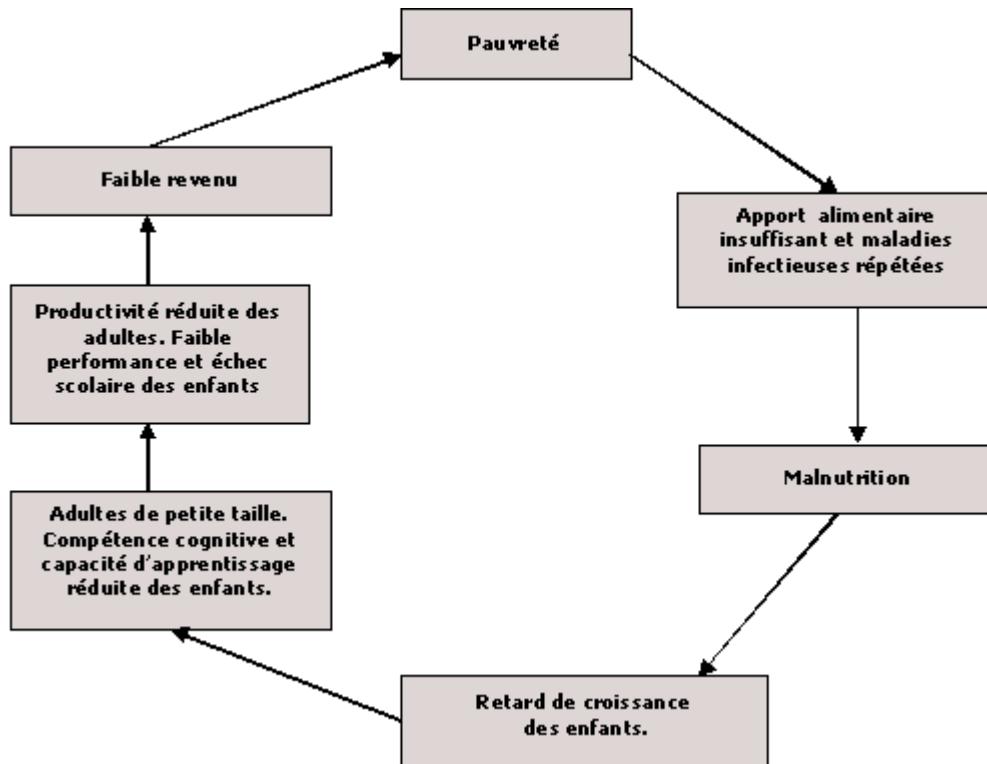
Les outils suivants seront élaborés par l'ONN et utilisés pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition :

- Le Programme National de Nutrition situant les rôles et responsabilités de chaque secteur ou programme/projet dans la lutte contre la malnutrition, y compris la structure des activités.
- Les plans d'action détaillés de chaque ministère sectoriel et programme/projet.
- La définition des indicateurs clés de suivi/évaluation des objectifs et stratégies de la PNN.
- Les politiques et protocoles en matière de nutrition.

L'ONN déposera à la Primature un rapport annuel analytique sur la situation nutritionnelle et alimentaire à Madagascar ainsi que sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition, les résultats réalisés par rapports aux objectifs fixés et les recommandations en vue d'assurer l'atteinte des objectifs de la PNN.

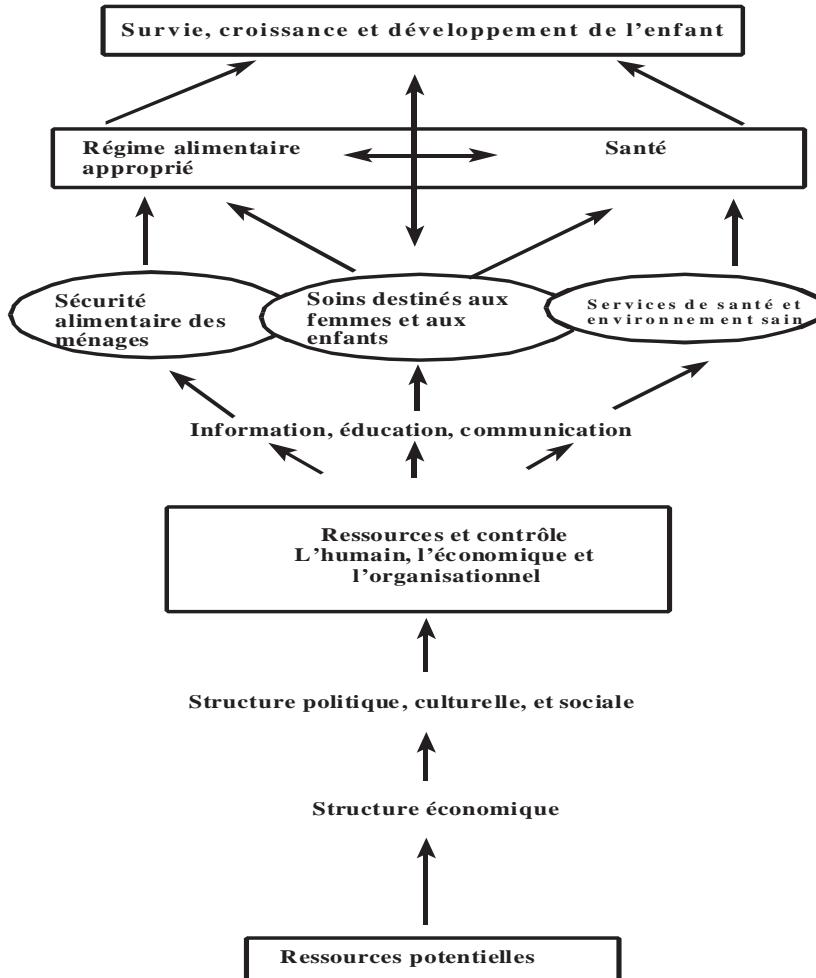
Les AMIOs présenteront des rapports trimestriels à l'ONN avec copies aux organismes de rattachement.

Le Cycle de la Malnutrition et de la Pauvreté

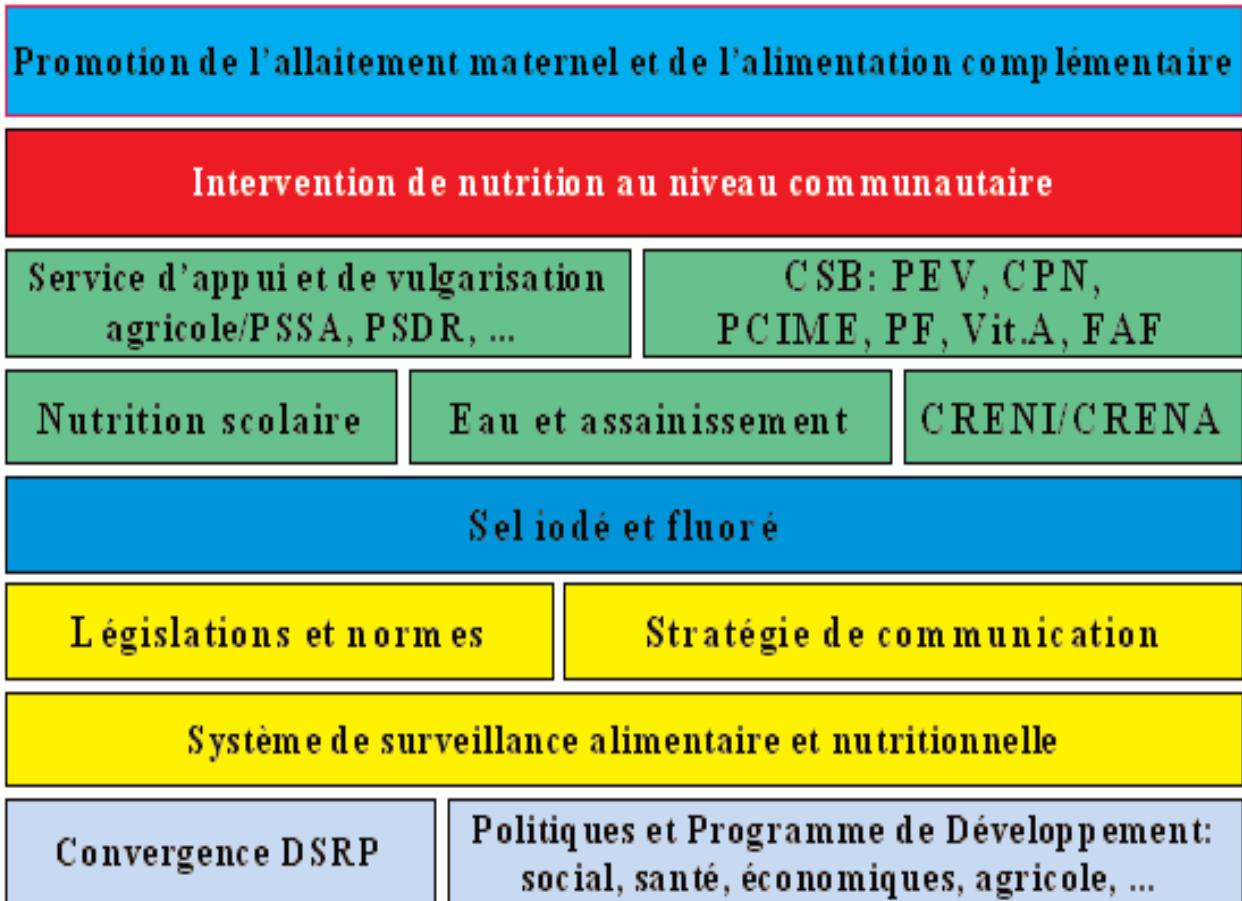


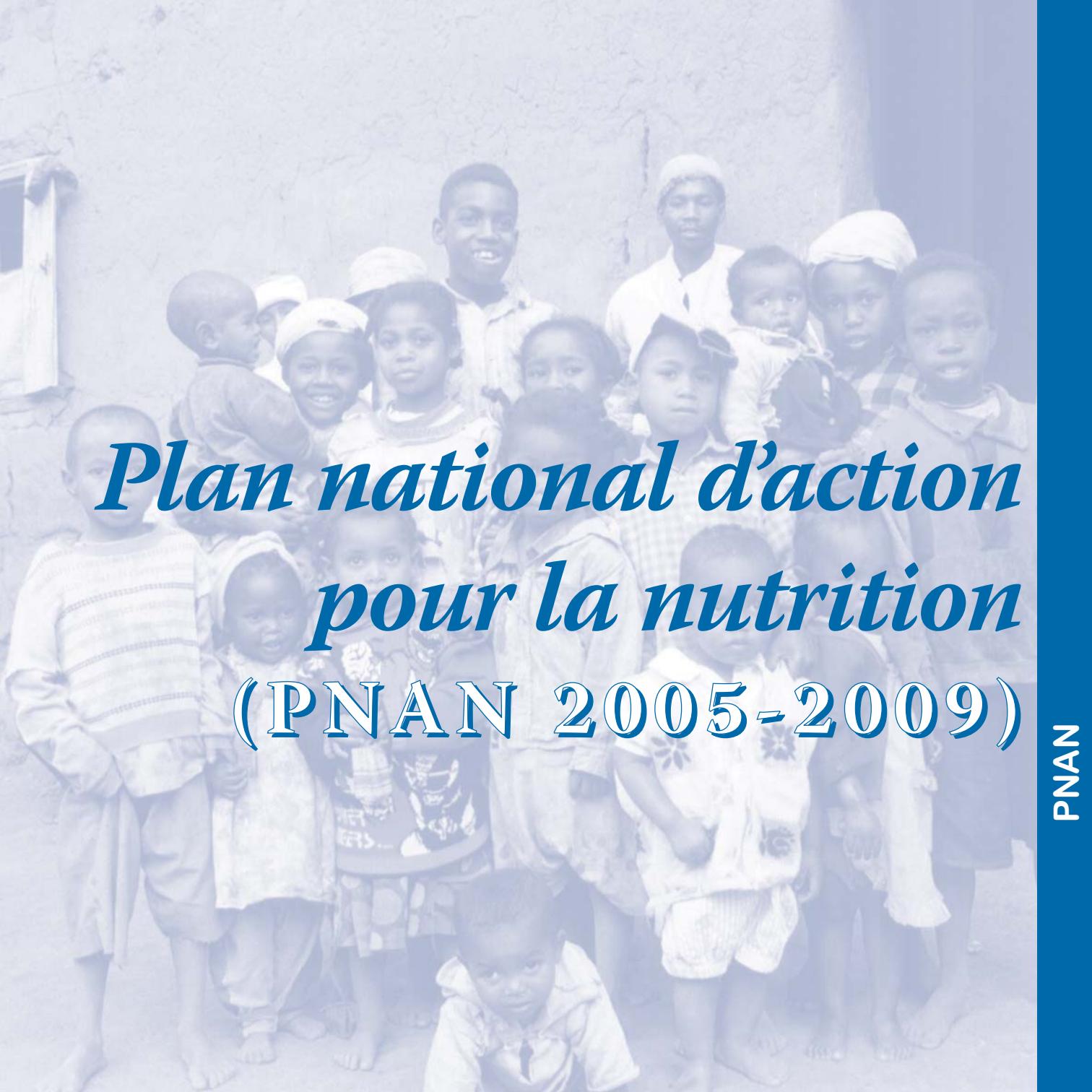
Annexe 2

Cadre Conceptuel de la Malnutrition



Eléments Stratégiques de la PNN





*Plan national d'action
pour la nutrition*
(PNAN 2005-2009)

Stratégie N° 1

Promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire

Objectifs spécifiques :

Les objectifs spécifiques (voir chapitre 2) auxquels contribuera cette stratégie sont :

D'ici l'an 2015 de :

- Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois de 50% à 90% et maintenir le taux d'allaitement maternel jusqu'à 2 ans et au-delà à plus de 95%.
- Contribuer à l'atteinte des objectifs spécifiques relatifs à la réduction de la malnutrition chez les enfants.

Résultats clés :

Les résultats clés de cette stratégie et les indicateurs de progrès sont présentés au tableau suivant.

Résultats clés (2009)	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)
1. 90% des mères reçoivent une information adéquate sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	% des mères recevant une information adéquate toutes sources confondues sur l'alimentation du jeune enfant : - Au niveau du public ; - Au niveau des formations sanitaires, publiques et privées ; - Au niveau communautaire.
2. 80% des mères adoptent les pratiques correctes de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en incluant le contexte VIH/SIDA	- % des mères pratiquant l'AME jusqu'à 6 mois ; - % des mères ayant pratiqué l'initiation précoce de l'allaitement maternel ; - % des mères ayant introduit l'alimentation complémentaire adéquate du jeune enfant à 6 mois ; - % des mères ayant continué l'AM jusqu'à 24 mois.
3. 40% des mères adoptent les pratiques correctes et adéquates de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant malade	- % des enfants malades ayant reçu une augmentation de l'AME une alimentation adéquate, durant et après leurs maladies.
4. 50% des formations sanitaires et des sites communautaires/communes transformés en "amis des bébés"	- Nombre et % des centres hospitaliers et centres de santé ayant reçu le label IHAB ; - Nombre et % des sites de nutrition communautaire/communes transformés en " amis des bébés ".
5. 50% des grosses et moyennes entreprises transformées en lieux de travail "amis des bébés"	- Nombre et % des grosses et moyennes entreprises ayant des crèches ; - Nombre et % de ces crèches ayant le label "amis des bébés".
6. Le Code sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et dérivés appliqué à tous les niveaux	- Nombre d'infraction par les sociétés de commercialisation des aliments pour bébés ; - Nombre et % des établissements hospitaliers publics et privés respectant le Code ; - Nombre d'infraction au Code au niveau des médias.

Stratégie N° 2

Intervention de nutrition au niveau communautaire

Objectifs spécifiques :

Cette stratégie contribuera particulièrement aux objectifs suivants :

D'ici l'an 2015 de :

- Réduire de moitié la prévalence de l'insuffisance pondérale (poids/âge <-2 ET) chez les enfants de moins de 5 ans de 42% (EDS 2003) à 21 %.
- Réduire de moitié la prévalence de l'insuffisance de poids de naissance.

Le tableau suivant donne le chronogramme pour l'atteinte de ces objectifs :

Objectifs spécifiques	Résultats clés	Indicateurs de progrès (processus et ou résultats)	Chronogramme			Source de vérification
			2005-2007	2008-2010	2011-2015	
OS I et OS IV	Insuffisance Pondérale réduite	P/A<-2ET (Enfant <5 ans)	35%	28%	21%	EDS (Résultats National/Région), MICS, EPM
	Faible poids à la naissance réduit	Nombre d'enfant ayant un poids > 2,5 kg à la naissance	>11%	réduire de 1,5% à 2%	<10%	EDS, MICS, EPM

Résultats clés :

Les résultats clés de cette stratégie et les indicateurs de progrès sont présentés au tableau suivant.

Résultats clés (2009)	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)
<p>1. Adoption et mise en œuvre du PNNC au niveau national</p> <p>Les interventions de nutrition communautaire sont fonctionnelles au niveau de toutes les communes vulnérables des 116 districts avec une approche harmonisée et une couverture progressive touchant les couches les plus vulnérables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nbre et % de sites fonctionnels au niveau commune/district/région ; - Nbre et % des communes vulnérables touchées ; - Nbre et % des enfants <5ans suivis dans les sites communautaires ; - Nbre et % des sites ayant adopté une approche harmonisée d'interventions et de gestion ; - Nbre et % enfants ayant un poids > 2,5 Kg à la naissance ; - Nbre et % enfants pesés ayant gain de poids adéquat ; - Nbre et % des enfants malnutris ;

Résultats clés (2009)	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)
<p>2. Les pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la couverture en micronutriments améliorés dans les sites communautaires.</p> <p>ANJE :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ 80% des mères dans les sites fonctionnels pratiquent l'allaitement maternel exclusif pendant les six premier mois de vie ; ♦ 80% des mères dans les sites fonctionnels pratiquent l'alimentation complémentaire adéquate à partir du sixième mois, en parallèle avec la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans et au-delà ♦ 80% des mères dans les sites fonctionnels pratiquent l'alimentation adéquate de l'enfant durant et après la maladie; ♦ 80% des mères dans les sites fonctionnels pratiquent une meilleure alimentation durant la grossesse et l'allaitement; <p>Micronutriments :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ 90% de la population consomment du sel adéquatement iodé ♦ 90% de la population ayant reçu une supplémentation en vitamine A ♦ 50% de la population cible ayant reçu une supplémentation en fer 	<p>ANJE :</p> <ul style="list-style-type: none"> -% des mères ayant adopté les pratiques optimales de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premier mois de vie ; - % des mères ayant adopté les pratiques adéquates de l'alimentation du jeune enfant, y compris l'AM et l'alimentation complémentaire ; - % des mères ayant adopté les pratiques de l'alimentation de l'enfant durant et après la maladie ; - % des mères ayant adopté les pratiques d'une meilleure alimentation durant la grossesse et l'allaitement ; <p>Micronutriments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux des ménages consommant le sel adéquatement iodé (enquêtes et écoles) ; -% des mères ayant reçu une supplémentation en Vit A ; -% des enfants ayant reçu une supplémentation de Vit A ; -% des mères ayant reçu une supplémentation en Fer ; -% des enfants ayant reçu une supplémentation en Fer ;
<p>3. Tous les enfants sévèrement malnutris dans les sites communautaires sont pris en charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nbre et % des enfants sévèrement malnutris référés vers le CSB et CRENI/CRENA ; - Nbre et % des enfants sortis des CRENI/CRENA suivis à niveau des sites communautaires ;
<p>4. Intégration des sites communautaires aux services de santé renforcée.</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ 80% de la population des sites communautaires utilisent le service de santé ; ♦ 50% de la population sont couvertes par le système à base communautaire (PF, MII, SRF, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de fréquentation du service de santé ; - Taux de vaccination des enfants ; - Taux d'utilisation du service CPN du CSB par les femmes enceintes - Nbre de femmes accouchées sous assistance médicale dans les sites ; - Nbre et % des sites avec AT formées et équipées ; - Couverture du système à base communautaire.
<p>5. Au moins 80% des sites reçoivent les appuis nécessaires des services agricole/pêche/élevage en vue d'améliorer la sécurité alimentaire des ménages.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nbre et % des sites bénéficiaire d'appui ; - Nbre et types d'appui au niveau des sites ; - Nbre et % de ménages bénéficiaires par site/commune ; - Nbre et % des enfants malnutris durant la période de soudure.
<p>6. La convergence des activités de la SRP et de développement renforcée au niveau de sites communautaire dans 90% des communes vulnérables des 116 districts.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de Région ayant intégré la nutrition au PRD ; - Nbre et % des communes vulnérables ayant intégré la nutrition au Plan Communal de Développement ; - Nbre et % des communes faisant la coordination et le suivi des activités de nutrition au niveau du Comité Communal de Développement ; - Nbre et % des bénéficiaires des activités AGR, VCT, PS, ...

Stratégie N° 3

Lutte contre les carences en micronutriments (TDCI, Avitaminose A et Anémie ferriprive)

Objectifs spécifiques :

Les objectifs spécifiques (voir chapitre 2) auxquels contribuera cette stratégie sont :

D'ici l'an 2010 :

- **Éliminer virtuellement l'avitaminose A chez les enfants de moins de 5 ans :**
 - Taux d'héméralopie chez les enfants de 6-59 mois réduit de 2% à 1% ; chez les femmes de 15-49 ans de 12% à <6% ;
 - Taux de rétinolémie réduit de 42% à <21% chez les enfants (<0,70 µmole/l) et de 29% à 15% chez les femmes (<1,05 µmole/l).
- **Réduire de moitié l'anémie ferriprive chez les enfants de moins de 5 ans (de 67% à 30%) , les enfants d'âge scolaire (de 66% à 33%), et chez les femmes enceintes (de 44% à 20%).**

D'ici l'an 2005 :

- **Éliminer virtuellement les troubles dus à la carence en iode chez toute la population :**
 - Prévalence du goitre réduite de 5% (2001) à 2,5% ;
 - Taux d'excrétion d'iode urinaire 156,8 µg/l (1998) ;
 - Consommation du sel adéquatement iodé par >90% de la population.

Résultats clés

Les résultats clés de cette stratégie et les indicateurs de progrès sont présentés au tableau suivant.

Résultats clés (2009)	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)
<p>1. 90% de la population consomment du sel adéquatement iodé et fluoré</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux des ménages consommant le sel adéquatement iodé et fluoré (enquêtes et écoles) ; - Cartographie de la consommation du sel iodé et fluoré ; - Taux d'iodation et de fluoration au niveau des sauniers (grand, moyens, petits) et grossistes ; - Texte d'application de la législation sur le sel iodé et fluoré promulgué.
<p>2. 90% des enfants âgés de 6-59 mois reçoivent une supplémentation biannuelle en vitamine A et sont déparasités</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux des enfants 6-59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A annuellement ; - Taux des enfants 6-59 mois ayant reçu une dose de vitamine A annuellement ; - Taux des enfants 6-59 mois déparasités 2 fois par an.
<p>3. 90% des enfants scolarisés et 50% des enfants non scolarisés reçoivent une supplémentation en fer et sont déparasités</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de supplémentation en fer des filles/garçons scolarisés/non scolarisés ; - Taux de déparasitage des filles/garçons scolarisés/non scolarisés.
<p>4. Politique de fluoration du sel adopté</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Politique élaborée et validée ; - Taux de fluoration au niveau des sauniers (grand, moyens, petits) ; - Taux des ménages consommant le sel fluoré.
<p>5. Politique de fortification alimentaire (fer, vitamine A et autres) adoptée et mise en oeuvre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Politique élaboré et validé ; - Nbre et types d'aliments fortifiés produits.
<p>6. 50% de la population consomment une alimentation équilibrée/diversifiée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux des ménages (urbain/rural) consommant une alimentation équilibrée/diversifiée selon EPM et bilan alimentaire national ; - Taux des jeunes enfants et femmes enceintes consommant une alimentation équilibrée (diversifiée) dans les sites communautaires.

Stratégie N° 4

Intégration des interventions nutritionnelles aux soins de santé primaires

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques (voir chapitre 2) auxquels contribuera cette stratégie sont :

D'ici l'an 2015 de :

- Réduire de moitié la prévalence de l'insuffisance pondérale (poids/âge < -2ET) chez les enfants de moins de 5 ans - de 42% (EDS 2003) à 21% ;
- Réduire de trois-quarts la malnutrition aiguë sévère (poids/taille < -3ET) chez les enfants de moins de 5 ans - de 3% (EDS 2003) à 1% ;
- Réduire la prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance (< 2.500 grammes) à moins de 10% ;
- Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 139 pour 1000 naissances vivantes à 111 en 2006 (DSRP) et à 56 en 2015 (ODM).

Résultats clés

Les résultats clés de cette stratégie et les indicateurs de progrès sont présentés au tableau suivant.

Résultats clés (2009)	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)
1. Intégration des AEN dans le PMA de 80% de CSB des communes	-% CSB intégrant les actions essentielles en nutrition dans leurs PMA ; -% CBS équipés en matériels adéquats et dotés régulièrement en médicaments essentiels ; -% CSB mettant en œuvre la PCIME.
2. La fréquentation au niveau de 80% des CSB des communes augmenté de 20%	- Taux d'utilisation de CSB par la population desservie pour les prestations en AEN.
3. Collaboration renforcée entre les CSB et les sites de nutrition communautaire dans 80% des communes	- Protocole validé signé entre le MinSan-PF et l'ONN/PNNC ; - % des sites communautaire/communes ayant participé aux interventions en stratégie avancée renforcées ; - Nombre de réunions annuelles tenues entre les agents de santé et les intervenants en matière de nutrition.
4. Planification intégrée santé/nutrition réalisée dans 80% des communes	- % des districts intégrant les AEN dans leurs plans de développement sanitaire ; - % des communes avec PTA intégrés dans les PCD ; - Nbre/% des communes avec système de suivi/évaluation intégré.

Stratégie N° 5

Prise en charge des enfants malnutris

Objectifs spécifiques :

Les objectifs spécifiques (voir chapitre 2) auxquels contribuera cette stratégie sont :

- Réduire de trois-quarts la malnutrition aiguë sévère (poids/taille < -3ET) chez les enfants de moins de 5 ans - de 3% (EDS 2003) à 1%
- Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 136 pour 1000 naissances vivantes (en 2000) à 111 en 2006 (DSRP) et à 56 en 2015 (ODM).

Résultats clés

Les résultats clés de cette stratégie et les indicateurs de progrès sont présentés au tableau suivant.

Résultats clés (2009)	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)
1. Tous les protocoles, modules, directives et outils de gestion élaborés et diffusés	- Protocoles pour la prise en charge des enfants malnutris au niveau CRENI/ CRENAS finalisés et validés ; - Modules de formation élaborés ; - Taux des agents de santé travaillant dans les CRENI/CRENA ayant reçu la formation ; - Nombre de CRENI et CRENA qui utilisent les protocoles respectifs ; - Existence de système de référence et contre référence.
2. 100% des CHU/CHRR et les CHD de zones nutritionnelles vulnérables sont dotés d'une unité CRENI	- Nbre de CRENI fonctionnels et répartition ; - Nbre d'enfants pris en charge correctement ; - % de districts nutritionnellement vulnérable prévus de CRENI.
3. Tous les CRENI fonctionnent selon le protocole national	Statistiques des CRENI : - nombre des enfants admis au CRENI ; - % de guéris ; - % d'abandons ; - % de transferts ; - % de décès ; - % des enfants ayant reçus un traitement médical systématique. - Durée moyenne de séjour ; - Gain de poids moyen estimé en g/kg/j.
4. Politique de fluoruration du sel adoptée	- % des communes avec CRENA fonctionnels Statistiques des CRENAS : - nombre des enfants admis au CRENI ; - % de guéris ; - % d'abandons ; - % de transferts ; - % de décès ; - % des enfants ayant reçus un traitement médical systématique. - Durée moyenne de séjour ; - Gain de poids moyen estimé en g/kg/j.
5. Système de référence et de contre référence fonctionnel dans 80% des CRENI/CRENAS : - Tous les enfants malnutris dépistés sont référés et pris en charge dans les CRENI/CRENAS privés ou publics ; - 85% des enfants exécutés des CRENI sont pris en charge par les CRENAS de référence ; - Tous les enfants exécutés des CRENAS sont intégrés dans les activités des sites communautaires.	- % des enfants malnutris référés vers les CRENI/CRENAS privés ou publics ; - % d'enfants suivis par les CRENAS après exécuté par les CRENI - % d'enfants sortis des CRENI/CRENAS suivis au niveau des sites communautaires.

Stratégie N° 6

Amélioration de la sécurité alimentaire des ménages (SAM)

Objectif spécifique :

L'objectif spécifique (voir chapitre 2) auquel contribuera cette stratégie est :

- **Réduire de moitié la proportion de la population victime de l'insécurité alimentaire - c à d n'atteignant pas le niveau minimum d'apport calorique de 2.300 kilocalories par personne par jour - c'est-à-dire de 65% à 30%.**

Résultats clés :

Les résultats clés attendus de cette stratégie et les indicateurs de progrès sont présentés au tableau suivant.

Résultats clés (2009)	Indicateurs Objectivement Vérifiables
1. Au moins 80% des sites de nutrition communautaire reçoivent un appui effectif des services agricole/pêche/élevage et d'autres partenaires	<ul style="list-style-type: none">- Protocole d'accord ONN/MAEP dans le cadre de la mise en œuvre du PNNC ;- Nbre/% des sites/communes ayant groupements ;- Nbre/% des sites/communes recevant visites régulières des agents techniques- Nbre/% des sites ayant jardins potagers, etc.- Nbre et types d'appuis effectifs fournis.
2. Meilleure accessibilité alimentaire de tous les ménages et notamment durant la période de soudure	<ul style="list-style-type: none">- Prévalence de la malnutrition ;- Prévalence de la malnutrition saisonnière.
3. Intégration progressive des programmes de développement rural visant l'amélioration de la sécurité alimentaire dans les communes d'intervention du PNNC	<ul style="list-style-type: none">- Nbre/% des communes bénéficiant d'un appui des programmes de développement rural (PSSA, PSDR ...) ;- Nbre/% des communes avec infrastructures améliorées ;- Nbre/% de ménages bénéficiant d'un fonds d'appui (Institution financière mutualiste).
4. Diversification de la production et bonne utilisation à la consommation des produits par au moins 50% des ménages dans les sites communautaires.	<ul style="list-style-type: none">- Nbre de ménages pratiquant la diversification alimentaire ;- % des ménages pratiquant une bonne utilisation des aliments.

Stratégie N° 7

Intervention de nutrition scolaire

Objectifs spécifiques :

Les objectifs spécifiques (voir chapitre 2) auxquels contribuera cette stratégie sont :

D'ici l'an 2010 :

- Réduire de moitié l'anémie ferriprive chez les enfants d'âge scolaire (de 66% à 33%) .

D'ici l'an 2005 :

- Éliminer virtuellement les troubles dus à la carence en iode chez les enfants d'âge scolaire ;

Objectif spécifique additionnel :

- Contribuer à l'amélioration de la fréquentation et la performance scolaire dans les écoles ciblées.

Résultats clés :

Les résultats clés de cette stratégie et les indicateurs de progrès sont présentés au tableau suivant.

Résultats clés (2009)	Indicateurs Objectivement Vérifiables
1. Le Programme de Nutrition Scolaire (PNS) élaboré et fonctionnel au niveau des 80% des communes des 116 districts en priorisant les communes les plus vulnérables des zones d'insécurité alimentaire	- PNS élaboré et validé ; - Nbre et % des écoles avec PNS fonctionnel au niveau commune/district/région ; - Taux de participation au Programme par école/commune.
2. 90% des enfants scolarisés (6-14 ans) et 50% des enfants non scolarisés (6-14 ans) reçoivent les suppléments en fer/acide folique et sont déparasités ; et 90% consomment du sel iodé et fluoré	- Taux de supplémentation en fer/acide folique garçons/ filles scolarisés/non scolarisés ; - Taux de déparasitage garçons/filles scolarisés/non scolarisés ; - Taux de sel adéquatement iodé et fluoré.
3. Cantines scolaires ou autre forme d'appui nutritionnel avec système d'appui communautaire fonctionnel dans 80% des écoles des zones vulnérables ciblées	- Taux d'écoles des zones ciblées avec cantines ; - Taux d'écoles avec cantines gérées par la communauté ; - Taux d'élèves prenant le repas scolaire.
4. 80% des élèves des écoles ciblées adoptent de meilleur comportement en matière de nutrition, santé et hygiène	- Taux d'élèves ayant amélioré leur comportement en matière de nutrition, de santé et d'hygiène ; - Taux d'écoles ayant accès à l'eau potable et aux latrines améliorées ; - Taux d'élèves ayant transmis les messages à leurs parents.
5. Des activités de sécurité alimentaire des ménages sont menées dans 80% des écoles ciblées	- Taux d'instituteurs formés ; - Taux de séances de vulgarisation aux élèves ; - Taux d'écoles avec jardins potagers/parcelles de démonstration.
6. La performance scolaire des élèves améliorée dans 80% des écoles ciblées	- Taux de fréquentation (filles/garçons) - Taux d'abandons scolaires - Taux de redoublement

Stratégie N° 8

Stratégie de communication

Objectifs spécifiques :

Cette stratégie contribue à tous les objectifs de ce Plan d'Action (voir chapitre 2).

Résultats clés :

Les résultats clés de cette stratégie et les indicateurs de progrès sont présentés au tableau suivant.

Résultats clés (2009)	Indicateurs Objectivement Vérifiables
1. Le DSRP actualisé tient compte de la nutrition parmi les priorités de développement du pays	- Stratégie élaborée et mise en œuvre.
2. La nutrition est intégrée dans les PRD/PCD	- Pourcentage Régions/Communes ayant intégré la nutrition dans les PRD/PCD.
3. Un budget de nutrition est doté et affecté aux Régions/Communes	- Pourcentage Régions/Communes ayant affecté et doté d'un budget de nutrition.
4. Les bonnes pratiques alimentaires sont acquises	- Nombre et types de supports élaborés - Nombre d'émissions et de spots radio/TV diffusés ; - Nombre de supports distribués aux différents niveaux ; - Les IOV des stratégies 1 à 14 relatifs aux comportements nutritionnels).

Stratégie N° 9

Convergence des politiques de développement

Objectifs spécifiques :

Les objectifs spécifiques (voir chapitre 2) auxquels contribuera cette stratégie sont :

D'ici l'an 2015 de :

- Réduire de moitié la prévalence de la malnutrition chronique (taille/ âge<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans - c'est-à-dire de 48% (EDS 2003) à 24%.
- Réduire de moitié la prévalence de l'insuffisance pondérale (poids/âge<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans - c'est-à-dire de 42% (EDS 2003) à 21%;

Résultats clés :

Les résultats clés de cette stratégie et les indicateurs de progrès sont présentés au tableau suivant.

Résultats clés (2009)	Indicateurs Objectivement Vérifiables
1. Considération de la lutte contre la malnutrition comme une priorité de développement dans le DSRP actualisé.	- Les priorités du PNN/PNAN intégrées dans le DSRP.
2. La lutte contre la malnutrition intégrée dans toutes les politiques de développement	- Nombre des politiques sectorielles et des PRD/PCD intégrant la prévention, l'atténuation et la lutte contre la malnutrition.
3. Les indices de malnutrition harmonisés utilisés comme indicateur de développement	- Taux de malnutrition selon les indices poids/âge, poids/taille et taille/âge.
4. Les stratégies du DSRP et autres programmes ayant un impact nutritionnel sont mises en œuvre dans 80% des sites de nutrition communautaire	- % des sites/communes avec les services sociaux de base ; - % des sites/communes bénéficiant d'actions de protection sociale ; - % des sites/communes bénéficiant d'autres actions du DSRP ou d'autres programmes ayant un impact nutritionnel.

Stratégie N° 10

Préparation à l'urgence et réponses aux urgences nutritionnelles

Objectifs spécifiques :

Les objectifs spécifiques (voir chapitre 2) auxquels contribuera cette stratégie sont :

- Réduire de trois-quarts la malnutrition aiguë sévère (poids/taille < -3ET) chez les enfants de moins de 5 ans - de 3% (EPM 2000) à 1% ;
- Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 139 pour 1.000 naissances vivantes à 111 en 2006 (DSRP) et à 56 en 2015 (ODM).

Résultats clés :

Les résultats clés de cette stratégie et les indicateurs de progrès sont présentés au tableau suivant.

Résultats clés (2009)	Indicateurs Objectivement Vérifiables
1. Plan d'opération des interventions d'urgence nutritionnelle élaboré, validé et diffusé	- Existence d'un plan d'opération des interventions d'urgence nutritionnelle ; - Taux d'utilisation de ce plan à tous les niveaux décisionnels et opérationnels.
2. Exploitation des données du Système National de Surveillance Alimentaire et Nutritionnel pour une gestion efficace des interventions d'urgence	- Cartographie de la malnutrition ; - Analyse de vulnérabilité ; - Zones et populations à risque déterminées (à l'avance).
3. Données actualisées sur la situation alimentaire et nutritionnelle disponibles sur les zones sinistrées	- Taux de malnutrition selon les indices poids/âge, poids/taille et taille/âge.
4. 80% des communes à risque préparés à l'urgence nutritionnelle	- % des communes utilisant le Plan d'Opération des interventions d'urgence nutritionnelle ; - % des communes avec Plan ORSEC ; - % des communes ayant GRC intégrée au PCD ; - % des communes ayant de stock au niveau de la localité ; - % des communes avec CLS actifs ; - % des communes avec CRENI/CRENA.
5. Structure d'interventions d'urgence nutritionnelle mis en place et fonctionnelle à tous les niveaux	- Plan d'opérationnalisation élaboré, validé et mis en œuvre

Stratégie N° 11

Système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle

Objectifs spécifiques :

Cette stratégie contribuera à tous les objectifs spécifiques cités au Chapitre 2, notamment les objectifs relatifs à la malnutrition protéino-énergétique et la sécurité alimentaire.

Résultats clés :

Les résultats clés de cette stratégie et les indicateurs de progrès sont présentés au tableau suivant.

Résultats clés (2009)	Indicateurs Objectivement Vérifiables
1. Système National de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle mis en place et fonctionnel.	- Structure en place et manuel d'opération élaboré.
2. L'Unité Nationale de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle (UNSAN) fonctionnelle courant 2005.	- Existence de l'UNSAN : personnel adéquat et formé, équipements et logiciels disponibles.
3. Réseau de collectes, partage, harmonisation, analyse et synthèse des données relatives à la nutrition opérationnel en 2006.	- Taux de malnutrition selon les indices poids/âge, poids/taille et taille/âge.
4. Unités régionales mises en place et fonctionnelles - fin 2006	- Nombre des unités régionales mises en place et fonctionnelles.
5. Base de données et cartographie de la malnutrition actualisée et éditée chaque année	- Production de rapport annuel sur la situation alimentaire et nutritionnelle.
6. Diffusion périodique (trimestrielle) des données nutritionnelles et rétro information aux utilisateurs (décideurs, partenaires techniques, ONG, etc.)	- Nbre de bulletins périodiques publiés (disponibilité des données à tous les niveaux).
7. Système d'information rapide sur la situation alimentaire et nutritionnelle opérationnel	- Zones et population à risque déterminées ; - Protocoles d'enquêtes rapides validés ; - Existence de données actualisées sur les zones sinistrées.
8. Evaluation des impacts de la mise en œuvre des stratégies	- Diverses enquêtes d'impact effectuées.

Stratégie N° 12

Développement de la capacité nationale

Objectifs spécifiques :

Cette stratégie contribuera à tous les objectifs spécifiques cités au Chapitre 2.

Objectifs spécifiques additionnels :

- Assurer aux services techniques les moyens (en ressources humaines et techniques) adéquats pour la mise en œuvre efficace de ce Plan d'Action.
- Augmenter le nombre des professionnels et techniciens compétents en matière de nutrition, pour la mise en œuvre des programmes/projets/interventions de nutrition.

Résultats clés :

Les résultats clés de cette stratégie et les indicateurs de progrès sont présentés au tableau suivant.

Résultats clés (2009)	Indicateurs Objectivement Vérifiables
1. Les capacités des services techniques, acteurs et intervenants en nutrition renforcées en matière de gestion du programme nutrition	- Nombre de services techniques, acteurs et intervenants en nutrition renforcés matériellement, opérationnellement et financièrement ; - Nombre de diplômés en nutrition (université, IFP, etc.) ; - Nombre d'intervenants ayant reçu formation initiale, formation de perfectionnement et recyclage.
2. Capacité institutionnelle renforcée en matière de formation en nutrition et recherche-développement en nutrition au niveau secondaire et post- universitaire	- Nombre de facultés/départements, centres et institutions opérationnels en matière de formation et R&D ; - Volet nutrition intégré dans le cursus universitaire (Faculté de Médecine, Agro, Sciences Naturelles, ...) - Nombre de Facultés ou Instituts de formation qui possèdent un plan de session sur la Nutrition.
3. Informations disponibles et accessibles pour tous les acteurs à tous les niveaux	- Centre de documentation mis en place au niveau national et régional.

Stratégie N° 13

Élaboration et application des normes et législations relatives à la nutrition et à l'alimentation

Objectifs spécifiques :

Cette stratégie contribuera à tous les objectifs spécifiques cités au Chapitre 2.

Objectifs spécifiques additionnels :

- Améliorer la disponibilité en qualité et hygiénique des variétés d'aliments mises à la disposition des consommateurs ;
- Réduire l'incidence de l'intoxication alimentaire chez la population, notamment les enfants et les couches défavorisées.

Résultats clés :

Les résultats clés de cette stratégie et les indicateurs de progrès sont présentés au tableau suivant.

Résultats clés (2009)	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)
1. Produits agroalimentaires mis aux normes	- Liste des normes nationales existantes établies ; - Nombre de nouvelles normes nationales élaborées ; - Nombre des normes nationales révisées ; - Nombre des normes étrangères adoptées ; - % des produits homologués mis en vente ou entrant dans notre territoire national.
2. Traçabilité des produits et systèmes agroalimentaires certifiés et contrôlés	- % des produits certifiés pour la marque nationale de conformité ; - % de labels et appellations d'origine des produits ; - % des systèmes qualités des entreprises ou unités certifiées selon les normes ISO ; - Nombre de système de traçabilité mis en place.
3. Application effective des textes réglementaires	- % des normes réglementées ; - % des non conformités ; - Rapport sur les contrôles de qualité et d'hygiène alimentaire ; - Nombre et type d'infractions et des produits non homologués.
4. Existence d'unité de recherche sur la qualité et la sécurité des aliments	- Nombre et types des recherches effectuées ; - Les rapports d'études et applications.

Stratégie N° 14

Problèmes émergents : Maladies non transmissibles et VIH/SIDA

Objectifs spécifiques :

Cette stratégie contribuera aux objectifs relatifs à la malnutrition (voir chapitre 2) tout en ayant les objectifs spécifiques additionnels suivants :

- Promouvoir les bonnes pratiques alimentaires et un mode de vie sain pour prévenir les MNT.
- Contenir la progression de la prévalence des maladies non transmissibles et de ses déterminants chez les groupes à risque. (Données sur la prévalence non disponibles).
- Prévenir la malnutrition chez les enfants des mères VVS.
- Réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH-SIDA pendant l'allaitement maternel.
- Prendre en charge les problèmes santé/nutrition chez les enfants atteints de SIDA.

Résultats clés :

Les résultats clés de cette stratégie et les indicateurs de progrès sont présentés au tableau suivant.

Résultats clés (2009)	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)
1. Volet nutrition intégré dans la politique nationale de prévention sur les MNT	- Existence d'une Politique Nationale sur les MNT ; - Existence d'un volet nutrition dans la politique nationale de prévention sur les MNT ;
2. Les données sur les MNT et leurs déterminants disponibles	- Existence des données d'étude sur les MNT et leurs déterminants ; - Groupes à risque identifiés.
3. 75% des groupes à risque sont sensibilisés en bonnes pratiques alimentaires et en mode de vie sain pour prévenir les MNT.	- Existence d'un guide concernant les bonnes pratiques alimentaires et un mode de vie sain diffusé ; - % des groupes à risque ayant adopté des comportements positifs relatifs à une alimentation et d'un mode de vie sain ;
4. Les stratégies d'intervention en nutrition élaborées et intégrées au niveau du document de référence nationale sur la PTME	- Existence d'un document stratégique sur les interventions en nutrition relevant de la PTME ; - La Politique Nationale sur la PTME intégrant le volet nutrition diffusée.
5. La promotion de l'allaitement maternel exclusif est intégrée au sein des activités de la PTME	- % des sites communautaires intégrant le volet IST/SIDA/PTME ; - % de structures " amis de bébés " intégrant la PTME.
6. 75% des PVVS dépistées appartenant aux couches défavorisées et leurs enfants reçoivent une supplémentation alimentaire	- % des PVVS dépistées appartenant aux couches défavorisées et leurs enfants recevant une supplémentation alimentaire.
7. 75% des PVVS dépistées et leurs enfants reçoivent une supplémentation en micronutriments	- % des PVVS dépistées et leurs enfants recevant une supplémentation en micronutriments
8. 75% des enfants reconnus orphelins du Sida reçoivent une aide alimentaire et en micronutriments	- % des enfants orphelins du Sida recevant une aide alimentaire et en micronutriments

dans le CD :

- la Politique Nationale de Nutrition (PNN), décret n°494-2004 du 20 avril 2004 ;
- le Plan National d'Action pour la Nutrition (PNAN).
- un court-métrage “*Nouvelle génération, meilleure nutrition, Pourquoi investir dans la Nutrition*” et les textes du PROFILES.

dans le CD :

- la Politique Nationale de Nutrition (PNN), décret n°494-2004 du 20 avril 2004 ;
- le Plan National d'Action pour la Nutrition (PNAN).
- un court-métrage “*Nouvelle génération, meilleure nutrition, Pourquoi investir dans la Nutrition*” et les textes du PROFILES l'accompagnant.

TENDANCE OPTIMISTE

0000 0'0000000000000000 0000000000 00 2015



Considérer la nutrition comme une porte d'entrée du développement au niveau des communautés en y apportant les investissements nécessaires, accélérerait la réduction de 50 % la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans en 2015, suivant les Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) auxquels Madagascar s'est attaché.

“ Ny fanjarin-tsakafo dia tena fampiasam-bola mihitsy hoan'ny firenena : mety ho fatiantoka 2.5 lavitrisa dolara na koa hahazo tombony 478 tapitrisa dolara isika mandritra izao foto taona d'navintsika izao eo amin'ny lafiny toe-karena. ”

Raveloarison Ambinintsoa, Coordonnateur National de l'ONN

“ The Nutrition is really an investment. During this decade, we can either loose \$2.5 billions or gain \$ 478 millions, in term of economic gains. ”

Raveloharison Ambinintsoa, Coordonnateur National de l'ONN

“ La Nutrition est un véritable investissement : durant cette décennie, nous pourrons soit perdre 2.5 milliards de dollars, soit gagner 478 millions de dollars en terme de gains économiques. ”

Raveloharison Ambinintsoa, Coordonnateur National de l'ONN



OFFICE NATIONAL DE NUTRITION (ONN)

Lot III M 39 Anosy, Avenue Dr Joseph Ravoahangy Andrianavalona 101 ANTANANARIVO

Téléphone : +(261) 20 22 241 09 / 22 618 89 / 22 569 48 / 24 237 16

Fax : +(261) 20 22 241 12 Email : nutricom@wanadoo.mg