

République de Madagascar

*Politique Nationale
de Nutrition*

Antananarivo
23 Avril 2004

TABLE DES MATIÈRES

| | <u>Page</u> |
|--|-------------|
| Table des matières | i |
| Abréviations et sigles | iii |
| Préface | v |
| Résumé Exécutif..... | vi |
| | |
| 1. Contexte | 1 |
| 2. Situation de la Malnutrition..... | 3 |
| 2.1 La malnutrition protéino-énergétique | |
| 2.2 Les carences en micronutriments | |
| 2.3 Les causes de la malnutrition | |
| 2.4 La qualité et l'innocuité des aliments | |
| 2.5 Les problèmes émergents | |
| 3. Analyse des Réponses..... | 7 |
| 3.1 Interventions de nutrition communautaire | |
| 3.2 Promotion de l'allaitement maternel et éducation nutritionnelle | |
| 3.3 Accès aux soins de santé primaires | |
| 3.4 Réhabilitation nutritionnelle | |
| 3.5 Lutte contre les carences en micronutriments | |
| 3.6 Sécurité alimentaire et économique au niveau des ménages | |
| 3.7 Urgences nutritionnelles | |
| 3.8 Les instruments de collecte et d'analyse d'informations nutritionnelles | |
| 3.9 Nutrition Scolaire | |
| 3.10 Coordination et gestion | |
| 4. Politique et Stratégies..... | 14 |
| 4.1 Politique..... | 16 |
| 4.1.1 Préambule | |
| 4.1.2 Indicateurs de la Malnutrition | |
| 4.1.3 But de la Politique | |
| 4.1.4 Objectifs Généraux | |
| 4.1.5 Objectifs Spécifiques | |
| 4.2 Stratégies..... | 15 |
| 4.2.1 Les stratégies spécifiques..... | 16 |
| 4.2.2 Les stratégies opérationnelles..... | 17 |
| Stratégie No.1 : Promotion de l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire | |
| Stratégie No.2 : Intervention de nutrition au niveau communautaire | |
| Stratégie No.3 : Lutte contre les carences en micronutriments (TDCI, Avitaminose A et Anémie ferriprive) | |
| Stratégie No.4 : Intégration des interventions nutritionnelles aux soins de santé primaires | |
| Stratégie No.5 : Prise en charge des enfants sévèrement malnutris | |
| Stratégie No.6 : Amélioration de la sécurité alimentaire des ménages (SAM) | |
| Stratégie No.7 : Intervention de nutrition scolaire | |
| Stratégie No.8 : Stratégie de communication | |
| Stratégie No.9 : Convergence des politiques de développement | |

Stratégie No.10 : Préparation à l'urgence et réponses aux urgences nutritionnelles
Stratégie No.11 : Système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle
Stratégie No.12 Développement de la capacité nationale
Stratégie No.13 : Élaboration et application des normes et législations relatives à la nutrition et l'alimentation
Stratégie No. 14 : Problèmes émergents

5. Système de Coordination et de Suivi de la PNN.....30
 5.1 La coordination multisectorielle
 5.2 Le système de coordination et suivi
 5.3 La mise en œuvre de la Politique Nationale

Annexes :

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

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

| | |
|----------|---|
| ADRA | Adventist Development and Relief Agency |
| AEN | Actions Essentielles en Nutrition (avec l'appui de LINKAGES) |
| ANJE | Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant |
| ASERN | Association pour l'Éducation et la Récupération Nutritionnelle |
| ASOS | Action Santé Organisation Secours |
| AVA | <i>Andron'ny vaksiny</i> |
| BM | Banque Mondiale |
| CCB | Comités des Communautés Bénéficiaires |
| CCD | Comité Communal de Développement |
| CDE | Convention des Droits des Enfants |
| CDH | Convention des Droits de l'Homme |
| CEDAW | Convention pour l'Élimination des Discriminations à l'égard des Femmes (<i>Convention for the Elimination of all forms of Discrimination Against Women</i>) |
| CHD | Centre Hospitalier de District |
| CHR | Centre Hospitalier Régional |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CN | Comité National |
| CNN | Conseil National de Nutrition |
| CNS | Comité National de Secours |
| CPN | Consultations Périnatales |
| CRENA | Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Ambulatoire |
| CRENI | Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Intensive |
| CRESAN | Crédit Santé |
| CSB | Centre de Santé de Base |
| CRS | <i>Catholic Relief Service</i> |
| DDSS | Direction de la Démographie et des Statistiques |
| DGPG | Direction Générale de la Planification Globale du MEFB |
| DIJE | Développement Intégral du Jeune Enfant |
| DSM | Direction Statistique des Ménages |
| DSRP | Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté |
| EDS | Enquête Démographique et de Santé |
| EPM | Enquête Permanente auprès des Ménages |
| ET | Écart Type |
| FAF | Fer/Acide Folique |
| FAO | <i>Food and Agricultural Organisation</i> (Organisation des Nations Unies pour l'Agriculture) |
| FAV | <i>Fanamafisana ny Andron'ny Vaksiny</i> |
| GAIN | Groupe d'Actions Intersectorielles en Nutrition |
| IDH | Indice de Développement Humain |
| IEC | Information, Éducation et Communication |
| IMC | Indice de Masse Corporelle |
| INSTAT | Institut National de la Statistique |
| IPN | Insuffisance de Poids à la Naissance |
| IRA | Infections Respiratoires Aiguës |
| JSI | <i>John Snow Incorporated</i> (Agence d'exécution de l'USAID) |
| LINKAGES | Projet de l'AED (<i>Academy for Educational Development</i>) financé par l'USAID |
| MPE | Malnutrition Protéino-Energétique |
| MAEP | Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Pêche |
| MEFP | Ministère de l'Economie et des Finances et du Budget |

| | |
|-----------|---|
| MICS | <i>Multiple Indicator Cluster Survey</i> (Enquête à Indicateurs Multiples) |
| MENRS | Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique |
| MinPop | Ministère de la Population |
| MinSan-PF | Ministère de la Santé et du Planning Familial |
| MSF | Médecins Sans Frontière |
| MOST | <i>Micronutrient Strategies and Technologies Programme</i> de l'USAID |
| NAC | Projet de Nutrition à Assise Communautaire (avec l'appui de l'UNICEF) |
| ODM | Objectifs de Développement du Millénaire |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| ONN | Office National de Nutrition |
| ORSEC | Plan d'Organisation de Secours |
| PAM | Programme Alimentaire Mondial |
| PADR | Plan d'Action pour le Développement Rural |
| PCD | Plan Communal de Développement |
| PCIME | Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant |
| PDS | Président de la Délégation Spéciale |
| PEV | Programme Elargi de Vaccination |
| PIB | Produit Intérieur Brut |
| PNAN | Plan National d'Action pour la Nutrition |
| PNN | Politique Nationale de Nutrition |
| PNSAN | Programme National de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle |
| PNPDES | Politique Nationale de la Population pour le Développement Economique et Social |
| PSSA | Programme Spécial de Sécurité Alimentaire |
| PTME | Prévention de la Transmission Mère-Enfant (du VIH/SIDA) |
| ROR | Réseau d'Observatoires Ruraux |
| SAM | Sécurité Alimentaire des Ménages |
| SAP | Système d'Alerte Précoce |
| SDE | Survie et Développement de l'Enfant |
| SEECALINE | Projet de Surveillance et Éducation des Écoles et des Communautés en matière d'Alimentation et de Nutrition Élargie (appui Banque Mondiale) |
| SICIAV | Système d'Information et de Cartographie sur l'Insécurité Alimentaire et la Vulnérabilité |
| SIDA | Syndrome de l'Immunodéficience Acquise |
| SMI | Santé Maternelle et Infantile |
| SNGRC | Stratégie Nationale de Gestion des Risques et des Catastrophes |
| SRP | Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté |
| SSP | Soins de Santé Primaires |
| TDCI | Troubles dus à la Carence en Iode |
| TRO | Thérapie de réhydratation par voie orale |
| UCSAN | Unité Centrale de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| URSAN | Unité Régionale de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle |
| USAID | <i>United States Agency for International Development</i> (Agence des États-unis pour le Développement International) |
| VCT | Vivres contre Travail |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |
| WASH | Initiative de « <i>Water, Sanitation and Hygiene for All</i> ». |

PRÉFACE

Texte sur le processus à insérer dans la Préface

« L'élaboration de la Politique Nationale de Nutrition est le fruit d'un processus participatif et multisectoriel qui a débuté en octobre 2002. Ce processus a été initié et piloté par le Groupe Initiateur (composé du Ministère de la Santé et du Planning Familial, du Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche, et de la DPG du MEFB) au sein du Groupe d'Actions Intersectorielles en Nutrition (GAIN) qui regroupe les secteurs et organisations intervenant dans la lutte contre la malnutrition. Le draft préparé par le Groupe de Travail était prêt en décembre 2003 et a été présenté aux ateliers régionaux de validation au niveau des six Faritany en février 2004. Les recommandations ont été intégrées au draft final et la validation technique du document de PNN a eu lieu en avril 2004 lors de l'atelier national inauguré par le Ministre de la Santé et du Planning Familiale et clôturé par le Ministre de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche. »

RÉSUMÉ

1. Contexte

La malnutrition chronique qui touche un enfant sur deux à Madagascar entrave le développement humain et pose un sérieux handicap au développement socio-économique du 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. En effet, la malnutrition 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. La lutte contre la malnutrition est un défi majeur que doit relever le pays durant la prochaine décennie.

Un ensemble de programmes et d'actions ont été mis en œuvre durant la dernière décennie en vue de lutter contre la malnutrition. Certaines actions comme les interventions de nutrition communautaire et la lutte contre les carences en micronutriments, ont démontré des succès notables dans les zones couvertes. Même s'il y a eu une approche plutôt préventive dans la majorité des interventions mises en œuvre par plusieurs secteurs avec une certaine coordination, le manque d'efficacité et de synergie ainsi que la faible couverture de ces interventions n'ont pas permis à une réduction tangible de la malnutrition au niveau national. La malnutrition n'étant souvent vue que comme un problème de santé, elle ne trouvait donc pas sa place dans l'ensemble des programmes de développement socio-économique.

Ce document de Politique Nationale s'avère donc opportun et primordial pour Madagascar afin de : (i) Montrer le consensus national sur l'ampleur, la gravité et les conséquences du problème de la malnutrition à Madagascar; (ii) Marquer l'engagement politique à combattre ce fléau à dimension multisectorielle ; (iii) Créer un cadre référentiel à toutes les actions à entreprendre en matière de nutrition ; et (iv) Mettre en place un cadre institutionnel pour la coordination et la mise en œuvre des interventions nutritionnelles.

2. But de la Politique

Le but de la Politique est d' : Assurer le droit de la population Malagasy toute entière à une nutrition adéquate en vue d'améliorer la survie des enfants et de 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, ce par la synergie des interventions multisectorielles.

3. 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.

4. Objectifs spécifiques

D'ici l'an 2015 de : (i) Réduire de moitié la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans ; (ii) Réduire de moitié la prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans ; (iii) Réduire de trois-quarts la malnutrition aiguë sévère 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.

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.

5. Les principes directeurs

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

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

6. Les stratégies opérationnelles

Les stratégies adoptées dans le cadre de cette Politique reposent sur l'expérience positive des stratégies mises en œuvre jusqu'ici à Madagascar dans la lutte contre la malnutrition, ainsi que les bonnes pratiques au niveau global. L'intervention au niveau communautaire est le pivot central d'intervention mais toutes les autres stratégies sont complémentaires et essentielles pour une lutte efficace contre la malnutrition.

Les stratégies spécifiques de lutte contre la malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments seront mises en œuvre par le biais de 11 stratégies opérationnelles : (i) Promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire ; (ii) Consolidation et extension des interventions de nutrition communautaire à tous les Fivondronana au niveau national en ciblant les groupes vulnérables ; (iii) Lutte contre les carences en micronutriments (TDCI, avitaminose A et anémie ferriprive) ; (iv) Intégration des interventions nutritionnelles aux soins de santé primaires et renforcement des liens avec les sites communautaires ; (v) Prise en charge des enfants sévèrement malnutris au niveau des centres et des sites de nutrition communautaire ; (vi) Amélioration de la sécurité alimentaire des ménages (SAM) ; (vii) Intervention de nutrition scolaire sur tout le territoire ; (viii) Stratégie de communication pour le plaidoyer, la sensibilisation et promouvoir le changement de comportement en matière de nutrition ; (ix) Convergence des politiques de développement (surtout en matière de lutte contre la pauvreté et l'insécurité alimentaire) dans les sites de nutrition communautaire ; (x) Préparation à l'urgence et réponses aux urgences nutritionnelles ; (xi) Système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle en vue d'assurer une base de données actualisées et d'informer la prise des décisions des responsables ; (xii) Développement de la capacité nationale ; (xiii) Élaboration et application des normes et législations relatives à la nutrition et l'alimentation ; et (xiv) Intégration de la nutrition dans la lutte contre les problèmes émergents – les maladies non transmissibles et le VIH/SIDA.

7. 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.

Le montage institutionnel qui sera sous la tutelle de la Primature consistera de : (i) **Conseil National de Nutrition (CNN)**, qui sera un forum de conception, délibération, consultation, concertation, orientation et contrôle des grandes lignes de la Politique Nationale de Nutrition ; (ii) **Office National de Nutrition (ONN)** qui sera chargé de la mise en œuvre 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 œuvre ; et (iii) **Agences de Mise en Œuvre (AMIO)** qui sont les organes d'exécution comprenant les ministères sectorielles et leurs services compétentes, les programmes et projets nationaux, les institutions nationales, la société civile, le secteur privé et les ONG nationales ou internationales.

Des structures appropriées de coordination et de suivi de la PNN seront aussi mises en place au niveau provincial, régional et commune.

Les outils suivants seront élaborés par l'ONN et utilisés pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition : (i) le Plan d'Action National ; (ii) les Plans d'Action Sectoriels, (iii) la définition des indicateurs clés de suivi/évaluation des objectifs et stratégies de la PNN, et (iv) 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.

1. 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 deux¹ 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\$ 260² et un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,484 (soit au rang de 149 sur 173 pays)³. Avec 70% de la population vivant en dessous du seuil de la pauvreté⁴, 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 quarts 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 marginalisés⁵.

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'état 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 ;

¹ Ce taux figure parmi les plus élevés de la région sub-saharienne.

² Le PIB par habitant à Madagascar a régressé de EU\$ 430 en 1960 à EU\$ 263 en 2000.

³ RMDH 2003

⁴ DSRP 2003

⁵ Handicapés, personnes âgées, enfants des rues, orphelins, malades infectieux, personnes portant le virus du SIDA, etc.

- 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. Pour une meilleure synergie et cohérence des actions, il a manqué une structure de coordination réelle et un cadre de référence. 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. Cette Politique se place dans le cadre global de l'effort du Gouvernement d'améliorer le développement humain comme condition primordiale pour accélérer le développement socio-économique du pays. Cette Politique propose des interventions nutritionnelles directes tout en étant un cadre pour assurer la synergie des interventions relatives à la nutrition des différentes politiques de développement social et économique (y compris le DSRP) au niveau des familles et des communautés avec leur participation, ce, dans le but d'améliorer la nutrition de la population toute entière, en particulier les enfants et les mères.

2. Situation de la Malnutrition

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 enfants⁶ 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 mortalités, ils restent très élevées – 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 aisées⁷.

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

⁶ Voir enquêtes EDS 1992, MICS 1995 et EPM 2000.

⁷ EDS 1997

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/l⁸ 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 µmole/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 µmole/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 fer⁹.

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 inappropriées.* 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 minéraux¹⁰. 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 bénéfices¹¹. 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 alimentaire¹² 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'alimentation¹³. La faiblesse du revenu contribue fortement à l'insécurité alimentaire.

⁸ La fourchette acceptable selon les normes de l'OMS est de 100 à 200 µmole/l.

⁹ EDS 1997, INSTAT 2000 (anémie chez les enfants d'âge scolaire)

¹⁰ Les céréales fournissent environ 60% des calories (surtout le riz 50%) et près de 70% des protéines.

¹¹ 14% des décès d'enfants de moins d'un an sont attribuables à la pratique sous optimale de l'allaitement maternel.

¹² Dont la consommation alimentaire est inférieure à l'apport énergétique minimal de 2.300 kcal par personne par jour.

¹³ EPM 1993, 2001.

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 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%¹⁴ 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 des facteurs 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 effets de catastrophes naturels sont aggravés par la dégradation de l'environnement par l'homme: déforestation, feux de brousse, etc.
- Les problèmes fonciers et de parcellisation entravent l'accroissement de la production alimentaire au niveau national et au niveau des petits producteurs.
- 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.

¹⁴ Estimation de l'INSTAT en 2003.

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 cardiovasculaires 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 rend leurs enfants plus vulnérables à la malnutrition.

3. Analyse des Réponses

Un ensemble de programmes et actions ont été mis en œuvre durant la dernière décennie en vue de lutter contre la malnutrition.

Même s'il y a eu une approche plutôt préventive dans la majorité des interventions mises en œuvre par plusieurs secteurs avec une certaine coordination, le manque d'efficacité et de synergie et la faible couverture de ces interventions n'ont pas permis à une réduction tangible de la malnutrition au niveau national.

Ce chapitre analyse les programmes et actions existants en vue de dégager les bonnes pratiques sur lesquelles peut se construire la Politique Nationale de Nutrition en vue d'accélérer la réduction de la malnutrition durant la prochaine décennie.

3.1 Interventions de nutrition communautaire

Les interventions à base communautaire ont une vocation prioritairement préventive. Madagascar possède maintenant une bonne expérience des interventions de nutrition communautaire démarrées dans les années 1990 et qui a démontré l'efficacité de ces interventions à réduire le taux de la malnutrition chez les enfants en l'espace de quelques années. Ces interventions ont été mises en œuvre dans une centaine de districts dans le cadre des projets SEECALINE, NAC, PCIME-communautaire, AEN et d'autres projets. Ces interventions, même si elles comportent certaines nuances, sont toutes menées avec la participation active de la communauté et poursuivent une stratégie plus ou moins commune : mise en place ou redynamisation des structures communautaires et leur encadrement par des facilitateurs (agents communautaires, animateurs, ONGs) ; conduite des activités de surveillance et promotion de la croissance des enfants ; et communication pour le changement de comportement en matière de santé et nutrition visant particulièrement les groupes les plus vulnérables que sont les jeunes enfants et les femmes enceintes et allaitantes. Ces interventions encouragent aussi une meilleure utilisation des services de santé de base et des services de vulgarisation agricoles.

Ces expériences ont montré une amélioration sensible de l'état nutritionnel des enfants dans les sites d'intervention communautaire. Ainsi, une réduction de la malnutrition de 10% à 30% a pu être observée, accompagnée des changements positifs des comportements relatifs à la santé et la nutrition. La participation active de la communauté et la mise en œuvre au niveau décentralisé sont aussi des points forts de cette stratégie de nutrition communautaire. Malheureusement la couverture géographique limitée de ces interventions communautaires et le nombre important des exclus dans les sites de projet, ont réduit les retombées sur la prévalence globale de la malnutrition au niveau du pays. Les autres faiblesses sont l'insuffisance de structure de réhabilitation nutritionnelle au niveau communautaire et l'impact jugé négatif d'aide alimentaire sur la responsabilisation de la communauté.

3.2 Promotion de l'allaitement maternel et éducation nutritionnelle

Dans le cadre de la politique nationale de promotion de l'allaitement maternel, le Ministère de la Santé a mis en place un Comité National pour la Promotion de l'Allaitement Maternel et a renforcé les structures de promotion de l'allaitement maternel au niveau des formations sanitaires dans les six provinces. Une soixantaine des « Hôpitaux Amis des Bébé » et quelques lieux de travail et communautés « amis des bébés » ont été mis en place en vue de promouvoir et protéger les bonnes pratiques de l'allaitement maternel. La promotion de l'allaitement maternel fait aussi partie intégrante de toutes les activités de nutrition au niveau communautaire. Pour l'éducation nutritionnelle de la population, une approche multimédia a été utilisée. Elle comprend des messages sur la surveillance et promotion de la croissance des enfants, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, l'alimentation de la femme enceinte et allaitante, et la prévention des carences en micronutriments (fer, iode, vitamine A). Une harmonisation des messages utilisés par les différents intervenants a été réalisée dans le cadre du GAIN. Plusieurs types de document et support d'éducation nutritionnelle ont été produits - niveau national - Gazety, cartes conseils, affiches, recueil de recettes, carnet de santé ; ces supports sont disponibles dans toutes les formations sanitaires et sites communautaires.

De par ces interventions il a été constaté une certaine amélioration dans les pratiques de l'allaitement maternel et une meilleure disponibilité des supports d'IEC avec des messages harmonisés. Néanmoins, il manque une stratégie globale de communication pour le changement de comportement, et il y a eu un certain relâchement dans les hôpitaux ayant reçu le label IHAB.

3.3 Accès aux soins de santé primaires

L'accès universel aux soins de santé primaires est primordial dans la lutte contre la malnutrition – surtout la santé maternelle et infantile comprenant la vaccination, la prise en charge précoce des maladies courantes des enfants¹⁵, les consultations pré et postnatales, et le planning familial. Toutefois la fréquentation des centres de soins de santé reste encore limitée même si la stratégie avancée et celle du porte à porte ont aidé à améliorer la couverture de certaines interventions (AVA, FAV). La gratuité de certaines prestations contribuant à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants et des mères comme la surveillance et promotion de la croissance, la supplémentation de masse en vitamine A et fer/acide folique dans les écoles et les services de CRENI/CRENA a permis d'augmenter le nombre de bénéficiaires. L'adoption de l'approche PCIME¹⁶ au niveau des CSBs dans certains districts a permis à une meilleure prise en charge des enfants malades. Par manque d'information et d'accès à un service adéquat de planning familial, l'utilisation actuelle de la contraception reste encore faible, avec une prévalence contraceptive d'environ 25% ; 9% des femmes utilisant une méthode quelconque et 16% une méthode moderne¹⁷.

En général, les liens entre les CSBs et les sites communautaires de nutrition sont faibles et demande d'être renforcés en vue d'améliorer l'utilisation des soins de santé primaires par les mères et enfants – condition nécessaire pour la réduction durable de la malnutrition.

3.4 Réhabilitation nutritionnelle des enfants sévèrement malnutris

Le Ministère de la Santé a mis en place une structure d'une trentaine des CRENIs au niveau des CHU, CHR et CHD, et une trentaine de CRENIs-jour au niveau des CSB II à travers le pays pour la prise en charge des enfants 0-5 ans sévèrement malnutris. Néanmoins il y a un nombre insuffisant de ces infrastructures et le lien avec les sites communautaires mérite d'être amélioré ainsi que le système de référence et de contre référence.

3.5 Lutte contre les carences en micronutriments

Les carences en micronutriments qui présentent des problèmes de santé publique sont les Troubles dus à la Carence en Iode (TDCI), l'anémie ferriprive et l'avitaminose A. Madagascar a connu des réussites remarquables dans la lutte contre les carences en iode et vitamine A.

TDCI : La mise en œuvre de la Politique Nationale de Lutte contre les TDCI par le Ministère de la Santé en collaboration avec le Ministère du Commerce a rapidement ramené ce problème sous contrôle dans les années 1990. La stratégie de cette politique repose sur l'iodation universelle du sel appuyé par une législation sur le sel iodé. Le Programme d'Iodation du Sel est mis en œuvre avec la participation des sauniers. A présent 80% des ménages consomment le sel iodé mais ce taux varie d'une façon importante entre provinces et districts et le taux d'iodation n'est pas toujours conforme aux normes établies. Le suivi du Programme à travers les sept postes sentinelles au niveau des six provinces a démontré sa réussite. Le contrôle du taux d'iodation du sel iodé est assuré quantitativement dans les laboratoires de références et qualitativement en utilisant la méthode de test rapide au niveau des districts, villages, sites communautaires ou écoles. Les faiblesses se trouvent au niveau de l'application de la législation qui n'est pas encore totalement effective et la pérennisation des structures d'iodation chez les petits sauniers.

Vitamine A : Le Ministère de la Santé assure une supplémentation préventive des enfants de 6-59 mois en capsules de vitamine A à travers deux campagnes de masse annuellement au niveau national avec un taux de couverture de plus de 80%. Les projets communautaires participent aussi dans la distribution

¹⁵ Les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le paludisme, la rougeole et la malnutrition.

¹⁶ Renforcement des compétences des agents de santé, amélioration des structures et d'équipements des centres de santé et disponibilité des médicaments essentiels.

¹⁷ EDS 1997

de vitamine A. Les femmes accouchées reçoivent également une dose de vitamine A dans les premières 8 semaines mais la couverture reste faible car la proportion des naissances ayant lieu dans les établissements sanitaires est faible (moins de 20%). Même si plus de 65% des femmes viennent en consultation postnatale le taux de supplémentation en vitamine A est inconnu. Ainsi la supplémentation de routine reste faible pour tous les groupes cibles.

Anémie : Les différentes stratégies en matière de lutte contre l'anémie rentrent dans le cadre à la fois de la stratégie de la Maternité Sans Risque et de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant. Chez les enfants de moins de 5 ans, il n'y a pas encore de mesures prophylactiques. La supplémentation en fer se fait en cas d'anémie déclarée selon le protocole défini dans les algorithmes. Les femmes enceintes, les enfants de moins de 3 ans et les enfants scolarisés reçoivent leur supplémentation en fer/acide folique (FAF) au niveau des formations sanitaires ou des écoles. La supplémentation en FAF des femmes enceintes fait partie intégrante des consultations prénatales dont la couverture est d'environ 40%. La proportion des enfants de moins de 3 ans qui reçoivent une supplémentation (curative) est inconnue. Concernant les enfants scolarisés, plus de 2,7 millions au niveau de 6.800 écoles reçoivent une supplémentation hebdomadaire en FAF dans le cadre du Projet de Nutrition Scolaire. Les politiques relatives à la lutte contre l'anémie ferriprive nécessitent une actualisation en vue d'assurer une couverture adéquate de tous les groupes à risque.

3.6 Sécurité alimentaire et économique au niveau des ménages

Plusieurs programmes et actions ont été entrepris pour assurer la sécurité alimentaire des ménages et réduire la pauvreté, mais les résultats obtenus sont en deçà des résultats escomptés. Dans le sillage du *Sommet Mondial de l'Alimentation* en 1996, des politiques et programmes ont été élaborés et mis en œuvre en vue d'améliorer la sécurité alimentaire des ménages tout en améliorant le cadre de vie rurale et le niveau de pauvreté.

Ces politiques et programmes sont :

- Le *Document Cadre de la Politique Economique (DCPE) (1997)*
- La *Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire (SNSA)(1997)*
- Le *Projet de Soutien pour le Développement Rural (PSDR) qui met en exécution le Plan d'Action pour le Développement Rural (PADR)(1999)*
- Le *Programme National de Sécurité Alimentaire Elargie (PNSAE)*
- Le *Programme Spécial de Sécurité Alimentaire (PSSA)(1997)*

Le bilan cinq ans après (Bilan SMA+5) constate que les progrès accomplis ont été trop lents par leur manque de coordination et souvent de complémentarité et de cohérence. Actuellement le PSDR et le PSSA, avec des moyens conséquents, sont les principaux programmes de proximité menés par le MAEP dans la lutte contre l'insécurité alimentaire des ménages.

Le *Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP)* élaboré en 2003 prend en compte la dimension sécurité alimentaire des ménages et offre un cadre multisectoriel d'interventions dans la lutte contre la pauvreté, de ce fait pour la malnutrition.

Le Ministère de l'Agriculture apporte un appui technique au niveau des sites de nutrition communautaire et des jardins scolaires, mais le service de vulgarisation à la base est insuffisant pour encadrer les paysans à améliorer leur production de subsistance.

3.7 Urgences Nutritionnelles

En vue de faire face aux différents risques et catastrophes naturels (cyclones, inondations, sécheresses, invasion acridienne) auxquels est fréquemment confronté le pays, le Gouvernement malgache, à travers le Comité National de Secours (CNS) du Ministère de l'Intérieur met en œuvre une *Stratégie Nationale de Gestion des Risques et des Catastrophes (SNGRC)*. Le but est d'offrir un cadre pour l'interventions des différents intervenants et l'appui des partenaires nationaux et internationaux. Vu les risques de malnutrition et de pénurie alimentaire suite à ces catastrophes, les interventions d'urgence nutritionnelle est un aspect important de cette stratégie. Ces interventions comprennent les enquêtes nutritionnelles, le dépistage des zones et groupes vulnérables, la prévision des besoins, l'organisation et la distribution d'aide alimentaire et des micronutriments, la réhabilitation nutritionnelle des enfants sévèrement malnutris

et l'évaluation de la situation nutritionnelle. La SNGRC préconise aussi l'intégration de la réduction des risques et de vulnérabilité aux catastrophes dans la planification macro-économique. La reprise des activités de développement de la population sinistrée reste un souci majeur.

Le Comité National de Secours (CNS) du Ministère de l'Intérieur est une structure institutionnelle intersectorielle et décentralisée efficace pour la gestion des risques et catastrophes en coordonnant les efforts de tous intervenants et des agences de coopération bilatéraux et multilatéraux.

3.8 Les instruments de collecte et d'analyse d'informations nutritionnelles

Il existe plusieurs instruments de collecte et d'analyse d'information nutritionnelle ayant pour but de fournir des informations sur la situation nutritionnelle. L'utilisation de ces informations - souvent disparates et isolées - est faite d'une façon non optimale dans les prises de décision et dans les actions. Il manque une structure de surveillance nutritionnelle pouvant agir comme banque de données et faire une analyse et synthèse de toutes les données disponibles en vue de fournir des informations utiles aux responsables pour la formulation des politiques, la planification et gestion des programmes, et faire l'analyse de tendance dans le temps et l'espace.

Les différents instruments en place sont :

- *L'Institut National de la Statistique (INSTAT)* à travers la *Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS)* et la *Direction Statistique des Ménages (DSM)* fournit la plus grande base de données sur la situation nutritionnelle et alimentaire au niveau national à partir des enquêtes périodiques et ponctuelles qu'il mène en collaboration avec divers ministères et partenaires. Parmi les plus importants sont l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), l'Enquête Permanente auprès des Ménages (EPM), l'Enquête à Indicateurs Multiples (MICS) et l'Enquête Anthropométrique.
- Le *Programme National de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle (PNSAN)* au sein du MENRS a été conçu au départ pour faire l'analyse et synthèse des données disponibles de différentes sources en vue de faire le suivi de l'impact du programme d'ajustement structurel sur l'état nutritionnel de la population. Malheureusement à cause des faiblesses internes et des problèmes d'agencement aux autres instruments de collecte des données, cette mission n'a pu être réalisée et à présent l'effort du PNSAN se concentre sur la surveillance nutritionnelle au niveau des sites de Nutrition à Assise Communautaire (NAC).
- Le *Système d'Alerte Précoce (SAP)* dans le Sud a été conçu pour identifier les communes à risques en matière de pénurie alimentaire suite aux sécheresses. L'extension de ce dispositif à l'ensemble du territoire s'inscrit dans les actions à mettre en œuvre dans le cadre de la SNGRC.
- Complémentairement à la mise en place du SAP, le *Réseau d'Observatoires Ruraux (ROR)* assure le suivi de la situation socio-économique des ménages ainsi que les pertes de récoltes dans quatre régions¹⁸ du pays. Les renseignements recueillis servent particulièrement comme éléments de décision aux responsables des différents Ministères et organismes impliqués dans la sécurisation alimentaire.
- Le *Système d'Information et de Cartographie sur l'Insécurité Alimentaire et la Vulnérabilité (SICIAV)* a été mis en place en vue de fournir des informations sur les personnes et zones victimes ou exposées au risque de l'insécurité alimentaire. La mise en place d'actions pilotes dans le cadre du Programme SICIAV est en cours.
- Données de routine des services techniques (MinSan-PF, MAEP, MEFB, etc.) et qui sont utiles dans l'analyse de la situation nutritionnelle et alimentaire, leur problématique et évolution.
- Données des sites de nutrition communautaires sur l'état nutritionnel des enfants et les interventions.

3.9 Nutrition Scolaire

Le Projet de Nutrition Scolaire est axé sur la promotion de la nutrition, de l'hygiène, de la santé et de l'environnement du milieu scolaire, dans les écoles primaires publiques et privées des 46 Fivondronana où le Projet intervient. Ce Projet est exécuté par le MENRS dans le cadre du Projet SEECALINE. Les

¹⁸ Vakinankaratra, Marovoay, Antalaha, Mahafaly.

enfants scolarisés de 6-14 ans reçoivent une supplémentation hebdomadaire en FAF¹⁹, et les enfants scolarisés (6-14 ans) ou non scolarisés (3-14 ans) sont déparasités. A part l'éducation sanitaire et nutritionnelle, on fait aussi la promotion de la consommation du sel iodé. Ces activités ont aidé à améliorer l'alimentation des enfants et à prévenir les carences en fer et iode avec une meilleure performance scolaire.

Les écoles primaires dans la région du Faritany de Toliary touchée par la sécheresse et la pénurie alimentaire d'une façon chronique bénéficient des cantines scolaires leur fournissant un repas quotidien à la mi-journée. Ce programme est géré par le MENRS avec l'appui des ONGs distribuant des vivres en milieu scolaire.

3.10 Coordination et gestion

Vu la nature multisectorielle des interventions de lutte contre la malnutrition, une coordination efficace s'avère importante en vue d'assurer une complémentarité, cohérence et synergie des programmes. Des structures de coordination des interventions en matière de nutrition ont été mises en place mais le système de coordination est faible à tous les niveaux et constitue à cet effet un facteur de blocage. Cette situation entraîne une faible synergie des interventions et une dispersion des efforts. En outre le peu ou l'inexistence de considérations accordées à des éléments d'ordre nutritionnel dans les politiques et programmes de développement économique et social ne fait qu'envenimer la situation, et donc augmenter les populations vulnérables. Ainsi la volonté et l'engagement politiques exprimés au plus haut niveau pour accorder la priorité à la lutte contre la malnutrition ne sont pas toujours traduits en action.

D'autres faiblesses relevées sont : une conscientisation insuffisante de certains gestionnaires, responsables et techniciens de programme sur la problématique de la malnutrition ; une insuffisance des ressources humaines, financières et matérielles ; une insuffisance de la traduction des stratégies en actions spécifiques ; des interventions souvent trop ponctuelles ; la non application des textes législatifs ; les faibles implications des décideurs ; et les problèmes de nutrition vus prioritairement sous l'angle santé avec faible implication multisectorielle

Généralement le Ministère de la Santé assume le rôle de leadership en matière de lutte contre la malnutrition et les carences en micronutriments et collabore étroitement avec d'autres ministères selon la nécessité des interventions – par exemple, avec le Ministère du Commerce sur l'application des législations sur le sel iodé et la commercialisation des substituts au lait maternel, et le Ministère de l'Agriculture sur la sécurité alimentaire dans les sites de nutrition communautaire. Le MinSan-PF collabore avec divers partenaires (nationaux et internationaux) dans la mise en œuvre des activités de nutrition ou PCIME au niveau communautaire. Le MinSan-PF élabore aussi des protocoles techniques en matière de nutrition, ex. supplémentation en vitamine A, prise en charge des enfants sévèrement malnutris, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le Projet SEECALINE, sous la tutelle de la Primature, est un important intervenant en matière de nutrition communautaire et de nutrition scolaire, couvrant actuellement 50% du pays.

Des structures de coordination ponctuelles comme le Comité National de Lutte contre les TDCI (CNLTDCI) et le Comité National de l'Allaitement Maternel se sont avérés très efficaces dans la coordination de la mise en œuvre des politiques nationales en matière de la lutte contre les TDCI et la promotion de l'allaitement maternel. Ces comités, présidés par le Ministère de la Santé, regroupent tous les autres ministères concernés ainsi que les représentants du secteur privé, des ONGs et des agences internationales.

Le Groupe d'Action Intersectorielle pour la Nutrition (GAIN) offre un début de coordination des actions en matière de lutte contre la malnutrition. C'est une structure informelle présidée par le MinSan-PF et regroupant tous les intervenants en matière de nutrition (tous les ministères, projets nationaux, agences bilatérales et multilatérales, ONGs, opérateurs). Cette structure a fait un grand pas vers le développement et l'harmonisation des activités de nutrition, elle a facilité l'échange d'information entre partenaires, elle a pu apporter des nouvelles connaissances programmatiques et scientifiques pour les

¹⁹ L'effet de la supplémentation en FAF est jugé efficace car on a noté une amélioration de l'état de santé des élèves entraînant de meilleurs résultats scolaires, une réduction du taux d'absence et le dynamisme des élèves en classe. (SEECALINE - Revue à mi-Parcours 2001)

responsables de nutrition sur le terrain, elle a participé à l'analyse et à la réactualisation des politiques relatives à la nutrition. Il existe un GAIN au niveau national et des GAINs régionaux dans les 6 provinces.

La lutte contre la malnutrition exige un large partenariat avec la société civile, le secteur privé, les ONGs, les institutions nationales (groupes professionnels, universités) et la communauté internationale. Parmi les importants partenaires dans le domaine de la nutrition et de l'alimentation on note les agences internationales telles que la Banque Mondiale, l'UNICEF, l'OMS, le PAM, l'USAID (à travers LINKAGES et MOST), la FAO, l'Union Européenne et la Coopération Japonaise, et les ONGs telles que CARE, CRS, MSF, ASOS, ASERN, ADRA, ...

4. Politique et Stratégies

4.1 Politique

4.1.1 Préambule

Pour combattre la malnutrition et compte tenu des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) auxquels souscrit le gouvernement malgache 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 dans 10 ans, soit en 2013.
- Ramener de 49% en 2000 à 36% en 2005, la prévalence de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans.

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.

4.1.2 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** mesuré par le rapport taille/âge de l'enfant. C'est un indicateur de la **malnutrition chronique** et est normalement utilisé pour évaluer l'impact à long terme des programmes de développement socio-économique.
- **L'insuffisance pondérale** mesurée par le rapport poids/âge de l'enfant. C'est un indicateur de la **malnutrition générale** et est normalement utilisé pour évaluer l'impact des interventions nutritionnelles à court et moyen terme - exemples la nutrition communautaire ou la surveillance de la croissance des enfants.
- **L'émaciation** (ou maigreur) mesurée par le rapport poids/taille de l'enfant. C'est un indicateur de la **malnutrition aiguë** (ou malnutrition récente) et est normalement utilisé pour le dépistage et suivi des enfants sévèrement malnutris dans le cadre des programmes d'urgence ou de réhabilitation nutritionnelle.

4.1.3 But de la Politique

Assurer le droit de la population Malagasy toute entière à une nutrition adéquate en vue d'améliorer la survie des enfants et de 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, ce par la synergie des interventions multisectorielles.

4.1.4 Objectifs Généraux

D'ici l'an 2015 de :

- a. Réduire de moitié la prévalence de la malnutrition chronique (poids/taille<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans – c'est-à-dire de 49% (EPM 2000) à 25%.
- b. Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 156 pour 1000 naissances vivantes à 111 en 2006 (DSRP) et à 56 en 2015 (ODM).

4.1.5 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 33% (EPM 2000) à 16,5%;
- ii. Réduire de moitié la prévalence de la malnutrition aiguë (poids/taille<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans – de 14% (EPM 2000) à 7% ;
- iii. Réduire de trois-quarts la malnutrition aiguë sévère (poids/taille<-3ET) chez les enfants de moins de 5 ans – de 5% (EPM 2000) à 1,25% ;
- iv. Réduire la prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance (< 2.500 grammes) à moins de 10% ;
- 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 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%.

D'ici l'an 2010 :

- vii. Éliminer virtuellement²⁰ 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 (de 67% à 30%)²¹, les enfants d'âge scolaire, et chez les femmes enceintes (de 44% à 20%)²².

D'ici l'an 2005 :

- ix. Éliminer virtuellement²⁰ les troubles dus à la carence en iode chez toute la population ;

4.2 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 marginalisés²³.

Les actions multisectorielles menées au cours de la dernière décennie - telles la promotion de l'allaitement maternelle, 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 leurs couvertures géographiques 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

²⁰ Se référer aux normes recommandées par l'OMS.

²¹ Niveau d'hémoglobine de moins de 12.0 g/dl.

²² Niveau d'hémoglobine de moins de 11.0 g/dl.

²³ Groupes sociaux bas et pauvres, mères célibataires, enfants abandonnés, personnes âgées, personnes vivant avec le virus du SIDA, handicapés, etc.

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.

4.2.1 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 :

4.2.1.1. 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 composantes²⁴) et la prise en charge des enfants sévèrement malnutris ;
- L'accès à l'eau potable et l'hygiène du milieu adéquate.

²⁴ Vaccination, consultations pré et postnatales, prise en charge des maladies d'enfant, planning familial, médicaments essentiels.

4.2.1.2. 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 surdité 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 est exposée 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.

4.2.1.3. 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 accouchée²⁵) selon le protocole établi ;
- Promotion de la fortification alimentaire en vitamine A ;
- Prise en charge rapide des enfants malades et vaccination anti-rougeoleux.

4.2.1.4. 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).

4.2.1.5. 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 suivie de l'adoption d'une stratégie nationale.

²⁵ Au plus tard 8 semaines après l'accouchement.

4.2.2 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 éléments stratégiques de la Politique National de Nutrition sont présentés à l'annexe 3. Il faut s'attaquer à la malnutrition à partir de la base et là où l'efficacité²⁶ des interventions est la meilleure 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 d'assurer la prise en charge et la prévention des 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 œuvre des stratégies opérationnelles comprennent :

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

Stratégie No.1: Promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire

L'allaitement maternel garanti aux jeunes enfants une alimentation adéquate, les protège contre des maladies infectieuses graves (tel l'IRA et les maladies diarrhéiques), et assure leur développement psychoaffectif. Malgré l'effort considérable qui a été entreprise dans la promotion de l'allaitement maternel, la pratique de l'allaitement est encore sous optimale et demande d'être améliorée, en même temps que les pratiques de l'alimentation complémentaire, en vue d'assurer la survie et le développement des enfants, surtout durant les 3 premières années de leur vie.

²⁶ Un enfant n'a souvent besoin que de 100-200 kilocalories additionnelles pour prévenir la malnutrition, ce qui représentent 1-2% des ressources alimentaires de la famille.

La stratégie comprendra :

- Promotion des pratiques optimales de l'allaitement maternel – c'est à dire, initiation précoce de l'allaitement maternel en moins d'une heure après l'accouchement, allaitement fréquent à la demande de jour comme de nuit, l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et continuer l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà.
- Promotion de l'alimentation complémentaire adéquate, appropriée, diversifiée à partir de 6 mois, y compris la démonstration et préparation des aliments locaux.
- Promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation des enfants malades durant et après leur maladie, y compris la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) en cas de maladies diarrhéiques.
- Application de la Politique sur l'Allaitement Maternel et du Code sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel.
- Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) dans le cadre des « Actions Essentielles en Nutrition » au niveau de la communauté (aussi bien rural qu'urbain) et des formations sanitaires par le renforcement de la stratégie de communication pour le changement de comportement.
- Célébration de la semaine de l'allaitement maternel et élargir au-delà de cette semaine le plaidoyer à travers le mass media.
- Intégration de la formation en matière de l'ANJE dans le curriculum de formation professionnelle de tous les agents (santé, agricole, communautaire, ...).
- Consolidation et augmentation du nombre des Hôpitaux, Centres de Santé de Base et Lieux de Travail « Amis des Bébés » pour la promotion de l'allaitement maternel, ainsi que leur extension au niveau communautaire, y compris des groupes de soutien.
- Promotion des pratiques optimales en matière de l'ANJE dans les circonstances spéciales (ex. VIH/SIDA et urgence).
- Recherche opérationnelle sur les pratiques de l'allaitement maternel et sur l'alimentation complémentaire, y compris les farines infantiles, et leur vulgarisation.

Stratégie No.2 : Intervention de nutrition au niveau communautaire

Cette stratégie capitalise sur les expériences acquises dans la mise en œuvre des interventions de nutrition au niveau communautaire dans une centaine de districts et le résultat de ces interventions de pouvoir sensiblement réduire le taux de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans en espace de quelques années tout en améliorant les comportements des bénéficiaires en matière de nutrition, santé et d'hygiène. La malnutrition affecte le développement physique et mental des enfants, affaibli la santé des mères et réduit la productivité des adultes. Elle est ainsi une cause importante de la pauvreté et est un facteur bloquant de la croissance économique. Il est possible d'atteindre l'objectif fixé de la réduction de la malnutrition de moitié à l'an 2015 si la stratégie de nutrition communautaire est réalisée sur tout le territoire d'une façon rigoureuse.

La stratégie comprendra :

- Consolidation et extension des interventions au niveau communautaire à tous les Fivondronana au niveau national aussi bien en zones rurales qu'urbaines, les communes plus vulnérables devant être couvertes, tout en assurant une répartition spatiale équitable des interventions.
- Mise en œuvre des stratégies spécifiques de lutte contre la MPE et les carences en micronutriments (voir 4.2.1) dans les sites communautaires.
- Communication pour le changement de comportement en faveur des sept pratiques des « Actions Essentielles en Nutrition » dans les contacts au niveau communautaire durant le cycle de la vie (grossesse, accouchement, période post-natale et planning familial, stratégies avancées de vaccination, surveillance et promotion de la croissance, et l'enfant malade). Intégrer la sensibilisation sur le PF et l'IST/SIDA. Les méthodes de communication participative comprendront: la mobilisation sociale, les séances de conseils interpersonnels et l'utilisation des médias locaux. Tenir compte des us et coutumes des différentes régions et de l'influence des chefs religieux et traditionnels.

- Promotion du développement intégral du jeune enfant en intégrant les activités de développement psychosocial de l'enfant aux activités nutritionnelles (ex. Approche DIJE) par le renforcement des capacités des familles, y compris les hommes.
- Participation communautaire à toutes les étapes de planification, mise en œuvre et suivie/évaluation des activités par l'Approche 3A : Appréciation, Analyse et Action, et l'utilisation du cadre conceptuel de la malnutrition. Renforcement des compétences des responsables dans l'utilisation de cette approche.
- Focalisation sur les enfants de moins de 3 ans de la surveillance et promotion de la croissance tout en ciblant tous les enfants de 0-5 ans pour toutes les autres activités.
- Intégration des groupes marginalisés dans les activités communautaires et le processus de développement, et renforcement de la capacité multisectorielle de la population dans les zones enclavées.
- Amélioration de la qualité et de l'efficacité des prestations au niveau communautaire en adoptant l'approche intersectorielle et l'approche PCIME-communautaire et/ou SDE dans tous les sites. D'autres approches innovatrices (ex. BIDANI, « *Positive Deviance* », etc.) seront aussi pilotées et adoptées.
- Accent sur la prévention de la malnutrition saisonnière (ex. soudure) - due à l'insécurité alimentaire et aux maladies infectieuses (maladies diarrhéiques, infections respiratoires aiguës et paludisme).
- Distribution ciblée des suppléments alimentaires aux personnes des groupes vulnérables (enfants, femmes enceintes et allaitantes) afin de renforcer la vocation préventive des interventions communautaire et d'assurer la pérennité de ces interventions²⁷. La contribution des bénéficiaires devrait être envisagée [ex. approche Vivres contre Travail (VCT)]
- Renforcement des liens entre les sites de nutrition communautaire et les CSB ainsi que l'utilisation effective des soins de santé primaires par la communauté (PEV, PCIME, PF, CPN, IST/SIDA, etc.) – voir Stratégie No.3. Référence des enfants sévèrement malnutris aux CRENA/CRENI et suivi au retour dans la communauté. Les sites mobiliseront les communautés pour des activités de santé en stratégies avancées, ex. PEV, PF, CPN, supplémentation en micronutriments, etc. Participation des sites communautaires dans « l'approche district » du MinSan-PF : vente des produits sanitaires.
- Convergence des programmes agricole/pêche/élevage en vue d'améliorer la sécurité alimentaire des ménages surtout pendant la période de soudure (voir Stratégie 5).
- Convergence des actions entreprises dans le cadre du DSRP, la Politique de Protection Sociale ou autres programmes de développement. (voir Stratégie No. 8).
- Harmonisation de l'approche d'intervention et des modalités de mise en œuvre au niveau communautaire.

Les sites communautaires seront encadrés par des agents communautaires formés et/ou des volontaires pour mener les activités et/ou des agents ou des ONGs/organisations de proximité pour promouvoir l'interface entre les communautés et les services techniques (santé, agriculture, sociale) ou programmes en vue d'améliorer l'accès aux prestations de service ou bénéfiques (dons alimentaires, intrants agricoles, petits crédits, ...). Les accoucheuses traditionnelles (AT) – formées et équipées – feront aussi partie de l'équipe. Les comités des communautés bénéficiaires (CCB) participeront à la planification, mise en œuvre et suivi des interventions. Les communes seront responsables de la coordination avec le CSB, le service agricole, et les services sociaux de proximité, et d'assurer leur convergence dans les sites de nutrition communautaire. La commune facilitera aussi la convergence des actions entreprises dans le cadre du DSRP. Le maire utilisera le taux de malnutrition parmi les indicateurs pour le suivi de l'impact des programmes de développement au niveau de la commune.

Stratégie No.3 : Lutte contre les carences en micronutriments (TDCI, Avitaminose A et Anémie ferriprive)

Le succès réalisé jusqu'ici dans la lutte contre les carences en micronutriments - surtout en ce qui concerne les TDCI et l'avitaminose A) – fait qu'il est très possible de pouvoir atteindre les objectifs fixés dans ce document en intensifiant les efforts et en améliorant la couverture. La lutte contre l'anémie ferriprive est techniquement et opérationnellement plus difficile et mérite des efforts spéciaux. Une

²⁷ Cette supplémentation pourrait être sélective en ciblant, par exemple, la période de soudure, les sites touchés par l'insécurité alimentaire, les situations d'urgence et la période de transition pour les enfants qui sortent des CRENI.

carence en iode – même légère - peut entraîner un retard intellectuel des enfants ; l'avitaminose A peut entraîner la cécité et la correction de l'avitaminose A par la supplémentation mène à une réduction de 23% de la mortalité infanto juvénile ; l'anémie baisse la performance cognitif chez l'enfant et augmente le risque de mortalité maternelle et de petit poids à la naissance.

La stratégie comprendra :

- Mise en œuvre des stratégies spécifiques de lutte contre les carences en micronutriments (voir Section 4.2.1).
- Pérennisation des structures d'iodation du sel – éventuellement la double fortification du sel en iode et fluor en vue de la prévention des TDCI et caries dentaires respectivement. Amélioration de la commercialisation du sel iodé/fluoré et assurance de la qualité jusqu'au niveau des consommateurs. Renforcement du partenariat public-privé.
- Mise en application effective de la législation sur le sel iodé afin que toute la population soit effectivement couverte.
- Diversification de la production et de la consommation alimentaire au niveau des sites de nutrition communautaire en vue d'améliorer l'apport et la biodisponibilité en fer et vitamine A.
- Couverture adéquate de supplémentation en vitamine A des enfants et des accouchées – comprenant la distribution au niveau des formations sanitaires et des sites communautaires.
- Supplémentation en FAF aux femmes enceintes - comprenant la distribution au niveau des CPN et des sites communautaires.
- Supplémentation en fer et déparasitage des enfants de moins de 5 ans.
- Supplémentation hebdomadaire en fer et déparasitage des enfants scolarisés et non scolarisés. Faire la supplémentation hebdomadaire en FAF des adolescentes en intégrant l'éducation à la vie familiale.
- Renforcement de la lutte contre le paludisme dans les zones impaludées, en particulier la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, pour prévenir l'anémie.
- Recherche-action en matière de fortification alimentaire en fer et vitamine A, suivi de pilotage, adoption des législations appropriées et passage à l'échelle, avec approche de partenariat public-privé.

Stratégie No.4 : Intégration des interventions nutritionnelles aux soins de santé primaires

La malnutrition forme avec les maladies infectieuses un cercle vicieux chez les jeunes enfants ; les infections répétées (maladies diarrhéiques, infections respiratoires aiguës, rougeole, palud) précipitent l'enfant vers la malnutrition qui à son tour affaiblit la résistance des enfants aux maladies. Ainsi, la lutte contre la malnutrition ne peut réussir sans une forte participation des services de santé dans cette lutte et un lien étroit entre les CSB et les sites de nutrition communautaire. L'accès aux services de santé primaires qui est encore faible doit être rendu universel. Aussi faut-il assurer la décentralisation effective de la prise de décision assortie de ressources conséquentes en vue d'assurer la pérennisation des actions entreprises ou à entreprendre et d'assurer la bonne gouvernance.

La stratégie comprendra :

- Accès universel aux soins de santé primaires (SSP) ; utilisation effective des services des SSP au niveau des CSB et organisation des stratégies avancées au niveau des sites de nutrition communautaire.
- Mise en œuvre l'approche PCIME, y compris la surveillance de la croissance de tous les enfants fréquentant les centres de santé et la sensibilisation sur le planning familial.
- Focalisation de la surveillance de la croissance sur les enfants de moins de 3 ans, aussi bien dans les centres de santé qu'au niveau communautaire, tout en ciblant tous les enfants de 0-5 ans pour toutes les autres activités.
- Intégration des « Actions Essentielles en Nutrition » dans les sept contacts clés au niveau des centres de santé (CPN, accouchement, consultation post-natale, planification familiale, vaccination, surveillance de la croissance, et consultation des enfants malades).
- Renforcement de la complémentarité PCIME-clinique et PCIME-communautaire.

- Appui soutenu des agents de santé aux sites de nutrition communautaire et aux agents communautaires selon un calendrier établi, ainsi que des stratégies avancées pour les interventions santé/nutrition.
- Intégration de cette stratégie lors de l'élaboration du plan de développement des districts et du plan de travail annuel.

Stratégie No.5 : Prise en charge des enfants sévèrement malnutris

Le taux de mortalité grimpe dramatiquement chez les jeunes enfants sévèrement malnutris même si le nombre absolu de décès est plus important chez les enfants légèrement et modérément malnutris en comparaison avec les enfants sévèrement malnutris. Déjà la malnutrition est associée à plus de 50% de la mortalité infanto juvénile. Alors que tous les efforts doivent être faits pour prévenir que l'enfant bascule dans la malnutrition et encore plus dans la malnutrition sévère, une prise en charge de ces derniers est impérative dans le cadre d'une politique visant à la réduction de la mortalité infanto juvénile. Cela demande la mise en place d'un réseau de CRENI et CRENA et qui devrait être éventuellement rationalisé à fur et à mesure que le taux de malnutrition sévère s'améliore. Il faut néanmoins faire attention que l'aspect curatif de la malnutrition sévère ne prenne pas le dessus sur l'aspect préventif en terme de priorité dans l'allocation de ressources humaines et financières.

La stratégie comprendra :

- Prise en charge correcte des enfants sévèrement malnutris au niveau des CRENIs, CRENIs-jour et CRENAs, avec des critères précis d'adhésion et de sortie.
- Extension des CRENIs et CRENAs vers tout le territoire, surtout dans les zones d'insécurité alimentaire.
- Prise en charge et suivi au niveau des sites communautaire des enfants sortis des CRENIs/CRENAs.
- Prise en charge et suivi des enfants sévèrement malnutris (non référés aux CRENIs/CRENAs) au niveau communautaire.
- Système de référence et de contre référence des enfants malnutris, y compris la prise en charge des frais occasionnés par l'évacuation sanitaire d'un enfant sévèrement malnutri (tiers payant).

Stratégie No.6 : Amélioration de la sécurité alimentaire des ménages (SAM)

L'insécurité alimentaire qui touche 65% des ménages est l'une des causes sous-jacentes importantes de la malnutrition. L'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages a pour but principal d'aider, d'améliorer et d'organiser les communautés vulnérables, rurales et urbaines, à améliorer les mécanismes de survie des populations les plus exposées à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition. Deux considérations doivent focaliser l'approche pour l'amélioration de la SAM – la faible production (et productivité) de l'agriculture de subsistance que pratique 90% de la population agricole et l'augmentation abrupte de la malnutrition²⁸ durant la période de soudure. Contrôler cette hausse aidera à réduire le taux global de la malnutrition, et surtout la malnutrition sévère et la mortalité infanto juvénile qui font aussi des pics pendant la période de soudure. De plus, l'insécurité alimentaire et la pauvreté sont étroitement liées. L'approche retenue pour cette stratégie est donc d'améliorer la SAM au niveau des sites de nutrition communautaire en utilisant les structures d'encadrement existant au niveau de ces sites et la convergence des services techniques agricoles/élevage/pêche dans ces mêmes sites.

La stratégie comprendra :

- Ciblage conjoint des zones d'interventions en nutrition communautaire et programmes de développement rural.
- Appui des services de vulgarisation agricole/élevage/pêche à tous les sites de nutrition communautaire (surtout en zones rurales et zones d'insécurité alimentaire), y compris l'encadrement des agents communautaire par les agents de vulgarisation ; et la vulgarisation des « Guides Référentielles » en matière de petite production, transformation et stockage, notamment en vue d'atténuer la soudure.

²⁸ L'augmentation de la malnutrition durant la période de soudure pourrait aller jusqu'à 50% plus élevée par rapport à la période post-récolte.

- Accès des populations des sites de nutrition communautaire aux programmes PSSA et PSDR qui visent à l'amélioration de la sécurité alimentaire ainsi qu'à la réduction de la pauvreté. Le développement rural assurera l'accès à l'eau potable et aux eaux d'irrigation des cultures, ainsi que le désenclavement des régions pour atténuer les conséquences pouvant aggraver la malnutrition ainsi que la gestion rationnelle des ressources naturelles et la protection de l'environnement dans ces sites.
- Amélioration et diversification de la production et la productivité agricole vivrière dans les sites de nutrition communautaire, surtout dans les zones d'insécurité alimentaire – vivres, jardins potager et fruitier, pisciculture, petit élevage, et renforcement des marchés locaux. Utilisation des Guides Référentielles.
- Diversification et amélioration de l'utilisation des aliments au niveau des ménages.
- Promotion des activités génératrices de revenu, du mutuel d'épargne et de crédit, des petits investissements en zones rurales, l'accès des producteurs aux facteurs de production ainsi que le partenariat entre groupements de producteurs et le secteur privé.

Stratégie No.7 : Intervention de nutrition scolaire

L'enfant d'âge scolaire (6-14 ans) pouvant s'alimenter à partir du repas familial et étant moins vulnérable aux maladies infectieuses, n'est pas au même niveau de risque à la malnutrition protéino-énergétique que les enfants d'âge préscolaires. D'ailleurs le taux d'émaciation²⁹ (indicateur utilisé pour décider d'une supplémentation alimentaire) se stabilise déjà à 5% entre 2 et 3 ans – il manque des données anthropométriques pour les enfants d'âge scolaire. Néanmoins, une supplémentation alimentaire pourrait être envisagée pour une période limitée dans des zones touchées par l'insécurité alimentaire ou pendant des périodes de pénurie alimentaire (soudure, post-urgence). Dans certains cas, un repas ou une collation scolaire est accordé pour des raisons pédagogiques³⁰. Par contre, ces enfants sont touchés par l'anémie ferriprive qui diminue la performance cognitive et ils doivent être protégés contre la carence en iode (endémique à Madagascar) qui pourrait handicaper leur capacité d'apprendre. Une soixantaine de districts sont déjà couverts par des interventions de nutrition scolaire dans le cadre du Projet SEECALINE. L'amélioration de l'état nutritionnel des enfants d'âge scolaire est donc nécessaire en vue d'optimiser le lourd investissement dans le secteur d'éducation.

La stratégie comprendra :

- Extension des interventions de nutrition scolaire sur tout le territoire, tout en priorisant les communes les plus vulnérables.
- Supplémentation hebdomadaire en comprimé de fer/acide folique et déparasitage des enfants d'âge scolaire selon le protocole établi. Promotion de la consommation du sel iodé.
- Initiatives locales pour combattre la « faim à court terme » ou « faim aiguë », en liaison avec les interventions de nutrition communautaire.
- Cantines scolaires en priorisant les zones d'insécurité alimentaire chronique, tout en adoptant des approches visant leur viabilité financière (participative, partage des coûts, VCT, etc.).
- Intégration des messages nutritionnels et sanitaires dans le curriculum élémentaire.
- Éducation sur la nutrition, la santé, et l'hygiène, et l'approche enfant/enfant, enfant/parent et enfant/communauté, appuyée par des installations sanitaires adéquates (ex. latrines, eau potable, ...).
- Promotion du concept de sécurité alimentaire à travers la création des jardins potagers au niveau des écoles et incitation de chaque élève à cultiver un arbre fruitier chez eux, avec l'appui des services agricoles. Ces produits pourront être utilisés à la cantine scolaire ou la dotation d'une petite collation le matin.

Stratégie No.8 : Stratégie de communication

Une lutte efficace contre la malnutrition requiert la participation active de la population et de toutes les composantes de la société ainsi que la collaboration vigoureuse des responsables à tous les niveaux dans la mise en œuvre de cette Politique. Une grande partie de la population n'adopte pas encore des

²⁹ Poids/taille < -2ET

³⁰ Améliorer la fréquentation scolaire ou soulager la « faim à court terme » ou « faim aiguë ».

comportements positifs en matière de nutrition et habitude alimentaire, santé et hygiène ; l'engagement politique dans la lutte contre la malnutrition n'est pas traduit dans le fait ; la nutrition ne trouve pas une place prioritaire dans les politiques de développement ; et les ressources adéquates ne sont pas allouées à la nutrition.

En vue de transformer cette attitude complaisante en une mobilisation nationale active pour réduire la malnutrition de moitié d'ici l'an 2015, il faut une stratégie de communication cohérente.

La stratégie comprendra :

- Plaidoyer à tous les niveaux afin d'
 - Assurer le droit à une nutrition adéquate (quantité et qualité) ;
 - Sensibiliser les décideurs sur la notion de nutrition et de sécurité alimentaire des ménages ; les causes de la malnutrition ainsi que ses conséquences sur le développement humain et socio-économique ;
 - Intégrer la lutte contre la malnutrition dans tous programmes de développement ;
 - Utiliser le taux de la malnutrition parmi les indicateurs de développement et de pauvreté.
- Sensibilisation et implication des décideurs et des autorités traditionnelles (*Sojabe, Tangalamena, Ampanjaka*, etc.).
- Information des responsables sur les politiques et programmes, et leurs rôles dans la lutte contre la malnutrition.
- Développement et mise en oeuvre d'un programme de communication pour promouvoir un changement positif de comportement de la population en matière de nutrition, appuyé par des recherches opérationnelles. Ce programme adoptera une approche améliorée, uniforme et harmonisée en matière de communication ainsi qu'une approche multimédia à tous les niveaux, et facilitera la diffusion des informations. Il sera élaboré avec la pleine participation de la population ainsi que de tous les secteurs – public, privé, ONGs et société civile.
- Intensification du programme de communication interpersonnelle et de *mass média* (radio, TV, presse) au niveau des sites de nutrition communautaire et des formations sanitaires pour l'amélioration des pratiques nutritionnelles et de santé. Les agents seront formés en techniques de communications et utiliseront des outils appropriés - en dialecte local (si nécessaire). Mobilisation des media - y compris les media traditionnels - pour la diffusion des messages au niveau national, régional et local.
- Valorisation du statut des femmes et promotion de l'approche genre pour favoriser les comportements favorables à la sécurité alimentaire des ménages et à une meilleure nutrition.

Stratégie No.9 : Convergence des politiques de développement

Le but ultime des politiques de développement socio-économiques est d'améliorer la qualité de vie de la population, dont l'état nutritionnel est une des composantes les plus importantes. Vu l'ampleur du problème de la malnutrition à Madagascar, et ses conséquences sur le développement humain et socio-économique du pays, des considérations nutritionnelles doivent être intégrées aux politiques de développement. En fait ces politiques de développement s'attaquent aux causes sous-jacentes et fondamentales de la malnutrition (voir Annexe 2), et pour que la lutte contre la malnutrition soit efficace et durable, il faut s'assurer qu'il y a convergence et synergie de ces politiques.

La lutte contre la malnutrition à Madagascar est intimement liée à la lutte contre la pauvreté. La Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP) offre un cadre global qui détermine les causes sous-jacentes et profondes de la malnutrition. Puisque la malnutrition est une manifestation de la pauvreté, la réduction de la malnutrition donne une mesure du succès de la mise en oeuvre de la SRP. La Politique de Nutrition complémente la SRP en s'assurant que les luttes contre la malnutrition et la pauvreté - tous deux ayant des déterminants multisectoriels – aillent dans le même sens. Aidant ainsi à traduire l'engagement politique dans les faits.

Vu que l'état nutritionnel des enfants intègre les résultats de plusieurs actions multisectorielles et est accepté comme un indicateur de développement socio-économique, il devrait être utilisé comme une des mesures de l'efficacité de la stratégie de lutte contre la pauvreté. Cet indicateur a l'avantage d'être facilement mesurable et est disponible au niveau des villages et communautés, permettant ainsi un suivi

des interventions et l'évaluation d'impact par les structures décentralisées et les communes. Cela renforcera ainsi la capacité des communes de participer à leur propre développement.

La stratégie comprendra :

- Convergence des stratégies multisectorielles du DSRP dans les sites de nutrition communautaire en vue de renforcer la synergie entre la PNN et la SRP. Initier cette approche en assurant la convergence des programmes du DSRP dans les domaines de la santé, agriculture, eau/assainissement et sécurité (surtout en milieu rural) dans un premier temps et poursuivre avec les autres programmes.
 - Le programme « Santé » qui vise l'amélioration de l'accès, plus particulièrement des pauvres, aux services de santé et comprend l'application de la PCIME et la lutte contre le paludisme.
 - Le programme « Développement Rural » qui vise à « assurer la sécurité alimentaire et optimiser l'utilisation des ressources ».
 - Le programme « Eau Potable et Assainissement » surtout l'initiative *WASH* qui vise à sensibiliser la population vers un changement positif de comportement vis-à-vis de l'hygiène.
 - Le programme « Gouvernance et État de Droit » qui inclut la sécurité en zones urbaines et en milieu rural.
- Convergence de la Politique Nationale de la Population pour le Développement Economique et Social (PNPDES) au niveau des sites de nutrition communautaire, particulièrement :
 - L'accès au service de planning familial ;
 - La réinsertion sociale des groupes marginalisés ;
 - L'amélioration de l'habitat.
- Participation à la scolarisation universelle des enfants, y compris des filles. Le niveau d'instruction des mères est associé à un meilleur statut nutritionnel et de santé des mères et des enfants. Aussi un faible niveau d'instruction n'est pas favorable à l'abandon de certains us et coutumes contraignants. Les sites de nutrition communautaire peuvent encourager la scolarisation de tous les enfants d'âge scolaire.
- Utilisation du taux de la malnutrition (insuffisance pondérale) comme indicateur clé pour le suivi et évaluation de l'impact de la mise en œuvre des stratégies du DSRP – ces données sont déjà disponibles au niveau des sites de nutrition communautaire.
- Intégration de la lutte contre la malnutrition comme un élément clé de tous politiques et programmes de développement, y compris dans les Plans Communaux de Développement. Utiliser l'indicateur de la malnutrition pour évaluer l'impact sur le développement humain.

Stratégie No.10 : Préparation à l'urgence et réponses aux urgences nutritionnelles

Les causes sous-jacentes de la malnutrition étant les mêmes qui rendent les communautés vulnérables aux risques et conséquences des catastrophes naturelles (cyclones, inondations, sécheresses, invasion acridienne), il est évident que toute action visant à la préparation ou réponse aux urgences exige que la dimension nutritionnelle reçoive une attention prioritaire dans la planification, mise en œuvre et suivi des activités d'urgence.

Dans le cadre des actions coordonnées par le Comité National de Secours (CNS) du Ministère de l'Intérieur dans la mise en œuvre de la *Stratégie Nationale de Gestion des Risques et des Catastrophes (SNGRC)*, la réponse post-urgence en matière de nutrition vise en premier lieu à prévenir et à réduire la mortalité due à la sous-nutrition des victimes. Il est connu que le taux de mortalité augmente rapidement chez les enfants sévèrement malnutris. Vu les taux de malnutrition déjà très élevés dans le pays, une intervention nutritionnelle doit toujours faire partie des secours d'urgence après les catastrophes. Puis-ce que la malnutrition est le résultat d'un apport alimentaire inadéquat et des maladies infectieuses, les interventions dans les domaines de la nutrition doivent toujours être accompagnées des interventions de santé et l'eau/assainissement.

En vue de mieux préparer les communautés exposées aux catastrophes naturelles à faire face à la situation, il faut intensifier et étendre la couverture des activités de nutrition communautaire dans les zones à risque et renforcer la capacité de réponse des communautés (ex. réserve alimentaire et médicaments en lieu sécurisé).

Un autre aspect très important est de pouvoir fournir à temps de données et information sur l'ampleur, l'étendue et les risques des problèmes nutritionnels afin d'aider à la planification et mise en œuvre des activités de secours, y compris l'aide alimentaire et la mise en place des CRENI/CRENA. Le suivi de la situation nutritionnelle déterminera l'arrêt progressif des opérations post-urgence. La disponibilité des données nutritionnelles fait aussi partie de la préparation à l'urgence en indiquant - déjà avant le passage d'une catastrophe - les zones fragiles et exposées aux risques de la malnutrition, permettant ainsi des interventions rapides.

La stratégie comprendra :

- Collaboration avec les comités de secours à tous les niveaux (CNS, CRS, CLS) dans le cadre de la *Stratégie Nationale de Gestion des Risques et des Catastrophes (SNGRC)* pour les actions de préparation et réponse aux urgences relatives aux risques nutritionnelles. Plan ORSEC à bien asseoir à chaque niveau tout en assurant la composante nutritionnelle.
- Renforcement des systèmes d'analyse de la vulnérabilité des populations exposées aux risques de catastrophe. (Voir Stratégie No.10).
- Planification et réalisation des enquêtes nutritionnelles rapides, en cas de catastrophe, pour le dépistage des zones et groupes vulnérables et la planification des secours nutritionnels en complémentarité avec les secours dans les autres domaines (santé, eau et assainissement, etc.). Les enquêtes de suivi évalueront régulièrement l'évolution de la situation nutritionnelle et déterminera l'arrêt progressif des opérations. Publication des résultats des actions d'urgence à chaque intervention.
- Promotion et protection de l'allaitement maternel exclusif des enfants jusqu'à 6 mois et continuation jusqu'à de 2 ans ou plus en vue de prévenir la malnutrition et la mortalité chez les jeunes enfants.
- Aide alimentaire (surtout dans les zones affectées par des pénuries alimentaires) et distribution des micronutriments en priorisant les groupes vulnérables, en particulier les enfants, et les femmes enceintes et allaitantes.
- Mise en place des CRENI et CRENA (si nécessaire) pour la prise en charge des enfants sévèrement malnutris en vue de diminuer la mortalité.
- Intensification et extension des activités de nutrition communautaire dans les zones exposées aux catastrophes naturelles avant une catastrophe pour assurer une bonne préparation à l'urgence et aussi après la catastrophe pour assurer une réhabilitation plus rapide des communautés affectées.
- Intégration d'une dimension nutritionnelle dans les activités de réhabilitation des infrastructures, ex. vivre contre travail (VCT), activités agricoles, etc.

Stratégie No.11 : Système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle

Un système d'information efficace est essentiel pour la coordination et suivi de la mise en œuvre de la PNN. Ce système devrait :

- Disposer des informations pertinentes et précises sur la nature, l'étendu et la gravité des problèmes nutritionnels, leurs causes, les ressources et la façon dont ils évoluent dans le temps et dans l'espace.
- Fournir à temps des données et des informations pour les actions d'urgence en vue de prévenir et réduire la mortalité parmi les victimes des catastrophes.

Il existe actuellement un éventail d'instruments de collecte des données nutritionnelles et alimentaires - voir Section 3.8. Toutefois, il y a besoin d'un service pour centraliser la synthèse et l'interprétation des données nutritionnelles (y compris sur la sécurité alimentaire des ménages) à partir de diverses sources en vue de fournir des données actualisées régulièrement sur la situation nutritionnelle pour les interventions de développement et d'urgence. Ce service qui sera rattaché à la cellule « Suivi/évaluation » de la « Structure de Coordination et Suivi » de la PNN (voir Chapitre 5) devra avoir les compétences d'informatiser toutes les bases de données nutritionnelles et alimentaires, faire une analyse pluridisciplinaire et rendre les informations disponibles sur Internet et par des bulletins périodiques.

La stratégie comprendra :

- Organisation de tous les instruments existants de collecte et d'analyse de données nutritionnelles et alimentaires au sein d'un Système National de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle. Extension des zones d'intervention des instruments de collecte et d'analyse d'information, tel SAP et SICIIV.
- Mise en place d'une Unité National de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle (UNSAN) pour entreprendre la gestion, l'analyse et la synthèse des données nutritionnelles provenant des différentes sources en vue d'informer la prise des décisions des responsables et faciliter l'échange d'information entre les différents intervenants au niveau national et régional. L'UNSAN travaillera avec les différents services afin d'améliorer la qualité et d'harmoniser l'output de leurs données alimentaires et nutritionnelles. L'UNSAN organisera aussi un système de rétro-information jusqu'au niveau communautaire tout en assurant que les données soient utilisées avant tout au niveau local (communes, villages ou quartiers). Des Unités Régionales de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle (URSAN) seront aussi mises en place.
- Intégration dans les RMA des formations sanitaires des données relatives aux activités nutritionnelles, y compris la supplémentation en micronutriments (FAF et vitamine A).
- Informatisation de toutes les statistiques alimentaires et nutritionnelles et leur diffusion sur l'Internet et par bulletins périodiques. Assurer la mise à jour et la fiabilité des données.
- Harmonisation de la méthodologie des enquêtes et la définition des indicateurs afin de rendre les données de sources différentes comparables et faciliter leurs interprétations.
- Utilisation du Cadre Conceptuel de la Malnutrition (voir Annexe 2) dans l'analyse des déterminants de la malnutrition en vue d'assurer une base de données multisectorielles.
- Utilisation des indicateurs de la malnutrition parmi d'autres indicateurs socio-économiques dans tous programmes de développement.
- Préparation (par l'UCSAN) d'une synthèse annuelle des statistiques alimentaires et nutritionnelles qui servira de base pour la préparation du rapport annuel de l'Office National de Nutrition (voir Chapitre 5).

Stratégie No.12 Développement de la capacité nationale

En complémentarité avec la participation active de la population dans la mise en œuvre de la PNN, il est nécessaire d'avoir des structures institutionnelles capables d'appuyer efficacement cet effort. Puisque la malnutrition a une dimension multisectorielle, ces capacités existent déjà au niveau de plusieurs secteurs (voir Section 3.10) - publics comme privés - et méritent d'être renforcées. Toutefois des nouvelles structures doivent aussi être développées en vue de mieux institutionnaliser la lutte contre la malnutrition. L'insuffisance de personnel ayant des compétences techniques en matière de nutrition (sciences nutritionnelles et nutrition communautaire) ainsi que dans la planification, gestion et mise en œuvre des programmes de nutrition, est un blocage sérieux dans la lutte contre la malnutrition à tous les niveaux et doit être rapidement remédié. Le Ministère de la Santé est perçu comme le point focal de la lutte contre la malnutrition de par son mandat général, ses compétences techniques dans la matière et les services et programmes sous sa tutelle – Service de Nutrition, SMI, éducation sanitaire et nutritionnelle, promotion de l'allaitement maternel, CRENI, distribution de micronutriments, etc.). Néanmoins, plusieurs autres secteurs exécutent aussi des actions préventives (ou curatives) dans le domaine de la nutrition et de la sécurité alimentaire : secteur public – Agriculture, Commerce, Éducation, Plan, Recherche, Population, etc. ; secteur privé – médecins libres, industries alimentaires, sauniers, commerce, etc. ; société civile – ONG, associations. Toutes ces structures doivent être renforcées et développées d'avantage en vue d'assurer une mise en œuvre efficace de cette Politique.

La stratégie comprendra :

- Renforcement de la capacité institutionnelle et organisationnelle de tous les acteurs³¹ dans l'élaboration des politiques et plans d'action multisectoriels en matière de nutrition et leurs réalisations (programmation, budgétisation, gestion administrative et financière, communication, et suivi et évaluation), y compris :

³¹ CNN, ONN, les « services de nutrition » au sein des ministères sectoriels, institutions nationales et des agences d'exécution au niveau national et décentralisé.

- la capacité technique, de programmation et de gestion du Service de Nutrition du MinSan-PF ;
 - la capacité du Service de Sécurité Alimentaire du MAEP à jouer un rôle plus appuyé dans la lutte contre la malnutrition que ce soit au niveau de l'orientation des politiques agricole/pêche/ élevage ou au niveau des interventions de nutrition communautaire.
 - les compétences au sein du DGPG dans l'analyse de l'impact des politiques socio-économiques sur la réduction de la malnutrition et renforcer la coordination multisectorielle en vue d'une meilleure synergie dans la lutte contre la malnutrition.
- Développement de la capacité de l'Université et d'autres institutions (École Normale Niveau I, Centre de Formation Féminine et Foyers Sociaux du MinPop, laboratoires, etc.) à dispenser des formations en nutrition à tous niveaux (formations initiales, spécialisations, perfectionnement, remise à nouveau, etc.) ainsi qu'à entreprendre de la recherche dans les domaines de la nutrition et de l'alimentation. L'Institut National de Santé Publique pourrait dispenser des formations en nutrition communautaire et gestion de programme de nutrition. Un partenariat avec des universités ou autres institutions étrangères sera recherché en vue d'une collaboration académique.
 - Formation des agents du secteur public et privé en matière de nutrition et de l'alimentation en vue d'assurer leurs compétences dans leurs domaines respectifs.
 - Mise en place d'un Centre de Documentation sur la nutrition au niveau national ainsi qu'au niveau régional. Tous les rapports pertinents et documents multimédia produits dans le pays seront mis à la disposition du public dans ces centres. Les agences de coopérations seront invitées à fournir des documents.
 - Informatisation de tous les « services de nutrition » tout en améliorant l'accès à l'Internet et l'utilisation des progiciels appropriés en vue de renforcer leurs capacités d'analyse, de planification et de gestion (ex. le progiciel *PROFILES* pour le plaidoyer, la programmation et la formation en matière de nutrition).
 - Habilitation des structures décentralisées, particulièrement les communes, à coordonner les actions multisectorielles dans la lutte contre la malnutrition tout en utilisant le taux de malnutrition parmi les indicateurs de résultats, y compris le renforcement des capacités des groupements féminins.
 - Renforcement de la capacité des services techniques et des institutions de recherche et développement en matière de nutrition, y compris les recherches formatives et opérationnelles en vue d'améliorer l'efficacité et l'efficience des interventions.

Stratégie No.13 : Élaboration et application des législations et normes relatives à la nutrition et l'alimentation

La mise en œuvre de la PNN dépend dans une grande mesure du partenariat avec le secteur privé. Les opérateurs économiques mettent sur le marché un grand éventail des produits alimentaires et nutritionnels ainsi que des services relatives à la nutrition ou ayant un potentiel pour promouvoir cette Politique. La promulgation des normes et législations est nécessaire afin d'assurer la qualité de ces produits et de protéger la santé de la population. Des législations concernant la production et la vente du sel iodé ainsi que la commercialisation des substituts au lait maternel sont déjà appliquées d'une façon plutôt satisfaisante. Il y a des lacunes au niveau de la réglementation sur les normes, la qualité et l'innocuité des aliments cuits mis en vente – surtout les aliments de rues ; la présente législation datant de l'époque coloniale. Les carences en certains micronutriments étant des problèmes de santé publique dans le pays et l'industrie alimentaire pouvant jouer un rôle important dans ce domaine, il faut établir des normes de fortification alimentaire en micronutriments, y compris en fer, vitamine A et fluor. Avec le nombre important des femmes qui joignent le marché du travail, c'est important d'assurer que les lois du travail protègent la santé et la nutrition des travailleuses et leurs jeunes enfants. Le réseau existant des laboratoires de contrôle – laboratoire de fraude alimentaire du MinSan-PF, laboratoire de microbiologie du MENRS, laboratoire de l'élevage du MAEP, etc. – doivent être renforcés. La formulation et l'application d'une législation alimentaire réaliste et applicable sont essentielles en vue de mieux encadrer ce secteur et protéger les consommateurs.

La stratégie comprendra :

- Réactualisation et application de la législation sur la qualité et l'innocuité des produits alimentaires – produits locaux ou importés – pour la protection des consommateurs. Ceci nécessitera la mise en

place des structures de contrôle de qualité des aliments à tous les niveaux jusqu'au niveaux des communes et des quartiers.

- Établissement des normes sur les produits alimentaires sur la base du *Codex Alimentarius* de la FAO.
- Mise en application effective des législations existantes relatives à la nutrition et l'hygiène alimentaire – décret sur le sel iodé, code sur les substituts au lait maternel, législations concernant le contrôle sanitaire périodique des manipulateurs des denrées alimentaires, etc. Les législations nationales pourraient être renforcées par des arrêtés provinciaux. Assurer que les textes et législations soient conformes aux protocoles en vigueur.
- Réglementation du commerce informel des aliments des rues et le transport des denrées alimentaires. Mise en place d'une structure d'encadrement et contrôle du secteur informel de l'alimentation, y compris l'élaboration des normes.
- Renforcement et décentralisation des laboratoires de contrôle alimentaire – hygiène alimentaire, altération alimentaire, sel iodé/fluoré, fortification alimentaire, etc.
- Disponibilité des denrées alimentaires fortifiées en micronutriments à problème (y compris en fer et vitamine A) et leurs accessibilités aux populations pauvres.
- Information et sensibilisation des consommateurs sur les législations alimentaires et leur rôle à les faire respecter.
- Intégration dans les lois du travail des textes en vue de protéger la santé et la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, ainsi que la nutrition et la santé des mères et des travailleurs en général. Les gros employeurs devant mettre des crèches « amis des bébés » à la disposition des travailleuses ayant des jeunes enfants.

Stratégie No. 14 : Problèmes émergents

Deux problèmes émergents – les maladies non transmissibles (MNT) et le VIH/SIDA - risquent de devenir des sérieux problèmes de santé publique durant la prochaine décennie et dans les deux cas la prévention se trouve essentiellement au niveau du changement de comportements. La prévention des MNT (diabète, maladies cardiovasculaires, cancer) demande une amélioration du régime alimentaire, plus d'exercice, moins d'alcool et arrêt de fumer ainsi que la prévention de l'obésité. Pour le VIH/SIDA il y a risque de transmission mère-enfant durant l'accouchement et par l'allaitement maternel ; aussi les enfants des parents affectés courent un plus grand risque de se retrouver dans des situations difficiles et de malnutrition ; et les personnes vivant avec le virus du SIDA eux-mêmes risquent la dénutrition.

La stratégie comprendra :

Maladies non transmissibles (MNT)

- Élaboration d'une politique sur la prévention des maladies non transmissibles – diabète, maladies cardiovasculaires (MCV), et cancer – et comprenant des recommandations sur la nutrition, la prévention de l'obésité, l'alcoolisme, le tabagisme et l'exercice physique.
- Promotion d'un régime alimentaire sain et prévention de l'obésité chez les groupes à risques de la population. La malnutrition étant plus répandue demandant une action globale, les MNT sont encore un problème limité à ce stade et demande une intervention plus ciblée.

VIH/SIDA

- Intégration de la nutrition dans la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA – l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, l'alimentation des PVVS.
- Réduction de la transmission mère/enfant pendant la période de grossesse, durant le travail et l'accouchement, et pendant la période post-natale. Le MinSan-PF donnera les directives concernant les pratiques sûres de l'allaitement maternel par les mères VIH positives.
- Sensibilisation sur IST et VIH/SIDA dans les activités des sites de nutrition communautaire.
- Recherches comportementales sur les options de remplacement du lait maternel après 6 mois.

5. Système de Coordination et de Suivi de la PNN

5.1 La coordination multisectorielle

Le succès de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition repose sur une coordination multisectorielle forte et efficace à tous les niveaux – 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 TDCL 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 niveaux national et décentralisé en vue d'une meilleure synergie des intervenants et d'une meilleure harmonisation des activités.
- Inclure l'état nutritionnel des enfants³² parmi les indicateurs clés pour le suivi et l'évaluation de toutes les 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 de tous les acteurs concernés au niveau de toutes les instances de coordination – ministères et services techniques, projets et programmes nationaux, institutions nationales, ONG, secteurs privés, société civile, agences de coopération, et représentants des communautés et entités décentralisées. Renforcer l'approche 3P : Partenariat Public/Privé.

5.2 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 mises en œuvre 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 :

- i. Conseil National de Nutrition (CNN)
- ii. Office National de Nutrition (ONN)
- iii. 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 communal. Au niveau local, ces structures incluront aussi les comités des communautés bénéficiaires (CCB) - voir section 4.2.2, stratégie No.1. Les GAINs seront formalisés et intégrés au système de coordination et suivi de la PNN à tous les niveaux (national, provincial/régional et district). Un système fonctionnel de communication et de concertation entre les structures de coordination du niveau national jusqu'au niveau communal sera mis en place.

5.2.1 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.

³² L'état nutritionnel des enfants est reconnu comme un « proxy indicator » de l'état nutritionnel d'une communauté.

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 présidé par le représentant de l'état désigné par le Primature et se réunira ordinairement une fois l'an ou extraordinairement autant que c'est nécessaire.

5.2.2 L'Office National de Nutrition (ONN)

L'ONN (voir Annexe 4) 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. Sa fonction est de :

- 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 ;
- Émettre 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.

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 suivie 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 en formalisant le GAIN.

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.

5.2.3 Agences de Mise en Œuvre (AMIOs)

Les **AMIOs** sont les organes d'exécution de la PNN et comprennent les représentants des ministères sectorielles et leurs services compétentes, 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.

5.2.4 Structures de coordination et suivi au niveau décentralisé

Une structure parallèle de coordination et de suivi à celle du niveau national sera mise en place au niveau provincial, comme suit :

Au niveau provincial

- Le **Conseil Provincial de Nutrition (CPN)**. Le CPN sera présidé par le PDS du Faritany et sera composé des représentants des autorités politiques résidents, départements sectorielles, leaders religieux/traditionnels, ONGs, opérateurs économiques, associations de femmes et associations des jeunes. Le CPN sera chargé des mêmes rôles au niveau provincial que le CNN au niveau national ; il sera composé d'un maximum de 30 membres et se réunira 3 ou 4 fois l'an.
- L'**Office Provincial de Nutrition (OPN)**. Le OPN sera composé d'un Directeur et appuyé 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. L'OPN sera chargé des mêmes rôles au niveau provincial que l'ONN au niveau national.
- Les **AMIOs** comprendront les représentants départements sectoriels et leurs services compétents, les programmes et projets, les institutions provinciales, la société civile, le secteur privé et les ONGs actives au niveau provincial.

Au niveau de la commune

- Le **Comité Communal de Développement (CCD)**. Le CCD assurera aussi la coordination multisectorielle des interventions nutritionnelles ainsi que la couverture des interventions sociales et économiques de la population entière de la commune, surtout les groupes marginalisés. Le CCD présidé par le Maire devra inclure les représentants des services décentralisés, de la communauté, ONGs/associations locales ainsi que des leaders traditionnels/ religieux/politiques. Ce comité apportera son appui sur tous les plans aux AMIOs. La lutte contre la malnutrition sera intégrée au Plan Communal de Développement et l'indicateur de la malnutrition sera utilisé parmi les autres indicateurs de développement pour le suivi des résultats de l'ensemble des interventions au niveau communal.

5.3 La mise en œuvre de la Politique Nationale

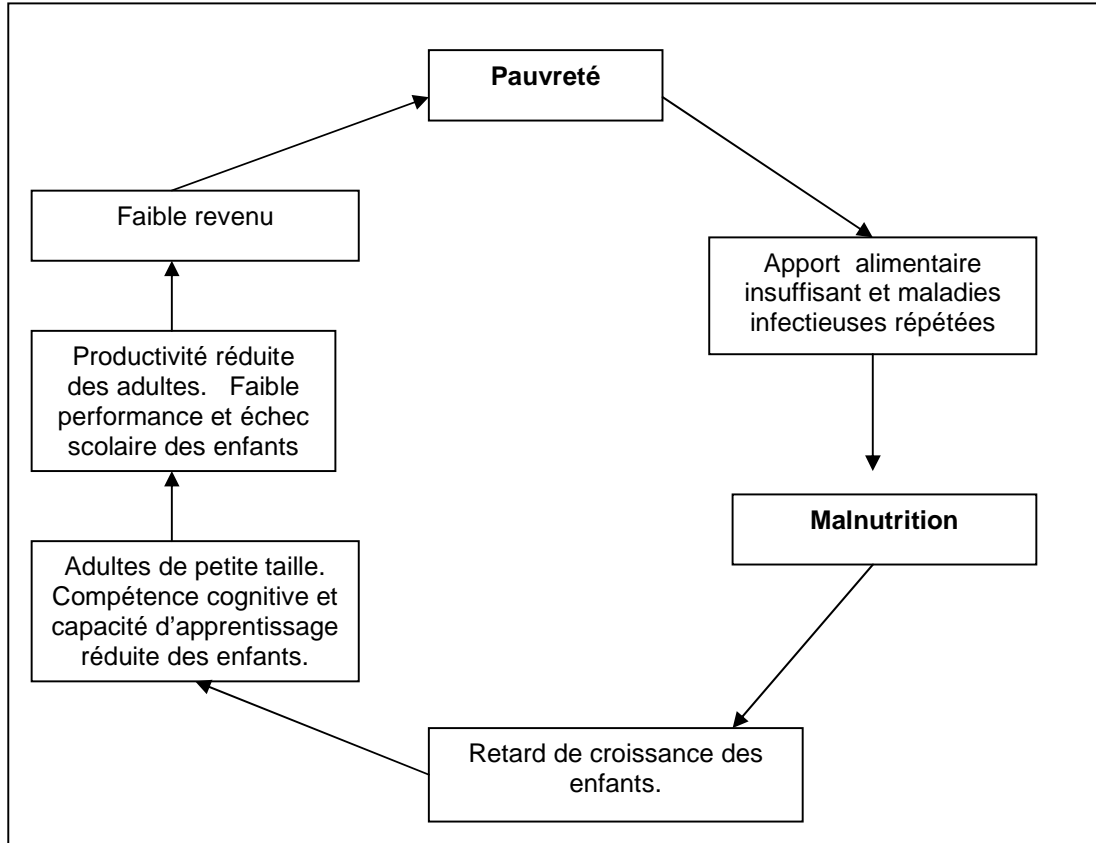
Les outils suivants seront élaborés par l'ONN et utilisés pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition :

- Le Programme Nationale 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 - voir Chapitre 4.
- Les politiques et protocoles en matière de nutrition.

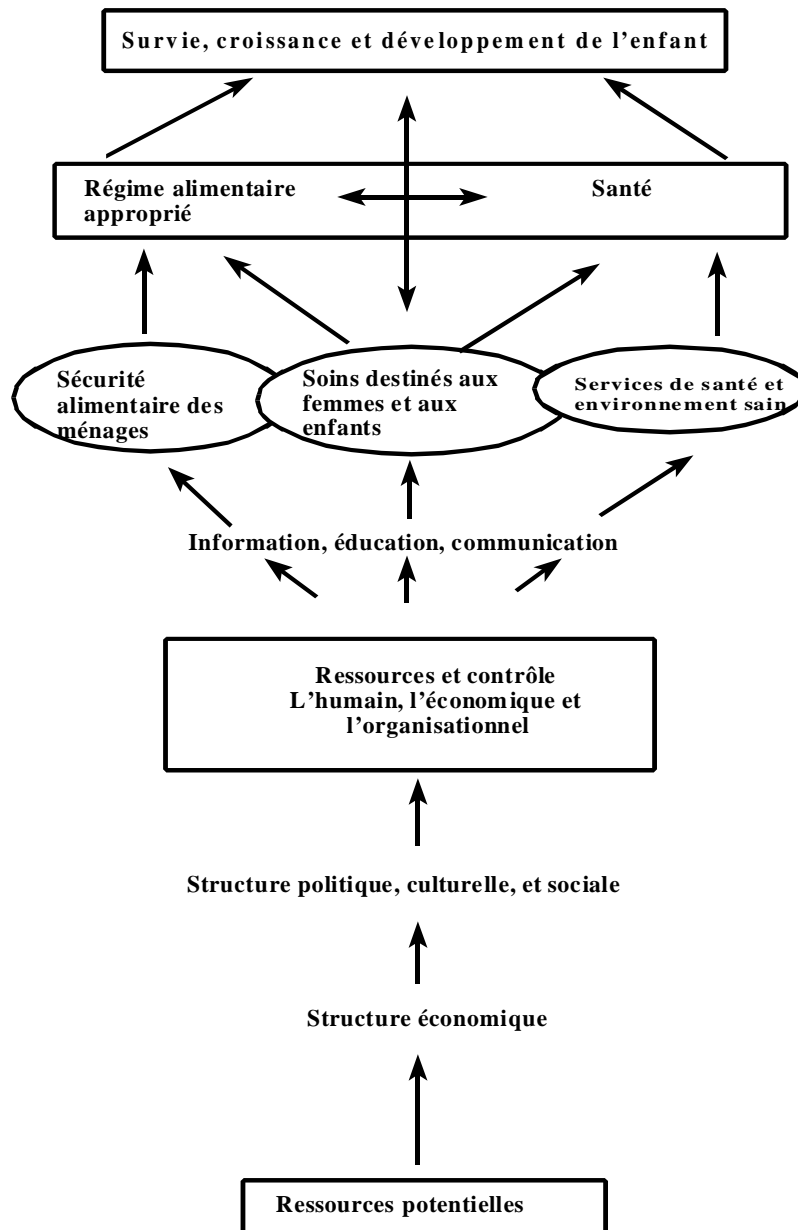
L'ONN déposera à la Primature un rapport annuel analytique sur la situation nutritionnel et alimentaire à Madagascar ainsi que sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition, les résultats réalisés par rapports aux objectifs fixés et les recommandations en vue d'assurer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

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

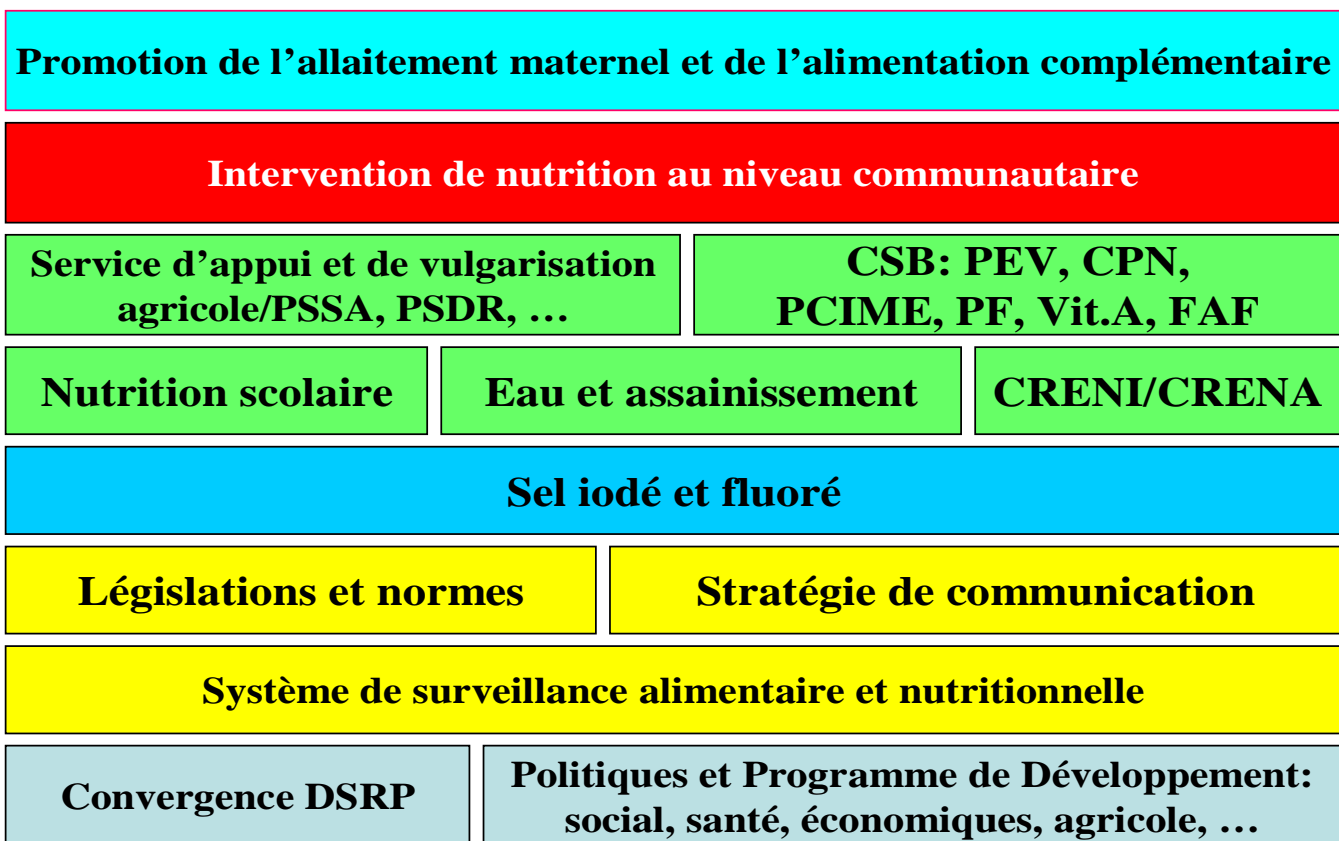
Le Cycle de la Malnutrition et de la Pauvreté



Cadre Conceptuel de la Malnutrition



Eléments Stratégiques de la PNN



**Structure de Coordination et Suivi de la mise en œuvre de la
Politique Nationale de Nutrition**

