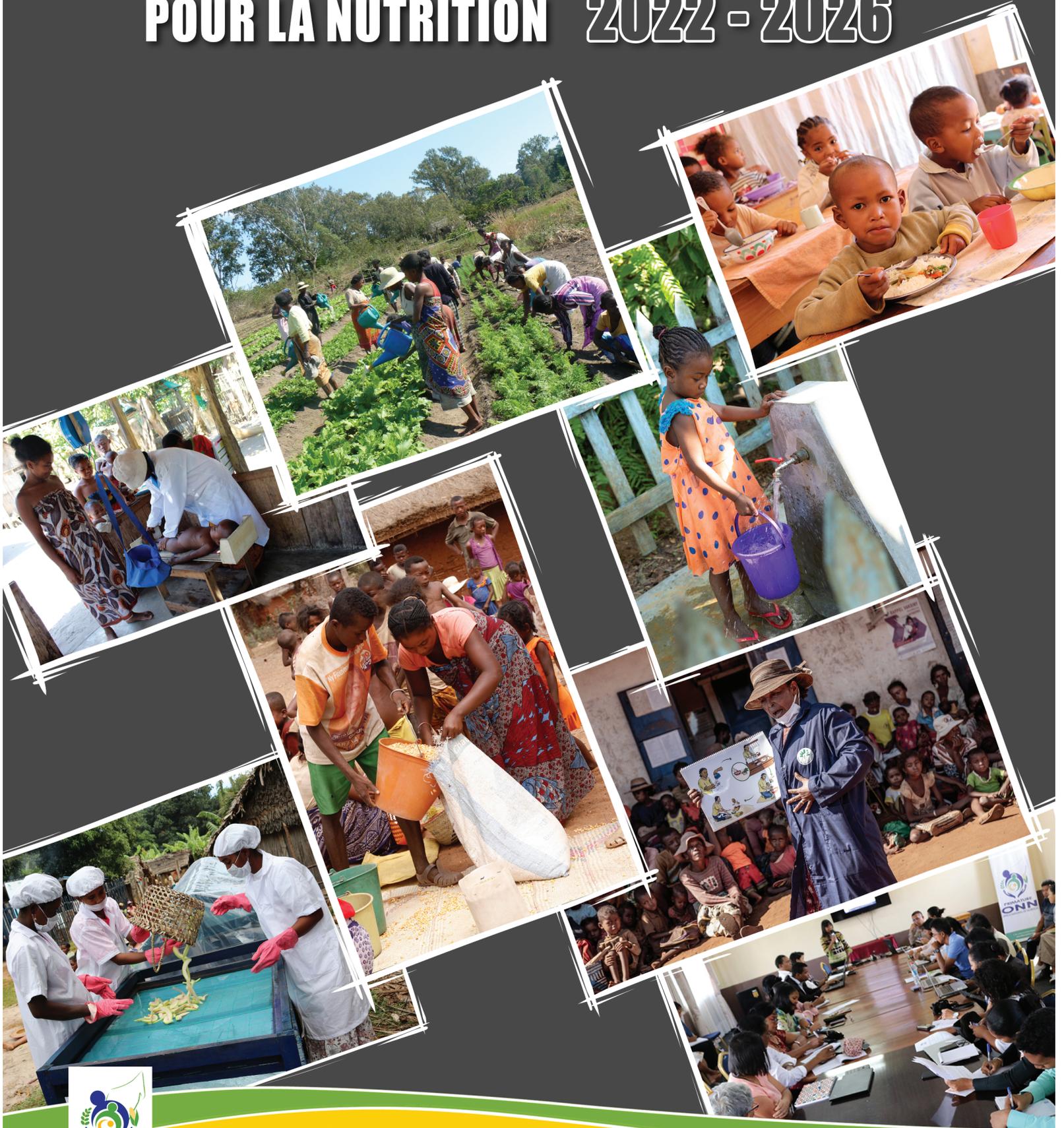




REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana

PLAN NATIONAL D'ACTION MULTISECTORIELLE POUR LA NUTRITION 2022 - 2026



OFFICE NATIONAL DE NUTRITION

La Nutrition, garant d'un Capital Humain pour un Développement social et économique Durable

AVANT-PROPOS

Nous ne devons pas admettre que deux enfants Malagasy sur cinq grandissent dans des conditions ne lui permettant pas de devenir un adulte pleinement épanoui, en bonne santé et productif. La santé, l'environnement et l'alimentation des nourrissons, des jeunes enfants, des adolescents, des femmes en âge de procréer, des mères et de tous les Malagasy doivent être au cœur de toutes nos préoccupations.

La malnutrition entraîne des séquelles physiques et souvent freine le développement cognitif de l'enfant. Les 1 000 premiers jours de la vie de l'enfant sont les plus déterminants car une mauvaise alimentation peut entraîner des conséquences irréversibles sur sa croissance et sa santé : de la maladie à la mortalité infantile, en passant par le handicap. C'est le cas de la malnutrition chronique, qui selon l'EDSMD V 2021, est à **39,8%** chez les enfants de moins de 05 ans.

Pour Madagascar, le cas de la malnutrition aiguë sévit plus particulièrement dans les régions sud de l'île. Selon les estimations pour avril-septembre 2021, environ **1,14 millions** sur **2,7 millions** de personnes dans le Grand Sud de Madagascar souffrent d'insécurité alimentaire aiguë (phase 3 ou plus selon l'analyse IPC – Integrated Phase Classification). Trois années consécutives de sécheresse ont gravement mis à mal les récoltes et l'accès à la nourriture, dans un contexte aujourd'hui marqué par la pandémie de COVID-19, qui a notamment fait plonger les emplois saisonniers et autres sources de revenus liés au tourisme. Résultat, la crise alimentaire et nutritionnelle, connue dans l'île sous le terme de « kéré », frappe encore plus durement les habitants, nos familles, nos enfants.

La sécurité nutritionnelle ne peut être atteinte qu'à travers une **approche multisectorielle** car elle implique des interventions multiples et diverses entraînant des impacts, à long terme et à grande échelle, sur le statut nutritionnel de la population.

La nutrition est l'un des investissements au coût le plus faible, mais avec un impact le plus élevé, créant ainsi un cercle vertueux pour améliorer la **santé**, accroître l'**éducation**, augmenter les **revenus durant la vie active** et promouvoir directement l'**égalité des genres** et le renforcement de l'**autonomie des femmes**.

Bien que cruciaux, les investissements et les actions de l'Etat ne sauraient suffire, sans une prise de conscience et une évolution des mentalités et des comportements de tout un chacun. Nous devons donc désormais être capables de mobiliser les efforts et la contribution de tous les acteurs en Nutrition et de tous nos compatriotes autour de cette priorité nationale que représente la sécurité nutritionnelle.

Nous tenons à exprimer nos vifs remerciements, à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce document stratégique dont la mise en œuvre effective permettra de contribuer durablement au développement de notre cher pays.

Le Professeur VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle
Coordonnateur National – Office National de Nutrition

TABLE DES MATIÈRES

Acronymes	8
1. CONTEXTE GÉNÉRAL	12
1.1 Contexte physique et démographique	13
1.2 Contexte économique et politique	13
2. SITUATION DE SÉCURITÉ NUTRITIONNELLE À MADAGASCAR	14
2.1 Situation nutritionnelle de la population malagasy	15
Sécurité alimentaire des ménages	19
Alimentation du nourrisson et du jeune enfant et nutrition de la femme	19
2.3 Conséquences de la malnutrition à Madagascar	28
2.4 Couverture des programmes de nutrition à Madagascar	30
3. HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION	31
4. MÉTHODOLOGIE	33
Étape préliminaire :	34
Étape 1 : préparation	34
Étape 2 : Consultation régionale	35
Étape 3 : Consultations nationales	35
Étape 4 : Rédaction des documents	36
Étape 5 : Réunions de validation	36
5. BUT ET OBJECTIFS DU PNAMN	37
Objectifs stratégiques de la Politique Nationale de Nutrition	38
Principes directeurs de la Politique Nationale de Nutrition	38
5.1 But du PNAMN	39
5.2 Objectif global du PNAMN	39
5.3 Objectifs généraux du PNAMN	39
6. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	40
6.1 Approche systémique pour la nutrition	41
6.2 Considération genre dans la nutrition	42
6.3. Système de santé pour la nutrition	44
6.3.1. Objectifs du système de santé pour la nutrition	44
6.3.2. Considération du genre dans le système de santé pour la nutrition	45
6.3.3. Logique d'intervention du système de santé pour la nutrition	45
6.4. Systèmes alimentaires pour la nutrition	63
6.4.1. Objectifs des Systèmes alimentaires pour la nutrition	64
6.4.2. Considération du genre dans les systèmes alimentaires pour la nutrition	64
6.4.3 Logique d'intervention des systèmes alimentaires pour la nutrition	65
	72
6.5. Système eau, assainissement et hygiène pour la nutrition	72
6.5.1. Objectifs du Système eau, assainissement et hygiène pour la nutrition	73
6.5.2. Considération de genre du système eau, assainissement et hygiène pour la nutrition	73
6.5.3. Logique d'intervention du système eau, assainissement et hygiène pour la nutrition	73

6.6. Système éducation pour la nutrition	79
6.6.1. Objectifs du système éducation pour la nutrition	80
6.6.2. Considération de genre dans le système éducation pour la nutrition	80
6.6.3. Logique d'intervention du système éducation pour la nutrition	80
	87
6.7. Système de protection sociale pour la nutrition	87
6.7.1. Objectifs du système de protection sociale pour la nutrition	89
6.7.2. Considération de genre du système de protection sociale pour la nutrition	89
6.7.3. Logique d'intervention du système de protection sociale pour la nutrition	90
6.8. Axe transversal en matière de coordination, gouvernance et de la communication pour la nutrition	92
6.8.1. Objectifs de la coordination, la gouvernance et de la communication pour la nutrition	93
6.8.2. Logique d'intervention de la coordination, de la gouvernance et de la communication pour la nutrition	94
6.9. Axe transversal en matière de gestion des risques et des catastrophes pour la nutrition	100
6.9.1. Objectifs de la gestion des risques et des catastrophes pour la nutrition	101
6.9.2. Logique d'intervention de la gestion des risques et des catastrophes pour la nutrition	101
7. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET PLAN DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	111
7.1. Stratégies et modalités de mise en œuvre	112
7.1.1. Le BPCNN : missions et responsabilités	112
7.1.2. Les organes d'exécution du plan	112
7.1.3. Mécanismes de gestion, de communication et de concertation	114
7.1.4. Mécanismes de financement et d'harmonisation des interventions des partenaires	115
7.1.5. Mécanismes de contrôle	116
7.2. Suivi et évaluation de la mise en œuvre du PNAMN	116
7.2.1. Principaux indicateurs de suivi évaluation	117
7.2.2. Évaluation du plan d'action	118
7.3. Conditions de réussite et risques	118
7.3.1. Conditions de réussite	118
7.3.2. Risques et limites	119
Références	121
Annexes	125
Annexe 1 : Cadre Logique du PNAMN	126
Annexe 2 : Historique de la lutte contre la malnutrition à Madagascar	182
Annexe 3 : Missions et responsabilités du Bureau Permanent du Conseil National de Nutrition (BPCNN)	185
Annexe 4 : Ateliers de consultation régionale — liste des entités participants	186
Annexe 5 : Ateliers de consultation nationale — liste des entités participants	205

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : indicateurs de développement humain, Madagascar, 2020	25
Tableau 2 : Activités pour améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel de toute la population	46
Tableau 3 : Activités pour améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel des femmes enceintes	48
Tableau 4 : Activités pour améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel des enfants de moins de 5 ans	54
Tableau 5 : Activités pour améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel des adolescentes non-scolarisé	57
Tableau 6 : Activités pour renforcer la prise en charge de la malnutrition aiguë	58
Tableau 7 : Activités pour renforcer la prévention et la prise en charge des maladies liées à la nutrition chez les enfants et les femmes	60
Tableau 8 : Activités pour prévenir les grossesses précoces et réduire la taille des ménages	62
Tableau 9 : Activités pour promouvoir l'accès à une alimentation saine, équilibrée, diversifiée et nutritive	68
Tableau 10 : Activités pour promouvoir une production résiliente face au changement climatique	71
Tableau 11 : Activités pour assurer la sécurisation alimentaire et nutritionnelle dans le grand Sud	71
Tableau 12 : Activités pour améliorer l'accès de la population à l'eau potable surtout des ménages avec enfants en bas âge	74
Tableau 13 : Activités pour améliorer l'accès à l'assainissement au niveau des ménages et communautaires	74
Tableau 14 : Activités pour améliorer l'accès à l'hygiène au niveau des ménages et des établissements publics	76
Tableau 15 : Activités pour améliorer l'accès de la population à l'assainissement au niveau des ménages et communautaires	77
Tableau 16 : Activités pour améliorer l'adoption de l'approche MUS/MUSE au niveau des ménages et communautaires	78
Tableau 16 : Activités pour augmenter le nombre de sites communautaires de nutrition bénéficiant des services et pratiques clés EAH	77
Tableau 17 : Activités pour renforcer le paquet de la nutrition en milieu scolaire	85
Tableau 18 : Activités pour renforcer la coordination intra- et intersectorielle en milieu scolaire	86
Tableau 19 : Activités pour assurer la protection sociale des groupes vulnérables en matière de nutrition	90
Tableau 20 : Activités pour élaborer des documents cadres de la protection sociale pour la nutrition	91
Tableau 21 : Activités pour renforcer la coordination intra- et intersectorielle de la protection sociale pour la nutrition.	92

Tableau 22 : Activités pour renforcer le cadre juridique pour la nutrition	94
Tableau 23: Activités pour renforcer la coordination intra- et intersectorielle	95
Tableau 24: Activités pour assurer le suivi et évaluation du PNAMN	97
Tableau 25: Activités pour renforcer la recherche en nutrition	98
Tableau 26: Activités de réhabilitation et de relèvement après la crise	110
Tableau 26: Activités pour le plaidoyer et la mobilisation des ressources pour la nutrition	98
Tableau 27 : Activités pour la prise en charge des populations touchées par la crise	107

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Distribution de la malnutrition chronique à Madagascar par région – et les cibles du PNN 2026 et 2030	16
Figure 2 Distribution de la malnutrition aiguë à Madagascar par région – et les cibles du PNN 2026 et 2030	16
Figure 3 : Cadre conceptuel pour la prévention de la malnutrition sous toutes ses formes	18
Figure 3 : Evolution du pourcentage de femmes déparasitées et supplémentées en fer-acide folique (ENVINUF 2020)	21
Figure 4 : Couverture vaccinale de la rougeole chez les enfants de 12 à 23 mois en 2021 (EDSMD-V 2021)	22
Figure 6 : Défécation en plein air par caractéristique du ménage (MICS 2018)	24
Figure 7 : conséquences de la sous-nutrition	29
Figure 8 : Cartographie et analyse du cadre politique à Madagascar	34
Figure 9 : Les systèmes de la Politique Nationale de Nutrition - alimentaires, santé, eau assainissement et hygiène, éducation et protection sociale	42

ACRONYMES

AC	Agent communautaire
ACN	Agent Communautaire de Nutrition
ACSQDA	Agence de Contrôle Sanitaire et de la Qualité des Denrées Alimentaires
ACT	Argent Contre Travail
AM	Allaitement Maternel
AME	Allaitement Maternel Exclusif
AMIO	Agences de mise en œuvre
ANFA	Alliance Nationale de la Fortification Alimentaire
ANJE	Allaitement du Nourrisson et du Jeune Enfant
ASBAL	Alimentation Scolaire Basée sur les Achats Locaux
BNGRC	Bureau National de Gestion des Risques et de Catastrophes
BNM	Bureau des Normes de Madagascar
BPCNN	Bureau Permanent du Conseil National de Nutrition
CAP	Centre d'Activités Préscolaire
CCGRC	Comité Communal de Gestion des Risques et Catastrophes
CFSAM	Crop and Food Security Assessment Mission
CLS	Comité Local de Secours
CNCSLM	Code National de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel
CNGRC	Comité Régional de Gestion des Risques et des Catastrophes
CNN	Conseil National de Nutrition
CO	Centre Opérationnel
COVID-19	Pandémie à coronavirus 2019
CPN	Consultation Périnatale
CRENAM	Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Aiguë Modérée
CRENAS	Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire pour la malnutrition aiguë Sévère
CRENI	Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive
CRGRC	Comité Régional de Gestion des Risques et des Catastrophes
CRIC	Comité de Réflexion des Intervenants en cas de Catastrophes

CRN	Comité Régional de Nutrition
CSB	Centre de Santé de Base
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
EDSMD	Enquête Démographique et de Santé de Madagascar
ENISM	Enquête Nationale sur l'Iode et le Sel à Madagascar
ENSOMD	Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement
ENVINUF	Enquête sur la Vitamine A et la Nutrition de la Femme
EPM	Enquête Périodique auprès des Ménages
ET	Écart Type
FAF	Fer — Acide Folique
FANUS	Federation of African Nutrition Societies
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
GRC	Gestion des Risques et Catastrophes
GRSE	Groupes Régionaux de Suivi-Evaluation
HIMO	Haute Intensité de Main d'œuvre
HINA	Plateforme de la société civile pour la nutrition
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information — Éducation — Communication
IFM	Indice de la Faim dans le Monde
INSTAT	INstitut National de la Statistique
IOV	Indicateurs Objectivement Vérifiables
IPC	Integrated Phase Classification (food security)
IPN	Insuffisance pondérale à la Naissance
ISE	Institutions sociales et genre
MA	Malnutrition Aiguë
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAP	Madagascar Action Plan
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MEAH	Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène
MEN	Ministère de l'Éducation Nationale
MPPSPF	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme

- MICS** Enquête en grappes à indicateurs multiples
- MID** Moustiquaire Imprégnée de longue Durée
- MGA** Ariary Malgache (monnaie locale)
- MNT** Maladies Non Transmissibles
- MODA** Analyse du chevauchement des privations multiples
- MQSUN+** Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition Plus
- OCHA** Bureau de la coordination des affaires humanitaires
- ODD** Objectifs de Développement Durable
- OMS** Organisation Mondiale de la Santé
- ONG** Organisation Non Gouvernementale
- ONN** Office National de Nutrition
- ORN** Office Régional de Nutrition
- PAM** Programme Alimentaire Mondial
- PAUSENS** Projet d'Appui d'Urgence aux Services Essentiels d'Éducation, de Santé et de Nutrition
- PCIMEC** Prise en Charge Intégrée des Maladies des Enfants au niveau communautaire
- PEN** Portfolio essentiel en nutrition
- PEV** Programme Elargi de Vaccination
- PIB** Produit Intérieur Brut
- PNA** Produit Non Alimentaire
- PNAMN** Plan National d'Actions Multisectorielles pour la Nutrition
- PNAN** Plan National d'Action pour la Nutrition
- PND** Plan National de Développement
- PNLP** Programme National de Lutte contre le Paludisme
- PNN** Politique Nationale de Nutrition
- U PNNC** Unité Programme National de Nutrition Communautaire
- U PPSN** Unité de mise en œuvre de Programme de Prévention et Sécurisation Nutritionnelle
- PNSE** Plan National de Suivi-Évaluation — Nutrition
- PTF** Partenaires Techniques et Financiers
- PVVIH** Personnes Vivant avec le VIH
- ISE** Indice Institutions sociales et égalité homme-femme

S&E	Suivi et Evaluation
SDSP	Service de District de Santé Publique
SEECALINE	Projet de Surveillance et Education des Ecoles et des Communautés en matière d’Alimentation et de Nutrition Elargie
SMART	Standardised Monitoring Assessment of Relief and Transitions (Mesure de la Mortalité, du Statut nutritionnel)
SNCSU	Stratégie Nationale de la Couverture de Santé Universelle de Madagascar
SNGRC	Stratégie Nationale de Gestion des Risques et de Catastrophes
SNUT	Service de la Nutrition
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence de Base
SRO	Soluté de Réhydratation Orale
SSME	Semaine de la Santé de la Mère et de l’Enfant
SUN	Mouvement Scaling Up Nutrition
TICAD 7	Tokyo sur le développement de l’Afrique
TPI	Traitements préventifs intermittents
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
VCT	Vivres contre travail
VIH	Virus de l’immunodéficience humaine
EAH	Eau-Assainissement -Hygiène
USD	Dollar américain
ZEE	Zone Economique Exclusive



1. CONTEXTE GÉNÉRAL

1.1 Contexte physique et démographique

Madagascar est un pays d'Afrique australe, situé dans le sud-ouest de l'océan Indien, séparé de la partie continentale de l'Afrique par le canal de Mozambique. L'île a une superficie de 587 401 km². Sur le plan administratif, Madagascar compte 23 régions divisées en 119 districts, 1 693 communes et 18 251 Fokontany (1). Selon le troisième recensement général de la population et de l'habitation de 2018 (1), la population de Madagascar était estimée à 25 674 196 habitants, dont 51 % sont des femmes. Selon ce même recensement, la population est majoritairement rurale, soit 81 % de la population totale. La densité de la population est de 43,4 habitants/km²(1). La population de Madagascar est majoritairement jeune, avec une proportion des moins de 15 ans estimée à 49 % de la population totale et celle des moins de cinq ans estimés à 14 % de la population totale. Il y a un fort taux de croissance démographique annuelle, estimé à 3,01 % (1). On compte en moyenne 4,2 individus par ménage, dont 3,8 en milieu urbain et 4,3 en milieu rural (2).

1.2 Contexte économique et politique

Madagascar est en situation de fragilité depuis 2013. En effet, plus de 75 % de la population vit en dessous du seuil d'extrême pauvreté avec moins de 1,90 USD par jour (3). Environ 45,5 % de la population, soit presque une personne sur deux, vivent dans la pauvreté multidimensionnelle extrême, et plus d'une personne sur dix (14 %) est vulnérable à la pauvreté multidimensionnelle (4).

La situation de fragilité est également liée à son histoire politique. Depuis son indépendance en 1960, le pays a connu plusieurs crises politiques (1972, 1991-1992, 2001-2002 et 2009-2013) (5) après lesquelles, on constate une augmentation sensible du taux de pauvreté.

D'après la Banque mondiale, avant la pandémie de coronavirus (COVID-19), l'économie malgache se trouvait sur une trajectoire ascendante et avait atteint un taux de croissance estimé à 4,8 % en 2019, un niveau inédit depuis dix ans. Ce taux était le résultat des réformes structurelles mises en place depuis 2009, après la mise en œuvre des accords politiques signés pour assurer le retour à l'ordre constitutionnel et la transition politique pacifique. Le rapport sur les Objectifs de Développement Durable (ODD) a aussi montré que le Produit intérieur brut (PIB) de Madagascar s'était amélioré passant de 13,1 % en 2015 à 21,2 % en 2019 (4).

Ceci dit, la pandémie de COVID-19 a déclenché une forte récession à Madagascar, mettant un frein à des années de progrès en matière de réduction de la pauvreté (6). Le dernier rapport de la Banque mondiale révèle que les populations vulnérables, en particulier en milieu urbain, étaient les plus affectées par les pertes d'emplois dans les secteurs clés des services manufacturiers et par la perte de revenus entraînée par l'arrêt soudain de l'activité économique. Les ménages ruraux ont également été touchés, note le rapport, mais une production agricole résiliente a contribué à absorber le choc de cette crise. La pandémie a également réduit la marge de manœuvre budgétaire disponible pour les investissements prioritaires et les programmes sociaux. Cette crise pourrait ainsi exacerber certaines contraintes structurelles freinant une croissance plus forte et plus inclusive (6).



2. SITUATION DE SÉCURITÉ NUTRITIONNELLE À MADAGASCAR

2.1 Situation nutritionnelle de la population malagasy

Insuffisance pondérale à la naissance

Le poids à la naissance est un bon indicateur non seulement de la santé et de l'état nutritionnel de la mère, mais également de la chance de survie, de croissance, de santé et de développement psychosocial du nouveau-né. L'Insuffisance Pondérale à la Naissance (IPN), définie comme un poids de naissance inférieur à 2 500 grammes (g) quel que soit l'âge gestationnel, comporte de nombreux risques graves pour la santé et le développement des enfants (7).

À Madagascar, la proportion de nouveau-nés avec un poids de naissance inférieur à 2 500 grammes (g), n'a pas changé les dix dernières années et reste aux alentours de 13 %.

La malnutrition chronique chez les enfants moins de 5 ans

Madagascar est en 10ème position mondiale des pays les plus affectés par la malnutrition chronique en 2021, et en 7ème position en Afrique¹. Malgré une amélioration apparente depuis les années 1990 (diminution de la prévalence de 56,4% en 1992 à 39,8% en 2021), la prévalence de la malnutrition chronique à Madagascar reste supérieure au seuil très élevé de 30% établi par l'OMS et l'UNICEF en 2019 (8). Il y a une disparité importante par région, notamment dans les Hautes Terres Centrales qui présentent les prévalences les plus élevées : 51,9% pour Vakinankaratra, 51,6% pour Itasy, 49,2 pour Haute Matsiatra et 49,1% pour Amoron'i Mania (voir Figure 1), ainsi que par sexe ; les garçons sont plus touchés par la malnutrition chronique que les filles: 43,6 % des garçons comparés à 36,1% des filles (9). De plus, le nombre total d'enfants malnutris chronique a en réalité continué d'augmenter d'année en année du fait de la croissance démographique (de 1,2 million en 1992 à plus de 1,6 million en 2021) (10).

La malnutrition aiguë ou l'émaciation des enfants moins de 5 ans

Depuis 2013, la prévalence de la malnutrition aiguë suit une tendance dégressive (de 8,2 % à 7,7 % en 2021), touchant 310 000 enfants de moins de 5 ans (10). Cependant, au niveau national, elle dépasse encore les 5 % et est considérée comme « moyen » par l'OMS et UNICEF 2019, avec les garçons plus touchés par la malnutrition aiguë que les filles (8,7 % et 6,6 % respectivement). De plus, cette moyenne nationale cache de grandes disparités selon les régions (Figure 1), qui peuvent dépasser le seuil « très élevé » de 15 % (situation nutritionnelle sérieuse) notamment dans les régions du Grand Sud (15,2% pour Androy).

¹ Burundi, Eritrea, Niger, Libya, Democratic Republic of the Congo et Central African Republic)

Figure 1 : Distribution de la malnutrition chronique à Madagascar par région – et les cibles du PNN 2026 et 2030

Taux de malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 23 mois

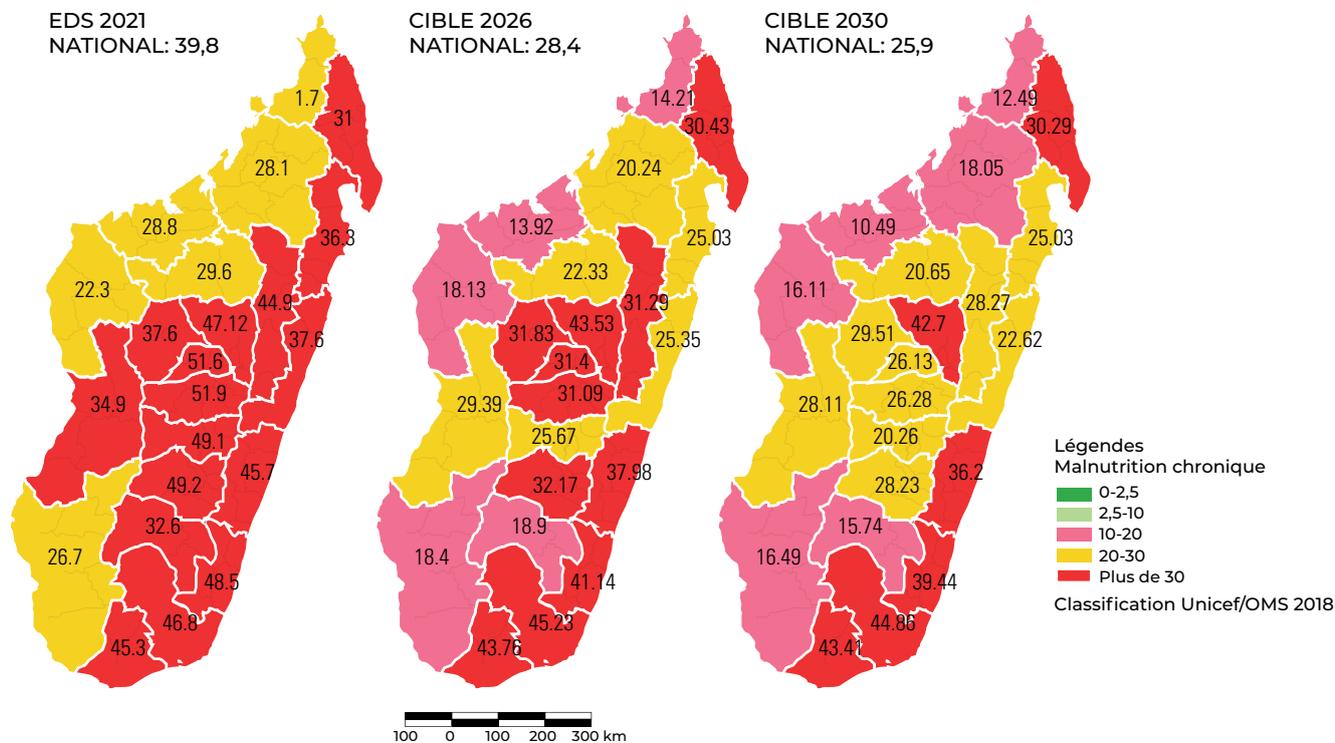
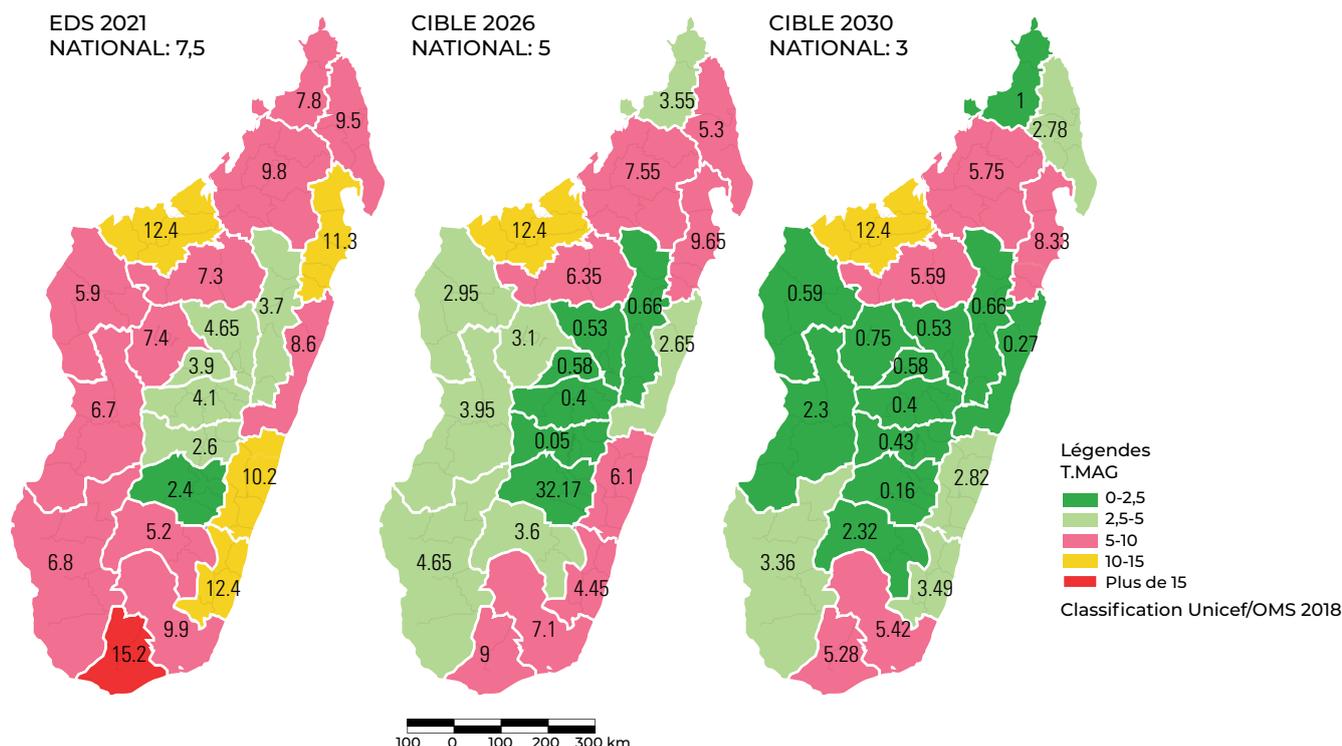


Figure 2 Distribution de la malnutrition aiguë à Madagascar par région – et les cibles du PNN 2026 et 2030

Taux de malnutrition aiguë globale chez les enfants de 6 à 59 mois



Les carences en micronutriments des enfants et des femmes

Une enquête nationale menée en 2015-2016 a montré une insuffisance en iode chez les femmes en âge de procréer avec une médiane de la concentration urinaire en iode de 46 µg/L.

Pour le statut en fer et en vitamine A chez les femmes et les enfants, ainsi que pour d'autres micronutriments, les données sont manquantes, ou trop anciennes (11). Néanmoins, les données disponibles décrivent une situation de forte prévalence des carences en micronutriments avec 42 % des enfants moins de 5 ans et 35 % des femmes en âge de procréer carencés en vitamine A et 45 % des enfants et 27 % des femmes anémiques (12-14).

Le surpoids des enfants, des adolescents et des adultes

Les dernières données sur le surpoids chez les enfants de moins de 5 ans montrent que 1,8% des enfants de moins de 5 ans sont en surpoids (2,1 % des garçons et 1,6 % des filles), et les régions les plus touchées sont Ihorombe (4,4%), Vatovavy Fitovinany (3,2%), Amoron i mania (3,1%) et Melaky (3,1%) (9). Une projection sur l'obésité chez les enfants Malagasy de 5 à 19 ans a trouvé une augmentation de l'obésité de 0,4 % en 2000 pour les garçons et les filles à 1,9 % chez les garçons et 1,7 % chez les filles en 2016. Il n'existe pas de données actuelles permettant de confirmer cette tendance.

Pour les femmes en âge de procréer, la proportion en sous-nutrition s'est réduite de 19 % en 2003-2004 à 14,8 % en 2020, mais pendant la même période, la proportion de femmes obèses a triplé de 1 % à 2,9 % (15).

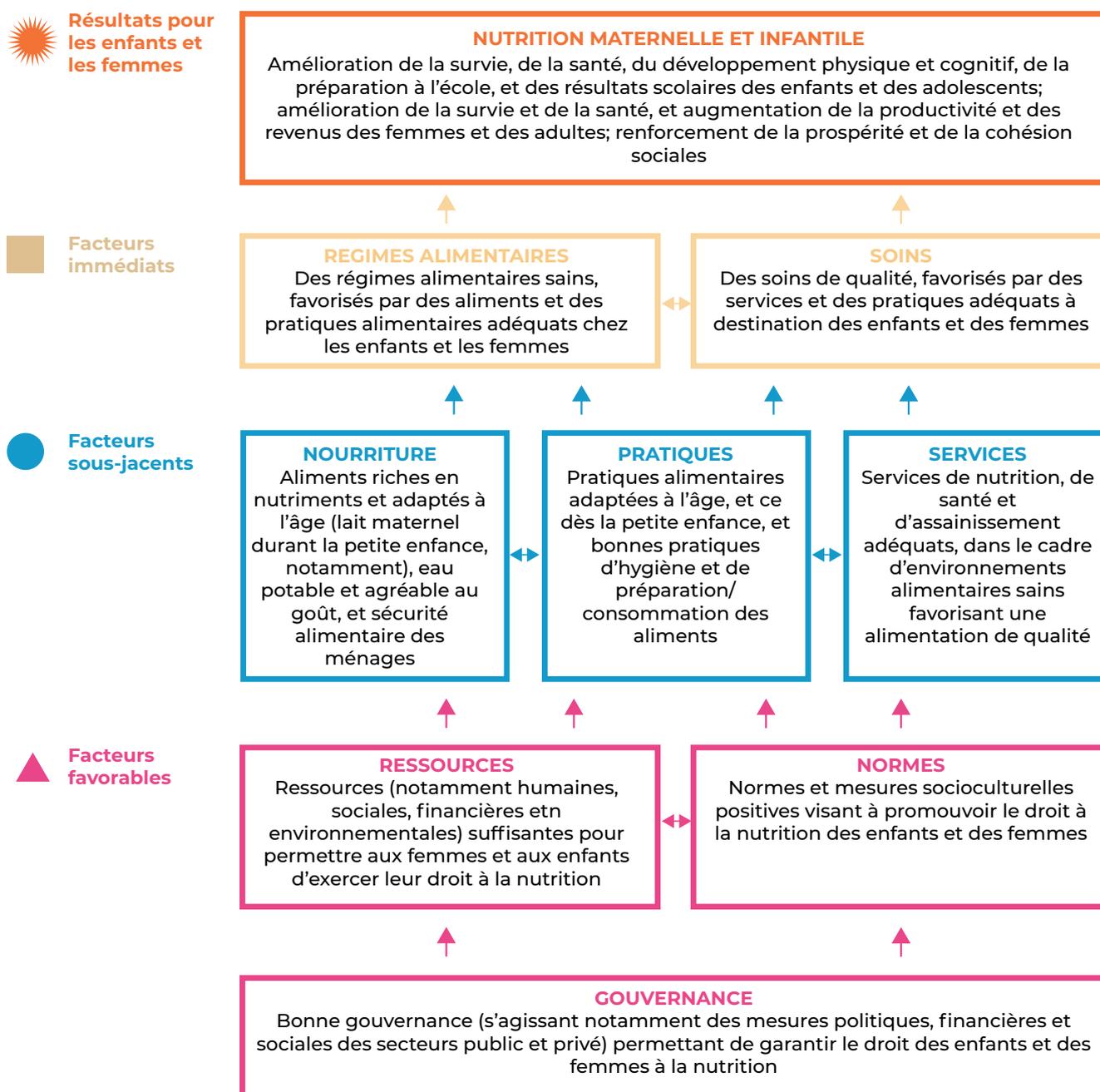
Dans le même temps, on estime que le diabète affecte 4,8 % des femmes adultes et 6,3 % des hommes adultes (13).

Causes de la malnutrition à Madagascar

La malnutrition résulte en général de causes pouvant être classées en causes immédiates, causes sous-jacentes et causes fondamentales. Ses manifestations se répercutent au niveau individuel, des ménages et de la communauté (Figure 1).

Les causes de la malnutrition à Madagascar sont multiples : l'insécurité alimentaire chronique, la mauvaise alimentation du nourrisson et du jeune enfant, l'accès limité à l'eau, à l'assainissement et l'hygiène, les facteurs socioculturels, les maladies répétées comme le paludisme ou la diarrhée, l'accès insuffisant aux soins et aux services sociaux en particulier pour les femmes et les enfants.

Figure 3 : Cadre conceptuel pour la prévention de la malnutrition sous toutes ses formes



Adapté du Cadre conceptuel des facteurs déterminants de la nutrition maternelle et infantile de l'UNICEF (2020).

La malnutrition chronique résulte de déficits nutritionnels récurrents survenus pendant les 1 000 premiers jours de la vie. Elle est exacerbée par le cycle intergénérationnel de la malnutrition qui se transmet de génération en génération par la mère (17). Les femmes adultes de petite taille sont plus susceptibles d'avoir des bébés de faible poids à la naissance, en partie parce que la taille de la mère a une influence importante sur le poids à la naissance (18). Les enfants nés avec un faible poids de naissance sont plus susceptibles de présenter un retard de croissance pendant l'enfance et de devenir des adultes de petite taille, ainsi le cycle continue (19).

Il est donc important de cibler les interventions clés pour rompre les effets néfastes de la **transmission intergénérationnelle de la malnutrition chronique** et mieux assurer l'avenir des futures générations.

Apport alimentaire

Sécurité alimentaire des ménages

L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) a estimé que la sous-alimentation touchait 44,4 % de la population malagasy entre 2016 et 2018 (20).. Les Malagasy continuent d'avoir un régime alimentaire insuffisant, presque monotone et peu varié.

- 76 % de la population n'atteignent pas l'apport calorique minimal de 2 133 kcal par jour (21).
- 84,2 % de la population ont une part élevée de l'énergie alimentaire à partir des aliments de base (21).
- 58 % des ménages ont un régime alimentaire pauvre en quantité (22).
- 60 % des ménages ont un régime alimentaire pauvre en qualité (22).
- 37,9 % de la population sont en sécurité alimentaire (20).

L'indice de la faim dans le monde (IFM) 2020 a placé Madagascar au 105e rang sur 107 pays ayant un score parmi les plus élevés en termes de sous-alimentation, malnutrition aiguë, malnutrition chronique et mortalité infantile. Cette position de Madagascar reste constante depuis plus de 20 ans illustrant le manque de progrès vers une sécurité alimentaire et nutritionnelle durable qui satisfait les besoins de la population en quantité et en qualité. La problématique est plus accrue dans le sud du pays qui fait face à des épisodes de sécheresse récurrente. Selon les données de l'analyse IPC de l'insécurité alimentaire aiguë et de la malnutrition aiguë publiées en décembre 2021, 1 643 000 personnes dans le Grand sud de Madagascar sont en situation d'insécurité alimentaire aiguë élevée (Phase IPC 3 ou +) pendant la phase actuelle (Novembre à Décembre 2021). Ces personnes ont des difficultés à manger à leur faim, en raison de ce qui pourrait devenir la première famine au monde causée par le changement climatique, selon le Programme alimentaire mondial (PAM) (24).

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant et nutrition de la femme

L'Alimentation optimale du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) représente un élément clé des programmes de survie et de développement optimal de l'enfant. L'allaitement maternel a un impact potentiel très important sur la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de l'alimentation de complément. C'est l'intervention la plus efficace pour améliorer la croissance des enfants. En l'associant avec les interventions visant à améliorer la nutrition maternelle, l'ANJE contribue à la réduction du retard de croissance (25–27).

Les pratiques optimales d'ANJE/NdF/DPE font partie des interventions les plus efficaces au cours des 1000 premiers jours, dans la lutte contre la malnutrition (Manuel ANJE/NdF/DPE 2021).

L'allaitement est bénéfique pour l'enfant et sa mère. Le lait maternel à lui seul peut satisfaire tous les besoins nutritionnels jusqu'à l'âge de 6 mois et offre une protection aux nourrissons contre les maladies infectieuses en stimulant le système immunitaire, en plus des avantages cognitifs qu'il confère aux bébés (28). La pratique optimale en matière d'allaitement maternel consiste à : i) initier précocement l'allaitement maternel (immédiatement après la naissance), ii) allaiter exclusivement au sein durant les six premiers mois de vie, iii) continuer à allaiter tout en donnant une alimentation de complément diversifiée (aliments solides ou semi-solides) selon une fréquence adaptée à l'âge à partir de six mois et iv) poursuivre l'allaitement maternel jusqu'à deux ans auquel s'ajoutent des aliments complémentaires (26).

À Madagascar en 2018, un nouveau-né sur deux est allaité au sein dans l'heure qui suit la naissance.

Pratiquement la totalité des enfants Malagasy sont allaités (98% à 0-5 mois, 97% à 6-9 mois et 92% à 12-15 mois) (7) mais seulement 54% des nourrissons de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein (9).

Parmi les enfants de 6-23 mois, 20% ont été nourris suivant le régime alimentaire minimum acceptable pour leur groupe d'âge. Seulement 17% des enfants de 6-8 mois ont reçu l'apport alimentaire minimum et 22 % pour les enfants de 12-17 mois (9).

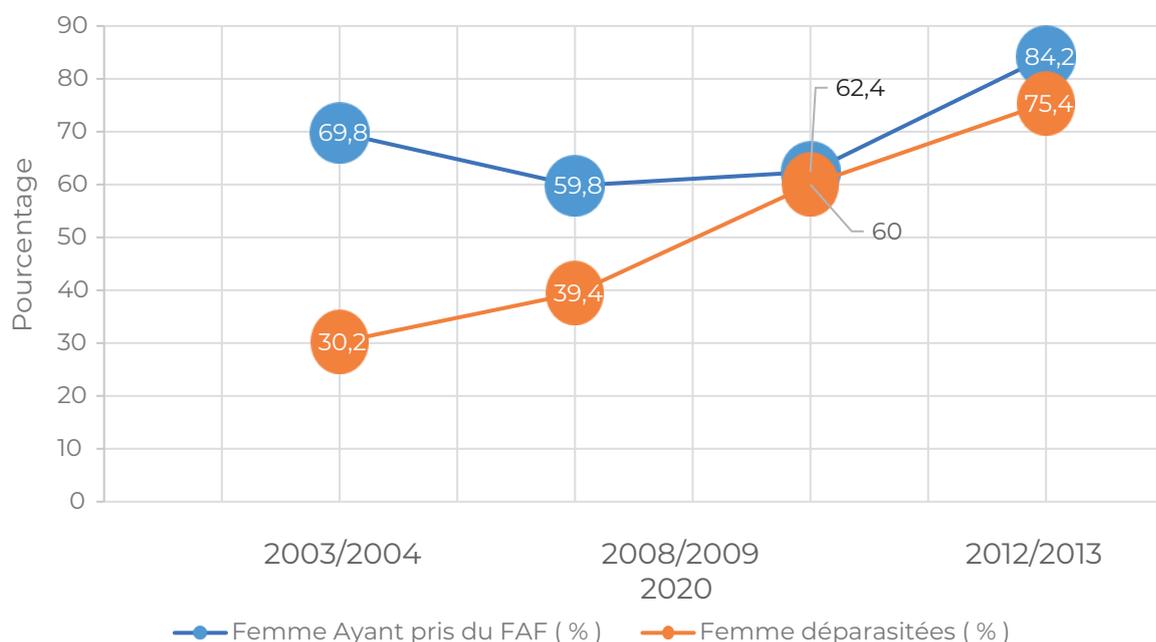
Vis-à-vis de la supplémentation en vitamine A, seule la moitié des enfants de 6 à 59 mois l'a reçu dans les 6 derniers mois avec une disparité par sexe (plus de filles [53 %] comparés aux garçons [48 %]) et selon le lieu de résidence (plus d'enfants dans le milieu urbain [57 %] comparés aux enfants dans les zones rurales [49 %]) (15).

Concernant l'alimentation de la femme, il n'y a pas de données récentes disponibles. Dans une enquête nationale de 2014, la moitié des femmes interrogées avaient consommé des aliments riches en fer et trois quarts (77 %) avaient mangé des aliments riches en vitamine A (22). Les aliments riches en vitamine A étaient plus souvent consommés par des femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieur (85 %), vivant en zone urbaine (81 %), appartenant au quintile de richesse le plus élevé (86 %) et par celles vivant dans des ménages ayant un score de consommation alimentaire acceptable (80 %). La consommation d'aliments riches en vitamine A varie considérablement d'une région à l'autre, allant de 59 % dans la région de Sava à 95 % dans la région de Diana.

La consommation d'aliments riches en fer était plus élevée chez les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieur (63 %), dans les zones urbaines (67 %) et dans certaines régions (DIANA : 68 %, Betsiboka : 64 %, Analanjirifo : 63 %) (21).

Les données récentes de l'enquête sur la vitamine A et la nutrition de la femme (ENVINUF) de 2020 ont montré une bonne couverture (73 %) de femmes déparasitées et supplémentées en fer-acide folique (FAF). Depuis 2008-2009, le pourcentage de femmes ayant bénéficié d'une supplémentation en FAF et le pourcentage de femmes déparasitées n'a pas cessé d'augmenter (15) (Figure 3).

Figure 3 : Evolution du pourcentage de femmes déparasitées et supplémentées en fer-acide folique (ENVINUF 2020)



Une étude récente dans la région d'Amoron'i Mania a constaté que 88 % des mères avaient un faible score de diversité alimentaire (< 5). La quasi-totalité (99 %) d'entre elles mangeait du riz tous les jours et 59 % des feuilles vertes. Cinquante-trois pour cent (53 %) des mères avaient consommé des fruits moins d'une fois par semaine, 55 % des légumineuses, 67 % des légumes et 91 % de la viande (30).

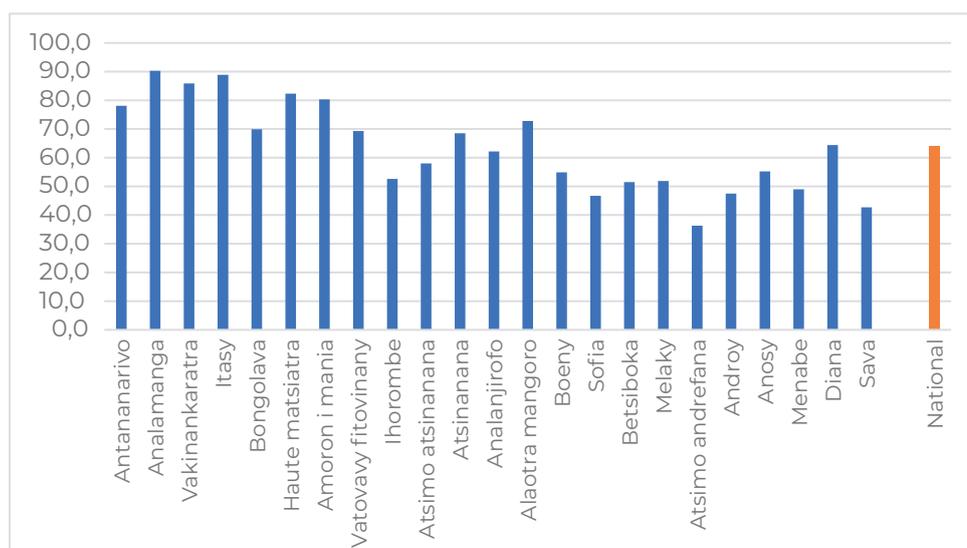
Au Sud de Madagascar, une étude de 2016 a révélé que les femmes enceintes ou allaitantes ne jouissent pas d'un statut particulier en termes d'alimentation. Elles ont les mêmes habitudes alimentaires qu'elles soient enceintes/allaitantes ou non (28). La société dans le sud est patriarcale, c'est la femme qui souffre le plus au sein du ménage à cause de la culture. Le mari bénéficie de plus de privilèges en quantité et en qualité lors des repas. D'un autre côté, les femmes préfèrent donner la priorité aux enfants au détriment de leur propre alimentation (31).

Contexte du secteur de la santé

Au cours des quinze dernières années, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a régulièrement baissé, passant de 72 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2006, à 59 pour 1 000 en 2016 et à 47 pour 1 000 en 2021. En dépit de cette baisse, le niveau de la mortalité infantile demeure élevé et loin des cibles de l'ODD de réduire en dessous de 25 pour 1 000 naissances vivantes. Les principales causes de mortalité des enfants sont les infections respiratoires aiguës (dont la pneumonie), les maladies diarrhéiques, le paludisme, la malnutrition et la rougeole. Ceci est exacerbé par le faible taux de vaccination à Madagascar. Chez les enfants de 12-23 mois, 49% ont reçu tous les vaccins de base, 38 % ont été complètement vaccinés ou ayant reçu tous les vaccins du Programme Elargi de Vaccination (PEV) et 18% n'ont reçu aucun vaccin. Les enfants du milieu urbain sont plus fréquemment vaccinés que ceux du milieu rural (49 % contre 36 %). Selon la région, ce sont

celles d'Itasy (74%) et d'Analamanga (69%) qui présentent la plus forte proportion d'enfants complètement vaccinés. Par contre, les proportions les plus faibles d'enfants complètement vaccinés concernent les régions de Menabe et d'Atsimo Atsinanana, respectivement de 12% et 16% (9). La couverture vaccinale de la rougeole est importante à suivre, car cette maladie a un impact particulièrement néfaste sur l'état nutritionnel des enfants. En 2021, seuls 64 % des enfants sont vaccinés contre la rougeole avec une disparité importante suivant le milieu urbain et rural, entre pauvres et riches, et le niveau éducationnel de la mère (Figure 4).

Figure 4 : Couverture vaccinale de la rougeole chez les enfants de 12 à 23 mois en 2021 (EDSMD-V 2021)



L'EDSMD V de 2021 a aussi montré qu'un traitement a été recherché pour seulement 41 % des enfants de moins de 5 ans qui ont eu la diarrhée. Dans 20 % des cas, les enfants ont été traités par SRO, 11 % ont bénéficié de zinc et 6 % ont reçu les 2 types de traitement (9).

Le ratio de mortalité maternelle et le taux de mortalité néonatale restent encore élevés. Ils sont respectivement de 408 pour 100 000 naissances vivantes et de 26 pour 1 000 naissances vivantes en 2021 (9). Les décès maternels et néonataux sont dus aux complications de la grossesse et de l'accouchement. L'accès aux soins, entre autres, est une des causes de ces taux de mortalité élevés. En termes de couverture de services, seuls 17,7 % de l'ensemble des formations sanitaires à Madagascar ont la capacité de dispenser des services de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) (5). Les résultats de l'enquête EDSMD-V 2021 montrent que trois femmes sur cinq (60%) ont déclaré avoir effectué quatre visites prénatales ou plus pour leur dernière naissance. Seuls 46 % des femmes reçoivent l'assistance d'un professionnel de santé qualifié à l'accouchement, 39 % accouchent au niveau des établissements de santé. La proportion des naissances qui se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire de santé qualifié est élevée chez les femmes vivant en milieu urbain (74%), celles ayant un niveau d'instruction supérieur (98%) et celles des ménages du quintile le plus élevé (89%), des femmes de la région d'Analamanga (76%) (9).

En matière de planning familial, plus de la moitié (54,6%) des femmes de 15-49 ans utilisent actuellement une méthode contraceptive quelconque (méthode moderne ou méthode traditionnelle): 46,7% utilisent une méthode moderne et 7,9% une méthode traditionnelle (9).

Il est remarqué une précocité de la fécondité chez les adolescentes (15 à 19 ans). En effet, près du tiers (31%) des adolescentes ont déjà commencé leur vie procréative dont 27% ont déjà eu une naissance vivante et 5% sont enceintes d'un premier enfant. La proportion d'adolescentes qui ont déjà commencé leur vie procréative est beaucoup plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (36% contre 16%) (9).

En ce qui concerne les adolescentes, les mariages précoces restent une préoccupation : 40 % des filles malagasy sont mariées avant l'âge de 18 ans selon l'enquête MICS 2018. Plus particulièrement Atsimo Andrefana (66 %), Atsimo Atsinanana (60 %), Melaky (54 %), Betsiboka (51 %) et Sofia (54 %) ont des proportions de mariages d'adolescentes trop élevées (4).

En 2019, les rapports des districts sanitaires ont compté 2 710 centres de santé de base (CSB) publics, mais seulement 45,2 % de la population avait accès à un CSB de rattachement à moins de 5 km (32).

Le financement alloué au secteur de la santé reste insuffisant pour contribuer à l'amélioration de l'offre des soins à Madagascar². Ceci entraîne une forte participation des ménages aux dépenses de santé (33 % en 2020) et le recours au financement extérieur (19 %). Le pays a adopté la Stratégie Nationale de la Couverture Santé Universelle de Madagascar (SNCSU) en 2015, cependant elle est encore en phase pilote (32).

Incidence sur la santé

À Madagascar en 2013, 44 % des mortalités infantiles étaient associées à la sous-nutrition, ce qui représente plus de 261 114 enfants décédés (33). La sous-nutrition entraîne l'apparition récurrente ou l'intensification de la gravité de certaines pathologies et accroît les risques de décès au cours des étapes précises du cycle de vie.

Les cas de diarrhées, de fièvre, d'infections respiratoires et d'anémies s'élevaient à 357 722 épisodes cliniques qui viennent s'ajouter aux 3 655 175 cas d'enfants en insuffisance pondérale ou présentant un faible poids à la naissance (33).

Contexte de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène

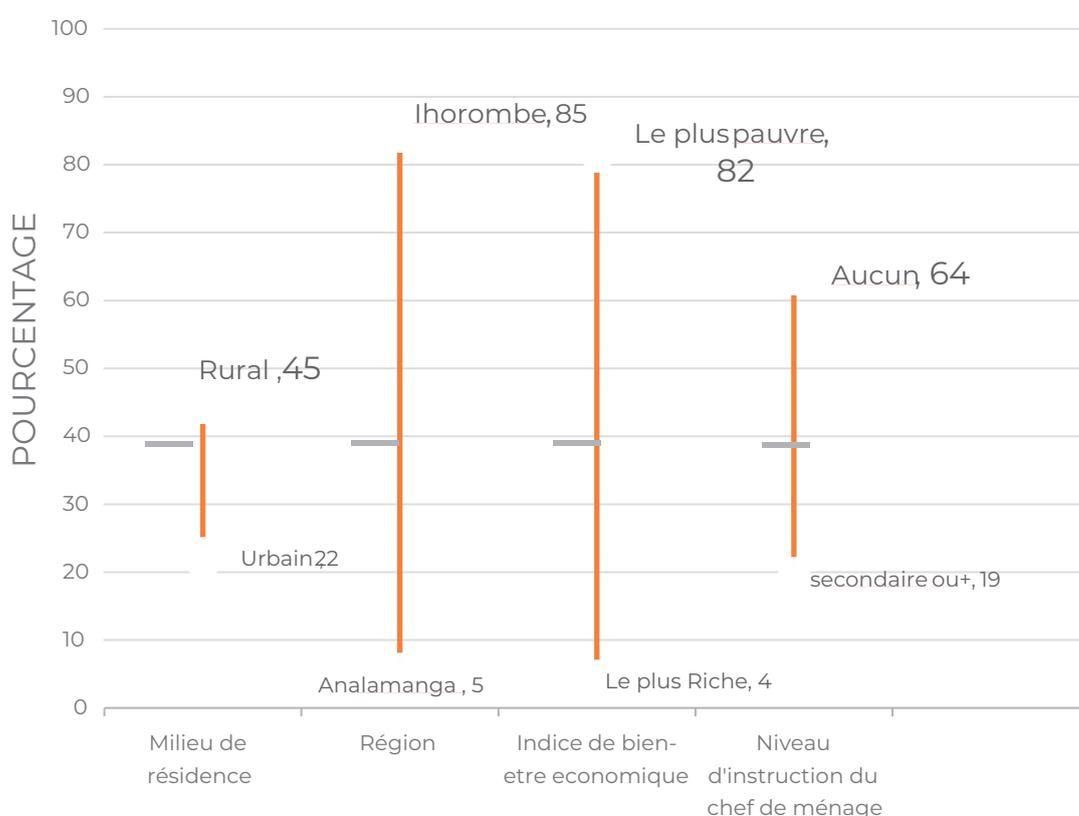
À l'échelle nationale, 57 % de la population malagasy n'a pas accès à une source d'eau améliorée et 4 personnes sur 5 boivent de l'eau contaminée par E. coli, c'est-à-dire de la matière fécale (7). Seulement une personne sur quatre possède un dispositif de lavage des mains avec de l'eau et du savon (7). En milieu rural, seuls 32 % de la population ont accès à un service de base d'approvisionnement en eau potable, tandis que 43 % s'approvisionnent à des sources non améliorées. Aussi, 25 % de cette population n'a pas accès à un service d'approvisionnement d'eau potable, c'est-à-dire que l'eau est collectée directement à partir des eaux de surface. En milieu urbain, 69 % de la population a accès à un service de base d'approvisionnement en eau potable, tandis que 23 % de cette population s'approvisionnent à des sources non améliorées, notamment les puits et sources non protégées. Parmi cette

² 7 % à 8 % du budget de l'État alors que la déclaration d'Abuja recommande d'allouer au moins 15 % du budget public à la santé

population urbaine, 8 % n'ont pas accès à un service d'approvisionnement en eau potable (7). Dans la majorité des ménages, ce sont les femmes de plus de 15 ans qui collectent l'eau (65 %) et il faut plus de 30 minutes par jour à 42 % de la population pour collecter l'eau, dont plus d'une heure pour 18 %.

De manière générale, 4 personnes sur 5 n'ont pas accès à un service d'assainissement de base adéquat. Ainsi, 22 % des ménages en milieu urbain et 45 % des ménages en milieu rural pratiquent la défécation en plein air (7), avec une disparité régionale importante ainsi que par indice de bien-être, et par niveau d'instruction du chef de ménage.

Figure 6 : Défécation en plein air par caractéristique du ménage (MICS 2018)



Contexte de la pauvreté et la vulnérabilité

En 2020, l'Indice de développement humain (IDH) a une valeur de 0,528 pour Madagascar qui était classé au 167ème rang sur 189 pays (4). L'Indice de capital humain de la Banque mondiale a classé Madagascar à la 140ème place sur 157 pays (3).

Les estimations de Banque mondiale en 2019 ont montré que 75 % de la population vivaient toujours sous le seuil international de pauvreté de 1,90 USD.

L'analyse du chevauchement des privations multiples (MODA) de 2018 menée par l'UNICEF a révélé que huit enfants de 0 à 17 ans sur dix (82 %) sont multi-dimensionnellement pauvres. Il n'y a pas de disparité selon le sexe. Par contre, les enfants résidant en milieu rural sont les plus touchés (88 % contre 61 % en milieu urbain). L'incidence de privation est la plus élevée dans la région Atsimo Andrefana (66 %) et la région d'Analamanga affiche la plus faible incidence ajustée (26 %) (34).

Tableau 1 : indicateurs de développement humain, Madagascar, 2020

Indicateurs	Madagascar	Afrique Sub-Saharienne
Indice de pauvreté multidimensionnelle	0,384	0,299
Population en situation de pauvreté multidimensionnelle extrême (%)	45,5	32,9
Population vulnérable à la pauvreté multidimensionnelle (%)	14,3	17,9
Personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté		
■ Seuil national de pauvreté	70,7	43,4
■ 1,90 dollar/jour	77,6	45,7

Source : *Rapport sur le développement humain 2020 (4)*

Selon l'Institut national de la statistique (INSTAT), le taux de chômage est relativement faible à Madagascar (3,8 %), mais touche les femmes plus que les hommes et davantage les jeunes : six personnes au chômage sur dix sont des femmes, la moitié d'entre elles étant jeunes. Cependant, le problème se pose davantage en termes de sous-emploi qui est aggravé par la prédominance du secteur informel, impactant négativement l'économie du pays. Cette situation affecte 87 % des femmes contre 76 % des hommes, et 80 % des personnes qui travaillent dans le secteur informel contre 50 % de ceux du secteur formel (5).

Contexte du genre et l'inclusion sociale

Madagascar a fait des progrès en matière d'égalité des sexes dans plusieurs domaines critiques (35), le score de l'indice mondial d'inégalité de genre pour Madagascar a progressé de 84 en 2006 à 56 en 2021 (36). Cependant, l'indice 2019 des institutions sociales et genre (ISE) classe la discrimination institutionnelle fondée sur le genre comme étant « élevée » à Madagascar (37). L'indice souligne également la discrimination légale et les pratiques culturelles traditionnelles qui désavantagent les femmes et les filles. Selon l'ISE, le cadre juridique de la propriété foncière est relativement égalitaire entre les sexes, mais le droit coutumier et les pratiques traditionnelles le supplantent souvent. Par conséquent, 85 % des terres sont détenues par des hommes. Et bien que l'âge minimum légal du mariage soit de 18 ans pour les hommes comme pour les femmes, la prévalence des mariages précoces d'enfants est élevée : les dernières données montrent que 48 % des femmes âgées de 20 à 24 ans ont été mariées avant l'âge de 18 ans.

Les indicateurs de la santé à Madagascar, en particulier pour la santé maternelle et infantile, montrent qu'il reste beaucoup à faire pour améliorer l'accès et l'utilisation des produits de santé à l'égard des femmes et des adolescentes.

Contexte de l'éducation

Le système éducatif présente des faibles taux d'achèvement, d'un niveau de réussite insuffisant en lecture et en mathématiques et d'un grand nombre d'enfants non scolarisés. Selon le MICS (2018), le taux d'achèvement du primaire n'était que de 56 %, dont 60,2 % chez les filles et 51,7 % chez les garçons, tandis que ceux du premier et du deuxième cycle du secondaire étaient respectivement de 26,3 % et de 15,3 % au total, sans distinction de genre (7). Les filles obtiennent de meilleurs résultats par rapport aux garçons en lecture et en mathématiques, bien que les performances des deux groupes soient faibles (7). Dix-neuf pour cent des filles contre 24 % des garçons en âge de fréquenter l'école primaire, et 33 % des filles et 38 % des garçons en âge de fréquenter le premier cycle de l'école secondaire ne vont pas à l'école (7). Un enfant sur cinq redouble sa classe chaque année, ce qui place Madagascar parmi les pays africains francophones ayant le taux de redoublement le plus élevé (7).

Contexte du secteur de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche

Le secteur de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche, emploie environ 80 % de la population active (5). L'agriculture fait vivre la majorité de la population malagasy. Le taux annuel de la croissance de la valeur ajoutée agricole sur la période 2016-2020 est faible (environ 2,7 %), par rapport au taux minimal de 6 % fixé par le sommet des chefs d'États de l'Union africaine de Maputo en 2003 (38). Les terres cultivables sont sous-exploitées malgré une énorme étendue de 36 millions de ha, moins de 8 millions seulement sont exploités (38). C'est une agriculture à dominante traditionnelle qui repose principalement sur des cultures vivrières non mécanisées et extensives (riz, manioc, maïs, patate douce, haricot sec, etc.). La production rizicole demeure inférieure à la demande nationale. De ce fait, Madagascar importe entre 150 000 et 400 000 tonnes de riz par an. De manière générale, le secteur agricole est porté par les activités traditionnelles, l'élevage et la pêche, qui sont fortement exposés aux effets des changements climatiques (sécheresse, cyclone et inondations, invasion acridienne). Le secteur fait face à des contraintes structurelles majeures dont le manque d'infrastructures adéquates (routes, pistes agricoles, aménagement hydro-agricoles, électricité), l'insécurité dans les zones de production, les difficultés d'accès à la terre et au financement, le faible développement de l'agro-industrie (5).

Le potentiel dans le domaine de l'économie bleue reste énorme et encore sous-exploité. En effet, avec ses 1 140 000 km² de zone économique exclusive (ZEE), plus de 5 500 km de littoral couvrant 13 régions côtières, les ressources marines pourraient constituer un levier pour l'accélération de la croissance de l'économie et pour la création d'emplois décents. Plusieurs filières destinées à l'exportation dont les crevettes et produits halieutiques, les litchis, la vanille, le girofle, le café, les épices, la canne à sucre, la patate douce, des fruits et légumes, et d'autres produits biologiques commencent à se développer selon un modèle contractuel qui implique les producteurs et transformateurs/exportateurs. Ce modèle fait l'objet d'une meilleure organisation à travers les réformes en cours (loi sur l'agrégation agricole). Le pays dispose aussi d'énormes potentiels au niveau de certains produits comme le riz, le maïs, le haricot, le sucre, le coton fibre et la viande. Le pays dispose d'un réseau hydrographique qui offre un énorme potentiel non encore exploité d'une manière optimale pour l'irrigation (5).

Le défi majeur du secteur demeure la modernisation du cadre juridique et institutionnel afin d'attirer des investissements privés dans la production et la transformation des produits d'exportation et de substitution aux biens alimentaires importés. L'autre défi consiste à assurer une équité dans le partage des gains de productivité entre les opérateurs privés et les petits producteurs selon le principe gagnant-gagnant tout au long des chaînes de valeur agricoles (5).

Contexte des risques et catastrophes

Entre 2000 et 2019, Madagascar était le 12e pays le plus vulnérable aux événements extrêmes dans le monde et le deuxième en Afrique Subsaharienne avec des pertes annuelles d'environ 100 millions USD en dommages dus aux cyclones et aux inondations (39).

Madagascar est particulièrement exposé à des phénomènes climatiques extrêmes qui affectent le pays à une cadence quasi annuelle, avec des intensités et impacts fluctuant d'une année à l'autre, tels que les cyclones, les pluies fortes pouvant atteindre 35 mm/par jour, les sécheresses ainsi qu'une baisse de la pluviométrie.

Ces variabilités climatiques, aggravées par les diverses épidémies, ont de lourdes conséquences sur les infrastructures physiques et sociales du pays. Le grand sud est soumis à de fréquentes sécheresses, des inondations et l'insécurité alimentaire et nutritionnelle est prévalent avec une hausse de prix des produits agricoles (5).

Madagascar est frappé directement par 1,5 cyclone par an, un cyclone pouvant affecter directement 723 000 personnes et engendrer des dommages et pertes qui peuvent atteindre 4% du PIB. La saison cyclonique s'étend entre novembre et Avril, et le pic de passage des cyclones se situe entre janvier et mars (OCHA, 2021).

L'augmentation de la morbidité et mortalité parmi les groupes à risque comme les enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et allaitantes, la dégradation de l'état nutritionnel, le déplacement de population ainsi que l'accès limité aux services de traitement sont, entre autres, les conséquences humanitaires des aléas climatiques.

Les projections sur les aléas climatiques futures indiquent une augmentation du niveau de la mer. La baisse de la pluviométrie devrait s'exacerber tandis que la tendance des cyclones tropicaux ne devrait pas évoluer. En fonction des régions, des degrés d'exposition et de la sensibilité, les différents systèmes socio-économiques et technologiques tels que l'agriculture, les ressources en eau, l'élevage, la santé, les infrastructures, la biodiversité terrestre et marine, l'environnement, la gestion des catastrophes et d'autres secteurs seront impactés à divers degrés.

Outre les catastrophes naturelles, Madagascar a également subi des chocs de nature politique, comme mentionné ci-dessus.

Contexte de la gouvernance de la nutrition

Madagascar s'est depuis longtemps engagé à combattre la malnutrition au plus haut niveau comme l'incarne son adhésion de la première heure au Mouvement SUN, dès février 2012. L'Office National de Nutrition (ONN) a été également créé pour assurer le suivi de la mise en œuvre inclusive de la Politique Nationale en Nutrition (PNN) et de ses plans d'actions. Son rattachement à la Primature en fait une institution particulièrement bien placée pour coordonner et assurer le suivi de la contribution des différents secteurs à la nutrition, afin de rationaliser leurs interventions. L'ONN est également décentralisé au niveau régional. Le Conseil National de Nutrition et son bureau permanent, envisagé comme comité directeur de l'ONN et chargé de veiller à ses orientations stratégiques et aux validations des projets d'appuis à la mise en œuvre du PNAN III, n'a, en pratique, que peu joué ce rôle, mais les acteurs ont exprimé leur souhait de le réactiver (40).

Depuis 2002, Madagascar utilise le processus participatif multisectoriel pour l'élaboration des Politique Nationale de Nutrition (PNN) et des stratégies multisectorielles de nutrition (PNAN et PNAMN).

2.3 Conséquences de la malnutrition à Madagascar

La sous-nutrition chez l'enfant n'est pas seulement un problème de santé publique, c'est aussi un problème social et économique puisque les pertes économiques annuelles dues à la sous-nutrition sont considérables. La sous-nutrition a aussi des impacts immédiats ou évolutifs tout au long de la vie d'une personne avec des conséquences irréversibles.

Incidence économique

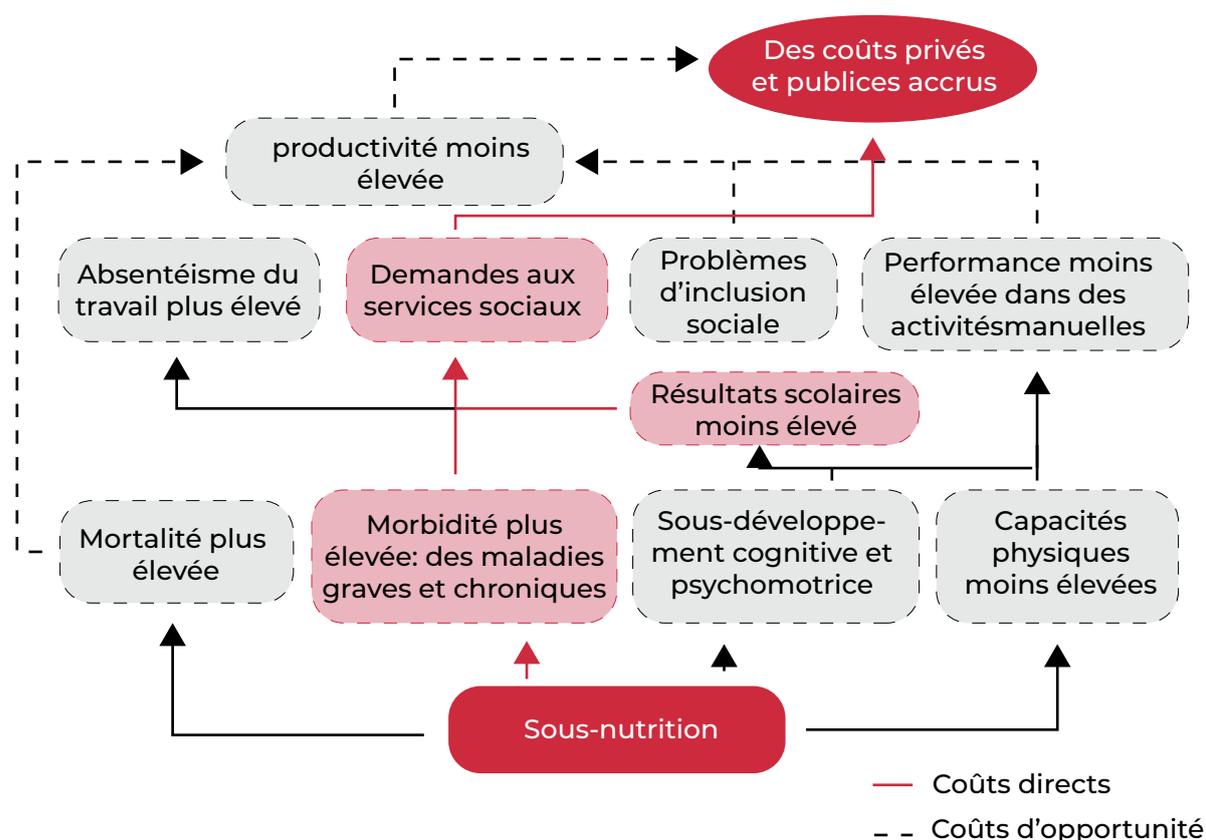
En 2013, l'étude du coût de la faim a montré qu'environ 3 384,5 milliards MGA, soit 1 533,6 millions de dollars, ont été perdus au cours de l'année suite aux conséquences de la sous-nutrition chez l'enfant (33). Des études récentes ont indiqué que cette charge représentait d'environ 7 % du PIB par an (41). Ces pertes sont dues aux effets cumulés de la sous-nutrition des enfants en termes de dépenses de santé, de dépenses scolaires et de perte de productivité sur le marché de l'emploi.

Incidence sur la santé

À Madagascar en 2013, 44 % des mortalités infantiles étaient associées à la sous-nutrition, ce qui représente plus de 261 114 enfants décédés (33). La sous-nutrition entraîne l'apparition récurrente ou l'intensification de la gravité de certaines pathologies et accroît les risques de décès au cours des étapes précises du cycle de vie.

Les cas de diarrhées, de fièvre, d'infections respiratoires et d'anémies s'élevaient à 357 722 épisodes cliniques qui viennent s'ajouter aux 3 655 175 cas d'enfants en insuffisance pondérale ou présentant un faible poids à la naissance (33).

Figure 7 : conséquences de la sous-nutrition



Adapté du Model for Analysing the Social and Economic Impact of Child Undernutrition in Latin America Rodrigo Martínez Andrés Fernández (42).

Impact de la sous-nutrition sur l'éducation

La sous-nutrition affecte les résultats scolaires des élèves à cause des faiblesses liées aux maladies et à la faim. Elle entraîne une capacité limitée d'apprentissage associée à un développement cognitif déficient. Ce qui contribue au fort taux de redoublement de 23 % des enfants souffrant de sous-nutrition. Ce taux est plus élevé que celui des enfants qui n'en souffrent pas, qui est seulement de 17 %.

Le niveau de scolarisation est plus faible chez les personnes en âge de travailler, ayant souffert de retard de croissance pendant leur enfance, ce qui a engendré en 2013 une perte de productivité estimée à 394,1 milliards MGA (178,6 millions de dollars) pour l'économie malgache (33).

Incidence sur la productivité

À Madagascar, 66 % des adultes en âge de travailler (15 à 64 ans) ont souffert d'un retard de croissance étant enfant. Ceci représente plus de 8 287 508 personnes qui n'ont pas été en mesure d'atteindre leur potentiel réel, en conséquence de la sous-nutrition chez l'enfant (33).

Enfin, en 2013, 1 385 709 personnes en âge de travailler, sont absentes de la population du fait de la mortalité associée à la sous-nutrition (33).

2.4 Couverture des programmes de nutrition à Madagascar

Cartographie des intervenants

La cartographie multisectorielle des intervenants et interventions en matière de nutrition à Madagascar, publiée en 2020, a montré que 7 Ministères, une quinzaine de catalyseurs, 41 exécutants et 27 bailleurs de fonds ont assuré la mise en œuvre des 24 Actions Clés de Nutrition (ACN) priorisées en 2018 pour le PNAN III. 23 mécanismes de mise en œuvre sont utilisés. La cartographie a stipulé que parmi les 10 Ministères et Directions Régionales ayant assuré la mise en œuvre de ces ACN, la Direction Régionale de la Santé Publique est la plus impliquée au niveau des régions, tous secteurs confondus. La plupart des actions sont mises en œuvre à travers la communauté et les formations sanitaires. Parmi les 24 actions ayant des couvertures disponibles, plus que la moitié (54% des actions) couvre plus que 30% de leurs cibles. En moyenne, chaque action est mise en œuvre dans 15 régions et 11 actions couvrent plus que 85% des régions. Par ailleurs, les régions du Melaky, Atsimo-Andrefana et Anosy reçoivent le plus grand nombre d'actions.

Analyse Budgétaire

La troisième analyse budgétaire de la nutrition à Madagascar de 2021, qui porte sur la période de 2017 à 2021, montre une tendance globale à la hausse des allocations budgétaires nominales qui sont passées de 114,8 milliards Ariary en 2017 à 149,3 milliards en 2020. Par contre, la part du budget consacrée à la nutrition dans le budget de l'État a légèrement baissé pour se situer à 1,22% en 2021 contre 1,61% en 2017, ce qui reste en-deçà par rapport aux engagements de FANUS d'allouer 3% du budget de l'État à la nutrition. Comparativement aux autres pays dans la région, Madagascar apporte une contribution budgétaire substantielle pour la nutrition mais présente des résultats extrêmement bas, ce qui montre une gestion non efficiente des dépenses. Par ailleurs, l'analyse du budget consacré à la nutrition par nature économique montre une part de plus en plus croissante du budget de fonctionnement et un recul des investissements, respectivement de 60% contre 40% en 2020. Les dotations en nutrition pour les structures déconcentrées apparaissent très marginales, laissant apparaître une forte concentration des dépenses dans ce domaine au niveau central.

Les analyses des dotations budgétaires de nutrition de l'Etat et des dépenses réelles de nutrition au niveau des secteurs clés sont limitées à la primature (dont ONN et U-PNNC), à la santé et à l'éducation faute de données officielles sur les dotations en faveur des autres structures. Ces constats, montrant un accroissement du financement intérieur, doivent cependant être nuancés du fait que des secteurs importants comme l'agriculture, l'élevage et la pêche, bénéficiant de financements extérieurs très élevés, n'ont pu être comptabilisés dans l'analyse. Il est aussi fort probable que plusieurs financements extérieurs des Partenaires Techniques et Financiers ne soient pris en compte dans les Lois de finances. Le financement extérieur a représenté près de 82% du financement global pour la nutrition en 2017, et a régulièrement diminué pour se situer à 62% en 2018, puis rebondi à 77% en 2020 avant de redescendre de nouveau à 50%.



© UNICEF/UN0280947/Rakotobe

3. HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION

L'état Malagasy a toujours tenu un rôle central en matière de politiques sociales afin d'assurer l'accès de la population aux services sociaux de base, particulièrement ceux de la santé et de l'éducation dont il est le principal maître d'œuvre.

À partir de 1993, la troisième République, reste marquée par la participation et l'adhésion de Madagascar à différents sommets mondiaux sur la nutrition et l'alimentation qui l'engagent progressivement et de façon continue vers la lutte contre la malnutrition (Conférence Internationale sur la Nutrition, 1992, et Sommet Mondial de l'Alimentation, 1996). Ceci se concrétise en 1993 avec la mise en place du projet SEECALINE ; un projet de nutrition communautaire.

En 2004, la première Politique Nationale de Nutrition (PNN) a été adoptée, puis vient la mise en place de l'ONN en 2005 et du Conseil National de Nutrition (CNN) en 2007, sous l'égide de la Primature, chargé des orientations stratégiques de la lutte contre la malnutrition dans le pays. La PNN était traduite en actions concrètes dans un premier Plan National d'Action pour la Nutrition (PNAN I) allant de 2005 à 2011. Une deuxième version du PNAN a été élaborée pour la période allant de 2012 à 2015 alors que le PNAN III couvre la période de 2017 à 2021.

PNAMN

« Mpinamana » veut dire Amis en Malagasy pour signifier la multisectorialité

En 2018, la PNN a été mise à jour mais n'a jamais été ratifiée. Cependant, du fait du nouveau plan de développement national, le Plan Émergence Madagascar, une nouvelle PNN avec une méthode novatrice basée sur l'approche systémique pour la nutrition a vu le jour. Cette politique couvrira la période 2022 à 2030. Tenant à accentuer l'approche multisectorielle, cette quatrième itération du plan national a changé de nom pour devenir le Plan National d'Actions Multisectorielles pour la Nutrition (PNAMN). Une description détaillée de l'historique de la lutte contre la malnutrition à Madagascar est disponible en annexe 2.





4. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie utilisée pour l'établissement du présent PNAMN a été basée sur une approche participative inclusive faisant participer toutes les parties prenantes multisectorielles dans le cadre de la nutrition³. Elle a intégré les étapes suivantes.

Étape préliminaire :

Dans le cadre de cette étape, trois évaluations ont été effectuées. La première concerne le PNAN 3 et la 3e édition du Plan National de Suivi et Evaluation (PNSE 3) effectuée en juillet 2021, la deuxième s'est axée sur l'examen du PNAN III par MQSUN+ en août 2020, et la troisième a examiné le processus d'élaboration du PNAN III et du PNSE 3. Deux points importants ressortent de ces évaluations, à savoir l'absence d'implication du niveau régional au processus d'élaboration du PNAN III et du PNSE 3 ainsi que l'insuffisance de la mise en œuvre au niveau communautaire.

Par ailleurs, les lacunes et les faiblesses notées lors de ces trois évaluations ont été corrigées dans le développement du PNAMN. Ainsi, les étapes suivantes se sont succédées.

Étape 1 : préparation

Cette étape comprend la revue documentaire après la collecte des documents, incluant une cartographie et une analyse du cadre politique. La cartographie et l'analyse des politiques, plans et stratégies nationaux ont révélé un cadre politique riche dans les secteurs clés liés à la nutrition comme montrée dans la figure ci-dessous.

Figure 8 : Cartographie et analyse du cadre politique à Madagascar

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Politiques et stratégies spécifiques à la nutrition et en matière de santé	Politique Nationale de Santé 2016-2030															
	Plan de Développement du Secteur Santé															
	Politique Nationale de Santé Communautaire															
	Plan Stratégique National de Renforcement de la Santé Communautaire															
	Politique Nationale de Santé des Adolescents et des Jeunes															
	Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes															
	Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire															
	Politique Nationale de Nutrition															
	Plan National d'Action pour la Nutrition															
	Plan d'Emergence Madagascar Nutrition															
Stratégie et Plan Régional Nutrition ORN Bongolava																
Plan Stratégique National sur la Sécurité Sanitaire des Denrées Alimentaires à Madagascar																
Politiques et stratégies sensibles à la nutrition	Plan Sectoriel de l'Education															
	Plan National d'Alimentation et de Nutrition Scolaire															
	Politique Nationale de l'emploi et de la Formation Professionnelle															
	Nutrition et Alimentation Scolaires basées sur la Production Locale															
	Politique Nationale de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène															
	Les Lignes Directrices du secteur Eau Assainissement Hygiène															
	Lettre de Politique Intersectorielle Agriculture Elevage Pêche															
	Programme Sectoriel Agriculture Elevage Pêche															
	Politique Nationale de protection Sociale															
	Stratégie Nationale de Protection Sociale															
Politique Nationale de l'Environnement pour le Développement Durable																
Politiques pertinentes des gouvernements/ partenaires	Politique Nationale de la Jeunesse															
	Stratégie Nationale de Gestion des Risques et Catastrophes															
Plan de contingence multirisques 2021-2022																

³ Cette méthodologie repose aussi sur l'outil de planification multisectorielle en nutrition élaborée par MQSUN+.

Afin d'assurer la cohérence entre les documents sectoriels et le PNAMN, les interventions sensibles à la nutrition ont été extraites et croisées avec celles ayant fait leurs preuves au niveau mondial pour réduire la malnutrition (43–45). En outre, les interventions nouvelles et émergentes issues des preuves mondiales ont également été identifiées. Cette liste finale consolidée des interventions basées sur des preuves spécifiques à Madagascar a été partagée avec les Offices Régionaux de Nutrition (ORN) pour être utilisée lors des consultations régionales.

Celle-ci va aboutir à l'analyse de la situation nutritionnelle à Madagascar. La formation régionale s'intègre dans cette phase préparatoire aussi en vue de la consultation régionale.

En même temps que le développement du PNAMN, une cartographie des interventions (période) et une analyse budgétaire couvrant la période 2017-2021 ont été effectués et les conclusions de ces activités sont incluses dans le document.

Étape 2 : Consultation régionale

Elle porte sur deux activités qui sont les ateliers de concertation régionale regroupant tous les acteurs régionaux dans le domaine de la nutrition et l'interview par téléphone des acteurs communautaires. Ces deux activités se sont déroulées dans 22 régions et ont permis de recueillir les points de vue des acteurs régionaux par rapport aux problèmes de nutrition dans leur région respective et leur proposition de solution.

La méthodologie des ateliers de concertation régionale se base sur la Théorie de changement qui se réfère au cadre conceptuel de la malnutrition à Madagascar. À partir de la priorisation des causes du problème, les participants ont pu hiérarchiser les interventions afin d'atteindre le changement souhaité. De plus, les participants ont discuté des aspects transversaux dans la mise en œuvre du PNAMN, à savoir la réponse humanitaire, le genre et l'inclusion sociale, la communication, le renforcement des capacités, le contexte politique et économique.

Les listes des parties prenantes sont disponibles à l'annexe 4.

Étape 3 : Consultations nationales

Cette étape se divise en trois phases, tout d'abord la consolidation et analyse des informations régionales. Elle était suivie par les ateliers de consultation nationaux en présentiel. La méthodologie pour ces ateliers s'appuie sur un processus inclusif, itératif et multisectoriel. Les participants ont été divisés en groupes en fonction de 5 systèmes (santé, alimentaires, EAH, protection sociale et éducation) et des deux axes transversaux (gouvernance, réponse aux urgences et catastrophes).

Trois ateliers de niveau national avec toutes les parties prenantes et deux ateliers (présentiel et virtuel) avec l'ONN et les ORN ont été organisés pour convenir et finaliser les documents et assurer l'appropriation par les parties prenantes à tous les niveaux.

Les listes des parties prenantes sont disponibles à l'annexe 5.

Étape 4 : Rédaction des documents

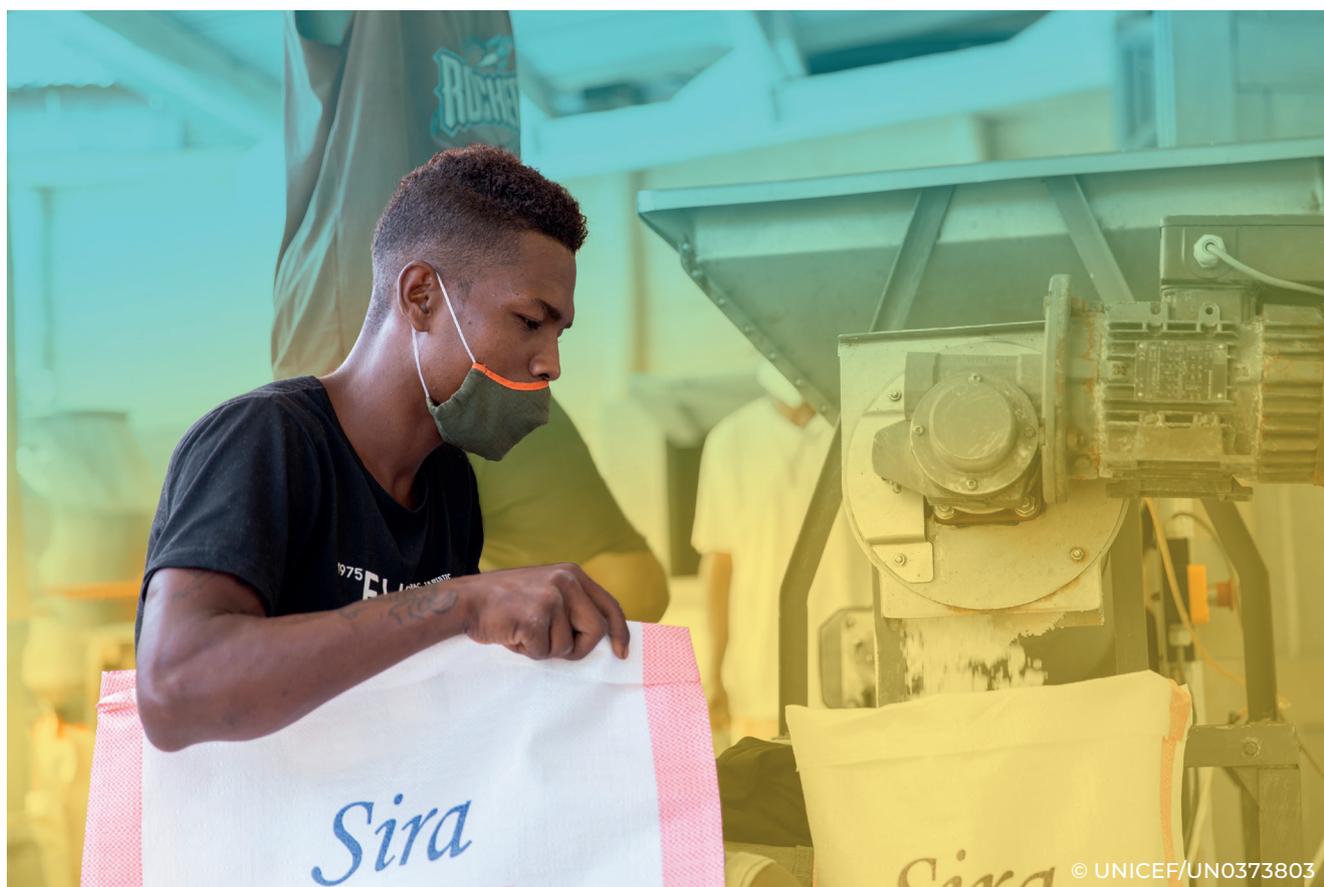
Des Drafts ont été élaborés à chaque étape du processus, intégrant les produits issus des consultations régionales et des consultations nationales avec l'analyse de la situation. Les drafts finaux sont élaborés à l'issu des ateliers de validation.

Etude 5 : Réunions de validation

La validation technique de la version finale de la PNN et du PNAMN, par les responsables de l'ONN et des ORN, a lieu le 19 Avril 2022 à travers une réunion en ligne.

La validation technique finale avec toutes les parties prenantes en présentiel s'est tenue 20 Avril 2022.

Les listes des parties prenantes sont disponibles à l'annexe 5.





© UNICEF/UN0294299/Ralaivita

5. BUT ET OBJECTIFS DU PNAMN

L'élaboration du présent plan d'actions a été guidée par la vision, les directions stratégiques et les principes directeurs énoncés dans le document de la PNN (2022-2030) qui constitue un cadre de référence pour l'élaboration des objectifs.

La vision de la PNN (2022-2030) est : Madagascar une nation émergente, prospère et solidaire pour la sécurité nutritionnelle de tous.

Objectifs stratégiques de la Politique Nationale de Nutrition

1. Réduire durablement toutes les formes de malnutrition en adoptant l'approche systémique pour la nutrition.
2. Étendre l'accès aux Services Essentiels en Nutrition incluant l'accroissement de la demande et la couverture en service de prévention et de prise en charge de la malnutrition.
3. Renforcer la prévention et la prise en charge de la malnutrition aigüe ainsi que les interventions d'urgence dans le grand Sud et les poches de la malnutrition aigüe dans les autres régions.
4. Assurer une meilleure coordination multisectorielle au niveau national et dans les 23 régions entre les différents secteurs concernés par la Nutrition, en assurant la synergie, la cohérence et la complémentarité des interventions et des financements.
5. Augmenter les ressources allouées à la lutte contre la malnutrition au niveau national et décentralisé et diversifié les sources de financement (budget de l'Etat et les financements externes).
6. Répondre aux besoins nutritionnels et alimentaires de la population tout au long du cycle de vie avec un accent sur les femmes enceintes et allaitantes, les adolescentes et les enfants de moins de 5 ans.
7. Disposer d'un système de gestion d'informations nutritionnelles à jour.

Principes directeurs de la Politique Nationale de Nutrition

- Droit à l'alimentation et à la nutrition
- Équité
- Considération de la dimension du genre
- Coordination multisectorielle de la nutrition
- Collaboration et partenariat
- Éthique et bonne gouvernance

- Décentralisation
- Pérennisation
- Efficacité de l'utilisation des fonds alloués à la nutrition.

5.1 But du PNAMN

Le PNAMN a pour but, d'une part, d'assurer le droit de la population malagasy à une nutrition adéquate en vue d'améliorer la survie des enfants et de permettre un développement maximal de leurs potentialités physiques et intellectuelles, et d'autre part, de promouvoir la santé et le bien-être de la population cible, par la synergie des interventions multisectorielles.

5.2 Objectif global du PNAMN

Assurer pour chaque famille Malagasy un bon état nutritionnel et un accès à une alimentation sûre et saine, pour garantir le développement du capital humain.

5.3 Objectifs généraux du PNAMN

D'ici 2026⁴:

- Réduire de 39,8% à 28,4% le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une malnutrition chronique
- Réduire de 26,4% à 20,4% le pourcentage de femme en âge de procréer qui sont anémiques
- Réduire de 16,3% à 13,8% le pourcentage des nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance
- Réduire et maintenir à moins de 1% le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans en surpoids
- Augmenter de 57,4% à 70,2% le taux d'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois de la vie
- Réduire et maintenir à moins de 5% le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une malnutrition aigüe.

⁴ Calculs réalisés avec l'outil OMS Nutrition Global Targets Tracking Tool actualisé avec les données JME 2021 utilisant le baseline 2012 (en date du 22/11/2021)



© UNICEF/UN0573511/Ramasomanana

6. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

6.1 Approche systémique pour la nutrition

La causalité complexe des problèmes nutritionnels et leurs liens très étroits avec les facteurs politiques, socio-économiques, environnementaux et la gestion des ressources, poussent actuellement à aller au-delà de l'approche biomédicale classique et les solutions isolées.

Il est de plus en plus évident que la résolution du problème de la malnutrition passe par une approche systémique de la collaboration multisectorielle, qui engage plusieurs secteurs dans le renforcement des systèmes dans leur intégralité (44,46,47).

L'approche systémique pour la nutrition est un moyen pour renforcer les relations, et donc la coordination, entre les différents secteurs qui ont un impact sur la nutrition.

L'approche systémique permet de mieux cerner les liens, les relations et les interactions qui se nouent entre les différents secteurs de la nutrition, ainsi que la manière dont ils se comportent les uns par rapport aux autres.

Les avantages d'une approche systémique pour la nutrition sont les suivants (48,49) :

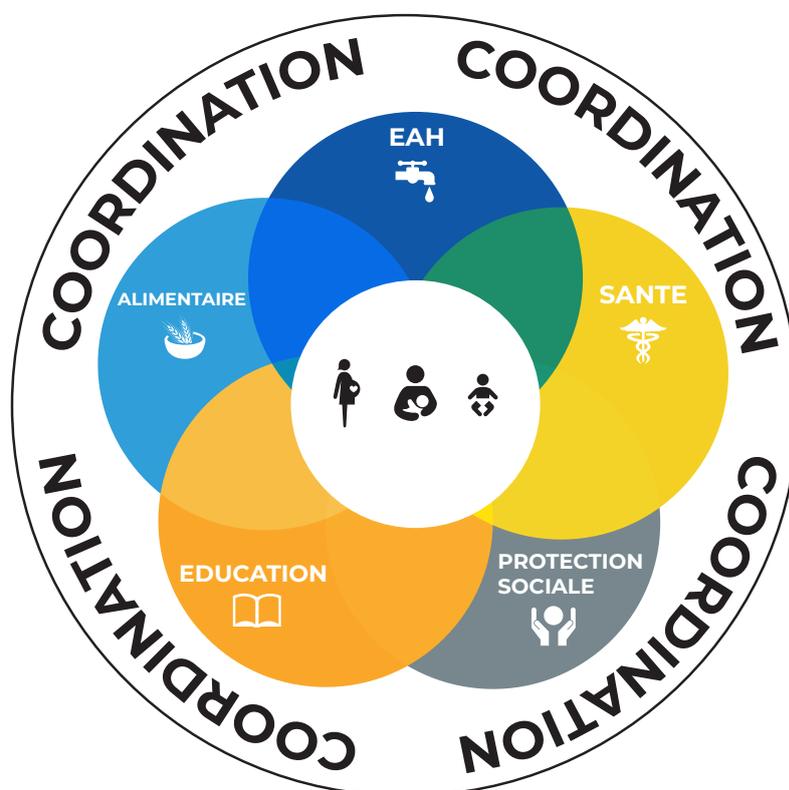
- Elle saisit les interactions et les interconnexions entre les systèmes pour améliorer la nutrition.
- Elle cristallise un objectif commun à tous les systèmes, en reconnaissant une responsabilité partagée et la nécessité de mobiliser l'attention et les ressources d'une variété d'acteurs gouvernementaux, publics, privés et sociétaux.
- Elle rend chaque système plus redevable des résultats durables en matière de nutrition.
- Elle facilite l'allocation et le suivi des fonds pour la nutrition.

De plus, la volonté politique en matière de nutrition doit se traduire par un soutien financier, tant au niveau national que sous national. L'adoption d'une approche systémique peut faciliter l'allocation et le suivi des fonds utilisés pour améliorer la nutrition dans le pays (49).

Une coordination et une gouvernance solides sont nécessaires pour garantir une approche systémique pour la nutrition.

La PNN propose une approche systémique pour la nutrition qui renforce la capacité des cinq systèmes clés — alimentaires, la santé, l'eau assainissement et hygiène, l'éducation et la protection sociale — ayant le plus grand potentiel pour fournir des aliments nutritifs, des services nutritionnels de qualité et des pratiques nutritionnelles optimales tout au long du cycle de la vie.

Figure 9 : Les systèmes de la Politique Nationale de Nutrition - alimentaires, santé, eau assainissement et hygiène, éducation et protection sociale



Cette nouvelle orientation vise à améliorer durablement la sécurité nutritionnelle des populations vulnérables en saisissant les interactions et les interconnexions entre ces cinq systèmes. La PNN convoite à rendre ces cinq systèmes mieux équipés et plus redevables à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population malagasy et de la lutte contre toutes formes de malnutrition surtout chez les femmes et les enfants (Figure 7).

Il est important de noter qu'un système comprend les politiques, les programmes, les services et les acteurs et il peut aussi inclure plusieurs secteurs, engageant les ministres ou ministères sectoriels, le secteur privé, les partenaires techniques et financiers, le secteur académique et la société civile.

6.2 Considération genre dans la nutrition

De nombreuses études montrent que, dans la société malagasy, les femmes jouent un rôle prépondérant dans la responsabilité de nourrir la famille. Cependant, les femmes sont désavantagées et n'ont pas le pouvoir décisionnel aussi bien au niveau de leur ménage que dans la communauté. Au niveau de l'agriculture par exemple, nombre d'entre elles n'ont pas accès aux terrains cultivables, sont privées des crédits officiels et sont exclues des organisations rurales locales, de la formation et des services de vulgarisation. Leur énorme charge de travail ainsi que l'insuffisance et la difficulté d'accès aux intrants agricoles sont autant de limitations pour l'amélioration des systèmes de production et contribuent à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition dans les foyers, en particulier ceux en milieu rural et ayant une femme à leur tête.

Ainsi, la considération de la dimension genre dans la mise en œuvre du PNAMN visera à accroître la participation des femmes aux processus de décision à tous les niveaux et leur autonomisation. Cela passe par un soutien aux approches participatives et l'intégration des femmes aux processus de développement local, régional, national afin qu'elles puissent en retirer plus d'avantages. La promotion de la participation des femmes aux organisations communautaires, aux groupements d'agriculteurs, aux ONG et aux organismes agricoles est à promouvoir, ainsi que le développement de dispositifs de renforcement du statut des femmes rurales dans les mécanismes de décision. L'établissement de réseaux d'échange d'informations et l'élargissement des modes de communication pour garantir la prise en compte des femmes comme agents de développement et non comme bénéficiaires passives renforceront cette participation de la femme.

Bien qu'une grande partie de la responsabilité relative à l'alimentation du ménage incombe à la femme, le renforcement du rôle de l'homme est également à promouvoir. En effet, ce dernier est appelé à s'engager davantage dans les actions qui soutiennent la nutrition de la famille et à favoriser la participation de la femme aux processus de décision dans les foyers et dans la vie publique. Ces initiatives contribueront à améliorer l'égalité en termes d'accès à la santé, la nutrition et l'éducation. Une telle implication de l'homme favorisera le développement harmonieux des garçons et des filles au sein des ménages et de la communauté.



© UNICEF/UN0508154/Ramasomahana

6.3. Système de santé pour la nutrition

Le système de santé pour la nutrition comprend les politiques, les programmes, les services et les acteurs qui garantissent l'accès aux services de santé. Le système de santé constitue une plateforme de prestation essentielle pour la prévention et le traitement de la malnutrition, en offrant de multiples possibilités de contact avec les enfants et les femmes, comme les services de soins prénatals et postnatals, la vaccination, les consultations pour enfants malades, le suivi et promotion de la croissance, les services communautaires, les soins en établissement, etc.

Sur la base des recommandations du Lancet, un Portefeuille Essentiel en Nutrition (PEN) est proposé pour donner aux femmes et aux enfants l'accès à un paquet complet de produits, de services et d'éducation nutritionnelle afin de garantir à la prochaine génération santé et croissance optimale.

Le système de santé pour la nutrition visera à mettre à échelle le PEN, avec au moins ses 17 interventions préventives et cliniques de santé et nutrition, et s'attaquera aux volets spécifiques de la malnutrition sous forme de quatre paquets d'interventions coordonnées.

Les résultats attendus du système santé pour la nutrition est : d'ici 2030, la mortalité maternelle et infanto-juvénile est réduite par l'amélioration de l'accès de la population aux soins de santé et de nutrition de qualité ainsi que la promotion d'une alimentation saine, équilibrée, diversifiée, nutritive et sûre..

Le système de santé pour la nutrition comprend, entre autres ; le secteur de l'eau assainissement hygiène, le secteur de la protection sociale et le secteur éducation et le secteur de l'agriculture.

6.3.1. Objectifs du système de santé pour la nutrition

D'ici 2026 :

- Augmenter de 26,7% à 35% la proportion de femmes en âge de procréer avec un Indice de Masse Corporelle normale (entre 18,5 et 24,9 kg/m²)
- Réduire la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois de 45,9% à 40%
- Augmenter de 45% à 70% la proportion des bébés allaités dans l'heure qui suit la naissance
- Augmenter de 83,9% à 90% la proportion d'enfants de 6 à 23 mois ayant reçu la fréquence minimale de repas pour leur âge
- Au moins 75% des enfants admis dans le programme de traitement de la malnutrition aigüe sévère sont guéris
- Augmenter à 90% le taux de couverture des vaccinations de base au niveau des CSB
- Augmenter la proportion des femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) dont les besoins en méthodes modernes de planification familiale sont satisfaits de 65% à 72%.

6.3.2. Considération du genre dans le système de santé pour la nutrition

Les normes, rôles et relations déterminés par le genre peuvent influencer les résultats sanitaires et avoir des répercussions sur la santé mentale, physique et sociale et sur le bien-être de l'individu. L'accès limité aux services de santé de qualité contribue à l'augmentation des taux de morbidité et de mortalité évitables des femmes. Les différences établies par la société entre les hommes et les femmes ne constituent pas un problème en soi, sauf si elles limitent les possibilités et les ressources dont les femmes disposent pour se maintenir en bonne santé. Cela aboutit à des discriminations et inégalités impactant négativement sur la santé des femmes et des enfants.

L'élaboration et la mise en œuvre de programme de santé tenant compte des spécificités liées au genre sont bénéfiques pour les hommes, les femmes, les garçons et les filles. Ainsi, il est nécessaire de ventiler les données et d'effectuer des analyses en fonction du genre pour déterminer les différences concernant les risques et les opportunités en matière de santé. La lutte contre les inégalités dans ce domaine permet d'améliorer l'accès aux interventions de santé adaptées et aux avantages qu'elles procurent.

6.3.3. Logique d'intervention du système de santé pour la nutrition

Intervention 1 : Améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel de toute la population

Promouvoir la consommation des aliments fortifiés incluant du sel iodé :

L'OMS recommande que tous les sels de qualité alimentaire destinés à la consommation domestique et à la transformation des aliments soient enrichis en iode en tant que stratégie sûre et efficace pour la prévention et le contrôle des troubles de carence en iode, tant en milieu stable qu'en situation d'urgence. En effet, le sel iodé a un effet important sur la réduction du risque de goitre, de crétinisme, de faible fonction cognitive et d'insuffisance iodée, comme l'indique une faible excrétion urinaire d'iode.

L'OMS recommande également que l'enrichissement des aliments de base lorsqu'une grande partie de la population du pays consomme régulièrement des aliments de base produite industriellement. Les décisions concernant les éléments nutritifs à ajouter et les quantités appropriées devraient être fondées sur des facteurs comme : les besoins nutritionnels et les carences de la population ; et le profil de consommation typique de farine.

Mener des campagnes de sensibilisation des consommateurs sur les bonnes pratiques alimentaires et d'hygiène :

Pour créer un environnement alimentaire sain et permettre à la population d'adopter et de maintenir des pratiques alimentaires saines, l'OMS a établi plusieurs recommandations (réduction de sel, sucres libres et gras et augmentation de fruits et légumes) pour réduire le surpoids et l'obésité, ainsi que le risque de maladie cardiaque et d'accident vasculaire cérébral.

Promouvoir l'adoption des bonnes pratiques alimentaires et d'hygiène des établissements de restauration :

L'insuffisance de l'accès de la population à des denrées alimentaires saines, sûres et nutritionnelles s'explique par le fait que la Population Malagasy n'a pas accès ni n'utilise suffisamment de denrées alimentaires dont l'hygiène et la qualité n'est pas assurée totalement tant au niveau domestique qu'au sein des établissements alimentaires (50). La majorité des commerçants alimentaires locaux sont des gargotes, des vendeurs d'aliments de rue, des unités artisanales et des pêcheurs traditionnels, du secteur informel pour la majorité des cas, et leurs offres alimentaires présentent des risques élevés, microbiologiques, chimiques et physiques, pouvant nuire à la santé publique puisque la majorité de ces établissements alimentaires ne respectent pas l'hygiène ni la qualité dans le cadre de leur système de production et de commercialisation.

L'Agence de Contrôle de la Sécurité Sanitaire et de la Qualité des Denrées Alimentaires existe au niveau du Ministère de la Santé Publique et a pour mission de protéger la santé des consommateurs en veillant à ce que les denrées alimentaires consommées, distribuées, commercialisées ou produites à Madagascar soient conformes aux normes les plus strictes de sécurité sanitaire et d'hygiène alimentaire. Par ailleurs, le système national de contrôle officiel des denrées alimentaires ne couvre pas la totalité des subdivisions administratives ni le territoire national de Madagascar. Les structures de contrôle qualité des produits alimentaires et les agents de contrôle officiel n'ont pas les capacités nécessaires à répondre aux besoins de contrôle officiel.

Tableau 2 : Activités pour améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel de toute la population

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Promouvoir la consommation des aliments fortifiés incluant le sel iodé	Au moins une campagne de masse annuelle sur la promotion des aliments fortifiés est réalisée au niveau national et régional
Mener des campagnes de sensibilisation des consommateurs sur les bonnes pratiques alimentaires et d'hygiène	Au moins une campagne de masse par an réalisée au niveau national et régional
Promouvoir l'adoption des bonnes pratiques alimentaires et d'hygiène des établissements de restauration	Au moins 60% des établissements de restauration collective enregistrés applique les 5 clés pour des aliments plus sûrs de l'OMS ⁵

5 Les 5 clés de l'OMS : 1) Prenez l'habitude de la propreté, 2) Séparez les aliments crus des aliments cuits, 3) Faites bien cuire les aliments, 4) Maintenez les aliments à bonne température, 5) Utilisez de l'eau et des produits sûrs

Intervention 2: Améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel des femmes enceintes

Supplémenter les femmes enceintes vues en CPN en fer acide folique ou en multi micronutriments :

Les femmes enceintes ont besoin de plus de fer et d'acide folique pour satisfaire leurs propres besoins nutritionnels ainsi que ceux du fœtus en développement. En situation de carences pendant la grossesse, un impact négatif sur la santé de la mère et de sa grossesse peut survenir, ainsi que sur le développement du fœtus. Les données probantes montrent que l'utilisation de suppléments de fer et d'acide folique est associée à un risque réduit de carence en fer et d'anémie chez les femmes enceintes.

Les données les plus récentes montrent que l'administration de multiples suppléments de micronutriments aux femmes enceintes peut réduire le risque de faible poids à la naissance et de petite taille pour l'âge gestationnel par rapport à la seule supplémentation en fer et en acide folique. De plus amples recommandations de l'OMS sont à venir.

Déparasiter les femmes enceintes de plus de 4 mois de grossesse vues en CPN :

Dans les régions où les helminthes transmis par le sol sont endémiques, l'infestation d'helminthes est une cause majeure d'anémie chez les femmes enceintes associée à de mauvais résultats à la naissance, y compris un faible poids à la naissance et une prématurité. Une anémie sévère pendant la grossesse est associée à un risque accru de mortalité infantile et maternelle. Les vermifuges (albendazole et le mébendazole) sont très efficaces après le premier trimestre de grossesse dans le traitement des infections à helminthe.

Prévenir le paludisme chez les femmes enceintes :

Les liens entre la sous-alimentation et le paludisme sont complexes et débattus. Certaines données empiriques suggèrent une relation synergique entre la malnutrition et la morbidité et la mortalité palustres, tandis que d'autres études indiquent que la sous-alimentation peut être protectrice contre le paludisme, ou qu'il n'y a pas d'association. Néanmoins, l'OMS recommande que toutes les femmes enceintes durant leur grossesse reçoivent, dès que possible, une moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée dans les régions où la transmission du paludisme est intense (paludisme stable). La distribution des moustiquaires de lit doit être accompagnée de directives sur l'utilisation et la gestion appropriées des moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Peser les femmes enceintes lors des consultations prénatales :

Une réévaluation régulière des caractéristiques anthropométriques chez les femmes enceintes permet d'évaluer la prévalence de la sous-alimentation et permet d'assurer une prise en charge pertinente. Dans les populations sous-alimentées (20% ou plus d'IMC bas chez les femmes), l'éducation nutritionnelle sur l'augmentation de l'apport quotidien en énergie et en protéines est recommandée pour les femmes enceintes afin de réduire le risque de nouveau-nés de faible poids à la naissance.

Supplémentation équilibrée en protéines énergétiques pendant la grossesse dans les zones en insécurité alimentaire :

Les femmes enceintes sous-alimentées courent un risque accru et défavorable à la grossesse et à l'accouchement. Une supplémentation équilibrée en protéines et en énergie aux femmes enceintes sous-alimentées favorise le gain de poids gestationnel, améliore la croissance fœtale et réduit le risque de mortalité infantile.

Effectuer des séances d'éducation nutritionnelle pour les femmes enceintes au niveau des sites communautaires et au CSB :

Une alimentation saine pendant la grossesse est essentielle pour la santé de la mère, ainsi que celle de son enfant. Les données probantes suggèrent qu'une éducation et des conseils nutritionnels peuvent favoriser un gain de poids gestationnel optimal, réduire le risque d'anémie à la fin de la grossesse, augmenter le poids à la naissance et réduire le risque d'accouchement prématuré. Dans les populations sous-alimentées, les conseils nutritionnels peuvent être plus efficaces lorsque les femmes reçoivent également un soutien nutritionnel, comme des aliments ou des suppléments de micronutriments, au besoin.

Mise en œuvre d'une campagne de communication pour le changement de comportement pour la Nutrition de la femme enceinte :

A Madagascar, un certain lot de mythes et croyances populaires est associé aux soins de santé et aux pratiques d'alimentation, notamment pour les femmes enceintes. En outre, des facteurs socioculturels, incluant les normes sociales, les rôles et les relations de pouvoir, affectent relativement sur les comportements de santé et de nutrition. Ces multiples facteurs pourraient entraver l'introduction de pratiques appropriées en santé et en nutrition. Ainsi, lors de l'élaboration de la stratégie de communication, ces facteurs sous-jacents doivent être pris en compte.

Les Campagnes de Communication pour le Changement Social des Comportements (CCSC) sont essentielles pour informer et faciliter les changements de perceptions et d'attitudes, et l'adoption d'un comportement positif des individus et des communautés. Lorsqu'elle est bien mise en œuvre, la CCSC est une composante essentielle des interventions où un changement de comportement est nécessaire pour améliorer la nutrition de la femme enceinte.

Tableau 3 : Activités pour améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel des femmes enceintes

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Supplémenter les femmes enceintes vues en CPN en Fer Acide Folique ou en multi micronutriments	90% des femmes enceintes vues en CPN sont supplémentées avec > 90 de comprimés de fer acide folique ou de multi-micronutriments.

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Déparasiter les femmes enceintes de plus de 4 mois de grossesse vues en CPN	Au moins 90% des femmes enceintes de plus de 4 mois de grossesse vues en CPN sont déparasitées
Prévenir le paludisme chez les femmes enceintes	70% des femmes enceintes vues en CPN reçoivent des Traitements Préventifs Intermittents contre le paludisme 90% des femmes enceintes vues en CPN dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide
Peser les femmes enceintes lors des consultations prénatales	95% de femmes enceintes vues en CPN sont pesées
Supplémentation équilibrée en protéines énergétiques pendant la grossesse dans les zones en insécurité alimentaire	70% des femmes enceintes dans les zones en insécurité alimentaire aigüe reçoivent une supplémentation alimentaire équilibrée en protéine énergétique
Effectuer des séances d'éducation nutritionnelle pour les femmes enceintes au niveau des sites communautaires et au CSB	Au moins 80% des femmes enceintes vues au niveau des sites communautaires et au CSB reçoivent un counseling sur la nutrition de la femme enceinte
Mise en œuvre d'une campagne de communication pour le changement de comportement pour la Nutrition de la femme enceinte	Au moins 50% des femmes enceintes sont touchées par la campagne de communication pour le changement de comportement pour la Nutrition de la femme enceinte

Intervention 3: Améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel des enfants de moins de 5 ans

Supplémenter les enfants de 6 à 59 mois en Vitamine A :

Une carence en vitamine A chez les nourrissons et les enfants peut entraîner une déficience visuelle et une augmentation des maladies et de la mortalité attribuables aux infections chez les enfants, y compris la diarrhée et la rougeole. La carence en vitamine A à elle seule est responsable de 6 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans en Afrique et de 8 % en Asie du Sud-Est.

La supplémentation en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois est associée à une réduction du risque de mortalité toutes causes confondues et à une diminution de l'incidence de la diarrhée.

Déparasiter les enfants de 12 à 59 mois :

Le schistosome et les infestations d'helminthe transmises par le sol sont parmi les infections les plus courantes dans les pays en développement et peuvent causer des saignements internes (conduisant à l'anémie), une malabsorption des nutriments, une diarrhée, des vomissements, une perte de l'appétit, et un état nutritionnel plus dommageable. Les enfants infectés bénéficient considérablement du traitement antihelminthique, en termes de réduction de la charge de vers et de gain de poids et de taille. Les traitements sous vermifuges (Albendazole et le Mébendazole) et la chimiothérapie préventive sont bien tolérés chez les enfants de plus de 12 mois, à des doses appropriées.

Favoriser le contact peau à peau mère-bébé et l'initiation précoce de l'allaitement maternel :

Un soutien précoce, ciblé et optimal pour initier et établir l'allaitement maternel a des effets positifs sur les résultats maternels, infantiles bien au-delà du séjour à l'hôpital. Un contact peau-à-peau précoce et le début précoce de l'allaitement augmentent la probabilité de la pratique de l'allaitement maternel exclusif pendant un maximum de 3 à 6 mois, de plus de la durée totale de l'allaitement. Il a également été démontré que le début précoce de l'allaitement réduit la mortalité néonatale spécifique à l'infection chez les nourrissons. Les femmes qui apprennent à allaiter immédiatement après la naissance sont plus en mesure de continuer à allaiter jusqu'à l'âge de 6 mois. La façon de ne pas séparer la mère et le nouveau-né dans des chambres à coucher différentes améliore l'allaitement maternel exclusif au début de la période post-partum : les mères et les nourrissons qui séjournent ensemble sont presque deux fois plus susceptibles d'allaiter exclusivement.

Promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif et continu (ANJE 0-23 mois) :

Les nourrissons devraient être exclusivement allaités au sein (c'est-à-dire seulement le lait maternel sans autres solides ou liquides, à l'exception de la solution de réhydratation orale, des gouttes de vitamines/minéraux ou des médicaments) pendant les six premiers mois de leur vie, afin d'atteindre une croissance, un développement et une santé optimale.

L'allaitement maternel exclusif a le plus grand impact potentiel sur la mortalité infantile de toute intervention préventive, il peut réduire de 19 %, la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, réduire le risque d'infection gastro-intestinale, protéger les nourrissons contre les infections respiratoires et a également un effet protecteur contre l'obésité plus tard dans la vie. La protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel, conformément aux directives internationales, sont essentiels en cas d'urgence.

Promouvoir les pratiques optimales d'alimentation complémentaire adaptées à l'âge des enfants (ANJE 6-23 mois) :

L'alimentation complémentaire se réfère à l'alimentation d'aliments solides ou semi-solides à partir de 6 mois lorsque le lait maternel seul n'est plus suffisant pour répondre aux besoins nutritionnels des nourrissons. Une alimentation complémentaire optimale est essentielle pour prévenir la malnutrition pendant une période où l'infection causée par la contamination des aliments augmente et lorsque des aliments à faible densité sont souvent utilisés pour remplacer le lait maternel.

Permettre aux «mères kangourous» de prendre soin des bébés ayant un faible poids à la naissance :

Les soins maternels “kangourous”, destinés aux nourrissons de faible poids à la naissance, peuvent réduire la morbidité et la mortalité chez ces nourrissons, accroître l’allaitement maternel. Ces soins préviennent un risque accru de retard de croissance précoce, de maladie infectieuse, de retard de développement et de décès chez les nourrissons et les enfants. Les soins néonataux conventionnels des nourrissons de faible poids à la naissance sont coûteux et nécessitent un personnel hautement qualifié et un soutien logistique permanent alors que les soins maternels kangourou ne demande aucun équipement coûteux ni des matériels sophistiqués.

L’allaitement maternel exclusif et sortie précoce de l’hôpital, se sont révélés être une solution de rechange sûre et efficace aux soins néonataux conventionnels ; surtout dans les environnements à faibles ressources.

Promouvoir l’alimentation saine, équilibrée, diversifiée et nutritive pour les femmes allaitantes :

En période de postpartum, les femmes devraient être conseillées sur la nutrition et sur la consommation d’une alimentation saine, équilibrée, diversifiée et nutritive pendant la lactation. La carence en fer est l’une des formes les plus courantes de carences nutritionnelles, en particulier chez les groupes vulnérables comme les femmes issues des ménages à faible revenu. La carence en fer précède souvent l’anémie, et l’anémie pendant la grossesse est l’un des prédicteurs les plus forts de l’anémie pendant la période post-partum, commençant juste après l’accouchement pendant les 6 semaines suivantes. Les conséquences d’une carence en fer et d’une anémie pendant la période post-partum peuvent être graves et avoir des répercussions à long terme sur la santé de la mère et de son enfant.

Supplémenter en compléments nutritionnels les femmes allaitantes dans les zones en insécurité alimentaire :

En situation d’urgence, les femmes allaitantes sont vulnérables aux carences nutritionnelles en raison de leurs besoins relativement plus importants en nutriments (pour l’énergie, les protéines et les micronutriments) pour soutenir leur croissance et leur développement, ainsi que celui du bébé. Pour une mère qui allaite, son état de micronutriments détermine la santé et le développement de son nourrisson allaité, en particulier pendant les 6 premiers mois de sa vie.

Des aliments mélangés enrichis, des suppléments de micronutriments et l’accès à de l’eau potable salubre devraient être fournis aux allaitantes en cas d’urgence. Néanmoins, les besoins des femmes allaitantes peuvent ne pas être satisfaits avec une alimentation enrichie, une supplémentation supplémentaire en micronutriments est donc recommandée.

Supplémenter en compléments nutritionnels les enfants de 6-23 mois dans les zones vulnérables :

Dans les situations d'urgence, le lait maternel joue un rôle particulièrement crucial pour l'alimentation et la protection des enfants éventuellement mal nourris dans les conditions non hygiéniques qui prévalent souvent.

Le lait maternel fournit une nutrition adéquate et aussi une protection contre les infections, en particulier la diarrhée, qui est particulièrement problématique lors des urgences et dans les contextes de vulnérabilités/pauvreté. Dans les situations d'urgence, où l'eau est insalubre, les installations sanitaires inadéquates et le manque de combustible de cuisson sont courants, l'alimentation artificielle augmente le risque d'infection et de mortalité.

Mettre à l'échelle la fortification à domicile par la poudre de multi micronutriment (MNP) chez les enfants de 6-23 mois dans les zones ciblées :

Dans les populations où l'anémie est un problème de santé publique, il est recommandé d'enrichir les aliments contenant des Micro Nutriments multiples en Poudre (MNP) chez les enfants de 2 à 12 ans, afin d'améliorer l'état du fer et de réduire l'anémie.

Il a été démontré que les MNP réduisent la carence en fer et l'anémie et augmentent les concentrations d'hémoglobine. Ils présentent plusieurs avantages logistiques par rapport aux suppléments (ex : emballés dans de petits sachets, ce qui les rend faciles à transporter et stocker) ainsi que des avantages biologiques (ex: réduction de la fréquence et de la gravité des effets secondaires).

Assurer le clampage du cordon au moment optimal pour les nouveaux nés :

Les nourrissons à terme qui subissent un serrage précoce du cordon (moins d'une minute après la naissance) courent un risque significativement plus élevé de souffrir d'une carence en fer à l'âge de 3 à 6 mois que les nourrissons qui subissent un serrage tardif du cordon. Le serrage précoce du cordon chez les nourrissons prématurés augmente le risque d'entérococolite nécrosante et d'hémorragie intra-ventriculaire et le besoin de transfusions sanguines.

L'intervention primaire de la prise en charge active du troisième stade du travail pour la prévention de l'hémorragie post-partum est l'utilisation d'un médicament utéro-tonique. Le serrage différé du cordon ombilical est donc recommandé pour améliorer la santé maternelle et infantile et les résultats nutritionnels et doit être effectué pendant la délivrance de soins néonataux essentiels.

Créer un environnement propice à l'allaitement maternel dans les établissements de santé :

L'allaitement maternel favorise le développement du cerveau, réduit le risque d'obésité chez les enfants et protège les femmes du cancer du sein, du cancer des ovaires et aussi du diabète. Les premières heures et les premiers jours de la vie d'un nouveau-né sont le moment idéal pour établir la lactation et fournir aux mères le soutien dont elles ont besoin pour allaiter avec succès. Les établissements qui assurent des services de maternité et de



© UNICEF/UN0406729/Andrianantenaina

soins aux nouveau-nés ont un rôle unique à jouer en fournissant aux futures mères et aux bébés le soutien et l'encouragement opportuns et appropriés dont elles ont besoin pour allaiter avec succès.

Mettre en œuvre des campagnes de Communication pour le Changement Social et Comportemental pour l'alimentation du nourrisson, du jeune enfant et la nutrition de la femme (ANJE-NDF):

Les campagnes de Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC) sont essentielles pour informer et faciliter les changements de perceptions et d'attitudes, et l'adoption d'un comportement positif des individus et des communautés. Lorsqu'elle est bien mise en œuvre, la CCSC est une composante essentielle des interventions où un changement de comportement est nécessaire pour améliorer la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants et la nutrition des femmes allaitantes.

Renforcer le suivi systématique et la promotion de la croissance des enfants de moins de 5 ans vus aux CSB et sites communautaire :

La surveillance de la croissance et la promotion d'une croissance optimale sont des éléments essentiels des soins de santé primaires des nourrissons, des enfants et des adolescents. La surveillance de la croissance inclut les mesures du poids et de la taille de tous les enfants, ainsi que de l'interprétation de ces mesures par rapport à des courbes de croissance de référence de l'OMS. Ces mesures contribuent à confirmer la croissance et le développement sain d'un enfant ou à repérer rapidement d'éventuels troubles nutritionnels et de santé. Les professionnels de la santé, les agents communautaires et les parents ont ainsi la possibilité d'agir avant que l'état nutritionnel ou la santé de l'enfant soit gravement compromis.

Assurer la stimulation précoce des enfants de 6 à 30 mois

Le développement de la petite enfance englobe le développement cognitif, physique, langagier, moteur, social et affectif des enfants, entre la conception et 3 ans. Durant cette période, la période allant de la grossesse à 3 ans est la plus critique, car le cerveau se développe plus vite qu'à tout autre moment ; plus de 80% du cerveau d'un bébé est formé à cet âge.

Il existe au cours de l'enfance des périodes sensibles au cours desquelles le cerveau est perméable à certaines stimulations. Il faut profiter de ces périodes sensibles pour stimuler les enfants à apprendre certaines compétences spécifiques. L'apprentissage précoce doit être réalisé avant l'âge scolaire. Il faut initier la stimulation au sein même de la famille à travers des objets familiers (tasse, peigne, cuillère, bouteille...). Cela contribue au développement intellectuel de l'enfant et à ses capacités d'apprentissage scolaire futur.

Tableau 4 : Activités pour améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel des enfants de moins de 5 ans

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Supplémenter les enfants de 6 à 59 mois en Vitamine A	Au moins 80% des enfants de 6 à 59 mois sont supplémentés en vitamine A au cours des 6 derniers mois
Déparasiter les enfants de 12 à 59 mois	Au moins 80% des enfants de 12 à 59 mois sont déparasités au cours des 6 derniers mois
Favoriser le contact peau à peau mère-bébé et l'initiation précoce de l'allaitement maternel	70% des enfants nés au niveau des formations sanitaires sont mis en contact peau à peau avec la mère et sont allaités immédiatement après la naissance
Promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif et continu (ANJE 0-23 mois)	80% des mères (femmes enceintes et femmes allaitantes) vues au niveau des CSB et sites communautaires reçoivent un counseling sur l'allaitement maternel
Promouvoir les pratiques optimales d'alimentation complémentaire adaptées à l'âge des enfants (ANJE 6-23 mois)	80% des mères et responsables d'enfants vues au niveau des CSB et sites communautaires reçoivent un counseling sur l'alimentation complémentaire optimale
Permettre aux "mères kangourous" de prendre soin des bébés ayant un faible poids à la naissance	50% des centres de santé (CSB et hôpitaux) disposent de personnels formés en technique de soins "mères kangourous"

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Promouvoir l'alimentation saine, équilibrée, diversifiée et nutritive pour les femmes allaitantes	Au moins 80% des femmes allaitantes vues au niveau des CSB et sites communautaires reçoivent un counseling sur la nutrition de la femme allaitante
Supplémenter en compléments nutritionnels les femmes allaitantes dans les zones en insécurité alimentaire ⁶	80% des femmes allaitantes dans les zones vulnérables reçoivent des compléments nutritionnels
Supplémenter en compléments nutritionnels ⁷ les enfants de 6-23 mois dans les zones vulnérables ⁶	70% des enfants de 6-23 mois dans les zones vulnérables reçoivent des compléments nutritionnels
Mettre à l'échelle la fortification à domicile par la poudre de multi micronutriment (MNP) chez les enfants de 6-23 mois dans les zones ciblées	50% des enfants de 6-23 mois dans les zones ciblées consomment des aliments fortifiés par la poudre de multi micronutriment (MNP)
Assurer le clampage du cordon au moment optimal pour les nouveaux nés	50% des nouveau-nés avec un retard de clampage du cordon de plus d'une minute
Créer un environnement propice à l'allaitement dans les établissements de santé	100% des formations sanitaires "amis des bébés" sont fonctionnelles
Mettre en œuvre des campagnes de communication pour le changement de comportement pour l'alimentation du nourrisson, du jeune enfant et la nutrition de la femme (ANJE-NDF)	Au moins une campagne de communication pour le changement de comportement pour l'ANJE-NDF sont mises en œuvre annuellement
Renforcer le suivi systématique et la promotion de la croissance des enfants de moins de 5 ans vus aux CSB et sites communautaires	80% d'enfants de 0 à 59 mois vus aux CSB et sites communautaires bénéficient de suivi et promotion de croissance de qualité
Assurer la stimulation précoce des enfants de 6 à 30 mois	Au moins 50% des sites communautaires effectuent les activités de stimulation précoce pour les enfants de 6 à 30 mois

Intervention 4 : Améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel des adolescentes non-scolarisées ⁸

Supplémenter à intermittence les adolescentes non scolarisées en Fer Acide Folique (FAF):

En raison de leurs pertes de fer dues aux menstruations et de la faible teneur en fer de leur alimentation, les adolescentes non enceintes sont particulièrement à risque de carence

⁶ Zones vulnérables : zones où le taux de MAM > 15% et ou MAS > 5%

⁷ Incluant les nutriments à base de lipides en petite quantité

⁸ Les activités pour les adolescentes scolarisée sont incluses dans les systèmes éducation pour la nutrition

en fer et d'anémie. Une supplémentation intermittente en fer et en acide folique (c.-à-d. une, deux ou trois fois par semaine) s'est avérée efficace, sûr et plus acceptable que la supplémentation quotidienne pour améliorer les concentrations d'hémoglobine chez les adolescentes menstruées et réduire leur risque d'anémie.

Déparasiter les adolescentes non scolarisées :

Le schistosome et les infections à helminthe (vers ronds, ankylostomes et vers fouettés) transmises par le sol sont parmi les infections les plus courantes dans les pays en développement et peuvent causer des saignements internes, conduisant à l'anémie. Ils peuvent également causer la malabsorption des nutriments, la diarrhée et les vomissements, et la perte de l'appétit, l'état nutritionnel plus dommageable. La morbidité causée par les différentes espèces d'helminthes transmises par le sol chez les individus fortement infectés est grave. Le traitement par chimiothérapie préventive (Albendazole et Mébendazole) est efficace et réduit considérablement le nombre d'infections et sont considérés comme sûrs pour les femmes non enceintes. Dans les zones endémiques de schistosomiasis intestinales et/ ou urinaire, il est préconisé d'associer la prise avec du Praziquantel comprimé 600 mg dont la posologie sera calculée en fonction du poids et de la taille de chaque adolescente. Il est fortement recommandé de servir une collation pendant la prise des comprimés afin d'atténuer les effets secondaires digestifs des médicaments. La prescription de Praziquantel doit être faite sous surveillance médicale.

Sensibiliser et éduquer les adolescentes et les parents sur l'alimentation saine, équilibrée, diversifiée et nutritive au niveau communautaire :

Diverses plateformes ont été utilisées pour mettre en place efficacement des interventions nutritionnelles directes et indirectes pour améliorer les comportements nutritionnels dans diverses populations. En plus des écoles, ces plateformes de prestation comprennent des plateformes communautaires, des plateformes d'incitatifs financiers, la santé mobile et l'utilisation des médias de masse et des médias sociaux (forums de discussion). Parmi les interventions efficaces, une composante de soutien social était le plus souvent utilisée comme mécanisme de changement de comportement, et les adolescentes avaient tendance à augmenter plus souvent la consommation d'aliments sains qu'à diminuer la consommation d'aliments malsains.

Mettre en œuvre des Campagnes de Communication pour le Changement Social et Comportemental pour l'alimentation adéquate des adolescentes :

Des études ont montré certaines preuves de l'effet des interventions de mHealth (SMS) sur les pratiques d'allaitement et le respect des micronutriments maternels et infantiles. La conception, la mise en œuvre et l'efficacité des médias de masse, et les interventions d'éducation nutritionnelle pour améliorer les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants suggèrent qu'il y a un avantage potentiel des médias à améliorer les pratiques d'alimentation. Pour fournir des interventions nutritionnelles aux enfants d'âge scolaire, les écoles représentent également une plateforme unique.

Tableau 5 : Activités pour améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel des adolescentes non-scolarisé

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Supplémenter à intermittence les adolescentes non scolarisés en Fer /Acide Folique (FAF)	30% des adolescentes non scolarisés supplémentées en FAF au niveau communautaire
Déparasiter les adolescentes non scolarisés	30 % des adolescentes non scolarisés sont déparasités
Sensibiliser et éduquer les adolescentes et les parents sur l'alimentation saine, équilibrée, diversifiée et nutritive au niveau communautaire	30% des adolescentes sont sensibilisées sur l'alimentation saine, équilibrée, diversifiée et nutritive
Mettre en œuvre de campagnes de communication pour le changement social des comportements pour l'alimentation adéquate des adolescentes.	Des campagnes de communication pour le changement social des comportements pour l'alimentation adéquate des adolescentes menées annuellement

Intervention 5 : Renforcer la prise en charge de la malnutrition aiguë

Dépister la malnutrition aiguë chez les enfants de 6-59 mois au niveau communautaire

La malnutrition aiguë sévère (dénutrition) touche près de 20 millions d'enfants de moins de 5 ans dans le monde et devrait contribuer à environ 1 million de décès d'enfants chaque année. L'identification précoce de la malnutrition aiguë sévère (dénutrition) est importante pour amorcer le traitement et minimiser le risque de complications. Cela peut se faire à la fois dans la collectivité et dans les milieux de soins de santé.

Maintenir et étendre la prise en charge des enfants atteints de la malnutrition aiguë sévère (CRENAS et CRENI) des régions vulnérables

Le développement de la malnutrition aiguë sévère chez les nourrissons de moins de 6 mois reflète généralement des pratiques d'alimentation sous-optimales, en particulier les pratiques d'allaitement maternel, en plus d'autres facteurs contributifs (faible poids à la naissance, la diarrhée ou une maladie chronique). La Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) peut être traitée efficacement dans la collectivité c'est-à-dire dans les Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Aiguë Sévère sans complication ou CRENAS, sans être hospitalisée dans un établissement de santé ou un centre d'alimentation thérapeutique (CRENI). Le traitement communautaire de la malnutrition aiguë sévère repose sur sa détection rapide, ainsi que sur un suivi régulier de la prise de poids et un soutien à l'allaitement.

Prise en charge efficace de la malnutrition aiguë sévère :

L'identification précoce de la malnutrition aiguë sévère (dénutrition) est importante pour amorcer le traitement et minimiser le risque de complications. De nombreux

enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (dénutrition) peuvent être traités dans la communauté, en revanche, les enfants souffrant de complications médicales ou d'œdème nutritionnel doivent être traités en tant que patients hospitalisés.

L'OMS a élaboré des lignes directrices pour le traitement hospitalier des enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë sévère (dénutrition) dans les hôpitaux et les centres de santé, dont Madagascar a adapté au niveau local dans le protocole national de la prise en charge de la malnutrition aiguë, mise à jour en 2018.

[Prendre en charge les femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition aiguë sévère](#)

Maintenir et étendre les CRENAM au niveau des régions vulnérables

Les Centres régionaux de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Aiguë Modérée (CRENAM) prennent en charge les enfants qui souffrent de malnutrition aiguë modérée (MAM). Les enfants modérément malnutris sont beaucoup plus nombreux que les enfants sévèrement malnutris. Grâce aux CRENAM, les enfants sont protégés d'une malnutrition plus grave.

Tableau 6 : Activités pour renforcer la prise en charge de la malnutrition aiguë

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Dépister la malnutrition aiguë chez les enfants de 6-59 mois au niveau communautaire	Au moins 60% des enfants de 6 à 59 mois sont dépistés
Maintenir et étendre la prise en charge des enfants atteints de la malnutrition aiguë sévère (CRENAS et CRENI) des régions vulnérables	<p>Nombre des formations sanitaires disposant de centres CRENAS opérationnels à augmenter de 1300 à 1600</p> <p>Au moins 80% des districts sanitaires disposent des centres CRENI opérationnels</p>
Prise en charge efficace de la malnutrition aiguë sévère	<p>Supérieur à 75% des enfants malnutris sévère sans complication sont guéris dans les CRENAS</p> <p>60% des cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) ont accès aux services de traitement (couverture)</p> <p>La rupture d'intrants de prise en charge dans les CRENAS est inférieure à 5 jours par an</p>

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Prendre en charge les femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition aigüe sévère	Supérieur à 75% des femmes enceintes et allaitantes malnutries aigüe sévères sans complication sont guéris dans les CRENAS
Maintenir et étendre les CRENAM au niveau des régions vulnérables	50% des sites communautaires dans tout Madagascar ont des centres CRENAM opérationnels

Intervention 6 : Renforcer la prévention et la prise en charge des maladies liées à la nutrition chez les enfants et les femmes

Prendre en charge les cas de diarrhée simple chez les enfants de 0 à 59 mois avec du SRO et Zinc

La diarrhée demeure l'une des principales causes de décès chez les nourrissons et les jeunes enfants dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les sels de réhydratation orale sont un traitement vital éprouvé pour les enfants souffrant de diarrhée. Il a été démontré que l'utilisation de suppléments de zinc avec des sels de réhydratation orale réduit la mortalité diarrhéique de 23 %, réduit la durée et la gravité de la diarrhée et prévient les épisodes diarrhéiques subséquents.

Assurer la prise en charge intégrée des maladies des enfants au niveau communautaire (PCIMEc) :

La mise en œuvre d'une stratégie intégrée de gestion des maladies infantiles peut réduire la mortalité infantile, et les programmes qui incluent des interventions pour la période néonatale peuvent réduire la mortalité infantile.

Renforcer la vaccination des enfants :

Les données probantes existantes sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins RRO/RROV appuient leur utilisation pour la vaccination de masse. Les campagnes visant l'éradication globale devraient évaluer les situations épidémiologiques et socio-économiques des pays ainsi que la capacité à atteindre une couverture vaccinale élevée.

Promouvoir la Consultation Prénatale (CPN) répondant aux normes requises pour les femmes enceintes :

Les soins prénatals sont essentiels car ils permettent aux intervenants d'offrir aux femmes enceintes une prise en charge, un soutien et des informations, notamment de favoriser l'adoption d'un mode de vie sain, y compris une bonne nutrition, de détecter et de prévenir des maladies, de donner des conseils en matière de planification familiale et d'assurer le lien avec les programmes de protection sociale.

Les femmes reçues aux CSB pour la CPN bénéficient des conseils sur les pratiques optimales de l'allaitement maternel.

Intégrer les activités de prévention des maladies non-transmissibles liées à la nutrition dans les établissements de santé ou les sites communautaires

Prise en charge nutritionnelle des patients tuberculeux et/ou lépreux :

La sous-alimentation augmente le risque d'infection tuberculeuse qui évolue vers une maladie active. A l'inverse, l'infection tuberculeuse augmente le risque de dénutrition, en réduisant l'apport alimentaire dû à la perte d'appétit, aux nausées et aux douleurs abdominales, en augmentant les pertes de nutriments dues à la diarrhée et aux vomissements, et en provoquant des altérations métaboliques. Rien ne prouve que la supplémentation nutritionnelle en plus des soins habituels améliore les résultats du traitement de la tuberculose ou prévient la progression de l'infection tuberculeuse à la maladie active.

Toutefois, en raison du lien causal bidirectionnel évident entre la sous-alimentation et la tuberculose active, le dépistage, l'évaluation et la prise en charge nutritionnelle font partie intégrante du traitement et des soins de la tuberculose. Une alimentation adéquate, contenant tous les macronutriments et micronutriments essentiels, est nécessaire pour le bien-être et la santé de toutes les personnes atteintes d'une infection tuberculeuse ou d'une maladie tuberculeuse.

Assurer la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH :

L'infection par le VIH peut altérer l'état nutritionnel des enfants infectés dès le début de leur vie.

Lorsque les enfants infectés par le VIH souffrent de malnutrition, ils perdent plus de muscles que les enfants souffrant de malnutrition sans infection par le VIH. Les enfants souffrant d'insuffisance de croissance sévère et de perte musculaire (tissu maigre du corps) courent un risque accru de décès.

Des conseils nutritionnels précoces et un soutien actif sont recommandés pour assurer un apport adéquat en énergie, en protéines et en micronutriments à tous les stades de l'infection au VIH, afin de prévenir l'échec de la croissance et la perte de poids.

Tableau 7 : Activités pour renforcer la prévention et la prise en charge des maladies liées à la nutrition chez les enfants et les femmes

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Prendre en charge les cas de diarrhée simple chez les enfants de 0 à 59 mois avec du SRO et Zinc	90% des enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée, recevant de la SRO/ Zinc
Assurer la prise en charge intégrée des maladies des enfants au niveau communautaire (PCIMEc)	Au moins 50% des sites communautaires effectuent la PCIMEc

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Renforcer la vaccination des enfants	90% d'enfants âgés de 12-23 mois ayant reçu toutes les vaccinations de base recommandées par le calendrier national de vaccination
Promouvoir les Consultations Prénatales (CPN) répondant aux normes requises pour les femmes enceintes	68% de femmes enceintes qui ont fait au moins une Consultation Prénatale (CPN)
Intégrer les activités de prévention des maladies non-transmissibles liées à la nutrition dans les établissements de santé ou les sites communautaires	80% des établissements de santé ou sites communautaires intègre la prévention des maladies non-transmissibles
Prise en charge nutritionnelle des patients tuberculeux et/ou lépreux	90% des tuberculeux et/ou lépreux malnutris aigües bénéficient d'une prise en charge nutritionnelle selon le protocole
Assurer la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH	10% des personnes vivant avec le VIH malnutries aigües bénéficient d'une prise en charge nutritionnelle selon le protocole

Intervention7 : Prévenir les grossesses précoces et réduire la taille des ménages

Renforcer le planning familial et la santé reproductive au niveau des sites communautaires :

L'efficacité des stratégies d'éducation en santé transmises par les agents de santé communautaire aux mères ou aux membres de leur famille dans les milieux communautaires (dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire) suggère que ces interventions peuvent considérablement améliorer l'utilisation des soins prénatals et le début précoce de l'allaitement maternel, et peut réduire la mortalité néonatale et périnatale.

Facilitation de l'accès aux méthodes de Planification Familiale (PF) pour les jeunes et les adolescentes, aussi bien au niveau des formations sanitaires qu'au niveau communautaire :

A Madagascar le tiers des décès maternels surviennent chez les adolescentes. En effet, selon les statistiques, la tranche d'âge de la population de 10 à 24 ans se trouve confrontée à d'importants problèmes de santé sexuelle et de la reproduction notamment : (i) Bien que la loi interdit les mariages précoces depuis 2017, 40% des filles Malagasy sont mariées avant l'âge de 18 ans selon l'enquête MICS 2018, et un taux de 13% des jeunes filles de 20 à 24 ans ayant été mariées avant l'âge de 15 ans (MICS 6, 2018). De même, le taux de fécondité des adolescentes de 15 à 19 ans reste élevé à 151‰ à la suite de la précocité des relations sexuelles. Il est constaté aussi une faible diminution de 163 pour 1000 filles (ENSOMD 2012 – 2013) à 153 pour 1000 filles (MICS 6-2018) le taux de grossesse précoce chez les 15 à 19 ans au niveau national due à l'absence d'effectivité de l'offre de services, Service Ami des Jeunes (SAJ), par manque de personnel formé dans un grand nombre de districts.

De plus, la prise en charge des besoins en Service Ami des Jeunes (SAJ) n'a pas été ciblée de façon adéquate. Seules, 9,67% (selon rapport d'activités annuel 2019 du SSRA/DSFA) des formations sanitaires sont labélisées en Centre de Santé Amie des Jeunes (CSAJ) alors que l'objectif du plan stratégique était de 50% pour 2020. En effet, bien que les services de SAJ soient le plus souvent disponibles dans les formations sanitaires, les adolescents et jeunes n'y accèdent que rarement.

Tableau 8 : Activités pour prévenir les grossesses précoces et réduire la taille des ménages

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Renforcer le planning familial et la santé reproductive au niveau des sites communautaires	40% des femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) utilisent régulièrement des méthodes modernes de planification familiale
Facilitation de l'accès aux méthodes de Planification Familiale (PF) pour les jeunes et les adolescentes, aussi bien au niveau des formations sanitaires qu'au niveau communautaire	46% des adolescentes auront accès aux méthodes de planification familiale



6.4. Systèmes alimentaires pour la nutrition

Un système alimentaire durable (SAD) est un réseau de collaboration territorial qui intègre la production, la transformation, la distribution et la consommation de produits alimentaires ainsi que la gestion des matières résiduelles, dans le but d'accroître la santé environnementale, économique et sociale de la collectivité. Les systèmes alimentaires pour la nutrition comprennent les politiques, services et acteurs nécessaires pour garantir l'accès à des aliments nutritifs, sûrs, abordables et durables pour tous.

Selon la feuille de route nationale pour soutenir la transformation des systèmes alimentaires vers la réalisation des ODD 2030, la transformation des systèmes alimentaires se présente comme une priorité pour Madagascar. En effet, L'agriculture malgache est dominée par 2,5 millions de petites exploitations familiales. La plupart associe l'élevage et la culture, souvent centrée sur le riz. La grande majorité des hommes (77%) et des femmes (74%) dépendent de l'agriculture de subsistance pour leur alimentation, leur emploi et leurs revenus. L'agriculture pratiquée à Madagascar est encore traditionnelle et peu intensive entraînant de faibles rendements, donc insuffisant pour nourrir ses 25 680 642 d'habitants.

La situation de l'insécurité alimentaire est très préoccupante à Madagascar. Il est estimé que 8% de la population souffre d'Insécurité Alimentaire Chronique (IAC), alors qu'environ un ménage sur deux connaît une Insécurité Alimentaire temporaire ou Saisonnière (IAS). Cette situation est répandue dans tout le pays (Global report on food crises 2021 - Madagascar). Ainsi, Madagascar est classé 116ème sur 119 pays selon l'indice de la faim dans le monde. Environ 13 millions de personnes ne gagnent pas un revenu leur permettant de consommer les 2 100 calories par jour recommandées pour ne pas avoir faim (OMS, 2019).

D'autre part, Madagascar est sujet aux changements climatiques. Selon FEWS net (Famine Early Warning System) en 2021, les précipitations entre octobre et décembre 2021 ont été enregistrées parmi les débuts de saison les plus secs du record historique de 40 ans, entraînant des conditions de sécheresse pour démarrer la saison. Les prévisions prévoient désormais des précipitations inférieures à la moyenne à travers Madagascar entre décembre 2021 et mars 2022, notamment pour le sud-ouest de Madagascar. Les opportunités de travail agricole seront probablement inférieures à la moyenne dans une grande partie du pays, entraînant des revenus inférieurs à la normale provenant de cette source. Dans le sud, les revenus tirés du travail agricole seront probablement minimes.

D'ici 2030, les résultats attendus des systèmes alimentaires pour la nutrition est d'assurer l'accès à une alimentation saine, équilibrée, diversifiée et nutritive avec l'implication de tous les acteurs.

L'essentiel étant de garantir que les systèmes alimentaires offrent des régimes alimentaires sains, acceptables, abordables à tous et en particulier adéquats pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes à travers des systèmes alimentaires soutenant un secteur agricole qui assure des environnements et chaînes d'approvisionnement alimentaire qui fournissent des aliments sains de manière économiquement viables et durables pour des moyens de subsistance décents. Par ailleurs des orientations adéquates sur les aliments et les régimes alimentaires pour les enfants dans les directives

et normes alimentaires nationales sont recommandées. Et que les enfants grâce à des politiques du secteur public telles que les subventions pour les aliments sains, la taxation et la réglementation de la commercialisation des aliments malsains puissent bénéficier de meilleurs aliments et régimes alimentaires grâce à des actions dans les chaînes d'approvisionnement alimentaire, telles que l'enrichissement à grande échelle des aliments de base et des aliments complémentaires pour les jeunes enfants.

Les systèmes alimentaires comprennent, entre autres, le secteur agricole, le secteur de l'industrie et du commerce, le secteur de la santé, le secteur de l'eau assainissement et hygiène, le secteur privé et le secteur de la recherche.

6.4.1. Objectifs des Systèmes alimentaires pour la nutrition

D'ici 2026 :

- Augmentation de la proportion des enfants de 6-23 mois qui consomment une diversité alimentaire minimale de 27,4% à 50%
- Augmentation de la proportion des enfants de 6-23 mois qui consomment un régime alimentaire minimal acceptable de 20% à 30%
- Réduire de 8% à 5% la population souffrant d'insécurité alimentaire chronique (IAC)
- Atteindre 50% la proportion de femmes en âge de procréer qui consomment une diversité alimentaire minimale
- Augmenter de 5,9 à 6,9 le score de diversité alimentaire des ménages
- Augmenter de 1 à 3 les activités de fortification de masse
- Augmenter la médiane d'iode urinaire de la population de 46µg/l à au moins 250µg/L

6.4.2. Considération du genre dans les systèmes alimentaires pour la nutrition

L'égalité des sexes est essentielle pour garantir les systèmes alimentaires pour la nutrition. Il importe de mener une action plus audacieuse pour parvenir à l'autonomisation des femmes et des filles, en particulier la reconnaissance de leur droit et le respect mutuel entre les hommes et les femmes.

Les femmes, en particulier dans les zones rurales, jouent un rôle essentiel dans la lutte contre la malnutrition et dans l'amélioration de la productivité et de la durabilité des systèmes alimentaires. Elles produisent de la nourriture, réduisent les pertes alimentaires, diversifient les régimes alimentaires et facilitent la commercialisation des produits agricoles tout au long des chaînes de valeur agroalimentaires. Pourtant, dans de nombreuses régions du pays, les femmes continuent d'être confrontées à une importante discrimination sociale et économique. Elles n'ont souvent pas accès aux ressources productives (terres, revenus), aux intrants agricoles, à l'information, aux financements, aux services, aux marchés, à la protection sociale ainsi qu'au savoir-faire technologique et entrepreneurial. En outre, de nombreuses femmes rurales sont les principales responsables des tâches domestiques dans leur foyer, ce qui signifie qu'elles sont confrontées à de lourdes charges de travail

qui nuisent à leur capacité de production et à leur bien-être général. De ce fait, plusieurs activités ciblées sont nécessaires pour accélérer les progrès en matière de nutrition.

6.4.3 Logique d'intervention des systèmes alimentaires pour la nutrition

Intervention 1 : Promouvoir l'accès à une alimentation saine, équilibrée diversifiée et nutritive

Renforcer les programmes nationaux d'intensification et de diversification agricole et alimentaire :

L'insuffisance de la quantité et de la qualité de nourriture journalière des enfants et des femmes peut être palliée par une intensification et une diversification agricole.

Cette diversification se rajoute aux aliments de base (traditionnellement pratiqués) par la fortification des aliments de base, la biofortification ou enrichissement biologique, l'augmentation de la production des légumineuses, des fruits et légumes ainsi que la production animale privilégiant l'élevage cycle court et la valorisation des aliments typiques des terroirs (transformation des insectes, produits parfois qualifiés de sauvages).

Développer la diversification agricole en intégrant la culture des produits à haute valeur nutritive

L'alimentation des communautés urbaines n'est pas assez riche en nutriments, ni assez diversifiée alors que les études menées ont montré la possibilité de diversifier les productions. Dans beaucoup de villes à Madagascar, l'agriculture urbaine est déjà une réalité ancienne qui est à valoriser/capitaliser. Tel est le cas pour la ville d'Antananarivo. Pour les autres grandes villes du pays, les données ne sont pas à jour mais des initiatives privées et ponctuelles sont présentes. Il reste la mise à l'échelle.

Par ailleurs, cette action vise aussi à promouvoir la diversification des cultures sensibles à la nutrition au niveau des exploitants agricoles et sites de nutrition.

Développer l'élevage à cycle court pour favoriser la consommation de protéines d'origine animale

L'intégration d'aliments d'origine animale dans les régimes alimentaires est un élément important des stratégies fondées sur l'alimentation pour améliorer et garantir une bonne nutrition. La possession d'animaux (poulets et autres volailles) contribue à la diversité alimentaire à travers l'autoconsommation et la génération de revenus, en particulier si l'élevage est accompagné d'activités d'éducation nutritionnelle.

Développer l'aquaculture et la pêche pour la production d'aliments d'origine animale en soutien aux régimes alimentaires sains

Les produits de la pêche sont les produits alimentaires les plus commercialisés dans les pays en développement. Promouvoir une pêche durable (par ex. des pratiques qui n'épuisent pas les stocks halieutiques, qui ne nuisent pas au milieu marin, ou qui ne menacent pas les droits des communautés des pêcheurs) peut ainsi contribuer à la sécurité alimentaire et à la nutrition.

Un système mixte production agricole-élevage-aquaculture (VAC) a un grand potentiel pour améliorer la disponibilité et l'accès à des aliments diversifiés et riches en nutriments.

Mettre en œuvre des actions d'envergure pour la fortification de masse à l'échelle industrielle et la biofortification au profit de la population

Une stratégie nationale de fortification alimentaire a été nouvellement élaborée en 2021 pour mettre au point les priorités et les actions à entreprendre en mettant l'accent sur les rôles du secteur privé. A travers les actions ciblées de l'ONN vers les secteurs privés (enrichissement de farine infantile, iodation du sel, fortification du riz, etc.), Madagascar peut aller plus loin.

Mettre à l'échelle les greniers communautaires villageois (GCV)

Les greniers communautaires sont des petits entrepôts mis en place au sein d'une communauté, et servant à stocker des produits agricoles pour disposer de denrées tout au long de l'année notamment durant la période de soudure.

Promouvoir les équipements et infrastructures de stockage pour réduire les pertes post-récolte auprès des ménages

Il est possible de lutter contre le gaspillage alimentaire en mettant en place des infrastructures de stockage. Cette approche complètera les activités d'éducation nutritionnelle et les formations sur les techniques de conservation des denrées alimentaires.

Créer des unités de transformations locales pour renforcer la conservation et la transformation des produits agricoles afin de réduire les pertes post-récoltes et créer de la valeur ajoutée notamment les aliments infantiles

Des quantités importantes de produits pourrissent dans les zones productrices faute de circuits de commercialisation. Le renforcement de la mise en place des structures de conservation et de transformation diminuerait ces pertes mais aussi apporterait des valeurs ajoutées à la production locale.

Le niveau de conservation, de stockage et de transformation alimentaire est très faible dans les zones rurales en général. Les produits agricoles sont souvent utilisés frais, à cause du manque de connaissance sur les procédés de transformation et l'inaccessibilité des matériels. Des pratiques locales de fabrication de farines infantiles fait maison existe, mais à des échelles différentes. L'idée, est de pouvoir identifier et transformer (séchage, broyage...) les produits agricoles locaux à haute valeur nutritive, pour pouvoir les conserver et les stocker pour une utilisation facile ultérieure sous forme d'aliments nutritifs préparés pour les enfants en renforçant les pratiques existantes des ménages et appuyer pour de nouvelles pratiques adaptées aux communautés.

Promouvoir l'entrepreneuriat des jeunes et des femmes orienté vers les systèmes alimentaires

Le chômage touche davantage les femmes et les jeunes que les hommes : six personnes en chômage sur dix sont des femmes, la moitié des femmes en chômage étant des jeunes. Cependant, les femmes et les jeunes sont les piliers du développement et de la

sécurité alimentaire. Pour que Les capacités de production alimentaire des organisations paysannes et des ménages soient plus résilientes face aux divers aléas de production et de commercialisation.

Appuyer les petites entreprises et industries œuvrant dans les activités de fabrication des produits nutritifs et de transformation de denrées à Haute Valeur Nutritionnelle (HVN)

La transformation des aliments est souvent promue afin de générer des revenus. En plus des choix sur les techniques de transformation, cibler les aliments riches en nutriments (comme des entreprises de transformations de produits laitiers villageois et intégrer des éléments d'éducation nutritionnelle assureront que le revenu supplémentaire supporte la nutrition.

Former les Agents agricoles sur les qualités exigées par les cahiers de charges des industriels

Les bénéficiaires cibles sont les petits agriculteurs y compris les organisations paysannes. Ce programme, mis en œuvre avec succès, encouragera la production de revenus plus importants pour les petits agriculteurs et permettra d'avoir une chaîne d'approvisionnement mieux intégrée. De ce fait, l'approvisionnement de produits agricoles est amélioré et les normes de qualité du marché sont respectées afin que les agents agricoles aient accès aux marchés en expansion offerts par les acheteurs.

Intégrer la nutrition dans les services agricoles de proximité

Dans le contexte où les petites exploitations familiales sont majoritaires, les services agricoles de proximité jouent un rôle important dans la mise en place de services adaptés aux besoins des producteurs. Par des packs d'offres de service adaptés, ils mènent des vulgarisations agricoles sensibles à la nutrition pour les communautés rurales. Pour être sensibles à la nutrition, les agents doivent être formés sur la nutrition



Faciliter l'accès et la mise en relation des petits producteurs avec le marché

L'approche consiste à « relier les agriculteurs aux marchés » englobe toute une série d'activités, des plus modestes et localisées aux plus importantes. Le concept privilégie cependant le développement à long terme des relations d'affaires par rapport au soutien des ventes ponctuelles. A un niveau plus complexe, les acteurs identifient les marchés pour des produits donnés et organisent les agriculteurs en groupements pour approvisionner en marchés.

Promouvoir la mise en application des normes et textes réglementaires sur la sécurité sanitaire des aliments

Les produits alimentaires dans le commerce sont parfois non conformes aux normes sanitaires relatives à la consommation. Ainsi le renforcement du respect du cadre légal relatif aux normes sanitaires régissant les produits destinés à la consommation est de mise.

Il s'agit ici du renforcement de l'application des Cadres réglementaire existants :

- Loi n°2015-014 sur les garanties et la protection des consommateurs
- Décret n°2006-619 du 22 Août 2006 portant création du Comité National du Codex Alimentarius sous tutelle du Ministère du Commerce et de la Consommation

Faciliter l'accès des ménages au financement agricole à travers les institutions financières ou épargnes communautaires :

A Madagascar, l'accès au crédit et au microcrédit agricole reste problématique, notamment pour les petites exploitations les plus vulnérables et en milieu rural. En effet, l'offre de crédit agricole reste très limitée et les conditions d'accès sont compliquées pour la plupart des producteurs.

Tableau 9 : Activités pour promouvoir l'accès à une alimentation saine, équilibrée, diversifiée et nutritive

ACTIVITES	Résultats attendus d'ici 2026
Renforcer les programmes nationaux d'intensification et de diversification agricole et alimentaire	Augmenter de 35% la productivité du secteur agricole surtout des fruits et légumes, les légumineuses sèches et le lait de vache
	Augmenter de 5,9 à 6,9 le score de diversité alimentaire des ménages
Développer la diversification Agricole en intégrant la culture des produits à haute valeur nutritive	Augmentation de 10% de production par année pour chaque groupe d'aliments

ACTIVITES	Résultats attendus d'ici 2026
Développer l'élevage à cycle court pour favoriser la consommation de protéines d'origine animale	Augmentation de 20% des ménages cibles adoptant l'élevage à cycle court
Développer l'aquaculture et la pêche pour la production d'aliments d'origine animale en soutien aux régimes alimentaires sains	Augmentation de 10% des ménages cibles pratiquant l'aquaculture et la pêche
Mettre en œuvre des actions d'envergure pour la fortification de masse à l'échelle industrielle et la biofortification au profit de la population	2 variétés de produits biofortifiés cultivés et/ou vulgarisés Au moins 2 nouveaux aliments fortifiés sont disponibles
Mettre à l'échelle les greniers communautaires villageois (GCV)	Au moins 20% des Fokontany en milieu rural ont des GCV en place et fonctionnels
Promouvoir les équipements et infrastructures de stockage pour réduire les pertes post-récolte auprès des ménages	Augmentation de 10% des ménages cibles ayant accès aux équipements et/ou aux infrastructures de stockage
Créer des unités de transformation locales pour renforcer la conservation et la transformation des produits agricoles afin de réduire les pertes post-récoltes et créer de la valeur ajoutée notamment les aliments infantiles	Au moins 10 unités locales créées au niveau de chaque district
Promouvoir l'entrepreneuriat des jeunes et des femmes orientées vers les systèmes alimentaires	Au moins 50% des entrepreneurs sur toutes les chaînes de valeur agricoles sont des jeunes et/ou des femmes
Appuyer les petites entreprises et industries œuvrant dans les activités de fabrication des produits nutritifs et de transformation de denrées à Haute Valeur Nutritionnelle (HVN)	Au moins 2 nouveaux produits nutritifs sont disponibles Au moins 10 petites entreprises et industries qui transforment de denrées à Haute Valeur Nutritionnelle (HVN)
Former les Agents agricoles sur les qualités exigées par les cahiers des charges des industriels	50% des Agents agricoles sont formés sur les qualités exigées par les cahiers des charges des industriels
Intégrer la nutrition dans les services agricoles de proximité	50 % des Agents agricoles de proximité sont formés sur la nutrition
Faciliter l'accès et la mise en relation des petits producteurs avec le marché	Au moins 100 contrats pour les petits producteurs sont établis

ACTIVITES	Résultats attendus d'ici 2026
Promouvoir la mise en application des normes et textes règlementaires sur la sécurité sanitaire des aliments	<p>Au moins 5 normes vulgarisées sur les denrées alimentaires</p> <p>L'étiquetage des denrées alimentaires intègre l'aspect nutrition (oui/non)</p> <p>10% des denrées alimentaires produits localement étiquetés respectant les textes règlementaires</p>
Faciliter l'accès des ménages au financement agricole à travers les institutions financières ou épargnes communautaires	20% des ménages ont un accès au financement agricole à travers les institutions financières ou épargnes communautaires
Mettre en œuvre des actions d'envergure pour la fortification de masse à l'échelle industrielle et la biofortification au profit de la population	<p>Au moins 90% du sel produits à Madagascar est adéquatement iodé et fluoré ;</p> <p>Au moins 90% des ménages ont accès et consomment du sel adéquatement iodé et fluoré</p>

Intervention 2 : Promouvoir une production résiliente face au changement climatique Vulgariser les techniques d'Agriculture intelligente adaptés au climat

L'agriculture intelligente face au climat englobe des pratiques et des technologies qui visent à accroître durablement la productivité, soutenir les exploitants dans leur adaptation au changement climatique et réduire les niveaux des émissions de gaz à effet de serre. Elle peut aussi aider les gouvernements à atteindre leurs objectifs en termes de sécurité alimentaire et de réduction de la pauvreté à l'échelle nationale.

Promouvoir les techniques agricoles permettant la conservation des nutriments dans les produits agricoles

Définir la quantité nécessaire aux plantes et optimiser le calendrier et les techniques d'épandage des éléments nutritifs pour correspondre à ces besoins peut être bénéfique sur le plan économique tout en ayant un effet positif sur la santé humaine et sur l'environnement, y compris sur la fertilité des sols. Fournir des informations pratiques aux agriculteurs, permettra de réduire ou de prévenir les pertes de nutriments. Il s'agira d'informer également les agriculteurs sur les possibles manières d'améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources au travers de bonnes pratiques à mettre en place dans leurs exploitations.

Tableau 10 : Activités pour promouvoir une production résiliente face au changement climatique

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Vulgariser les techniques d'Agriculture intelligente adaptés au climat	Augmentation de 20% des ménages ayant adopté au moins une technique d'agriculture intelligente adaptée au climat
Promouvoir les techniques agricoles permettant la conservation des nutriments dans les produits agricoles	Augmentation de 20% des ménages adoptant les techniques agricoles permettant la conservation des nutriments dans les produits agricoles

Intervention 3 : Assurer la sécurisation alimentaire et nutritionnelle dans le grand Sud

Elaborer une stratégie spécifique pour le développement Agricole assurant une alimentation diversifiée dans le Grand Sud :

Plusieurs projets ont déjà initié des activités d'appui à la diversification alimentaire dans le Sud. Afin d'éviter les fragmentations des actions, il est important de favoriser l'approche pôles de développement où les filières sensibles à la nutrition sont développées avec une mobilisation de toutes les parties prenantes et la collaboration Partenariat-Public-Privé. Cette démarche privilégie la planification conjointe des acteurs en mettant en valeur les liens entre l'urgence – développement et le nexus humanitaire-développement-paix pour la nutrition.

Une stratégie plus harmonisée est donc nécessaire pour assurer un relèvement local plus durable et mener des actions convergentes selon les zones de planification des projets intéressés.

Mettre en œuvre la stratégie pour le développement Agricole assurant une alimentation diversifiée dans le Grand Sud

L'élaboration de la stratégie permettra la mise en action de chaque programme défini, notamment le développement global du système agricole, l'utilisation de semences améliorées, l'aménagement de nouveaux périmètres irrigués, le reboisement pour créer des microclimats ou l'élaboration d'un cadre stratégique en matière de gestion durable des terres.

Tableau 11 Activités pour assurer la sécurisation alimentaire et nutritionnelle dans le grand Sud

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Elaborer une stratégie spécifique pour le développement Agricole assurant une alimentation diversifiée dans le Grand Sud	Une stratégie harmonisée pour la diversification alimentaire dans le Grand Sud est disponible
Mettre en œuvre la stratégie pour le développement Agricole assurant une alimentation diversifiée dans le Grand Sud	80% des activités définies dans la stratégie sont mises en œuvre



6.5. Système eau, assainissement et hygiène pour la nutrition

Le système d'eau, assainissement et hygiène comprend les politiques, les programmes, les services et les acteurs qui interviennent dans l'utilisation adéquate de l'assainissement, l'amélioration de l'hygiène (lavage des mains avec du savon, hygiène alimentaire et autres) et de la qualité de l'eau au niveau des ménages pour améliorer le statut nutritionnel des mères et des enfants en bas âge.

Les études récentes montrent clairement que l'eau potable est la clé d'une bonne alimentation, et un assainissement sûr protège les enfants des infections (diarrhées et vers intestinaux) et de l'entéropathie, garantissant que leur corps peut utiliser pleinement les nutriments (51). Il est aussi important d'intégrer, promouvoir et soutenir l'hygiène et l'assainissement dans les communautés, les établissements de santé et les écoles.

Par ailleurs, comme déjà cité dans les systèmes alimentaires, le système EAH appuie la construction, la réhabilitation des infrastructures améliorées d'eau, d'assainissement et d'Hygiène ainsi que la gestion rationnelle de l'eau pour l'irrigation, l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène à travers les technologies et approches performantes adaptées aux contextes.

D'ici 2030, le système de l'eau, assainissement et hygiène pour la nutrition assura un environnement favorable à la nutrition en diminuant l'incidence des maladies liées aux manques d'hygiène, d'eau insalubre et à l'assainissement inadéquate.

Le système d'eau, assainissement et hygiène comprennent, entre autres, le secteur de la santé, le secteur alimentaire et le secteur éducation.

6.5.1. Objectifs du Système eau, assainissement et hygiène pour la nutrition

D'ici 2026

- Augmenter la proportion de la population ayant accès aux services d'alimentation en eau potable élémentaire (de base) de 47% à 60% ;
- Augmenter la proportion de la population ayant accès aux services d'assainissement élémentaire (de base) de 30% à 55% ;
- Augmenter la proportion de la population ayant accès aux services d'hygiène de base de 21% à 45% ;
- Augmenter de 10% le nombre de CRENA, CRENI bénéficiant des services clés EAH.
- Augmenter de 10% le nombre de sites communautaires de nutrition bénéficiant des services clés EAH.
- Augmenter de 1% le nombre de ménages pratiquant l'approche MUSE.

6.5.2. Considération de genre du système eau, assainissement et hygiène pour la nutrition

Les opérateurs des services d'eau et d'assainissement s'accordent sur la nécessité d'incorporer la perspective du genre en se basant sur des observations pertinentes. Les femmes et les filles sont souvent les principales pourvoyeuses, gestionnaires et utilisatrices de l'eau dans les ménages, mais aussi les gardiennes des normes d'hygiène dans les foyers.

Une représentation équitable en matière de gestion des services d'eau contribuera à promouvoir activement le rôle des femmes dans le service d'approvisionnement en eau en milieu rural, au-delà de leur statut de simples bénéficiaires. Cela leur accordera une place dans le fonctionnement et la gestion des services.

Il est recommandé de recourir aux meilleures pratiques en termes de genre dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène.

6.5.3. Logique d'intervention du système eau, assainissement et hygiène pour la nutrition

Pour parer à cette situation, Madagascar dispose d'une stratégie EAH-Nutrition afin de maximiser l'impact des projets de lutte contre la malnutrition grâce aux interventions du secteur Eau, Assainissement et Hygiène, à Madagascar.

Intervention 1 : Améliorer l'accès de la population à l'eau potable surtout des ménages avec enfants en bas âge

Il a été démontré que le traitement et le stockage sûr de l'eau potable dans les foyers réduisent de 30 à 40 % le risque de maladie diarrhéique. Des stratégies simples et peu coûteuses peuvent réduire considérablement le contenu microbien de l'eau et entraîner des réductions de morbidité des maladies diarrhéiques. Le traitement de l'eau à la maison peut se faire de plusieurs façons : chloration ; ébullition; désinfection solaire (SODIS) par la chaleur et les rayons UV; filtration avec différents types de filtres; et coagulation chimique combinée, floculation et désinfection. Toute l'eau traitée doit être stockée dans un récipient propre et approprié avec un goulot étroit et un robinet et un couvercle. L'accès

à des services de traitement de l'eau et la volonté de payer pour la qualité de l'eau affectent également le respect de l'utilisation correcte.

La durabilité de l'accès à l'eau au niveau communautaire, nécessite entre autres un plan de gestion communautaire de la sécurité sanitaire de l'eau. Une stratégie de changement de comportement dans ces sens est fortement recommandée comme mesure accompagnateur.

Tableau 12 : Activités pour améliorer l'accès de la population à l'eau potable surtout des ménages avec enfants en bas âge

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Renforcer la gestion de l'eau par les femmes : gestion des ressources en eau et le traitement de l'eau	50% des membres des comités de gestion des ressources en eau fonctionnels sont des femmes
La réhabilitation des infrastructures en eau potable	Au moins 60 % de taux de desserte en eau potable
Les ménages (surtout avec des enfants de bas âges) appliquent au moins l'un des trois techniques de base de traitement de l'eau	80% des ménages appliquent au moins une des trois techniques de base de traitement de l'eau

Intervention 2 : Améliorer l'accès de la population à l'assainissement au niveau des ménages et communautaires

Pour l'amélioration de l'assainissement (CLTS, marketing sanitaire, PHAST), il a été démontré que la réhabilitation ou construction de latrines familiales améliorées (pas de mouches, d'excréments ou d'odeurs) avec des installations de lavage des mains et que la distribution de trousse d'entretien des latrines familiales (gants, seau, brosse, pelle, petit pot local pour cendres) participe à la prévention et au contrôle de maladies infectieuses telles que le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies tropicales négligées telles que le trachome, la dengue, le chikungunya, sont associées à une diminution de l'immunité et de la sous-alimentation.

Tableau 13 : Activités pour améliorer l'accès à l'assainissement au niveau des ménages et communautaires

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Promouvoir l'état sans Défécation à l'Air Libre (FDAL)	100% de Malagasy – ont abandonné la défécation à l'air libre
Sensibiliser à l'utilisation de latrines améliorées	10 % des ménages utilisent des latrines améliorées
Promouvoir l'accès aux services d'assainissement élémentaire (de base)	Proportion de la population ayant accès aux services d'assainissement élémentaire (de base) augmenté de 30% à 55%

Intervention 3 : Améliorer l'accès de la pratique de l'hygiène par la population surtout au niveau des ménages et des institutions publiques

Promouvoir la pratique des 4H au niveau des ménages et des institutions à savoir : l'hygiène corporelle incluant le lavage des mains avec du savon, l'hygiène alimentaire, l'hygiène domestique et l'hygiène environnementale. Le lavage des mains prévient efficacement la diarrhée lorsqu'il est fait correctement et à des moments critiques (avant de préparer de la nourriture et de manger ; après avoir déféqué, nettoyé un bébé ou changé une couche) et au niveau des écoles, promouvoir en plus après avoir joué). La bonne technique consiste à utiliser du savon ou un substitut efficace comme de la cendre, à se frotter au moins trois fois les paumes et dos des mains, les doigts, les inter-doigts, à les rincer à l'eau courante et à les sécher sur un chiffon propre ou à l'air. Une méta-analyse des études sur le lavage des mains menées dans les pays en développement a conclu que le lavage des mains peut réduire de 42 % le risque de diarrhée dans la population générale.

Utiliser l'école et les formations sanitaires, même avec des moyens simples, pour promouvoir la pratique des messages clés d'EAH, favorise la promotion de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène et le changement de comportement.

L'EAH contribue à la réduction des maladies liées au défaut de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène et du coût de prise en charge, l'amélioration des performances scolaires, et l'amélioration du bien-être et de l'environnement scolaire.

Pour les enfants atteints de la malnutrition aiguë sévère sans complication pris en charge au niveau des centres de santé de base (CRENI) , il convient de s'assurer que les conditions minimum EAH dans les centres sont respectées : accès aux services d'eau et d'assainissement élémentaire ou de base et que les besoins en hygiène soient couverts ; Un environnement sain, avec nettoyage des surfaces et des sols, l'accès à des latrines, à des dispositifs de lavage des mains avec du savon et à des douches, la gestion des déchets ; un traitement et conservation de l'eau de boisson - Hygiène alimentaire / préparation des aliments. Les services de base d'accès à l'eau et à l'assainissement ainsi que les dispositifs pour l'hygiène doivent aussi être présents au niveau communautaire et au niveau ménage.

Les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère avec complication sont hospitalisés pour recevoir un traitement thérapeutique intensif au niveau des centres hospitaliers (CRENA). Le maintien de l'environnement sain doit être obtenu non seulement dans ces centres de prise en charge mais surtout à leur domicile, où les enfants malnutris vont passer l'essentiel de leur temps. On cherchera donc à favoriser en priorité les bonnes conditions environnementales à domicile : - Encourager l'hygiène domiciliaire (environnement sain, avec hygiène/nettoyage des surfaces et des sols, séparation des animaux domestiques des lieux de vie, accès à des latrines et la gestion sécurisée des fèces des enfants, lavage des mains aux 5 moments clés, aires de jeu sécurisée et propres pour les enfants, etc.) - Promouvoir le traitement et la conservation de l'eau de boisson - Promouvoir l'hygiène alimentaire et la préparation sécurisée des aliments.

La contamination de l'environnement domestique par des excréments d'animaux et d'humains peut souvent être trouvée dans les ménages à revenu faible. En effet, la contamination fécale des environnements de jeu et d'alimentation des enfants constitue

un risque constant et cumulatif pour la santé pendant la période critique de croissance et de développement de l'enfant. Dans un cadre familial, un poste de lavage des mains ou d'autres produits habilitants comme les « robinets à bascule » devrait être situé à proximité des latrines ou de l'aire de préparation des aliments. Les stations de lavage des mains influencent les possibilités d'adopter un comportement, peu importe leur capacité et leur motivation à le faire. Par conséquent, les interventions EAH des ménages qui abordent les comportements d'hygiène en empêchant les enfants de consommer de la nourriture et de l'eau contaminée sont essentielles pour assurer un bon résultat nutritionnel.

Tableau 14 : Activités pour améliorer l'accès à l'hygiène au niveau des ménages et des établissements publics

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Promouvoir le lavage des mains avec du savon	45 % des ménages ont des dispositifs de lavage des mains avec du savon 54% des formations sanitaires ont des dispositifs de lavage des mains avec du savon 25% des écoles publiques ont des dispositifs de lavage des mains avec du savon
Mise en place d'un mécanisme d'intégration pour promouvoir les pratiques EAH au niveau des institutions publiques	Un mécanisme d'intégration est mis en place pour promouvoir les pratiques EAH au niveau des institutions publiques
Promouvoir l'hygiène alimentaire, corporelle, domestique et environnementale	45 % de la population adoptent la bonne pratique d'hygiène alimentaire, corporelle, domestique et environnementale
Elaborer et publier le code municipal d'hygiène au niveau des chefs-lieux de Région	Les 23 chefs-lieux de Région ont un code municipal d'hygiène
L'approche « Amie de WASH » des formations sanitaires et des écoles est adoptée dans toutes les régions	50% des formations sanitaires à CRENIS, CRENAS ont adopté l'approche Amie de WASH 60% des écoles ont adoptées l'approche Amie de WASH
Promouvoir les entités « Amie de WASH » dans les gargotes pour promouvoir les messages clés EAH	Au moins 90% de nouvelles gargotes dans les endroits stratégiques adoptent le concept « Amie de WASH »
Promouvoir la salubrité des aliments pour les enfants dans les hotelin-jaza	Au moins 90% des hotelin-jaza obtiennent la certification d'autorisation sanitaire par le régulateur
Sensibiliser les ménages à la gestion des ordures ménagères	30% des ménages adoptent la gestion des ordures ménagères

Intervention 3 : Améliorer l'accès de la population à l'assainissement surtout au niveau des ménages et communautaires

Pour l'amélioration de l'assainissement (CLTS, marketing sanitaire, PHAST), il a été démontré que la réhabilitation ou construction de latrines familiales améliorées (pas de mouches, d'excréments ou d'odeurs) avec des installations de lavage des mains et que la distribution de trousseaux d'entretien des latrines familiales (gants, seau, brosse, pelle, petit pot local pour cendres) participe à la prévention et au contrôle de maladies infectieuses telles que le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies tropicales négligées telles que le trachome, la dengue, le chikungunya, sont associées à une diminution de l'immunité et de la sous-alimentation.

Tableau 15 : Activités pour améliorer l'accès de la population à l'assainissement au niveau des ménages et communautaires

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Promouvoir l'état sans Défécation à l'Air Libre (FDAL)	100% de Malagasy – ont abandonné la défécation à l'air libre
Sensibiliser à l'utilisation de latrines améliorées	10 % des ménages utilisent des latrines améliorées

Intervention 4 : Augmenter le nombre de sites communautaires de nutrition bénéficiant des services et pratiques clés EAH

La présence au niveau local des sites communautaires de nutrition où sont basés les CRENAM contribue indéniablement à la lutte contre la malnutrition à travers les activités de prévention et la prise en charge des enfants atteints de malnutrition aiguë modérée afin de prévenir la sévérité de la malnutrition et le risque de mortalité. La disponibilité des services de base en eau et assainissement ainsi que les activités de promotion de pratique de l'hygiène au niveau de ces sites constituent également un complément indissociable à la lutte contre la malnutrition et favorise un changement de comportement aussi bien en EAH qu'en nutrition au niveau des ménages et au sein de la communauté. Les femmes et les enfants moins de cinq ans sont les cibles prioritaires des sites communautaires. Un plaidoyer à plusieurs niveaux serait à prioriser pour assurer la mise en place des services EAH dans ces sites communautaires, là où on assure la récupération et l'éducation nutritionnelle surtout à titre préventif.

Tableau 16 : Activités pour augmenter le nombre de sites communautaires de nutrition bénéficiant des services et pratiques clés EAH

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Sensibiliser les responsables au niveau local sur l'importance de mettre en place des services d'EAH dans les sites communautaires de nutrition	Augmentation de 10% des communes qui inscrivent dans leur PLD la mise en place des services EAH dans les sites communautaires de nutrition

Sensibiliser les partenaires techniques et financiers sur l'importance de mettre en place des services d'EAH dans les sites communautaires de nutrition	Au moins 25% des PTFs mettent en place des services EAH dans les sites communautaires de nutrition
Promouvoir les services EAH dans les sites communautaires de Nutrition	Augmentation de 10% du nombre de sites communautaires de nutrition bénéficiant des services clés EAH
Promouvoir l'éducation nutritionnelle en intégrant les thèmes liés à l'EAH dans les sites communautaires	Au moins 70% des femmes ou mères fréquentant les sites communautaires adoptent les messages apportés par les AC en termes de pratiques clés en EAH

Intervention 5 : Améliorer la pratique du MUS/MUSE au niveau des zones bénéficiant des adductions d'eau

L'approche à usage unique dans l'exploitation et la gestion de l'eau ne reflète pas les réalités sur les besoins et la consommation d'eau de la population, particulièrement les populations pauvres et les groupes les plus défavorisés, surtout en milieu rural. En réalité, les gens utilisent aussi l'eau pour des fins domestiques et pour d'autres activités telles que l'irrigation des jardins potagers, l'élevage, la pêche, la gestion des petites entreprises et toutes autres initiatives pour répondre aux besoins des ménages. L'approche mondialement connu sous le nom de MUS (Multiple Uses water Services) appelé aussi MUSE (Multiple USages de l'Eau) peut maximiser les avantages sur la nutrition et la sécurité alimentaire (la disponibilité de l'eau permet aux différents types de culture qui assureront la sécurité alimentaire et l'amélioration des revenus) , la santé (l'eau potable améliore et consolide la santé, l'hygiène) et sur le potentiel productif avec de l'eau fournie ou disponible (la plupart des activités des usagers dépendent de l'eau et la disponibilité de l'eau mène aux augmentations des revenus). Les systèmes qui répondent à des usages multiples sont ainsi plus susceptibles d'être durables, parce que les utilisateurs bénéficient plus de services et ont une plus grande participation dans l'utilisation de l'eau, et sont plus disposés à leur pérennisation, facteur clé du développement.

Tableau 16 : Activités pour améliorer l'adoption de l'approche MUS/MUSE au niveau des ménages et communautaires

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Sensibiliser la population sur l'importance du MUS/MUSE pour la nutrition	10% des ménages bénéficiant des systèmes d'adduction d'eau sont sensibilisés en approche MUS/MUSE
Promouvoir l'adoption de l'approche MUS/MUSE	Augmentation de 1% du nombre de ménages pratiquant l'approche MUS/MUSE au niveau des zones bénéficiant des systèmes d'adduction d'eau



6.6. Système éducation pour la nutrition

Le système éducation pour la nutrition comprend les politiques, programmes, services et acteurs qui assurent l'accès d'une population à l'éducation. Il offre de nombreuses infrastructures — notamment des écoles maternelles, primaires et secondaires — pour aider les enfants à acquérir des connaissances, à développer des compétences et à réaliser leur droit d'apprendre. Il s'agit donc d'une plateforme importante pour améliorer l'alimentation des enfants, fournir des services de nutrition et encourager des pratiques nutritionnelles positives chez les enfants, les adolescents et les familles. Il vise à mettre à échelle le paquet complet d'interventions clés en matière d'Alimentation et Nutrition Scolaire (ANS) qui comprend :

- L'alimentation scolaire
- L'intégration des thèmes sur l'éducation nutritionnelle à l'école
- Le paquet Santé
- Le paquet Eau – Assainissement – Hygiène
- Le paquet Agriculture incluant les jardins scolaires et communautaires.

La complétude du paquet est requise afin d'assurer l'intégration des interventions et obtenir un effet optimal.

L'objectif général du système éducation pour la nutrition est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et nutritionnel des élèves afin d'assurer leur développement cognitif et leur croissance physique, leur permettant de poursuivre le cycle de scolarisation et pour l'atteinte de l'ODD 2.

Le système éducation pour la nutrition s'associe aux secteurs de l'eau, assainissement et hygiène ; de la santé, de l'Agriculture et de la protection sociale.

6.6.1. Objectifs du système éducation pour la nutrition

D'ici 2026 :

- 25% des écoles primaires publiques mettent en œuvre le paquet complet d'interventions clés en matière d'Alimentation et Nutrition Scolaire (ANS)
- Réduire le taux d'anémie chez les filles 5-19 ans de 27,8% à 21,7%
- Diminuer de 28,3% à 21,3% la proportion d'adolescentes de 15-19 ans avec une Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5 kg/m²

6.6.2. Considération de genre dans le système éducation pour la nutrition

Le droit à l'éducation est inscrit dans la Constitution de la République de Madagascar. La Politique Générale de l'Etat (PGE) met de l'avant l'intention du pays à réduire les inégalités entre les genres dans l'éducation.

Investir davantage dans l'éducation des filles accroît spécifiquement leur bien-être individuel et social, ce qui est l'un des objectifs ultimes de toute action de développement.

Développer et améliorer l'éducation des filles et des femmes facilite l'accès de ces dernières aux activités qui permettent d'améliorer leurs revenus. Par exemple, dans le cas des femmes travaillant dans l'agriculture, l'éducation aide celles-ci à augmenter sensiblement leur productivité, majorant ainsi les revenus des ménages et réduisant la malnutrition et la pauvreté.

L'impact de l'éducation des femmes sur la fécondité est également bien connu puisqu'elle est associée à de nettes réductions du nombre d'enfants. Cela peut être renforcé par l'éducation des jeunes et des adolescentes en santé de la reproduction dans les milieux scolaires et non scolarisés. Ces mesures ont aussi un impact positif sur la croissance économique en diminuant la proportion de personnes qui constituent des charges pour d'autres dans la population.

6.6.3. Logique d'intervention du système éducation pour la nutrition

A Madagascar, le programme d'alimentation scolaire a connu une évolution au fil du temps qui l'amène aujourd'hui à être clairement reconnu comme étant l'un des moyens les plus efficaces permettant de soutenir la scolarisation et le maintien des enfants à l'école. Le pays dispose d'un Plan National d'Alimentation et de Nutrition Scolaire 2020 – 2024 (PNANS III). Le paquet complet d'interventions clés en matière de Nutrition et Alimentation Scolaire (NAS) comprend l'alimentation scolaire, l'intégration des thèmes sur

l'éducation nutritionnelle à l'école, le paquet Santé, le paquet WASH in School, et le paquet Agriculture incluant les jardins scolaires et communautaires. En 2017 – 2018, un peu moins de 7% des écoles primaires publiques Malagasy bénéficient d'une cantine. En 2020, 1 776 écoles primaires, sur les 25 540 que compte le pays, ont une cantine scolaire. Environ 7% de ces cantines scolaires sont sous la tutelle du MEN, alors que 15,5% sont autogérées, c'est-à-dire organisées et subventionnées par les communautés.

En 2015, 57,9% de la population en âge d'être scolarisé à Madagascar, ce qui représente 4 351 971 enfants âgés de 6 à 18 ans, a souffert de retard de croissance avant l'âge de 5 ans (Le coût de la faim à Madagascar, 2015). Pour les activités nutritionnelles en milieu scolaire inscrits dans le PNAMN et le PNANS III, la supplémentation en micronutriments des enfants d'âge scolaire s'est faite dans les EPP avec une campagne annuelle de déparasitage dans toutes les écoles et la supplémentation en Fer Acide Folique (FAF) dans les écoles appuyées par les partenaires.

Intervention 1 : Renforcer le paquet de la nutrition en milieu scolaire

Mise en place de Cantine Scolaire au niveau des établissements Primaires Publics (EPP) :

L'offre de repas sains et diversifiés à l'école a non seulement une incidence directe sur l'état nutritionnel des enfants, mais elle les aide à adopter des habitudes alimentaires saines qui peuvent être maintenues tout au long de leur vie. On peut s'attendre à des impacts nutritionnels positifs à long terme puisque l'alimentation scolaire et les actions complémentaires mènent à des résultats éducatifs et cognitifs améliorés, qui ont des avantages intergénérationnels (le niveau d'éducation des enfants est un déterminant important de la croissance de l'enfant mesuré par le retard de croissance).

Supplémenter en fer et en acide folique les enfants d'âge scolaire et les adolescentes :

L'anémie ferriprive chez les enfants a été associée à une augmentation de la morbidité chez les enfants et à une diminution du développement cognitif et des performances scolaires. Les enfants sont particulièrement vulnérables à l'anémie due à leurs besoins accrus en fer dans les périodes de croissance rapide, en particulier dans les 5 premières années de la vie.

La supplémentation quotidienne en fer chez les enfants de 5 à 12 ans est associée à un risque plus faible d'anémie, de carence en fer et d'anémie ferriprive chez les enfants de 5 à 12 ans.

Les adolescentes non enceintes sont particulièrement à risque de carence en fer et d'anémie, en raison de leurs pertes de fer dues aux menstruations et de la faible teneur en fer de leur alimentation. Une supplémentation intermittente en fer et en acide folique (c'est-à-dire une, deux ou trois fois par semaine) s'est avérée efficace, sûr et plus acceptable que la supplémentation quotidienne pour améliorer les concentrations d'hémoglobine chez les adolescentes menstruées et réduire leur risque d'anémie.

Déparasiter les enfants d'âge scolaire et les adolescentes :

Le schistosome et les infestations d'helminthes transmises par le sol sont parmi les infections

les plus courantes dans les pays en développement et peuvent causer des saignements internes (conduisant à l'anémie), une malabsorption des nutriments, une diarrhée, des vomissements, une perte de l'appétit, et un état nutritionnel plus dommageable. Les enfants et les adolescentes infectés bénéficient considérablement du traitement antihelminthique, en termes de réduction de la charge de vers et de gain de poids et de taille. Les traitements sous vermifuges (albendazole, mébendazole et/ou Praziquantel) et la chimiothérapie préventive sont aussi bien tolérés chez les enfants de plus de 12 mois que chez les adolescentes, à des doses appropriées.

Promouvoir la consommation des aliments riches en micronutriments, saine, équilibrée, diversifiée et nutritive :

Chez les adultes et les enfants, la consommation de sucres libres devrait être réduite à moins de 10 % de l'apport énergétique total. Une réduction à moins de 5 % de l'apport énergétique total serait bénéfique pour la santé. La consommation de sucres libres augmente le risque de caries dentaires, d'un gain de poids malsain qui peut conduire au surpoids et à l'obésité. Des données récentes montrent également que les sucres libres influent sur la tension artérielle et les lipides sériques, et suggèrent qu'une réduction de la consommation de sucres libres réduit les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires

Réduire l'apport total en matières grasses à moins de 30% de l'apport énergétique total aide à prévenir la prise de poids et réduit le risque de développer des maladies non transmissibles.

Il a été démontré que consommer au moins 400 g de fruits et légumes par jour réduit le risque de maladies non transmissibles et contribue à assurer un apport quotidien adéquat en fibres alimentaires.



© UNICEF/UN043815/Amasomanana

Promouvoir les jardins potagers :

Les jardins scolaires peuvent faire partie d'une approche holistique de l'alimentation et de la nutrition à l'école qui comprend la fourniture de repas scolaires diversifiés, l'éducation nutritionnelle et des environnements scolaires sains. Cette approche intégrée peut aider à répondre aux besoins nutritionnels immédiats des écoliers et à façonner des habitudes alimentaires saines tout au long de la vie. Les jardins scolaires ne devraient pas être promus comme un moyen de fournir des aliments scolaires, mais plutôt comme un outil d'apprentissage pratique. Ils peuvent être mis en œuvre dans le contexte de programmes complets et culturellement adaptés en matière de nutrition et de sensibilisation à la santé, qui offrent des possibilités d'apprentissage sur les régimes alimentaires sains, l'activité physique, l'hygiène personnelle, et les comportements axés sur la santé.

Effectuer des visites médicales à l'entrée du premier cycle de l'enseignement de base au niveau des écoles (carnet de santé) :

Le parcours éducatif de santé comprend la visite médicale obligatoire à l'entrée et à la sortie du premier cycle de l'enseignement de base et les activités de dépistage, de supplémentation et de déparasitage qui sont traitées dans le Paquet Santé.

Le suivi médical comporte un examen général incluant l'évaluation de l'état nutritionnel par le biais de l'examen clinique et l'anthropométrie. Il permet une classification de l'état nutritionnel de chaque élève à travers l'interprétation des résultats de l'examen clinique d'une part (appréciation notamment de l'état d'anémie) et de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) pour l'âge.

Le carnet de santé informe de l'état de santé de chaque élève en vue de suivis médicaux et nutritionnels systématiques. Vaccinations, consultations médicales, traitements divers à suivre et autres sont relevés dans ce Carnet de Santé de l'élève (52).

Intégration des thèmes relatifs à la nutrition dans la pratique en classe :

Des programmes scolaires à composantes multiples visent à protéger, promouvoir et soutenir des régimes alimentaires sains et une bonne nutrition. En 2017, la Banque mondiale a estimé que 368 millions d'enfants et d'adolescents d'âge scolaire dans le monde ont été atteints par ces programmes.

Des données probantes ont démontré une amélioration du poids parmi les enfants des pays à faible revenu qui ont participé à des programmes d'alimentation scolaire.

Les programmes d'alimentation scolaire peuvent être conçus pour soutenir les résultats nutritionnels. L'offre de repas sains et diversifiés à l'école a non seulement une incidence directe sur l'état nutritionnel des enfants, mais elle les aide à adopter des habitudes alimentaires saines qui peuvent être maintenues tout au long de leur vie.

Promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SRAJ) au niveau des écoles :

Selon le Plan Sectoriel de l'Education 2018-2022, les parents ont assurément une place importante à assurer auprès des jeunes et notamment des jeunes filles dans leur éducation à la notion de genre et à la santé reproductive. Cependant, parler de ces sujets et notamment de la santé reproductive reste tabou dans certaines familles Malagasy, et plus particulièrement dans les zones défavorisées. Cette réticence pourrait conduire à des effets néfastes sur l'avenir des jeunes et notamment des filles (prostitution infantile, mariage précoce, esclavage moderne...), qui peut aboutir à l'abandon scolaire précoce. C'est pourquoi le MEN vise à renforcer la connaissance des parents sur la Santé Reproductive des Adolescents (SRA) dans certaines zones définies de l'île. Cette campagne de sensibilisation met l'accent sur la communication de masse et interpersonnelle par le biais de l'utilisation d'outils de communication, de la collaboration avec les radios locales et de la formation d'animateurs de proximité.

Développer une stratégie de communication nationale et régionale pour promouvoir la nutrition en milieu scolaire :

Pour obtenir de meilleurs résultats au niveau de la nutrition en milieu scolaire, l'alimentation scolaire devrait être accompagnée d'une éducation nutritionnelle (soit dans le cadre d'un programme, soit en tant qu'activité parascolaire) et d'une participation des parents à l'école et à la maison. La combinaison de l'alimentation scolaire avec des aliments locaux peut soutenir la production locale et affecter les pratiques alimentaires locales, en particulier lorsqu'elle est combinée avec des campagnes de sensibilisation et d'éducation nutritionnelle.

Campagne de Diffusion de Message en matière de nutrition et d'hygiène en utilisant les élèves comme vecteur de message :

Un examen des médias de masse et de la mHealth en tant que plateforme de fourniture d'interventions nutritionnelles suggère que les données sont très peu disponibles. Cependant, l'examen évaluant la conception, la mise en œuvre et l'efficacité des médias de masse et des interventions d'éducation nutritionnelle pour améliorer les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants suggère que les médias de masse pourraient avoir un avantage à améliorer les pratiques d'alimentation. Des interventions fondées sur les médias sociaux, comme les séances de discussions, pour améliorer les comportements nutritionnels chez les adolescents ont montré leur efficacité. Parmi les interventions efficaces, une composante de soutien social était le plus souvent utilisée comme mécanisme de changement de comportement, et les adolescents avaient tendance à augmenter la consommation d'aliments sains plus souvent qu'à diminuer la consommation d'aliments malsains.

Tableau 17 : Activités pour renforcer le paquet de la nutrition en milieu scolaire

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Mise en place de Cantine Scolaire au niveau des Etablissements Primaires Publics (EPP)	25% des établissements Primaires Publics bénéficient de cantines scolaires
Supplémenter en fer et en acide folique les enfants d'âge scolaire et les adolescentes	90% des élèves sont supplémentés en fer et en acide folique
Déparasiter les enfants d'âge scolaire et les adolescentes	90% des élèves dans les écoles primaires (EPP) sont déparasités
Promouvoir la consommation des aliments riches en micronutriments, saine, équilibrée, diversifiée et nutritive	100% des écoles avec une cantine scolaire bénéficient d'une éducation nutritionnelle
Promouvoir les jardins potagers	50 % des écoles avec une cantine scolaire ont un jardin potager
Effectuer des visites médicales à l'entrée du premier cycle de l'enseignement de base au niveau des écoles (carnet de santé)	20% des élèves bénéficient d'une visite médicale à l'entrée du premier cycle de l'enseignement de base au niveau des écoles 20% d'élèves possèdent un carnet de santé de l'élève
Intégration des thèmes relatifs à la nutrition dans la pratique en classe	100% des enseignants dans les écoles avec cantines sont formés sur l'intégration des thèmes relatifs à la nutrition dans la pratique en classe
Promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SRAJ) au niveau des écoles	25 % des écoles bénéficient d'une formation en santé sexuelle et reproductive des adolescents
Développer une stratégie de communication nationale et régionale pour promouvoir la nutrition en milieu scolaire	Un plan de communication du système éducation pour la nutrition est élaboré 50% des activités de communication réalisées
Campagne de Diffusion de Message en matière de nutrition et d'hygiène en utilisant les élèves comme vecteur de message	100 % des écoles à cantines bénéficient de Campagne de Diffusion de Message en matière de nutrition et d'hygiène 50% des écoles effectuent des campagnes dans et autour des écoles en faveur d'un environnement alimentaire sain

Intervention 2 : Renforcer la coordination intra- et intersectorielle en milieu scolaire

Mettre en place d'un protocole d'accord avec le MINSANP, le MEAH et MINAEP pour faciliter la mise en œuvre des activités relatives à la promotion de l'alimentation et l'hygiène en milieu scolaire

La PNANS III recommande de mettre en œuvre un partenariat bien structuré. Cette collaboration exige un engagement fort et des rôles et responsabilités de chaque secteur bien clarifiés. La mise en place d'un protocole d'accord avec le MSANP ; le ministère de l'eau, assainissement et hygiène (MEAH) et MAEP pour faciliter la mise en œuvre des activités relatives à la promotion de l'alimentation et l'hygiène en milieu scolaire en fait partie.

Par ailleurs, la PNANS souligne l'importance de la participation et de l'implication des communautés à l'alimentation scolaire, gage de leur appropriation du programme.

Redynamiser le Comité de Pilotage en Alimentation et Nutrition scolaire (COPILANS) :

Pour toute intervention appliquant une approche multisectorielle, une bonne coordination est indispensable afin d'assurer l'atteinte des objectifs. De même, une décentralisation des responsabilités et des moyens est de mise afin d'assurer la redevabilité des parties prenantes à tous les niveaux.

La coordination stratégique au niveau central sera dévolue à un Comité de Pilotage. Il est recommandé de rétablir l'ancien Comité de Pilotage de l'Alimentation et la Nutrition Scolaire (COPILANS) dont les Termes De Références feront l'objet d'une mise à jour. Cette entité, dirigée par la Primature, représentée par l'Office National de Nutrition (ONN), jouera le rôle de Conseil d'Administration et regroupera les intervenants en matière d'alimentation et nutrition scolaire qui seront représentés par des Points Focaux. Il s'agit des acteurs publics et privés, des Organisations de la Société Civile (OSC), etc. Le COPILANS est partie prenante au sein du CNN. Son fonctionnement sera régi par un règlement intérieur élaboré en concertation avec les membres. La redynamisation du COPILANS sera officialisée par des textes règlementaires et bénéficiera de l'appui technique et financier de l'Etat Malagasy et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

Tableau 18 : Activités pour renforcer la coordination intra- et intersectorielle en milieu scolaire

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Mettre en place un protocole d'accord avec le MSANP, le MEAH et MINAE pour faciliter la mise en œuvre des activités relatives à la promotion de l'alimentation et l'hygiène en milieu scolaire	1 protocole d'accord interministériel avec le MSANP ; le MEAH et le MINAE signé
Redynamiser le Comité de Pilotage en Alimentation et Nutrition scolaire (COPILANS)	8 réunions du COPILANS ont été effectuées



© UNICEF/UN0622801/Ralaivita

6.7. Système de protection sociale pour la nutrition

A Madagascar, le système de protection sociale couvre un large éventail de régimes contributifs et non contributifs, et divers programmes, entre autres: les Caisses de retraite, le régime d'assurances et fonds de pension, les programmes qui visent l'accès aux services sociaux de base, les programmes d'appui aux groupes pauvres et vulnérables et les programmes d'assistance sociale en faveur des groupes vulnérables spécifiques, incluant les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les enfants et les femmes (PNPS 2015).

Le système de protection sociale pour la nutrition comprend un ensemble de politiques et de programmes visant à protéger tous les individus contre la pauvreté, la fragilité et l'exclusion sociale, avec un accent particulier sur les groupes vulnérables. Le système de protection sociale peut constituer un filet de sécurité crucial pour améliorer l'alimentation et la nutrition des femmes et des enfants des familles les plus vulnérables en proposant des programmes tels que des transferts alimentaires, des bons ou des transferts en espèces qui peuvent améliorer l'accès à des aliments nutritifs et diversifiés. La Protection Sociale va de pair avec la sécurité alimentaire et la nutrition.

Par définition, le Gouvernement de Madagascar par le biais du Ministère en charge de la Protection Sociale, fournit une protection sociale pour garantir que les ménages bénéficiaires puissent satisfaire leurs besoins fondamentaux, notamment disposer de l'alimentation adéquate, nutritive et sûre pour mener une vie saine et active. Au niveau du ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme (MPPSPF), le taux de malnutrition est l'un de 7 critères pour sélectionner la région d'intervention pour bénéficier de cash transfert.

A part ces activités régulières, le MPPSPF dans sa collaboration étroite avec le FID et l'ONN, a pour attributions de :

- Construire et de réhabiliter des villages communautaires aux fins d'accueillir les ménages sans abris ;
- Construire des banques alimentaires dans le Sud de Madagascar pour la distribution des repas chauds en faveur des plus démunis ;
- Construire des espaces de bien-être à proximité des sites de nutrition pour les activités de mesures d'accompagnement ;
- Créer d'étendre des activités génératrices de revenu en vue de rehausser les conditions de vie des ménages bénéficiaires.

Les résultats attendus du système de protection sociale pour la nutrition sont de contribuer à une meilleure accessibilité des ménages, particulièrement les plus vulnérables et les femmes, aux services sociaux de base et favoriser les changements de comportements liés à la nutrition, à travers la mise en place de filets sociaux de sécurité réguliers d'ici 2030.

Malgré le taux de pauvreté et vulnérabilité l'investissement de Madagascar dans la protection sociale reste parmi les plus faibles au monde. Même en utilisant une définition très large de la protection sociale, le gouvernement malgache n'a dépensé qu'environ 0,7 % de son PIB pour la protection sociale en 2014 (ce qui comprend des dépenses importantes en matière d'assurance sociale) et se classe en fait au dernier rang de l'indice de protection sociale du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) pour l'Afrique. Cela est bien en dessous des 1,3 % du PIB correspondant au taux moyen de ce type de dépenses dans les pays à faible revenu, tel qu'estimé par l'Organisation internationale du Travail (OIT). Le Gouvernement malgache a approuvé sa Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) en 2015 et la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) 2019-2023, sous la responsabilité du Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme (MPPSPF).

Le programme phare du Gouvernement dans le cadre de la SNPS, — le Programme National de Filets Sociaux de Sécurité (PNFSS) — cible actuellement une très petite frange de la population : seulement 5 % des ménages extrêmement pauvres sont inclus dans un nombre limité de districts, bien que le Gouvernement envisage de porter ce pourcentage à 15 % d'ici 2023 (0,5 % du PIB) et à 50 % d'ici 2030 (1,5 % du PIB) (53).

Autre le programme de filets sociaux, le système national de protection sociale s'articule autour de 4 axes programmatiques :

N°	Axe	Objectif stratégique
1	Transferts sociaux	Les ménages extrêmement pauvres auront la capacité de satisfaire leurs besoins fondamentaux et auront amélioré leur résilience

N°	Axe	Objectif stratégique
2	Accès aux services sociaux de base	Il y aura une augmentation de l'accès aux services sociaux de base, surtout pour les personnes extrêmement pauvres et vulnérables ; et aux services spécialisés pour les groupes marginalisés spécifiques.
3	Renforcement des moyens de subsistance	Des ménages extrêmement pauvres auront augmenté leurs revenus et amélioré leurs conditions de vie d'une façon durable, à travers le renforcement de leurs moyens de subsistance.
4	Régime contributif	Le régime contributif sera plus viable, efficace et équitable et aura une plus grande couverture (y compris une ouverture envers le secteur informel).

6.7.1. Objectifs du système de protection sociale pour la nutrition

D'ici 2026,

- 15% des ménages en situation d'extrême pauvreté bénéficieront d'une couverture de Protection Sociale efficace.
- 11,5% des ménages en situation d'extrême pauvreté recevront des transferts monétaires réguliers.
- 3,5% des ménages en situation d'extrême pauvreté recevront de façon régulière et prévisible des T.M contre travail productif/actifs.
- 50% des ménages extrêmement pauvres bénéficiaires des transferts sociaux et des femmes enceintes auront bénéficiés d'une sensibilisation en matière de nutrition infantile.

6.7.2. Considération de genre du système de protection sociale pour la nutrition

L'intersection des inégalités et des normes de genre avec les âges et les étapes du parcours de vie signifie que les femmes et les filles sont exposées à un risque accru de pauvreté (54). Les filles et les femmes en âge de procréer sont donc plus susceptibles de vivre dans des ménages pauvres que les garçons et les hommes (55).

Malgré les avantages des systèmes de protection sociale, beaucoup ne parviennent pas à remédier aux vulnérabilités et aux inégalités liées au genre et au parcours de vie, ce qui limite son potentiel de réduction de la pauvreté. Si Madagascar n'a commencé que récemment à s'intéresser à la dimension de genre en protection sociale, des preuves de plus en plus abondantes démontrent que les impacts de ces programmes ne sont pas neutres du point de vue du genre et que la prise en compte de considérations sexo-spécifiques dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes offre un vaste potentiel de promotion de l'égalité des sexes (56).

6.7.3. Logique d'intervention du système de protection sociale pour la nutrition

Intervention 1 : Assurer la protection sociale des groupes vulnérables en matière de nutrition

En associant la protection sociale aux secteurs « productifs » et « sociaux », il est possible de développer une approche plus holistique ayant un impact plus important sur la pauvreté, la faim, l'insécurité alimentaire et la malnutrition. Lorsqu'elle est bien conçue, la protection sociale peut s'avérer très efficace pour fournir de l'aide aux familles et aux personnes à risque ou touchées par la malnutrition, en s'attaquant aux facteurs déterminants sous-jacents de la malnutrition et de l'insécurité alimentaire tout au long du cycle de vie.

Les programmes de protection sociale peuvent être des outils efficaces pour favoriser l'accès des personnes à une alimentation saine, équilibrée, diversifiée et nutritive par le biais de transferts (en nature ou en espèce), ce qui entraînent une amélioration de la consommation, tant en termes de qualité qu'en quantité. Les résultats des programmes de protection sociale pour la nutrition peuvent être optimisés à l'aide d'actions complémentaires spécifiques, telles que la promotion des aliments à haute valeur nutritionnelle, pour les groupes cibles. Par ailleurs, travailler sur les obstacles psychosociaux (normes liées au genre, xénophobie, habitudes alimentaires et de consommation) peut fournir une protection sociale en lien avec la nutrition (57).

Tableau 19 : Activités pour assurer la protection sociale des groupes vulnérables en matière de nutrition

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Promouvoir la mise en place d'un dispositif d'orientation des groupes cibles en faveur de la nutrition	7 Dispositifs d'orientation des groupes cibles en faveur de la nutrition sont mis en place Un guide pour rendre les filets de protection sociale sensibles à la nutrition est élaboré
Faciliter l'accès au financement, en particulier des femmes rurales	157 000 femmes rurales bénéficient de financement
Mettre en œuvre des programmes de transfert monétaire pour les groupes vulnérables	11,5% des ménages en situation d'extrême pauvreté (574 000 ménages) recevront des transferts monétaires réguliers
Créer des emplois temporaires (HIMO) pour les ménages vulnérables liés avec des formations sur la nutrition, l'agriculture familiale et EAH	3,5% des ménages en situation d'extrême pauvreté (123 000 ménages) recevront de façon régulière et prévisible des transferts d'argent contre travail productif/Actif

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Mettre en place des centres d'accueils en faveur des personnes en situation d'handicap (Adultes, Femmes, Enfants) en termes de protection sociale	6 centres d'accueils en faveur des personnes en situation d'handicap (Adultes, Femmes, Enfants) en termes de protection sociale mis en place

Intervention 2 : Elaborer des documents cadres de la protection sociale pour la nutrition

Madagascar dispose d'un cadre légal assez bien développé relatif à la coordination et à la supervision de la protection sociale. Les lois et décrets les plus importants et récents sont les suivants :

- Loi 2017-028 - Relative à la politique nationale de protection sociale relative au régime non contributif de Madagascar
- Décret N° 2017-327 - Portant création d'une structure de coordination des actions de protection sociale du régime non contributif.
- Décret N° 2017-844 portant création et tenue de l'annuaire des interventions et du registre des bénéficiaires dans le cadre des actions de Protection sociale du régime non contributif.
- Décret 2015-1034 portant sur la mise en place d'un cadre d'orientation générale en matière de protection sociale en faveur des ménages en situation de vulnérabilité.

Aucune des structures de coordination prévues par la loi - ni le CNPS ni le BNCAPS ni les Comités - n'ont été établie.

Tableau 20: Activités pour élaborer des documents cadres de la protection sociale pour la nutrition

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Elaborer un texte sur la protection sociale orienté vers la nutrition pour renforcer le cadre juridique existant	1 texte juridique sur la protection sociale orienté vers la nutrition est disponible.
Elaborer un guide de protection social sensible à la nutrition	Un guide des filets de protection sociale sensible à la nutrition est disponible

Intervention 3 : Renforcer la coordination intra- et intersectorielle de la protection sociale pour la nutrition

La protection sociale est coordonnée sur le plan technique par le Groupe thématique de protection sociale (GTPS) qui est présidé par le MPPSPF. Ce GTPS regroupe les Ministères concernés, les partenaires techniques et financiers (PTF) et les ONG, et comprend quatre sous-groupes (alignés avec les axes de la SNPS). Des GTPS régionaux ont également été établis dans certaines régions.

Le Registre social unique est un mécanisme de ciblage, d'identification des besoins de la population, de suivi des indicateurs de bien-être des enfants et de référencement vers les programmes les plus appropriées à leurs besoins dont les avantages sont attendus par toutes les parties prenantes impliquées dans la réforme des filets sociaux. C'est un outil technique essentiel, pour gérer l'affectation des ressources publiques consacrées à la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité, avec efficacité et équité. Il est donc nécessaire d'avoir une base de données sociale fiable, d'une sélection rigoureuse des populations cibles, d'une gouvernance transparente du système et d'un mécanisme de suivi de l'impact des programmes ciblés. Il est également nécessaire de mettre en place un dispositif décentralisé de gestion de ce registre au niveau des districts et des communes par le Ministère de la Population (guichet unique décentralisé) afin que un suivi en temps réel de la situation des enfants soit possible a travers cet outil.

Tableau 21 : Activités pour renforcer la coordination intra- et intersectorielle de la protection sociale pour la nutrition.

Activités	Résultats attendus d'ici 2026
Mettre en place une convention de confidentialité de sécurisation des données sur les bénéficiaires relatives à la protection sociale gérée par un administrateur désigné par le MPPSPF	Une convention de confidentialité de sécurisation des données sur les bénéficiaires relatives à la protection sociale gérée par un administrateur désigné par MPPSPF est mise en place
Mettre en place et/ou redynamiser les Groupes Thématiques de Protection Sociale (GTPS) afin d'assurer la coordination dans la mise en œuvre des programmes de PS incluant la nutrition	10 GTPS sont redynamisées au niveau régional 13 GTPS sont créées au niveau régional
Mettre à jour la cartographie des acteurs en PS pour la nutrition à Madagascar	Une cartographie des acteurs en PS pour la nutrition mise à jour annuellement

6.8. Axe transversal en matière de coordination, gouvernance et de la communication pour la nutrition

La complexité de la réduction de la malnutrition exige de nos jours une approche multi acteurs et une approche systémique plus pragmatique. Le système de gouvernance au service de la nutrition doit logiquement s'adapter à un processus inclusif et participatif où les acteurs ont des obligations de mieux opérationnaliser un mécanisme de coordination multisectorielle efficace. Dans cette optique, il appartient à l'Etat de définir les règles de jeu concertés et inciter les acteurs à mieux se communiquer et primer la convergence. La gouvernance de la nutrition est constituée de l'ensemble des mécanismes, cadres ou politiques qui permettent aux différents acteurs d'améliorer durablement la sécurité nutritionnelle des ménages. La coordination, la cohérence et la complémentarité des actions des acteurs qui œuvrent en faveur de la sécurité nutritionnelle durable doivent permettre de trouver des solutions adaptées et de mobiliser un appui significatif.



L'ONN en tant qu'organisme de coordination et de suivi de la mise en œuvre du PNAMN (2022-2026), sous les orientations stratégiques du CNN, travaille-en étroite collaboration avec tous les secteurs concernés et notamment les services et les cellules chargés de la nutrition au sein des différents ministères, les ONG, la société civile et les organismes internationaux.

D'ici 2030, l'axe transversal de la coordination, gouvernance et communication pour la nutrition assure la convergence des efforts des différents systèmes dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition.

6.8.1. Objectifs de la coordination, la gouvernance et de la communication pour la nutrition

D'ici 2026 :

- Renforcer le cadre politique et réglementaire régissant le secteur de la nutrition.
- Améliorer le mécanisme de coordination multisectorielle afin d'aligner toutes les actions autour d'un cadre de résultats communs.
- Accroître la mobilisation des ressources internes et externes pour la lutte contre la malnutrition.
- Asseoir la notoriété et le leadership de l'ONN, à travers une stratégie de communication institutionnelle.

6.8.2. Logique d'intervention de la coordination, de la gouvernance et de la communication pour la nutrition

Intervention 1 : Renforcer le cadre juridique pour la nutrition

En dépit de l'existence de cadre juridique général régissant le secteur, différents textes sectoriels qui réglementent directement ou indirectement le domaine de la nutrition sont méconnus par certaines parties prenantes. En conséquence, plusieurs activités sont identifiées pour améliorer le cadre réglementaire et juridique de la lutte contre la malnutrition.

En ce sens, ce plan recommande d'inventorier les lois, décrets et codes sur la protection et la sécurité des consommateurs dans le domaine de l'alimentation et les rendre en vigueur.

De plus, les normes et les directives rendues d'application obligatoire devront être faites par voie d'arrêté ministériel ou interministériel. Par la suite, le dispositif de contrôle de l'application des normes sera mis en place.

En outre, les textes adoptés vont faire l'objet d'une opération de publication, d'information et de vulgarisation pour une large diffusion.

Enfin, il importe d'élaborer le modèle d'accord de coopération avec le secteur privé, spécifiquement avec le secteur de l'industrie alimentaire.

Tableau 22 : Activités pour renforcer le cadre juridique pour la nutrition

Interventions	Résultats attendus d'ici 2026
Adopter la Politique Nationale de Nutrition	La Politique Nationale de Nutrition est adoptée
Elaborer un cadre réglementaire pour la fortification alimentaire	La Loi rendant obligatoire la fortification des aliments de consommation courante existe Au moins 2 textes réglementaires sur la fortification alimentaire élaborés et mises en application
Elaborer les textes réglementaires au niveau national régissant la détaxation des fortifiants pour la fortification alimentaire et la production d'aliments nutritionnels spécialisés locaux	Un texte réglementaire régissant la détaxation des fortifiants au niveau national est élaboré et mis en application
Rendre effective le texte réglementaire sur la commercialisation des substituts de lait maternel conformément avec le Code international	Un texte réglementaire sur la commercialisation des substituts de lait maternel est mis en application

Intervention 2 : Renforcer la coordination intra- et intersectorielle

Pour parvenir au meilleur aspect de coordination et d'harmonisation des interventions, des efforts particuliers sont menés pour la mise en place de l'approche programme. Considérant, la création des différentes plateformes du mouvement SUN, qui a été initiée depuis l'adhésion du pays en 2012. Le Coordonnateur National de l'ONN est le point focal gouvernemental du Mouvement SUN à Madagascar.

L'intégration de la nutrition dans les plans et les programmes sectoriels contribue à l'atteinte des objectifs fixés par ce plan.

La coordination multisectorielle est dite harmonieuse et efficace lorsqu'elle considère en premier lieu le renforcement du leadership de l'ONN en tant que seule unité reconnue pour coordonner la mise en œuvre du PNAMN, et en deuxième lieu la convergence d'efforts pour atteindre l'objectif commun spécifique de réduction de la malnutrition.

Tableau 23: Activités pour renforcer la coordination intra- et intersectorielle

Interventions	Résultats attendus d'ici 2026
Intégrer la nutrition dans la Politique Générale de l'Etat, dans les plans de développement (national, régional, communal) et dans les programmes sectoriels	La nutrition est intégrée dans la PGE parmi les priorités (oui/non) 100% des Plans sectoriels des ministères et/ ou programmes intègrent la nutrition 100% des Régions intègrent la nutrition dans leur PRD
Renforcer la fonctionnalité des plateformes dans le mouvement SUN et capitaliser les réalisations	D'ici fin 2022, la plateforme gouvernementale est opérationnelle Chaque plateforme envoie annuellement les rapports d'activités Les plateformes du mouvement SUN sont opérationnelles et se réunissent au moins chaque semestre Au moins un document de capitalisation des acquis est produit et diffusé par plateforme par an.

Interventions	Résultats attendus d'ici 2026
Renforcer la structure de coordination multisectorielle au niveau national, régional et communal	<p>Au moins une réunion de coordination est effectuée entre ONN et CNN annuellement</p> <p>Une réunion de coordination est effectuée entre ONN et BPCNN 2 fois par an</p> <p>Au moins une réunion de coordination est effectuée entre ORN et CRN annuellement</p> <p>Au moins deux réunions de coordination multisectorielle en Nutrition sont effectuées annuellement</p> <p>Un document de planification stratégique de l'ONN est disponible et diffusé</p> <p>Chaque partenaire a un protocole d'accord/ MOU avec l'ONN</p> <p>La cartographie des intervenants et interventions en nutrition est mise à jour annuellement</p>
Mener un diagnostic organisationnel de l'ONN	Au moins un diagnostic organisationnel est mené
Mener un audit organisationnel de l'ONN	Au moins un audit organisationnel est mené
Renforcer les capacités de l'ONN selon les besoins identifiés	90% du personnel de l'ONN est formé
Renforcer la capacité de tous les agents techniques de tous les systèmes sur la nutrition	Au moins 50% des agents techniques des systèmes sont formés sur la nutrition
Pérenniser l'Alliance Nationale de la Fortification Alimentaire (ANFA)	<p>Une assemblée générale est tenue annuellement</p> <p>Au moins 2 réunions du lead committee sont tenues annuellement</p>

Intervention 3 : Assurer le suivi et évaluation du PNAMN

Elaborer les données nationales sur la situation nutritionnelle pour le PNAMN. Il s'agit de la situation de référence du PNAMN en matière de nutrition et de sécurité alimentaire. En effet, une des problématiques du suivi-évaluation a été, et est jusqu'à maintenant, l'absence de base de données de référence du secteur de la Nutrition à l'échelle nationale. Or, un tel système devra servir de principal outil dans l'analyse, l'interprétation et l'évaluation des acquis et des impacts de toutes les actions en nutrition pour aider à la prise de décision.

Il s'agit donc l'élaborer le Plan National de Suivi-Evaluation (PNSE) du PNAMN. C'est un document informatif de tous les indicateurs d'activités et d'impacts retenus pour les 5 ans de mise en œuvre du PNAMN.

Les revues annuelles exposent et développent, entre autres, les progrès de Madagascar dans la lutte contre la malnutrition sur la base des indicateurs retenus. La revue annuelle contient par ailleurs une étude d'estimation des dépenses relatives à la lutte contre la malnutrition (revue budgétaire en interne). Les évaluations à mi-parcours et finale de la mise en œuvre du PNAMN contribueront aux revues

Les missions de supervision directe consistent à constater à l'échelle locale et régionale quelques réalisations sélectionnées selon des critères bien définis. La supervision est assurée par les instances supérieures de décision (CNN, CRN). Les résultats qui en découlent permettent de décider sur les éventuelles réorientations et des réaménagements pendant la période de mise en œuvre.

Tableau 24: Activités pour assurer le suivi et évaluation du PNAMN

Interventions	Résultats attendus d'ici 2026
Instaurer des mécanismes et dispositifs de suivi-évaluation du PNAMN au niveau national et régional	Le PNSE est développé et appliqué Le CNSE se réunit 2 fois par an 100% des GRSE se réunissent trimestriellement Au moins une revue de la coordination multisectorielle est réalisée annuellement
Assurer le suivi de la mise en œuvre du PNAMN	1 séance de partage est organisée annuellement par région 1 session de supervision est réalisée annuellement 2 évaluations de la mise en œuvre du PNAMN sont réalisées (à mi-parcours, finale)

Intervention 4 : Renforcer la recherche en nutrition

Un plan de recherche et d'évaluation est important pour identifier les lacunes des données prioritaires que l'on peut combler par le biais de recherches et/ou d'évaluations. Cela promeut la génération d'informations qui sont pertinentes pour les processus programmatiques, politiques et de planification. En particulier, des recherches formatives et opérationnelles, en conjonction avec l'élaboration et la mise en œuvre d'activités planifiées, aident à mieux comprendre les conditions essentielles qui permettront d'améliorer les interventions en nutrition dans différents contextes au sein du pays et la théorie de changement en termes de nutrition.

Tableau 25: Activités pour renforcer la recherche en nutrition

Interventions	Résultats attendus d'ici 2026
Développer un plan de recherche et d'évaluation pour combler les lacunes des données prioritaires	Un plan de recherche et d'évaluation pour combler les lacunes des données prioritaires est développé
Coordonner avec la plateforme des chercheurs du mouvement SUN les résultats de recherche en nutrition, au niveau des partenaires et/ou institutions de recherche	Au moins 50% des partenaires et/ou institutions de recherche diffusent leurs résultats de recherche à l'ONN et à la plateforme MIKASA
Etendre la plateforme des chercheurs au niveau régional	Au moins 50% des régions sont membres de la plateforme
Vulgariser les résultats des recherches en nutrition	Au moins 50% des résultats de recherche en nutrition seront vulgarisés et adoptés

Intervention 5 : Plaidoyer et mobilisation des ressources pour la nutrition

La mobilisation de ressources pour la nutrition renvoie au processus d'obtention et d'exploitation de ressources financières et non financières, de financement public intérieur et de financement venant de partenaires externes pour soutenir la mise en œuvre des interventions et des activités mentionnées dans le PNAMN, à l'échelle et au niveau de couverture proposés pour parvenir aux cibles fixées. La mobilisation de ressources est un processus collaboratif et à long terme.

La mobilisation de ressources pour renforcer l'action multisectorielle pour la nutrition est un processus vaste qui exige la contribution de différents secteurs et de parties prenantes diverses, comprenant des partenaires externes. Elle prend en compte le rapport coût-efficacité et les données probantes établies sur les actions de nutrition à l'impact.

Tableau 26: Activités pour le plaidoyer et la mobilisation des ressources pour la nutrition

Interventions	Résultats attendus d'ici 2026
Faire un costing du PNAMN avec un plan de positionnement des différentes parties prenantes, le gap est clarifié avant le démarrage de la mise en œuvre	Le budget de mise en œuvre du PNAMN est élaboré et diffusé
Etablir une nouvelle stratégie de plaidoyer et de mobilisation des ressources avec un plan de positionnement des différentes parties prenantes	D'ici fin 2022, une stratégie de plaidoyer et de mobilisation des ressources sur la nutrition est élaborée et publiée 90% des acteurs sont impliqués dans l'élaboration de cette stratégie

Interventions	Résultats attendus d'ici 2026
Conduire un plaidoyer auprès du Gouvernement pour augmenter les budgets alloués à la lutte contre la malnutrition	<p>Au moins 50% d'augmentation annuel du montant du budget alloué à la nutrition</p> <p>Existence d'un Plan d'actions de plaidoyer en matière de nutrition ayant atteint ses objectifs</p> <p>Existence d'un protocole d'accord signé relatif à l'augmentation du fonds alloué à la lutte contre la malnutrition avec les parties prenantes</p> <p>Augmentation de fonds alloués par le Gouvernement à la lutte contre la malnutrition aux ministères concernés</p>
Conduire un plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers (PTF) pour augmenter les financements destinés à la lutte contre la malnutrition	<p>Au moins une table ronde est effectuée pour la mobilisation des ressources auprès des PTF</p> <p>D'ici 2026, au moins \$200 millions sont alloués par les PTF à la lutte contre la malnutrition</p>
Comptabiliser annuellement les ressources allouées à la nutrition, en séparant l'engagement de l'Etat et l'appui des donateurs ou PTF	<p>Le montant total alloué par l'Etat est comptabilisé annuellement</p> <p>Le montant total alloué par les PTF est comptabilisé annuellement</p>
Plaidoyer dans la mise en place et opérationnalisation de « basket fund » pour la protection sociale pour la nutrition	Le « basket fund » pour la protection sociale pour la nutrition est en place

Intervention 6 : Renforcer la communication et le plaidoyer pour la nutrition

Le plaidoyer joue un rôle important dans l'action multisectorielle pour la nutrition, pour susciter une prise de conscience, provoquer un ralliement, développer des alliances, générer une redevabilité et, finalement, créer un environnement propice aux changements de politiques et de pratiques.

Investir dans les actions de plaidoyer proprement dit, afin d'influencer les prises de décisions des parties prenantes clés, surtout :

- Auprès des Parlementaires (sénateurs et députés) ;
- Auprès du Gouvernement ;
- Auprès des Ministères ;
- Auprès des groupements des Maires de Madagascar ;
- Auprès des institutions susceptibles d'intervenir dans la nutrition.

Interventions	Résultats attendus d'ici 2026
Etablir une nouvelle stratégie de plaidoyer et de communication sur la nutrition	D'ici fin 2022, une stratégie de plaidoyer et de communication sur la nutrition est élaborée et publiée
Elaborer le cadre commun et intégré de plaidoyer en nutrition	D'ici fin 2022, un cadre commun et intégré de plaidoyer est élaboré avec les parties prenantes
Etablir la stratégie nationale de communication pour le changement social et comportemental pour la nutrition	D'ici juin 2023, une Stratégie nationale de communication pour le changement social et comportemental pour la nutrition est élaborée avec les parties prenantes



6.9. Axe transversal en matière de gestion des risques et des catastrophes pour la nutrition

Madagascar se trouve dans une situation de vulnérabilité critique étant donné ses réalités physiques, socio politiques et économiques. Cette vulnérabilité est à son tour exacerbée par la récurrence et l'ampleur des aléas majeurs tels que les cyclones, l'inondation, la sécheresse qui sont aggravés par les changements climatiques, ainsi que par l'invasion acridienne, les incendies, qui affectent de façon quasi permanente le pays. Les dommages et pertes socio-économiques qui en découlent érodent les moyens de subsistance et exigent le plus souvent des interventions humanitaires de grande envergure. Dans le but de mieux faire face à cette situation et d'assurer un meilleur développement durable au pays, des initiatives ont été prises depuis 2003 pour renforcer les mécanismes de gestion des risques et des catastrophes nationaux.

La Gestion des Risques et des Catastrophes (GRC) comporte une double tâche majeure : agir en urgence et assurer le relèvement précoce, atténuer ou réduire les impacts des aléas et des catastrophes. Ce qui renvoie à l'idée de prévention et de mitigation avant toute action de réponse. En effet, réduire l'impact des catastrophes exige qu'il faille passer de la gestion des catastrophes à une approche de Réduction des risques, alors que promouvoir un développement sensible aux risques dépend de l'intégration de la Réduction des Risques de Catastrophes (RRC) dans la planification, la promptitude et l'efficacité du relèvement précoce et la mise en œuvre des activités de développement.

Les aléas d'origines naturels et/ou anthropiques, tels que les inondations et cyclones, la sécheresse et les invasions acridiennes, représentent un facteur déclencheur ou aggravant de toute forme de malnutrition, en particulier la malnutrition aiguë. Les interventions en matière de nutrition doivent être basées sur le cycle de la gestion des risques et des catastrophes (GRC) dont les concepts clés sont la prévention, la mitigation, la préparation, la réponse, le relèvement, la reconstruction ou réhabilitation, en vue de renforcer la résilience de la population affectée.

Ainsi, la gestion des risques et des catastrophes fait partie intégrante des systèmes et interventions pour lutter contre la malnutrition. Par ailleurs, rendre plus résilients les systèmes de production alimentaire et les moyens d'existence pour promouvoir la sécurité alimentaire et nutritionnelle des communautés face aux aléas fait partie des activités de l'axe 3 de la Stratégie Nationale de Gestion des Risques et des Catastrophes 2016-2030 (SNGRC) de Madagascar.

Aussi, pendant la période d'urgence, il est primordial de soutenir de façon appropriée et au moment opportun, et en continu, l'alimentation des nourrissons, des jeunes enfants ainsi que des femmes enceintes et des femmes allaitantes.

6.9.1. Objectifs de la gestion des risques et des catastrophes pour la nutrition

D'ici 2026,

- Réduire et/ou maintenir la prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans à moins de 5% dans les zones affectées
- Réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5) à < 2/10 000/jour dans les zones affectées
- Renforcer la résilience et atténuer les impacts des aléas et des catastrophes d'au moins 80% des ménages cibles qui bénéficient des aides alimentaires et nutritionnelles dans les zones affectées

6.9.2. Logique d'intervention de la gestion des risques et des catastrophes pour la nutrition

Intervention 1 : Préparation, prévention et mitigation des risques humanitaires

La prévention vise à renforcer la résilience de la communauté en matière de nutrition et de sécurité alimentaire.

Développer le volet nutrition dans le plan de contingence multirisque national et régional

La coordination du cluster « nutrition » se concrétise par la préparation d'un plan de contingence. C'est un document permettant d'évaluer au préalable la capacité du cluster à la préparation et aux réponses à l'échelle nationale et régionale.

A Madagascar, le plan de contingence nutrition n'est pas disponible, mais le secteur nutrition est intégré dans le plan de contingence multirisque existant. Le contenu de ce volet aura besoin d'amélioration pour bien coordonner la mise en œuvre des interventions d'urgences nutritionnelles.

Renforcer la préparation aux urgences via le pré-positionnement des vivres et des non-vivres

La première préparation est le pré-positionnement de stocks alimentaires et des médicaments, selon les estimations des besoins au préalable. Ce volet concerne les zones cycloniques victimes de chocs soudains, relativement imprévisibles. Il comporte la constitution de quelques stocks stratégiques de vivres sur des sites choisis, en accord avec le BNGRC et les PTFs, ainsi que la constitution d'un stock de contingence plus important dans les entrepôts de Tamatave et de Tuléar. Le but est de faciliter les distributions ciblées et la rémunération des HIMO VCT en phase de premier secours ; ainsi que dans la phase suivante pour reconstruire les infrastructures et relancer les activités Agricoles.

Les modalités pratiques pour les distributions d'urgence sont arrêtées à l'issue d'évaluations conjointes PTFs/BNGRC. En l'absence de désastres, les stocks sont utilisés à la fin de la saison cyclonique grâce à la mise en œuvre de VCT pour créer des actifs communautaires visant à améliorer la préparation et la résilience aux désastres.

Mettre en place le Système de Surveillance Nutritionnelle d'urgence dans les zones affectées

La surveillance alimentaire et nutritionnelle consiste à suivre et à prévoir les phénomènes de santé et les déterminants de la santé liés à la nutrition. Il s'agit ici de le maintenir opérationnel et d'élargir dans les zones affectées par d'autres aléas.

Maintenir opérationnel le Système de Surveillance Nutritionnelle dans les zones affectées par la sécheresse

Appuyer les communes des régions affectées dans l'exploitation des informations du système de Surveillance Nutritionnelle

Doter des outils et matériels ainsi que de formations nécessaires aux collectes et analyses des données nutritionnelles aux niveaux communes dans les régions touchées par les catastrophes.

Renforcer la fonctionnalité du comité national SMART pour la conduite des évaluations nutritionnelles

Le comité national SMART existe mais pas bien opérationnelle suite à l'insuffisance des ressources de fonctionnement. Le rôle de ce comité est d'organiser, à travers des réunions périodiques ou extraordinaires, les préparations des enquêtes SMART et des analyses des situations nutritionnelles des populations cibles avant, pendant et après les passages des aléas. Les résultats obtenus sont indispensables pour la prise de décision à la mise en œuvre des activités de GRC pour la nutrition.

Intervention 1 : Activités de préparation, de prévention et de mitigation des risques humanitaires

Interventions	Résultats attendus d'ici 2026
Développer le volet nutrition dans le plan de contingence multirisque nationale et régionale	Le volet nutrition dans le plan de contingence multirisque nationale et régionale est développé, opérationnel et efficace
Renforcer la préparation aux urgences via le pré-positionnement des vivres et des non-vivres	90% des sites de pré-positionnement définis dans le plan de contingence sont approvisionnés
Mettre en place le Système de Surveillance Nutritionnelle d'urgence dans les zones affectées	100 % des régions affectées sont couvertes par le Système de Surveillance Nutritionnelle d'urgence
Maintenir opérationnel le Système de Surveillance Nutritionnelle dans les zones affectées par la sécheresse	1 Bulletin SSN trimestriel disséminé
Appuyer les communes des régions affectées dans l'exploitation des informations du système de Surveillance Nutritionnelle	50 % des communes dans les régions affectées disposent d'outils d'informations et d'analyses locaux
Renforcer la fonctionnalité du comité national SMART pour la conduite des évaluations nutritionnelles	Au moins 4 réunions annuelles du comité national SMART sont menées

Intervention 2 : Prise en charge des populations touchées par la crise

Lors de la situation d'urgence, une communauté entière peut être exposée au risque de malnutrition. Les enfants et les personnes souffrant déjà d'une mauvaise nutrition avant la crise deviennent de plus en plus vulnérables.

Les mesures de réponses aux urgences visent à réhabiliter rapidement les moyens de subsistances et la capacité nutritionnelle des populations touchées. Les interventions comprennent des opérations de distribution basées sur le principe de « reconstruire au mieux ».

Assurer des réunions mensuelles du cluster nutrition et élaborer des plans de suivi des actions recommandées pendant les crises

Le Cluster Nutrition est un partenariat qui a pour but la protection et l'amélioration du statut nutritionnel des populations affectées par des situations d'urgence, en assurant une intervention appropriée de la Nutrition dans les situations d'urgence au niveau du pays qui soit prévisible, opportune, efficace. Ainsi, le rôle principal du cluster nutrition est de soutenir, ou de compléter dans la mesure du possible, les efforts nationaux dans les secteurs de la préparation et de la réponse aux urgences. Le cluster travaille à travers des réunions périodiques ou extraordinaires selon le niveau de la situation d'urgence.

Toute prise des décisions pour les actions d'urgences pour la nutrition est validée à partir des réunions de cluster.

Mener des évaluations de la situation nutritionnelle (enquête SMART)

Une enquête SMART axée sur la nutrition, intégrant un volet sécurité alimentaire dans les districts affectés par les catastrophes, permettra d'orienter au mieux les interventions futures dans le domaine de la nutrition. L'objectif global de cette enquête consiste à mettre en œuvre l'opération de collecte de données nutritionnelles et de sécurité alimentaire afin de permettre de suivre et d'évaluer les dynamiques des différents indicateurs y afférents au niveau des districts affectés.

Etendre les travaux à HIMO (Haute Intensité de Main d'œuvre) non conditionnels ou conditionnels (VCT/ACT) :

La promotion de travaux HIMO, non conditionnels ou conditionnels (VCT/ACT), est indispensable durant la période d'urgence afin de faciliter l'accès aux aliments des ménages vulnérables touchés par les aléas.

Octroyer des rations alimentaires, vivres ou *cash transfert* aux ménages touchés par la crise

L'assistance alimentaire humanitaire vise à garantir la consommation de denrées alimentaires suffisantes, sûres et nourrissantes dans l'attente, au cours, et dans le sillage d'une crise humanitaire, lorsque la consommation alimentaire serait insuffisante ou inadéquate pour éviter une mortalité excessive, des taux d'urgence de malnutrition aiguë, ou des mécanismes d'adaptation nuisibles. Il s'agit notamment de garantir la disponibilité de nourriture, l'accès à des denrées nourrissantes, une bonne connaissance de la nutrition et des pratiques alimentaires appropriées. L'assistance alimentaire peut faire intervenir la fourniture directe de denrées alimentaires, mais peut faire appel à une large panoplie d'outils, notamment le transfert ou la fourniture de services pertinents, d'intrants ou de matières premières, d'argent liquide ou de bons, de compétences ou de connaissances.

Renforcer le dépistage actif de la malnutrition aiguë (incluant les équipes mobiles) dans les zones touchées par la crise

Le dépistage communautaire est la façon la plus simple d'identifier la malnutrition aiguë

dans la communauté par la mesure du Périmètre Brachial (PB) et/ou la recherche d'œdèmes bilatéraux. En effet, ce dépistage de la malnutrition au niveau communautaire permet de faire une première sélection de ceux qui devraient être dans le programme de prise en charge. Le PB est en relation directe avec l'amaigrissement et détecte aussi les enfants à haut risque de mortalité. Le PB s'utilise chez les enfants de 06 à 59 mois. Ce dépistage au niveau communautaire est effectué par les agents communautaires, Agents de Santé, les matrones et les membres du ménage qui ont reçu les formations. Les enfants sont classés malnutris aigües en se basant sur la classification définie par l'OMS.

Mettre en place les équipes mobiles de nutrition dans les zones en urgence nutritionnelle identifiées par le SSN et situées à plus de 10 km des centres de santé

En appui au CSB de rattachement, les équipes mobiles dépistent tous les enfants de 6 à 59 mois des fokontany identifiés vulnérables, et fournissent un traitement pour la malnutrition aigüe modérée (PECMAM), la malnutrition aigüe sévère (PECMAS) et la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) sur site. Les équipes mobiles assurent également le référencement et le transport des cas les plus compliqués vers la structure adaptée (Centre de Récupération et d'Education Nutritionnel Intensif en centre hospitalier et Centre de Santé de Base) lorsque nécessaire.

Assurer un service de qualité de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (PECMAS) pendant les crises et urgences nutritionnelles

La situation d'urgence est généralement caractérisée par une pénurie en eau et en aliments. Cela peut être aggravé par des perturbations de services de santé publique et communautaire. A ce stade, il est fort probable que l'alimentation des jeunes enfants et des mères ne soit plus assurée, et la situation nutritionnelle des ménages vulnérables se détériore. Ceci nécessite une prise en charge rapide des personnes malnutries aigües pour éviter l'augmentation du taux de mortalité.

Offrir un service de qualité de la prise en charge de la malnutrition aigüe modéré (PECMAM) pendant les crises et urgences nutritionnelles

Les enfants âgés de 6 à 24 mois sont les plus vulnérables à la malnutrition aigüe et le taux de mortalité due à ce fléau est particulièrement élevé à cet âge. La prise en charge des enfants malnutris aigües fait partie des interventions prioritaires pendant la crise. Cette prise en charge s'effectuera suivant le respect du protocole national de prise en charge de la malnutrition aigüe en vigueur à Madagascar.

Evaluer la mise en œuvre du protocole simplifié de prise en charge de la malnutrition aigüe en vue de sa mise à jour

Un protocole simplifié de prise en charge de la malnutrition aigüe a été élaboré pour la réponse à l'urgence nutritionnelle de 2020-2021. Il a été mis en œuvre par quelques partenaires. Il s'agit ici d'évaluer sa mise en œuvre pour identifier les améliorations en vue de sa mise à jour.

Effectuer la supplémentation en vitamine A et déparasitage des enfants de 6-59 mois des

populations touchées par la crise

La Carence en Vitamine A (CVA) constitue un problème de santé publique dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. La carence en vitamine A affaiblit le système immunitaire, ce qui expose un enfant à un risque plus élevé de maladies et de décès précoces. Elle est aussi la principale cause de cécité infantile évitable.

La CVA chez la mère représente aussi un problème dans plusieurs pays. Elle entraîne une cécité nocturne pendant la grossesse et une carence en vitamine A chez les nouveaux nés. Distribuer de la vitamine A à la population vulnérable touchée par la crise (Femmes allaitantes, enfants de moins de 5 ans) fait partie des activités recommandées pendant les interventions d'urgence.

Distribuer des compléments nutritionnels à la population vulnérable touchés par la crise (femmes enceintes, Femmes allaitantes, élèves, enfants, personnes âgées, personnes en situation d'handicap...)

Distribuer des compléments nutritionnels à base de farine enrichie et huile fortifiée aux femmes enceintes et femmes allaitantes en combinaison avec les distributions alimentaires

La ration composée de farine enrichie et huile permet de préparer une bouillie nutritive, qui en supplément de l'alimentation familiale, couvre les besoins des enfants, des femmes enceintes et allaitantes et contribue à maintenir un bon statut nutritionnel pendant les derniers mois de la période de soudure.

Cette assistance nutritionnelle durera trois mois. Les femmes enceintes et les femmes allaitantes malnutries recevront mensuellement une ration nutritionnelle composée d'huile fortifiée en vitamine A et de Super-céréales, une farine enrichie à base de maïs et de soja.

Eduquer les familles sur les signes de la malnutrition aiguë et où se rendre pour accéder aux services de prise en charge.

La malnutrition reste l'une des causes les plus fréquentes de morbidité et de mortalité chez les enfants dans le monde entier. Les enfants souffrant de malnutrition risquent de mourir ou de présenter un grave déficit de croissance et de développement psychologique. Dépister la malnutrition aiguë permet, notamment directement au niveau du ménage, permet d'identifier précocement les enfants malnutris aigües et pouvoir les traiter précocement.

Sensibiliser les familles sur le Développement de la Petite Enfance (DPE) et les gestes barrières contre la Covid-19

À Madagascar, les résultats du MICS 2018 montrent une tendance inquiétante en ce qui concerne le DPE. Seulement 25% des enfants âgés de 2 à 4 ans ont un membre du ménage qui les stimule et s'engage avec eux d'une manière qui peut stimuler le développement du cerveau et soutenir l'apprentissage précoce. La situation est pire pour la population touchée par la crise. Les situations d'urgence permettront de mettre en place ces actions qui sont pertinentes pour les enfants touchés par la crise.

En ce contexte de Covid-19, il est crucial de renforcer les sensibilisations sur les gestes barrières pour éviter la propagation de cette épidémie. Il est d'autant plus important en période de crise ou de catastrophe pour ne pas exposer une population déjà vulnérable.

Protéger les pratiques optimum d'Alimentation des Nourrissons et des Jeunes Enfants (communication et coins « amis des bébés ») pendant les crises

Ceci consiste à mettre en place les espaces «amies des bébés». Il s'agit d'un lieu temporaire où les mères, surtout allaitantes, peuvent s'occuper tranquillement des nourrissons et des jeunes enfants. L'objectif est de les éloigner des situations de crise stressantes tant pour la mère que pour l'enfant

Assurer l'application du code de la commercialisation des substituts du lait maternel pendant l'urgence nutritionnelle

La prise en compte de l'Alimentation des Nourrissons et des Jeunes Enfants en situation d'urgence (ANJE) ne renvoie pas au changement de comportement à long terme, mais à des actions pratiques immédiates en appui aux mères de manière à ce qu'elles puissent allaiter leurs enfants aussi longtemps que possible, tout en aidant les dispensateurs de soins et les familles à fournir une alimentation de complément aux enfants ainsi qu'à soutenir la nutrition et le bien-être des mères.

L'ANJE-Urgence concerne la protection et le soutien à une alimentation sûre et appropriée des nourrissons et des jeunes enfants, quel que soit le type d'urgence, dans le but de préserver leur survie, leur santé et leur croissance. Lorsque des populations sont affectées par une catastrophe à déclenchement rapide ou lent ou une crise prolongée, leur vie est perturbée. Les risques liés à l'alimentation et aux pratiques de soins concernant les nourrissons, les jeunes enfants et leurs mères/dispensateurs de soins sont élevés, de même que s'accroît la vulnérabilité aux diarrhées et à d'autres maladies causées par des situations où prévalent un assainissement insuffisant, un accès réduit aux aliments et une détérioration des conditions de vie. De ce fait, la sous-nutrition et les risques de mortalité augmentent. Ainsi, soutenir de façon appropriée et au moment opportun les nourrissons et les jeunes enfants en situation d'urgence sauvent des vies. L'ANJE-Urgence vise à protéger la nutrition, la santé et le développement des nourrissons et des jeunes enfants en préservant autant que possible les bonnes pratiques d'allaitement et en accordant une attention particulière à l'alimentation de complément des jeunes enfants et un appui aux mères allaitantes.

Tableau 27 : Activités pour la prise en charge des populations touchées par la crise

Interventions	Résultats attendus d'ici 2026
Assurer des réunions mensuelles du cluster nutrition et élaborer des plans de suivi des actions recommandées pendant les crises	Au moins 1 réunion par mois du cluster nutrition est effectuée pendant la durée de la crise Un plan de suivi des actions recommandées est élaboré

Interventions	Résultats attendus d'ici 2026
Mener des évaluations de la situation nutritionnelle (enquête SMART)	Au moins 1 enquête SMART menée dans le premier mois de la crise et 1 autre à la fin de la crise
Etendre les travaux à HIMO non conditionnels ou conditionnels (VCT/ACT)	Au moins 80% des ménages touchés par la crise sont appuyés par des emplois temporaires HIMO/VCT pour un relèvement rapide et efficace
Octroyer des rations alimentaires, vivres ou cash Transfert aux ménages touchés par la crise	60% des ménages touchés par la crise ont reçu des rations alimentaires ou « cash transfert »
Renforcer le dépistage actif de la malnutrition aiguë (incluant les équipes mobiles) dans les zones touchées par la crise	90 % d'enfants de moins de 5 ans sont dépistés pour la malnutrition aiguë dans les zones touchées par la crise
Mettre en place les équipes mobiles de nutrition dans les zones en urgence nutritionnelle identifiées par le SSN et situées à plus de 10 km des centres de santé	32% des admissions d'enfants avec la malnutrition aiguë sévère sont admis par les équipes mobiles (sur le total des admissions MAS du district d'intervention)
Assurer un service de qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (PECMAS) pendant les crises et urgences nutritionnelles	75% ou plus d'enfants admis pour traitement de la malnutrition aiguë sévère au niveau des CRENI/CRENAS pendant les crises et urgences nutritionnelles sont sortis guéris
Offrir un service de qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë modéré (PECMAM) pendant les crises et urgences nutritionnelles	75% ou plus d'enfants admis pour traitement de la malnutrition aiguë modéré pendant les crises et urgences nutritionnelles sont sortis guéris
Evaluer la mise en œuvre du protocole simplifié de prise en charge de la malnutrition aiguë en vue de sa mise à jour	1 évaluation de la mise en œuvre du protocole simplifié de prise en charge de la malnutrition aiguë est effectuée 1 document de protocole simplifié est mis à jour et validé
Effectuer la supplémentation en vitamine A et déparasitage des enfants de 6-59 mois des populations touchées par la crise	90% des enfants âgés de 6 à 59 mois sont supplémentés en vitamine A dans les populations touchées par la crise 90% des enfants âgés de 12 à 59 mois sont déparasités dans les populations touchées par la crise

Interventions	Résultats attendus d'ici 2026
Distribuer des compléments nutritionnels à la population vulnérable touchés par la crise (femmes enceintes, femmes allaitantes, élèves, enfants, personnes âgées, personnes en situation d'handicap...)	90% des populations vulnérables touchées par la crise ont reçu des compléments nutritionnels
Distribuer des compléments nutritionnels à base de farine enrichie et huile fortifiée aux femmes enceintes et femmes allaitantes en combinaison avec les distributions alimentaires	30% des femmes enceintes et femmes allaitantes dans les zones touchées par la crise ont reçu des compléments nutritionnels
Eduquer les familles sur les signes de la malnutrition aiguë et où se rendre pour accéder aux services de prise en charge	60% des familles vulnérables touchées par la crise ont accès aux informations/sensibilisations sur la malnutrition aiguë
Sensibiliser les familles sur le développement de la petite enfance et les gestes barrières contre la Covid-19	90% des familles vulnérables touchées par la crise ont accès aux informations/sensibilisations sur le DPE et les gestes barrières
Protéger les pratiques optimums d'Alimentation des Nourrissons et des Jeunes Enfants (communication et coins « amis des bébés ») pendant les crises	Au moins 50% des sites d'hébergements dans les zones touchées par la crise ont un coin « amis des bébés » mis en place
Assurer l'application du code de la commercialisation des substituts du lait maternel pendant l'urgence nutritionnelle	Au moins 80% des intervenants de l'urgence reçoivent des informations sur comment appliquer le code de la commercialisation des substituts du lait maternel

Intervention 3 : Réhabilitation et relèvement après la crise

Une fois les besoins d'urgence identifiés, on passe à la phase de réhabilitation. La réhabilitation post-catastrophe et le relèvement vise à renforcer la résilience de la communauté sinistrée.

Le relèvement et la reconstruction traitent les causes profondes de la vulnérabilité des populations touchées par la crise. C'est ainsi que le relèvement en tant que projet, voire programme, peut s'étaler sur une période plus ou moins longue.

Doter en intrants, petits matériels Agricoles (angady, arrosoir, râteaux) et former en technique d'accompagnement les ménages cibles

Les interventions de relèvement post-catastrophe dans l'agriculture peuvent jouer un rôle essentiel pour atteindre les objectifs de réduction de la pauvreté et garantir aux personnes

touchées le maintien de leur sécurité alimentaire et de leurs moyens de subsistance pendant et après les catastrophes, ainsi que le renfort de leur résilience au fil du temps. Les activités à mener sont des dotations des intrants et des formations techniques Agricoles améliorés.

Mettre en œuvre des travaux à HIMO (VCT/ACT) pour les ménages vulnérables affectés par l'urgence

L'objectif des travaux communautaires effectués par l'approche HIMO est d'améliorer la qualité de vie des ménages vulnérables surtout alimentaire grâce à la création d'emplois, améliorer la production de la communauté par la création et/ou la réhabilitation des infrastructures hydro agricoles, atténuer les impacts des catastrophes sur la production, sur les stocks de récoltes et sur la nutrition grâce à la création d'emplois.

Elaborer le plan de relèvement favorisant la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans les zones affectées par l'urgence

Le plan de relèvement post-catastrophe vise à soutenir le relèvement à long terme, la résilience aux chocs futurs et le développement durable, tout en répondant aux besoins immédiats dans les régions touchées par les catastrophes naturelles.

Les programmes de relèvement post-catastrophe dans l'agriculture peuvent jouer un rôle essentiel pour atteindre les objectifs de réduction de la pauvreté et garantir aux personnes touchées le maintien de leur sécurité alimentaire et de leurs moyens de subsistance pendant et après les catastrophes.

Normalement, il est développé dans la stratégie de réponse dès que la réponse à la crise est enclenchée, donc sa disponibilité à temps est cruciale pour que le relèvement soit effectif.

Tableau 26: Activités de réhabilitation et de relèvement après la crise

Interventions	Résultats attendus d'ici 2026
Doter en intrants, petits matériels Agricoles (angady, arrosoir, râpeaux) et former en technique d'accompagnement les ménages cibles	100% des ménages vulnérables ont reçu des intrants et petits matériels Agricoles dans les zones affectées par l'urgence
Mettre en œuvre des travaux à HIMO (VCT/ACT) sensible à la nutrition pour les ménages vulnérables affectés par l'urgence	60% des ménages vulnérables touchés par la crise sont appuyés par des emplois temporaires HIMO/VCT pour un relèvement rapide et efficace
Mettre à jour périodiquement le plan de relèvement favorisant la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans les zones affectées par l'urgence	1 plan de relèvement favorisant la sécurité alimentaire et nutritionnelle est mis à jour et disponible à temps



© UNICEF/UN0508140/Ramasomanana

7. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET PLAN DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

7.1. Stratégies et modalités de mise en œuvre

7.1.1. Le BPCNN : missions et responsabilités

Le pilotage du PNAMN est assuré par le CNN à travers son Bureau Permanent ou BPCNN. Le CNN joue un rôle prépondérant à travers l'influence de ses membres dans les secteurs où ils interviennent.

En tant qu'organe de pilotage, les missions du BPCNN consistent à approuver, à valider et à donner les orientations stratégiques à l'endroit de l'ONN, lequel est chargé de la coordination multisectorielle de la mise œuvre. En outre, il veille à ce que les directives stratégiques soient bien exécutées par le biais de suivi.

Pour effectuer le suivi, le BPCNN et le CNN s'appuient sur les documents de planification, les rapports d'activités périodiques, les rapports d'audit externe et les rapports d'évaluation externe. Les détails sur les responsabilités du BPCNN sont décrits en annexe 3 (dans le décret N°2007-394, fixant l'organisation et le fonctionnement de l'ONN).

Il importe durant la période du PNAMN que les capacités du CNN, et par conséquent le BPCNN, soient redynamisées et actives. Pour ce faire, les réunions régulières du CNN et du BPCNN seront conduites, au moins deux fois dans l'année. D'autre part, il sera dressé un tableau de bord plus perfectionné pour un suivi fiable de l'avancement des réalisations. Ce tableau de bord sera un véritable outil permettant de prendre des décisions, notamment en cas de difficultés. L'instauration d'un système de communication au sein du CNN, à destination des membres qui y siègent, permettra de parvenir à cette redynamisation. La présidence, avec la facilitation du secrétariat du CNN, assure cette communication régulière (orale et écrite).

7.1.2. Les organes d'exécution du plan

L'ONN assurera la coordination multisectorielle et le suivi de la mise en œuvre du PNAMN, sous les orientations stratégiques du CNN. Il travaillera en étroite collaboration avec tous les secteurs/systèmes concernés, notamment avec les services ou cellules chargés de la nutrition au sein des différents ministères, les partenaires techniques et financiers, les ONG nationales et internationales, la société civile, le secteur privé, les organismes internationaux et les collectivités décentralisées.

Il incombe également à l'ONN, à travers ses branches opérationnelles, de mettre en œuvre les stratégies d'actions afin d'assurer la bonne exécution du PNAMN avec le concours de tous les acteurs en nutrition. Il s'agit de : (1) l'Unité de mise en œuvre du Programme National de Nutrition Communautaire (U PNNC) et de (2) de l'unité chargée de la mise en œuvre du Programme de Prévention et de Sécurisation Nutritionnelle (U PPSN).

Aussi, l'ONN travaille étroitement avec les Ministères cités ci-après dans la mise en œuvre du PNAMN, précisément dans l'objectif de l'intégration de la nutrition dans leurs secteurs respectifs. Ils s'agissent de :

- Ministère en charge de la Santé Publique
- Ministère en charge de l'Agriculture et de l'Elevage

- Ministère en charge de la Pêche et de l'Economie Bleue
- Ministère en charge de l'Industrialisation, du Commerce et de la Consommation
- Ministère en charge de l'Economie et des Finances
- Ministère en charge de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme
- Ministère en charge de l'Education Nationale
- Ministère en charge de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène
- Ministère en charge de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
- Ministère en charge du Travail, de l'Emploi, de la Fonction Publique et des Lois Sociales
- Ministère en charge de la Sécurité Publique
- Ministère en charge de la Défense Nationale
- Ministère en charge de l'Intérieur et de la Décentralisation

D'autres départements ministériels prennent également en charge certaines activités très spécifiques, notamment :

- L'Agence de Contrôle de la Sécurité sanitaire et de la Qualité des Denrées Alimentaires, un organisme public rattaché au ministère en charge de la Santé Publique, assure le contrôle et la qualité de l'alimentation dans le respect des normes nationales et internationales. L'agence est dotée de laboratoire d'analyse physico-chimique, et microbiologique des aliments prélevés sur le marché local. De ce fait, les responsabilités touchant les activités de la fortification alimentaire, la fluoration et l'iodation de sel, reviennent à cet organisme.
- Le Bureau des Normes de Madagascar (BNM) dirige l'élaboration des normes relatives à la fortification alimentaire, en concertation avec le ministère en charge de la Santé Publique (Service en charge de la législation).
- Le Bureau National de Gestion des Risques et Catastrophes (BNGRC), avec son centre opérationnel (national et au niveau des Territoires décentralisées), ainsi que le Comité de Réflexion des Intervenants en cas de Catastrophes (CRIC) a une grande responsabilité dans la mise en œuvre des actions transversales de gestion des risques de catastrophes liée à la nutrition. Leur mission dans le cadre du PNAMN consiste à fournir un appui technique pour le Cluster Nutrition.

Des groupes de travaux existent également :

- Cluster Nutrition ;
- Alliance Nationale de la Fortification Alimentaire ;
- Task Force ANJE, etc.

En dernier point, la société civile, le secteur privé, les chercheurs, les parlementaires, et les partenaires techniques et financiers interviennent à travers leurs plateformes respectives du mouvement SUN.

D'abord, la plateforme de la société civile HINA travaille dans le plaidoyer pour des impacts directs et indirects sur la nutrition. Elle coordonne et renforce également les actions des organisations de société civile. La plateforme est actuellement décentralisée dans 23 régions.

En parallèle, la plateforme ANJARAMASOANDRO du secteur privé et la plateforme MIKASA des chercheurs sont déjà actifs depuis 2012. Ensuite, on peut citer la plateforme humanitaire du secteur privé à Madagascar, qui a été créé dans le cadre des actions de GRC en 2014, et au sein duquel on retrouve le groupe sectoriel « Nutrition ».

Tous les secteurs susmentionnés travailleront en collaboration, dans un esprit de partenariat élargi. La capacité institutionnelle au niveau national et régional sera renforcée en vue d'assurer la mise en œuvre efficace du PNAMN. Cela nécessite le renforcement de capacités des Responsables Suivi-Evaluation des divers services et unités, au sein des principaux départements ministériels concernés.

À l'échelle régionale, les structures régionales de l'ONN, à savoir l'Office Régional de nutrition (ORN), se chargent du suivi de la mise en œuvre du PNAMN et de l'exécution dans leur milieu respectif, en collaboration avec les services techniques décentralisés et les agences d'exécution des projets/programmes.

7.1.3. Mécanismes de gestion, de communication et de concertation

Mécanismes de communication et plaidoyer

Dans le contexte actuel de la nutrition à Madagascar, une stratégie de plaidoyer bien structurée est vitale pour renforcer la reconnaissance de l'importance de la nutrition et surtout transformer l'engagement des décideurs. En fait, la question de lutte contre la malnutrition fait partie des sujets évoqués par les décideurs mais leur compréhension du secteur reste assez confuse. Les investissements alloués à la nutrition sont largement insuffisants. Ainsi, une stratégie de plaidoyer clair sur la priorisation de la nutrition dans les grandes décisions en matière de développement humain est nécessaire. De plus, la priorisation des activités de nutrition demeure un sujet brûlant qui nécessite des actions urgentes en matière de plaidoyer et de visibilité des activités de l'ONN et des autres acteurs de nutrition. Cette stratégie nationale permettra de mettre en œuvre une approche harmonisée de plaidoyer aussi bien sur l'importance de la nutrition que sur l'efficacité des investissements en nutrition à Madagascar.

La communication évoquée ici revêt un double objectif : (1) permettre le partage permanent des informations relatives à la mise en œuvre du PNAMN et (2) favoriser à la fois la synergie et la cohérence des interventions entre les différents intervenants. Les cibles englobent ainsi tous les acteurs de la mise en œuvre. À ce titre, les supports et mécanismes de communication adoptés sont :

- Le site WEB de ONN ;

- Les réunions de coordination ;
- Les bulletins d'informations ;
- Les publications des résultats ou des rapports d'activités.

Mécanismes de concertation

La concertation entre les acteurs est conduite selon trois approches :

1. La première est menée au sein des structures de concertation et d'échanges, à savoir les cinq plateformes du mouvement SUN, le CNN et les Comités régionaux de nutrition.
2. De l'autre côté, la tenue de forum national se déroule dans un cadre de concertation avec une large participation des partenaires de mise en œuvre du PNAMN.
3. À cela s'ajoute, les réunions organisées dans le cadre de réalisation des études spécifiques où seront invités et regroupés certains acteurs.

7.1.4. Mécanismes de financement et d'harmonisation des interventions des partenaires

En matière de mécanisme de financement, et dans le but d'améliorer la crédibilité et la transparence dans l'utilisation des fonds, le BPCNN, est responsable de la direction stratégique du fonds et de l'approbation des plans de travail et budget annuels de l'ONN, dirigé par le Premier Ministre ou son représentant, composé par un représentant du Ministère des Finances, des bailleurs et de la Société Civile.

Pour l'harmonisation des interventions des partenaires, le premier mécanisme de coordination sera le « mapping des intervenants et des interventions », à consolider systématiquement au sein de l'unité de coordination de l'ONN et de l'ORN.

De plus, l'harmonisation s'opère lors des réunions de coordination régulière à l'échelle régionale et nationale, ainsi que lors des revues annuelles.

Tous les projets ou programmes ont en effet l'obligation d'informer l'ONN et faire savoir les dispositifs d'utilisation des fonds (zones d'intervention).

Ressources locales

Au niveau des ressources propres internes de l'État, l'appui financier à la structure de coordination s'ajoute à l'intégration de budget affecté à tous les secteurs : Santé, Éducation, Agriculture, Élevage, Pêche, Protection sociale, Eau- Hygiène et Assainissement.

Une stratégie de plaidoyer budgétaire sera toujours renforcée pour assurer la mobilisation des ressources en faveur de la nutrition à tous les niveaux (décideurs, parlementaires, gouverneurs, maires).

Tous les décideurs et les autorités locales sont encouragés à allouer des fonds issus des ressources locales (budget communal, bailleurs budget de la région, etc.) pour renforcer la lutte contre la malnutrition.

Financements externes

Le PNAMN sera aussi financé par les bailleurs et les partenaires techniques et financiers. Un costing du PNAMN sera à mener dans l'optique d'une table ronde des bailleurs pour recherche d'appui financier.

Financements innovants

La collaboration Partenariat-Public-Privé est vivement encouragée pour assurer le financement des activités au niveau local.

Les régions dotées en ressources minières ou stratégiques doivent aussi bénéficier d'une part de financement qui aide à la lutte contre la malnutrition.

La création d'un « fonds fiduciaire de nutrition » est également en cours d'étude pour financer les interventions nutritionnelles dans les régions. Les mécanismes de gestion et d'utilisation de fonds peuvent être explorés et gérés par une unité de gestion affiliée à l'ONN.

7.1.5. Mécanismes de contrôle

Conformément au décret N°2007-394 fixant l'organisation et le fonctionnement de l'ONN du 07 mai 2007, la gestion des fonds alloués dans le cadre de la nutrition est soumise aux contrôles administratifs, financiers et juridictionnels chargés de vérifier et contrôler la gestion des finances publiques telles que l'Inspection Générale de l'Etat, Inspection des Finances, Contrôle financier, Cours des Comptes, ...) Cf. Article 23.

Par ailleurs, tous les fonds alloués à l'ONN (RPI et PTF) sont soumis au contrôle à travers la structure en charge de l'audit interne de l'Office National de l'ONN (Cf Art.22)

Enfin, l'ONN dispose d'un Audit Externe (Indépendant) aux fins de certification des Etats Financiers. Ces derniers seront par la suite présentés au BPCNN pour approbation. (Cf. Art 25)

7.2. Suivi et évaluation de la mise en œuvre du PNAMN

Le Suivi et Evaluation (S&E) est une composante essentielle de toute fonction de coordination de projet ou de programme. Le S&E est une discipline à part entière reposant, au-delà de méthodes strictes et rigoureuses de collecte et de traitement de l'information, sur une philosophie de l'action publique et de l'intérêt général. C'est un subtil équilibre entre apprentissage et redevabilité, permettant d'éclairer la prise de décision mais aussi potentiellement de retracer puis questionner le cheminement préalable à la prise de décision.

De ce fait, le Comité National de Suivi Evaluation (CNSE) a été établi pour la mise en place et l'opérationnalisation du système de suivi et évaluation du secteur nutrition au niveau national.



Le CNSE est composé des techniciens venant des ministères et ses services techniques, des agences de mise en œuvre (AMIO), des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et des différents acteurs intervenant dans le secteur nutrition au niveau national. Au niveau régional, les groupes régionaux de suivi-évaluation (GRSE) assura la mise en place et l'opérationnalisation du système de suivi et évaluation du secteur nutrition au niveau régional.

7.2.1. Principaux indicateurs de suivi évaluation

Les cadres de S&E sont de plus en plus importants pour développer une approche concertée de l'évaluation des résultats obtenus et pour faciliter l'apprentissage organisationnel. Le cadre de S&E identifie les résultats attendus, les principales

questions d'évaluation et les moyens de répondre à ces questions par le biais d'un suivi de routine et d'une évaluation périodique. Le suivi et l'évaluation sont essentiels au bon fonctionnement des programmes et contribueront à la valeur globale qui en découle. Les cadres de S&E devraient soutenir la prise de décision, l'allocation des ressources et l'affinement du programme sur la base des leçons apprises.

De ce fait, le PNAMN repose sur plusieurs indicateurs d'activités et de résultats inscrits dans le cadre logique (en annexe 1).

Il est donc nécessaire d'élaborer le Plan National de Suivi-Evaluation (PNSE) du PNAMN. C'est un document informatif de tous les indicateurs d'activités et d'impacts retenus pour les 5 ans de mise en œuvre du PNAMN. Etant donné que le contexte évolue d'année en année, il est prévu de procéder à l'actualisation du cadre logique après l'évaluation à mi-parcours.

L'ONN centralise et consolide tous les indicateurs retenus du PNAMN.

Les valeurs des indicateurs sont fournies par :

- Les 22 (23) offices régionaux⁹ via les groupes régionaux de suivi-évaluation (GRSE) ;
- Les cellules de suivi et évaluation des performances des Ministères clés (données remontées au niveau central du Ministère) ;
- Les agences de mise en œuvre des divers projets où sont réalisées les activités liées à la nutrition.

⁹ En 2021 la région de Vatovavy Fitovinany est scindée en Vatovavy et Fitovinany.

La périodicité de remontée des données sur les indicateurs sera fixée dans le document Plan National de Suivi et Evaluation du PNAMN.

7.2.2. Évaluation du plan d'action

Les progrès accomplis lors de la mise en œuvre du plan feront l'objet d'une évaluation. Cette évaluation sera effectuée sur la base des indicateurs d'activités et de résultats retenus. On procédera à une évaluation tant à l'interne qu'à l'externe.

Evaluation à mi-parcours

La mise en œuvre du PNAMN s'étalera sur 5 ans allant de 2022 à 2026. Une période de deux ans est retenue pour l'exécution à moyen terme, le PNAMN sera donc évalué à mi-parcours à la fin 2023 pour un recadrage du plan en début 2024.

L'objectif de cette évaluation à mi-parcours est de mesurer le niveau des réalisations obtenues et les chances de progression ou les risques d'échec au rythme que les activités seront entreprises. Les résultats de l'évaluation à mi-parcours externe seront partagés aux acteurs et les partenaires de mise en œuvre, ce qui leur permettrait d'apprécier les taux de réalisation des résultats.

L'évaluation externe sera effectuée par une entité indépendante, dans la recherche d'objectivité, tandis que la revue sera faite en interne sous l'organisation de l'ONN.

Evaluation finale

L'évaluation finale sera également indépendante et externe. L'objectif final de l'évaluation est de fournir les résultats et d'en tirer les leçons clés de l'expérience. Un ensemble de recommandations seront formulées dans le but de fournir aux acteurs œuvrant pour la Politique Nationale de Nutrition, un appui pour les éventuelles orientations futures.

L'évaluation sera articulée autour des questionnements basés sur les cinq critères standards d'évaluation, à savoir l'efficacité, l'efficacités, l'impact, la durabilité et la pertinence.

7.3. Conditions de réussite et risques

7.3.1. Conditions de réussite

Plusieurs conditions doivent être remplies et réunies pour une mise en œuvre réussie du PNAMN.

Premièrement, il faut s'assurer que les objectifs sont clairement définis de manière participative et qu'il existe un consensus sur la politique sectorielle, et cela en dépit du fait que l'on compte une multiplicité d'acteurs tant publics que privés impliqués dans la lutte contre la malnutrition.

Ensuite, il est important que l'ONN revendique son leadership dans le secteur. Pour ce faire, les actions de communication institutionnelle seront nécessairement entreprises pendant la phase préalable. Par ailleurs, le rôle que joue l'ONN dans la coordination des interventions doit être plus actif.

En outre, les instruments de gestion, de coordination, de suivi se veulent être pleinement efficaces et efficaces. On parle des procédures de gestion au sein de l'ONN et des projets en cours pour la mise en œuvre.

Une autre condition essentielle de réussite est la mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre de toutes les activités du PNAMN. Pour ce faire, il importe que la part des investissements propres qui relèvent de l'État et des collectivités décentralisées (région et communes) soit accrue par rapport aux financements obtenus pour le PNAMN. Comme les actions identifiées dans le PNAMN ne pourront pas être financées intégralement par les ressources propres du pays, il convient d'élaborer au préalable un plan de financement, comportant les mécanismes de financement, en se basant sur les ressources mobilisables.

La prise d'initiative à tous les niveaux des partenaires de mise en œuvre constitue aussi entre autres un facteur clé de réussite non négligeable. Pour cela, le contexte de collaboration entre ONN et ses partenaires doit être favorable à cette prise d'initiatives. Cela signifie une bonne et équitable connaissance de tous les acteurs, des objectifs, des ressources, des problèmes et des solutions.

La programmation opportune de toutes activités et sous-activités, plus particulièrement pour celles qui sont interdépendantes, est une condition essentielle en matière de planification.

Enfin, parmi les conditions de réussite, on souligne la participation et l'adhésion pleine et entière des acteurs du secteur privé. L'enjeu consiste à maintenir cette adhésion et le dynamisme de la collaboration sur le long terme, en dépit des évolutions politiques et des éventuels bouleversements économiques. Il importe que l'effectivité des mesures prises par le secteur privé ne soit pas conditionnée par la crainte des contrôles effectués par les organismes publics, par exemple dans le cas de la fortification alimentaire.

7.3.2. Risques et limites

À l'égard de tout ce qui précède, l'exécution du PNAMN comporte certaines limites et certains risques.

En premier lieu, vu l'ampleur des activités identifiées, la mise en œuvre du PNAMN requiert des besoins de financement externe importants. Or, ce financement peut être suspendu, voire arrêté en cas de crise politique. Ceci dit, actuellement, la confiance des bailleurs de fonds est acquise, car ils ont pu constater une stabilité politique depuis 2019.

Aussi, le pays est sérieusement menacé par les risques de catastrophes tels que les cyclones, les inondations, la sécheresse et les invasions acridiennes, et plus récemment la pandémie de COVID-19. Tous ces fléaux peuvent anéantir brutalement les actions de lutte contre la malnutrition, d'où la pertinence du plan de relèvement ou du plan de redressement pour renforcer la résilience, notamment nutritionnelle, des populations touchées.

En outre, la faible capacité des agents de mise en œuvre peut empêcher la bonne exécution du PNAMN.

Parmi les causes sous-jacentes de la malnutrition, on note aussi les mauvaises habitudes

alimentaires, les mœurs sociales, les pratiques ancestrales défavorables (par exemple : pratiques d'allaitement inadéquates). Compte tenu de ces facteurs culturels et sociaux, la communication pour le changement de comportement devra se faire à grande échelle pour toucher le maximum de personnes cibles.

De plus, les interventions s'inscrivent souvent dans le cadre des projets mis en œuvre sur deux à cinq ans, selon les accords avec les bailleurs de fonds. D'une part, il est parfois difficile de mesurer les réalisations obtenues lors des interventions dans lesquelles la nutrition est secondaire (faute d'indicateurs). D'autre part, ces interventions sous forme d'approche de projet sont généralement ajustées en fonction du budget alloué. Par conséquent, il arrive souvent que les zones soient très dispersées géographiquement et que la couverture spatiale soit également très faible.

Enfin, la corruption est un facteur de risque non négligeable pouvant entraver les actions. En effet, ces risques sont présents pendant les contrôles faits par les laboratoires ou les agents administratifs auprès des producteurs des aliments fortifiés.



RÉFÉRENCES

1. INSTAT. Troisième recensement général de la population et de l'habitation (RGPH-3). 2020.
2. ONN. Evaluation intermédiaire du PNAN III. 2021.
3. World Bank. The World Bank in Madagascar [Internet]. The World Bank in Madagascar. 2021 [cited 2021 Oct 25]. Available from: <https://www.worldbank.org/en/country/madagascar/overview#1>
4. UNDP. Rapport sur le développement humain 2020. New York; 2021.
5. BAD. Accélérer la transformation structurelle de l'économie et la création d'emplois décents. 2021.
6. Banque Mondiale. Perspectives économiques de Madagascar - Tracer la voie de la reprise. 2020.
7. INSTAT, UNICEF. Enquête par grappes à indicateurs multiples - MICS Madagascar, 2018, Rapport final. Antananarivo, Madagascar; 2019.
8. de Onis M, Borghi E, Arimond M, Webb P, Croft T, Saha K, et al. Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years. Public Health Nutr. 2019 Jan;22(1):175–9.
9. INSTAT. Enquête Démographique et de Santé (EDSMD-V)- Madagascar Rapport des indicateurs-clés. 2021.
10. ONN, OMS. Calculs réalisés avec l'outil OMS Nutrition Global Targets Tracking Tool actualisé avec les données JME 2021 utilisant le baseline 2012. 2021.
11. GroundWork, WFP, UNICEF. Protocole- Enquête nationale sur les carences en micronutriments à Madagascar 2021 - ENCM 2021. 2021.
12. Razafiarisoa B. Enquête sur la Carence en Vitamine A chez les Femmes et les Enfants et Enquête sur l'Anémie chez les Ecoliers de 6 à 14 Ans- Madagascar 2000 [Internet]. USAID; 2004. Available from: <https://docplayer.fr/2349655-Enquete-sur-la-carence-en-vitamine-a-chez-les-femmes-et-les-enfants-et-enquete-sur-l-anemie-chez-les-ecoliers-de-6-a-14-ans.html>
13. INSTAT, Programme National de Lutte contre le Paludisme, Institut Pasteur de Madagascar. Enquête sur les Indicateurs du Paludisme 2016. 2017.
14. INSTAT, ICF Macro. Enquête Démographique et de Santé Madagascar 2008-2009. Antananarivo, Madagascar; 2010.
15. ONN, Ministère de la Santé, UNICEF. Enquête sur la vitamine a et la nutrition de la femme (ENVINUF). 2020.

16. NCD Risk Factor Collaboration. Country profil-Madagascar [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 25]. Available from: <https://ncdrisc.org/country-profile.html>
17. ACC/SCN. 4th Report on The World Nutrition Situation- Nutrition throughout the Life Cycle, in The World Nutrition Situation. Geneva, Switzerland.: ACC/SCN; 2000.
18. Kelly A, Kevany J, de Onis M, Shah PM. A WHO collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 1996 Jun;53(3):219–33.
19. Martorell R, Ramakrishnan U, Schroeder DG, Melgar P, Neufeld L. Intrauterine growth retardation, body size, body composition and physical performance in adolescence. *Eur J Clin Nutr*. 1998 Jan;52 Suppl 1:S43-52; discussion S52-53.
20. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, editor. L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde: se prémunir contre les ralentissements et les fléchissements économiques. Rome: FAO; 2019.
21. INSTAT, ONN, UN. Enquête Nationale sur le Suivi des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ENSOMD). 2012.
22. INSTAT, WFP. Analyse Globale de la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle, et de la Vulnérabilité (AGSANV). 2014.
23. USAID. Madagascar - Country Dashboard [Internet]. Country Dashboard. 2021 [cited 2021 Oct 25]. Available from: <https://idea.usaid.gov/cd/madagascar>
24. ONUInfo. Madagascar : une grave sécheresse pourrait provoquer la 1ère famine au monde due au changement climatique [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 25]. Available from: <https://news.un.org/fr/story/2021/10/1106892>
25. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*. 2013 Aug;382(9890):452–77.
26. UNICEF. Guide de Programmation Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant. 2012.
27. Ministère de la Santé Publique. Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant Manuel de Référence. 2019.
28. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2012 Aug 15 [cited 2021 Oct 25];2012(8). Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003517.pub2>
29. OMS. Directive : Supplémentation en vitamine A chez les nourrissons et les enfants de 6 à 59 mois [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2011 [cited 2021 Oct 25] p. 139. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204687>

30. Ravaoarisoa L, Raherimandimby H, Rakotonirina J, Rakotomanga J de DM, Dramaix MW, Donnen P. Mothers' dietary practices in the Amoron'i Mania region Madagascar. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 20];30. Available from: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/30/76/full/>
31. CEATIC, MdS, ONN, EU, UNICEF. Etude sur les causes de la malnutrition aigüe dans huit communes dans le sud de Madagascar. 2017.
32. Ministère de la Santé Publique. PLAN DE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR SANTE 2020 – 2024. 2020.
33. United Nations, Economic Commission for Africa, World Food Programme. The cost of hunger in Africa: social and economic impact of child undernutrition in Egypt, Ethiopia, Swaziland and Uganda : implications for the social and economic transformation of Africa. 2014.
34. INSTAT, UNICEF. MICS 2018 MODA- Madagascar. 2018.
35. Mahmud R, Rabary M. USAID/Madagascar IMPACT Program Gender Equality and Social Inclusion Analysis and Action Plan. Banyan Global. 2019 Jul 26;64.
36. WEF. Global Gender Index Report. 2021.
37. OECD. SIGI 2019 Regional Report for Madagascar [Internet]. OECD; 2019 [cited 2021 Oct 19]. (Social Institutions and Gender Index). Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/development/sigi-2019-regional-report-for-eurasia_f6dfa21d-en
38. ONN, SUN. Cartographie des Intervenants et des Interventions en Nutrition. 2020 Oct.
39. World Bank. Profils de risques de catastrophes- Madagascar. 2016.
40. Verburg G. Principales conclusions de la visite à Madagascar. Geneva, Switzerland.: Secrétariat du Mouvement SUN (Scaling Up Nutrition); 2017 Jul.
41. ONN, UNICEF. Plan d'Investissement sur la Nutrition 2017. 2017.
42. Martínez R, Fernández A. Model for Analysing the Social and Economic Impact of Child Undernutrition in Latin America. Santiago de Chile, December, 2007: WFP/ECLAC; 2007.
43. REACH, SUN. Compendium des Actions de Nutrition (CAN)- Version 1. 2016.
44. Keats EC, Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Imdad A, Black RE, et al. Effective interventions to address maternal and child malnutrition: an update of the evidence. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2021 May;5(5):367–84.
45. WHO. Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course. 2019.
46. Savigny D de, Adam T, Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. Pour une approche systématique du renforcement des systèmes de santé / édité par Don de Savigny et Taghreed Adam. Systems thinking for health systems strengthening / edited by Don de Savigny and Taghreed Adam. 2009;107.

47. Hammond RA, Dube L. A systems science perspective and transdisciplinary models for food and nutrition security. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2012 Jul 31;109(31):12356–63.
48. UNICEF Nutrition Strategy 2020-2030.
49. D'Agostino A, Wun J, Narayan A, Tharaney M, Williams T. Defining Scale-Up of Nutrition Projects. :10.
50. Ministère de la Santé Publique. Plan de développement du secteur sante 2020 – 2024. 2020.
51. Chambers R, Von Medeazza G. Sanitation and Stunting in India: Undernutrition's Blind Spot. *Economic and Political Weekly*. 2013;48(25):15–8.
52. Ministère de l'Éducation Nationale. Plan National d'Alimentation et de Nutrition Scolaire 2020 – 2024 (PNANS III). 2020.
53. MPPSPF, UNICEF. Vers une protection sociale universelle et inclusive pour les enfants à Madagascar. 2021.
54. UNICEF, Office of Research-Innocenti. Gender-responsive and age-sensitive social protection [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 5]. Available from: <https://www.unicef-irc.org/research/gender-responsive-and-age-sensitive-social-protection/>
55. UNICEF. La protection sociale soucieuse des questions de genre durant la COVID-19: Fiche technique. 2020 Avril.
56. Tebaldi R. Genre et protection sociale en Afrique subsaharienne : évaluation générale de la conception de différents programmes. 2016.
57. PAM. Stratégie de protection sociale du PAM en Amérique latine et dans les Caraïbes. 2019.



ANNEXES

But

Le Pnamn a pour but, d'une part, d'assurer le droit de la population malagasy à une nutrition adéquate en vue d'améliorer la survie des enfants et de permettre un développement maximal de leurs potentialités physiques et intellectuelles, et d'autre part, de promouvoir la santé et le bien-être de la population cible, par la synergie des interventions multisectorielles

Objectifs généraux

- » Réduire de 39,8% à 28,4% le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance
- » Réduire de 26,4% à 20,4% le pourcentage de femme en âge de procréer qui sont anémiques
- » Réduire de 16,3% à 13,8% le pourcentage des nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance
- » Réduire et maintenir à moins de 1% le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans en surpoids
- » Augmenter de 57,4% à 70,2% le pourcentage de bébés allaités exclusivement au sein au cours des 6 premiers mois de vie
- » Réduire et maintenir à moins de 5% le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans émaciés.

Système de santé pour la nutrition

Objectifs du

système de

santé pour la

nutrition

- » Augmenter de 26,7% à 35% la proportion de femmes en âge de procréer avec un Indice de Masse Corporelle normale (entre 18,5 et 24,9 kg/m²)
- » Réduire la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois de 45,9% à 40%
- » Augmenter de 45% à 70% la proportion des bébés allaités dans l'heure qui suit la naissance
- » Augmenter de 83,9% à 90% la proportion d'enfants de 6 à 23 mois ayant reçu la fréquence minimale de repas pour leur âge
- » Au moins 75% des enfants admis dans le programme de traitement de la malnutrition aigüe sévère sont guéris
- » Augmenter à 90% le taux de couverture des vaccinations de base au niveau des CSB
- » Augmenter la proportion des femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) dont les besoins en méthodes modernes de planification familiale sont satisfaits de 65% à 72%.

Logique d'intervention

Objectifs de réalisation objectivement vérifiables

Resultats attendus d'ici 2026

Descriptions du Risques/ Actions atténuantes

Intervention 1 : Améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel de toute la population

<p>Activités</p> <p>Promouvoir la consommation des aliments fortifiés incluant le sel iodé</p>	<p>Nombre de campagne de masse sur la promotion des aliments fortifiés réalisée au niveau national et régional</p>	<p>Au moins une campagne de masse annuelle sur la promotion des aliments fortifiés est réalisée au niveau national et régional</p>	<p>Descriptions du Risque</p> <p>Contexte socio politique, sanitaire et sécuritaire instable : troubles politiques qui conduit à la suspension de l'aide et à des crises sociales</p> <p>Manque d'appropriation et d'engagement de toutes les parties prenantes du système de santé pour la nutrition</p>
<p>Mener des campagnes de sensibilisation des consommateurs sur les bonnes pratiques alimentaires et d'hygiène</p>	<p>Nombre de campagne de masse de sensibilisation des consommateurs sur les bonnes pratiques alimentaires et d'hygiène réalisée au niveau national et régional</p>	<p>Au moins une campagne de masse par an réalisée au niveau national et régional</p>	<p>Insuffisance de financement : manque de budget de l'État ou de positionnement des PTFs pour assurer la mise en œuvre des interventions</p> <p>Situation de pandémie et d'épidémie qui met à mal le système de santé et l'accès des populations</p>

Augmentation des catastrophes naturelles et des crises alimentaires
Couverture des activités et géographique insuffisante
Système de santé faible
Couverture de santé universelle pas encore fonctionnelle
Budgets « zéro » pour les produits et intrants (Exemple : intrants de la vaccination, produits PF, Plumpy nut, etc.)

Promouvoir l'adoption des bonnes pratiques alimentaires et d'hygiène des établissements de restauration

% des établissements de restauration collective appliquant les 5 clés pour des aliments plus sûrs de l'OMS

Au moins 60% des établissements de restauration collective enregistrés appliquent les 5 clés pour des aliments plus sûrs de l'OMS

Intervention 2 : Améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel des femmes enceintes

Activités

Supplémenter les femmes enceintes vues en CPN en Fer Acide
Folique ou en multi micronutriments

% de femmes enceintes vues en CPN supplémentées en FAF ou en multi-micronutriments

90% des femmes enceintes vues en CPN sont supplémentées avec > 90 de comprimés de fer acide folique ou de multi-micronutriments.

Actions atténuantes

Plaidoyer pour une plus grande volonté politique et engagement de l'état et de ses partenaires sur le plan financière
Renforcement des actions de GRC
Plaidoyers et actions de la société civile auprès du gouvernement et des PTFs

Renforcer les systèmes de suivi
 Lever la culture de l'impunité
 Renforcement sur la sensibilisation et
 la gestion des rumeurs

Déparasiter les femmes enceintes de plus de 4 mois de grossesse vues en CPN	% des femmes enceintes de plus de 4 mois de grossesse vues en CPN déparasitées	Au moins 90% des femmes enceintes de plus de 4 mois de grossesse vues en CPN sont déparasitées
Prévenir le paludisme chez les femmes enceintes	% des femmes enceintes vues en CPN ayant reçues des Traitements Préventifs Intermittents contre le paludisme	70% des femmes enceintes vues en CPN reçoivent des Traitements Préventifs Intermittents contre le paludisme
	% des femmes enceintes qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	90% des femmes enceintes vues en CPN dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide
Peser les femmes enceintes lors des consultations prénatales	% de femmes enceintes pesées lors des consultations prénatales	95% de femmes enceintes vues en CPN sont pesées.

Supplémentation équilibrée en protéines énergétiques pendant la grossesse dans les zones en insécurité alimentaire	% des femmes enceintes dans les zones vulnérables ayant reçues des suppléments alimentaires équilibrés en protéine énergétique	70% des femmes enceintes dans les zones en insécurité alimentaire aigüe reçoivent une supplémentation alimentaire équilibrée en protéine énergétique
Effectuer des séances d'éducation nutritionnelle pour les femmes enceintes au niveau des sites communautaires et au CSB	Nombre de séances d'éducation nutritionnelle pour les femmes enceintes réalisées au niveau des sites communautaires et au CSB	Au moins 80% des femmes enceintes vues au niveau des sites communautaires et au CSB reçoivent un counseling sur la nutrition de la femme enceinte
Mise en œuvre d'une campagne de communication pour le changement de comportement pour la Nutrition de la femme enceinte	Nombre de campagne de communication pour le changement de comportement pour la Nutrition de la femme enceinte réalisée	Au moins 50% des femmes enceintes sont touchées par la campagne de communication pour le changement de comportement pour la Nutrition de la femme enceinte

Intervention 3 : Améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel des enfants de moins de 5 ans

Activités			
Supplémenter les enfants de 6 à 59 mois en Vitamine A	% d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois	Au moins 80% des enfants de 6 à 59 mois sont supplémentés en vitamine A au cours des 6 derniers mois	
Déparasiter les enfants de 12 à 59 mois	% des enfants de 12 à 59 mois ayant été déparasités au cours des 6 derniers mois	Au moins 80% des enfants de 12 à 59 mois sont déparasités au cours des 6 derniers mois	
Favoriser le contact peau à peau mère bébé et l'initiation précoce de l'allaitement maternel	% d'enfants nés au niveau des formations sanitaires sont mis en contact peau à peau avec la mère et sont allaités immédiatement après la naissance	70% des enfants nés au niveau des formations sanitaires sont mis en contact peau à peau avec la mère et sont allaités immédiatement après la naissance	

<p>Promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif et continu (ANJE 0-23 mois)</p>	<p>% des mères (femmes enceintes et femmes allaitantes) vues au niveau des CSB et sites communautaires ayant reçu un counseling sur l'allaitement maternel</p>	<p>80% des mères (femmes enceintes et femmes allaitantes) vues au niveau des CSB et sites communautaires reçoivent un counseling sur l'allaitement maternel</p>
<p>Promouvoir les pratiques optimales d'alimentation complémentaire adaptées à l'âge des enfants (ANJE 6-23 mois)</p>	<p>% des mères et responsables d'enfants vues au niveau des CSB et sites communautaires ayant reçu un counseling sur l'alimentation complémentaire optimale</p>	<p>80% des mères et responsables d'enfants vues au niveau des CSB et sites communautaires reçoivent un counseling sur l'alimentation complémentaire optimale</p>

Permettre aux "mères kangourous" de prendre soin des bébés ayant un faible poids à la naissance	% des centres de santé (CSB et hôpitaux) disposant de personnels formés en technique de "mères kangourous"	50% des centres de santé (CSB et hôpitaux) disposent de personnels formés en technique de soins "mères kangourous"
Promouvoir l'alimentation saine, équilibrée, diversifiée et nutritive pour les femmes allaitantes	% des femmes allaitantes vues au niveau des CSB et sites communautaires ayant reçu un counseling sur la nutrition de la femme allaitante	Au moins 80% des femmes allaitantes vues au niveau des CSB et sites communautaires reçoivent un counseling sur la nutrition de la femme allaitante
Supplémenter en compléments nutritionnels les femmes allaitantes dans les zones en insécurité alimentaire	% des femmes allaitantes dans les zones vulnérables ayant reçu des compléments nutritionnels	80% des femmes allaitantes dans les zones vulnérables reçoivent des compléments nutritionnels

Supplémenter en compléments nutritionnels les enfants de 6-23 mois dans les zones vulnérables	% des enfants de 6-23 mois ayant reçu des compléments nutritionnels dans les zones vulnérables	70% des enfants de 6-23 mois dans les zones vulnérables reçoivent des compléments nutritionnels
Mettre à l'échelle la fortification à domicile par la poudre de multi micronutriments (MNP) chez les enfants de 6-23 mois dans les zones ciblées	% des enfants de 6-23 mois dans les zones ciblées ayant consommé des aliments fortifiés à domicile par la poudre de multi micronutriments (MNP)	50% des enfants de 6-23 mois dans les zones ciblées consomment des aliments fortifiés par la poudre de multi micronutriments (MNP)
Assurer le clampage du cordon au moment optimal pour les nouveaux nés	% de nouveau-nés avec un retard de clampage du cordon de plus d'une minute	50% des nouveau-nés avec un retard de clampage du cordon de plus d'une minute
Créer un environnement propice à l'allaitement maternel dans les établissements de santé	% des formations sanitaires (CSB, CHR, CHU, CHRR) amies des bébés redynamisées ou mises en place qui sont fonctionnelles	100% des formations sanitaires "amies des bébés" sont fonctionnelles

Mettre en œuvre des campagnes de communication pour le changement social et comportemental pour l'alimentation du nourrisson, du jeune enfant et la nutrition de la femme (ANJE-NDF)	Nombre de campagne de communication pour le changement social et comportemental pour l'alimentation du nourrisson et jeune enfant et Nutrition de la femme menées	Au moins une campagne de communication pour le changement social et comportemental pour l'ANJE-NDF sont mises en œuvre annuellement
Renforcer le suivi systématique et la promotion de la croissance des enfants de moins de 5 ans vus aux CSB et sites communautaires	% d'enfants de 0 à 59 mois vus aux CSB et sites communautaires bénéficiant de suivi et promotion de la croissance de qualité	80% d'enfants de 0 à 59 mois vus aux CSB et sites communautaires bénéficient de suivi et promotion de croissance de qualité
Assurer la stimulation précoce des enfants de 6 à 30 mois	Nombre de sites communautaires effectuant des activités de stimulation précoce pour les enfants de 6 à 30 mois	Au moins 50 % des sites communautaires effectuent les activités de la stimulation précoce pour les enfants de 6 à 30 mois

Intervention 4 : Améliorer l'apport alimentaire et nutritionnel des adolescentes non-scolarisées

<p>Activités</p> <p>Supplémenter à intermittence les adolescentes non scolarisées en Fer Acide Folique (FAF)</p>	<p>% des adolescentes non scolarisées supplémentées en FAF au niveau communautaire</p>	<p>30% des adolescentes non scolarisées sont supplémentées en FAF au niveau communautaire</p>
<p>Déparasiter les adolescentes non scolarisées</p>	<p>% des adolescentes non scolarisées déparasitées</p>	<p>30 % des adolescentes non scolarisées sont déparasitées</p>
<p>Sensibiliser et éduquer les adolescentes et les parents sur l'alimentation saine, équilibrée, diversifiée et nutritive au niveau communautaire</p>	<p>% des adolescentes sensibilisées sur l'alimentation saine, équilibrée, diversifiée et nutritive</p>	<p>30% des adolescentes sont sensibilisées sur l'alimentation saine, équilibrée, diversifiée et nutritive</p>

Mettre en œuvre des campagnes de communication pour le changement social et comportemental pour l'alimentation adéquate des adolescentes	Nombre de campagne de communication pour le changement social et comportemental pour l'alimentation adéquate des adolescentes menées annuellement	Au moins une campagne de communication pour le changement social et comportemental pour l'alimentation adéquate des adolescentes est menée annuellement
--	---	---

Intervention 5 : Renforcer la prise en charge de la malnutrition aiguë

Activités	Dépister la malnutrition aiguë chez les enfants de 6-59 mois au niveau communautaire	% d'enfants de 6 à 59 mois dépistés	Au moins 60% des enfants de 6 à 59 mois sont dépistés
------------------	--	-------------------------------------	---

Maintenir et étendre la prise en charge des enfants atteints de la malnutrition aiguë sévère (CRENAS et CRENI) des régions vulnérables	Nombre des formations sanitaires disposant des centres CRENAS opérationnels	Nombre des formations sanitaires disposant de centres CRENAS opérationnels à augmenter de 1300 à 1600
--	---	---

Nombre districts sanitaires disposant des centres CRENI opérationnels	Au moins 80% des districts sanitaires disposent des centres CRENI opérationnels
---	---

Prise en charge efficace de la malnutrition aiguë sévère	Taux de guérison des enfants malnutris aiguë sévère sans complication au CRENAS	Supérieur à 75% des enfants malnutris sévère sans complication sont guéris dans les CRENAS
	Taux de couverture PECMAS	60% des cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) ont accès aux services de traitement (couverture)
	Nombre de jour de rupture d'intrant de prise en charge dans les CRENAS	Le rupture d'intrants de prise en charge dans les CRENAS est inférieure à 5 jours par an
Prendre en charge les femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition aiguë sévère	Taux de guérison des femmes enceintes et allaitantes malnutries aiguë sévère sans complication au CRENAS	Supérieur à 75% des femmes enceintes et allaitantes malnutries aiguë sévère sans complication sont guéris dans les CRENAS

Maintenir et étendre les CRENAM au niveau des régions vulnérables	% des sites communautaires dans tout Madagascar qui ont des centres CRENAM opérationnels	50% des sites communautaires dans tout Madagascar ont des centres CRENAM opérationnels
Intervention 6 : Renforcer la prévention et la prise en charge des maladies liées à la nutrition chez les enfants et les femmes		
Activités		
Prendre en charge les cas de diarrhée simple chez les enfants de 0 à 59 mois avec du SRO et Zinc	% des enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée ayant reçu de la SRO/Zinc	90% des enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée, recevant de la SRO/Zinc
Assurer la prise en charge intégrée des maladies des enfants au niveau communautaire (PCIMEc)	% des sites communautaires effectuant la PCIMEc	Au moins 50% des sites communautaires effectuent la PCIMEc
Renforcer la vaccination des enfants	% d'enfants âgé de 12-23 mois ayant reçu toutes les vaccinations de base recommandées par le calendrier national de vaccination	90% d'enfants âgé de 12-23 mois ayant reçu toutes les vaccinations de base recommandées par le calendrier national de vaccination

Promouvoir la Consultations Prénatales (CPN) répondant aux normes requises pour les femmes enceintes	% de femmes enceintes qui ont suivi au moins 1 Consultation Prénatale	68% de femmes enceintes ont fait au moins 1 Consultation Prénatale (CPN)
Intégrer les activités de prévention des maladies non-transmissibles liées à la nutrition dans les sites communautaires	% des sites communautaires ayant intégré la prévention des maladies non-transmissibles	80% des sites communautaires intègre la prévention des maladies non-transmissibles
Prise en charge nutritionnelle des patients tuberculeux et/ou lépreux	% de patients tuberculeux et/ou lépreux malnutris aigües ayant bénéficié de prise en charge nutritionnelle	90% des tuberculeux et/ou lépreux malnutris aigües bénéficient d'une prise en charge nutritionnelle selon le protocole
Assurer la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH	% de personnes vivants VIH malnutris aigües ayant bénéficié de prise en charge nutritionnelle	10% des personnes vivant avec le VIH malnutries aigües bénéficient d'une prise en charge nutritionnelle selon le protocole

Intervention 7 : Prévenir les grossesses précoces et réduire la taille des ménages

Activités	Renforcer le planning familial et la santé reproductive au niveau des sites communautaires	% de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) utilisant régulièrement des méthodes modernes de planification familiale	40% de femmes en âge de procréer utilisent régulièrement des méthodes modernes de planification familiale
	Facilitation de l'accès aux méthodes de Planification Familiale (PF) pour les jeunes et les adolescentes, aussi bien au niveau des formations sanitaires qu'au niveau communautaire	% des adolescentes ayant accès aux méthodes de planification familiale	46% des adolescentes auront accès aux méthodes de planification familiale

Systèmes alimentaires pour la nutrition

Objectifs des Systèmes alimentaires pour la nutrition » Augmentation de la proportion des enfants de 6-23 mois qui consomment une diversité alimentaire minimale de 27,4% à 50%

» Augmentation de la proportion des enfants de 6-23 mois qui consomment un régime alimentaire minimal acceptable de 20% à 30%

» Réduire de 8% à 5% la population souffrant d'insécurité alimentaire chronique (IAC)

» Atteindre 50% la proportion de femmes en âge de procréer qui consomment une diversité alimentaire minimale

» Augmenter de 5,9 à 6,9 le score de diversité alimentaire des ménages

» Augmenter de 1 à 3 les activités de fortification de masse

Logique d'intervention	Objectifs de réalisation objectivement vérifiables	Résultats attendus d'ici 2026	Descriptions du Risques/ Actions atténuantes
Intervention 1 : Promouvoir l'accès à une alimentation saine, équilibrée, diversifiée et nutritive			
Activités Renforcer les programmes nationaux d'intensification et de diversification agricole et alimentaire	% d'augmentation de la productivité du secteur agricole surtout des fruits et légumes, les légumineuses sèches et le lait de vache	Augmenter de 35% la productivité du secteur agricole surtout des fruits et légumes, les légumineuses sèches et le lait de vache	Descriptions du Risque Contexte socio politique, sanitaire et sécuritaire instable : troubles politiques qui conduit à la suspension de l'aide et à des crises sociales Inflation incontrôlable des denrées alimentaires mettant à mal l'accès des ménages aux aliments
Score de diversité alimentaire des ménages (SDAM)	Score de diversité alimentaire des ménages (SDAM)	Augmenter de 5,9 à 6,9 le score de diversité alimentaire des ménages	Sècheresse et changements climatiques qui perturbent le secteur agricole Augmentation de l'insécurité alimentaire modérée et sévère Manque d'appropriation et d'engagement de toutes les parties prenantes des systèmes alimentaires pour la nutrition
Développer la diversification Agricole en intégrant la culture des produits à haute valeur nutritive	Pourcentage d'augmentation de production par année pour chaque groupe d'aliments	Augmentation de 10% de production par année pour chaque groupe d'aliments	Insuffisance de financement : manque de budget de l'État ou de positionnement des PTFs pour assurer la mise en œuvre des interventions Dépendance vis-à-vis des appuis financiers externes Changement climatique, invasion acridienne, ravageurs de cultures

<p>Développer l'élevage à cycle court pour favoriser la consommation de protéines d'origine animale</p>	<p>Pourcentage des ménages cibles adoptant l'élevage à cycle court</p>	<p>Augmentation de 20% des ménages cibles adoptant l'élevage à cycle court</p>	<p>Faible couverture des activités et géographique Faible système de vulgarisation Détournements des fonds et fraudes, impunités des responsables fautifs Gestion financière non transparente</p>
<p>Développer l'aquaculture et la pêche pour la production d'aliments d'origine animale en soutien aux régimes alimentaires sains</p>	<p>Pourcentage des ménages cibles pratiquant l'aquaculture et la pêche</p>	<p>Augmentation de 10% des ménages cibles pratiquant l'aquaculture et la pêche</p>	<p>Actions atténuantes Impliquer le système environnement et de GRC Plaidoyer pour une plus grande volonté politique et engagement de l'état et de ses partenaires sur le plan financière Faciliter l'accès aux IMF et autres sources de financement (FDA) Diversification agricole et promotion des cultures résilientes Réhabilitation des infrastructures hydro agricoles Coopération /coordination avec les PTFs Programme de recrutement de vulgarisateurs Renforcer les systèmes de suivi Lever la culture de l'impunité</p>

Mettre en œuvre des actions d'envergure pour la fortification de masse à l'échelle industrielle et la biofortification au profit de la population	Nombre de variétés de produits biofortifiés cultivés et/ou vulgarisés	2 variétés de produits biofortifiés cultivés et/ou vulgarisés
	Nombre d'aliments fortifiés disponibles	Au moins 2 nouveaux aliments fortifiés sont disponibles
Mettre à l'échelle les greniers communautaires villageois (GCV)	Pourcentage des fokontany dotés de greniers communautaires villageois (GCV) mis en place et fonctionnel dans les zones rurales	Au moins 20% des Fokontany en milieu rural ont des GCV en place et fonctionnel
Promouvoir les équipements et infrastructures de stockage pour réduire les pertes post-récolte auprès des ménages	Pourcentage des ménages ayant accès aux équipements et/ou aux infrastructures de stockage	Augmentation de 10% des ménages cibles ayant accès aux équipements et/ou aux infrastructures de stockage

Créer des unités de transformation locales pour renforcer la conservation et la transformation des produits agricoles afin de réduire les pertes post-récoltes et créer de la valeur ajoutée notamment les aliments infantiles	Nombre d'unités de transformation et de conservation locales des produits créés	Au moins 10 unités locales créées au niveau de chaque district
Promouvoir l'entreprenariat des jeunes et des femmes orienté vers les systèmes alimentaires	Nombre de jeunes et/ou de femmes entrepreneurs sur toutes les chaînes de valeur agricole	Au moins 50% des entrepreneurs sur toutes les chaînes de valeur agricoles sont des jeunes et/ou des femmes
Appuyer les petites entreprises et industries œuvrant dans les activités de fabrication des produits nutritifs et de transformation de denrées à Haute Valeur Nutritionnelle (HVN)	Nombre de nouveaux produits nutritifs disponibles	Au moins 2 nouveaux produits nutritifs sont disponibles

	<p>Nombre des petites entreprises et industries qui transforment de denrées à Haute Valeur Nutritionnelle (HVN)</p>	<p>Au moins 10 petites entreprises et industries qui transforment de denrées à Haute Valeur Nutritionnelle (HVN)</p>
<p>Former les Agents agricoles sur les qualités exigées par les cahiers des charges des industrielles</p>	<p>Pourcentage d'Agents agricoles formés sur les qualités exigées par les cahiers des charges des industrielles</p>	<p>50% des Agents agricoles sont formés sur les qualités exigées par les cahiers des charges des industrielles</p>
<p>Intégrer la nutrition dans les services agricoles de proximité</p>	<p>Pourcentage d'Agents Agricoles de proximité formés en nutrition</p>	<p>50 % des Agents agricoles de proximité sont formés sur la nutrition</p>
<p>Faciliter l'accès et la mise en relation des petits producteurs avec le marché</p>	<p>Nombre de contrats établis pour les petits producteurs</p>	<p>Au moins 100 contrats pour les petits producteurs sont établis</p>
<p>Promouvoir la mise en application des normes et textes réglementaires sur la sécurité sanitaire des aliments</p>	<p>Nombre de normes Malagasy sur la nutrition élaborés et vulgarisés sur les denrées alimentaires</p>	<p>Au moins 5 normes vulgarisées sur les denrées alimentaires</p>

Intégration de l'aspect nutrition sur l'étiquetage des denrées alimentaires	L'étiquetage des denrées alimentaires intègrent l'aspect nutrition (oui/non)
Pourcentage des denrées alimentaires produites localement étiquetés respectant les textes réglementaires	10% des denrées alimentaires produits localement étiquetés respectant les textes réglementaires
Faciliter l'accès des ménages au financement agricole à travers les institutions financières ou épargnes communautaires	20% des ménages ont un accès au financement agricole à travers les institutions financières ou épargnes communautaires
Intervention 2 : Promouvoir une production résiliente face au changement climatique	
Activités Vulgariser les techniques d'Agriculture intelligente adaptés au climat	Pourcentage des ménages ayant adopté au moins une technique d'agriculture intelligente adaptée au climat Augmentation de 20% des ménages ayant adopté au moins une technique d'agriculture intelligente adaptée au climat

Promouvoir les techniques agricoles permettant la conservation des nutriments dans les produits agricoles	Pourcentage des ménages adoptant les techniques agricoles permettant la conservation des nutriments dans les produits agricoles	Augmentation de 20% des ménages adoptant les techniques agricoles permettant la conservation des nutriments dans les produits agricoles
---	---	---

Intervention 3: Assurer la sécurisation alimentaire et nutritionnelle dans le grand Sud

Activités	Elaborer une stratégie spécifique pour le développement Agricole assurant une alimentation diversifiée dans le Grand Sud	Nombre de stratégie harmonisée pour la diversification alimentaire dans le Grand Sud	Une stratégie harmonisée pour la diversification alimentaire dans le Grand Sud est disponible
	Mettre en œuvre la stratégie pour le développement Agricole assurant une alimentation diversifiée dans le Grand Sud	% des activités de la stratégie harmonisée pour la diversification alimentaire dans le Grand Sud mises en œuvre	80% des activités définies dans la stratégie sont mises en œuvre

Système eau, assainissement et hygiène pour la nutrition

Objectifs du Système EAH pour la nutrition

- » Les Actions Essentielles en eau, assainissement et hygiène sont promues au niveau de 25% des ménages pour maintenir un bon état nutritionnel de la famille.
- » Réduire les comorbidités (diarrhée) dans les centres de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère grâce aux interventions eau, hygiène et assainissement à 90%

Logique d'intervention	Objectifs de réalisation objectivement vérifiables	Résultats attendus d'ici 2026	Descriptions du Risque/ Actions atténuantes
Intervention 1 : Améliorer l'accès à l'eau potable surtout des ménages avec enfants en bas âge			
Activités Renforcer la gestion de l'eau par les femmes : gestion des ressources en eau et le traitement de l'eau	% des membres des comités de gestion des ressources en eau fonctionnels sont des femmes	50% des membres des comités de gestion des ressources en eau fonctionnels sont des femmes	Descriptions du Risque Contexte socio politique, sanitaire et sécuritaire instable : troubles politiques qui conduit à la suspension de l'aide et à des crises sociales
La réhabilitation des infrastructures en eau potable	% de taux de desserte en eau potable	Au moins 60 % de taux de desserte en eau potable	Environnement culturel: des sujets et pratiques tabou sur l'utilisation des latrines et sur l'hygiène menstruelle Manque d'appropriation et d'engagement de toutes les parties prenantes du système EAH pour la nutrition
Les ménages (surtout avec des enfants de bas âges) appliquent au moins l'un des trois techniques de base de traitement de l'eau	% des ménages appliquant au moins une des trois techniques de base de traitement de l'eau	80% des ménages appliquent au moins une des trois techniques de base de traitement de l'eau	Insuffisance de financement : manque de budget de l'État ou de positionnement des PTFs Faible connaissance et/ou information sur la mise en œuvre des institutions "amies de WASH"

Intervention 2 : Améliorer l'accès à l'hygiène au niveau ménages et des institutions publiques

Activités Promouvoir le lavage des mains avec du savon % des ménages ayant des dispositifs de lavage des mains avec du savon 45 % des ménages ont des dispositifs de lavage des mains avec du savon

% des CSB ayant des dispositifs de lavage des mains avec du savon 54% des CSB ont des dispositifs de lavage des mains avec du savon

% des écoles publiques ayant des dispositifs de lavage des mains avec du savon 25% des écoles publiques ont des dispositifs de lavage des mains avec du savon

Couverture des activités et géographique insuffisant

Manque de fiabilité des constructeurs des infrastructures en eau, assainissement et hygiène

Actions atténuantes

Considérer la spécificité de chaque Région en tenant compte des bonnes pratiques déjà effectuéé par les autres ONG

Plaidoyer pour une plus grande volonté politique et engagement de l'état et de ses partenaires sur le plan financière Collecter les informations auprès du MEAH

Transparence de la passation du marché, "due diligence" des constructeurs et contrôle rigoureux des travaux

Mise en place d'un mécanisme d'intégration pour promouvoir les pratiques EAH au niveau des institutions publiques	Nombre de mécanisme d'intégration mis en place pour promouvoir les pratiques EAH au niveau des institutions publiques	Un mécanisme d'intégration est mis en place pour promouvoir les pratiques EAH au niveau des institutions publiques
Protéger les enfants malnutris aigus en cours de traitement (et donc plus susceptible aux infections) de tomber malade à travers des interventions EAH	% des CRENAS et CRENI appliquant les interventions clés en matière d'EAH	90% des CRENAS et CRENI appliquent les interventions clés en matière d'EAH
Promouvoir l'hygiène alimentaire, corporelle, domestique et environnementale	% Pourcentage des CRENAM appliquant les interventions clés en matière d'EAH	25% des CRENAM appliquent les interventions clés en matière d'EAH
Elaborer et publier le code municipal d'hygiène au niveau des chefs-lieux de Région	% de la population adoptant les bonnes pratiques d'hygiène alimentaire corporelle, domestique et environnementale	60 % de la population adoptent les bonnes pratiques d'hygiène alimentaire corporelle, domestique et environnementale
	Nombre de chefs-lieux de Région ayant un code municipal d'hygiène	Les 23 chefs-lieux de Région ont un code municipal d'hygiène

L'approche « Amies de WASH » des formations sanitaires et des écoles est adopté dans tous les régions	% des formations sanitaires adoptant l'approche Amies de WASH	50% des formations sanitaires ont adopté l'approche Amies de WASH
	% des écoles adoptant l'approche Amies de WASH	60% des écoles ont adoptées l'approche Amies de WASH
Promouvoir les entités « Amies de WASH » dans les gargotes pour promouvoir les messages clés EAH	% de nouvelles gargotes dans les endroits stratégiques adoptant le concept « Amies de WASH »	Au moins 90% de nouvelles gargotes dans les endroits stratégiques adoptent le concept « Amies de WASH »
Promouvoir la salubrité des aliments pour les enfants dans les hotelin-jaza	% des hotelin-jaza ayant la certification d'autorisation sanitaire par le régulateur	Au moins 90% des hotelin-jaza obtiennent la certification d'autorisation sanitaire par le régulateur
Sensibiliser les ménages à la gestion des ordures ménagères	% des ménages adoptant la gestion des ordures ménagère	60% des ménages adoptent la gestion des ordures ménagère

Intervention 3 : Améliorer l'accès à l'assainissement au niveau des ménages et communautaires

Activités	Promouvoir l'état sans Défécation à l'Air Libre (FDAL)	% des Communes ayant atteint le statut Fin à la Défécation à l'Air Libre (FDAL)	100% de Malagasy sont ODF – ont abandonné la défécation à l'air libre
	Sensibiliser à l'utilisation de latrines améliorées	% des ménages utilisant des latrines améliorées	10 % des ménages utilisent des latrines améliorées

Système éducation pour la nutrition

Objectifs du système éducation pour la nutrition	<ul style="list-style-type: none"> » 25% des écoles primaires publiques mettent en œuvre le paquet complet d'interventions clés en matière d'Alimentation et Nutrition Scolaire (ANS) » Réduire le taux d'anémie chez les filles 5-19 ans de 27,8% à 21,7% » Diminuer de 28,3% à 21,3% la proportion d'adolescentes de 15-19 ans avec une Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5 kg/m²
---	---

Logique d'intervention	Objectifs de réalisation objectivement vérifiables	Resultats attendus d'ici 2026	Descriptions du Risques/ Actions atténuantes
------------------------	--	-------------------------------	--

Intervention 1 : Renforcer le paquet de la nutrition en milieu scolaire

Activités	Mise en place de Cantine Scolaire au niveau des établissements Primaires Publics (EPP)	% des EPP qui bénéficient de cantine scolaire	25% des établissements Primaires Publics bénéficient de cantines scolaires	Descriptions du Risque Contexte socio politique, sanitaire et sécuritaire instable : troubles politiques qui conduit à la suspension de l'aide et à des crises sociales
------------------	--	---	--	---

<p>Supplémenter en fer et en acide folique les enfants d'âge scolaire et les adolescentes</p>	<p>% des élèves supplémentés en fer et en acide folique</p>	<p>90% des élèves sont supplémentés en fer et en acide folique</p>	<p><i>Pour la sensibilisation sur l'éducation sexuelle et Santé Reproductive des Adolescents (SRA), le risque est lié aux barrières culturelles situées dans certaines zones de Madagascar</i></p>
<p>Déparasiter les enfants d'âge scolaire et les adolescentes</p>	<p>% des élèves des EPP déparasités</p>	<p>90% des élèves dans les écoles primaires (EPP) sont déparasités</p>	<p><i>Pour la sensibilisation sur la Santé bucco dentaire (qui est intégré dans les écoles à l'aide du système EAH), le risque est lié à l'accès à l'eau des établissements scolaires</i></p>
<p>Promouvoir la consommation des aliments riches en micronutriments, saine, équilibrée, diversifiée et nutritive</p>	<p>% des écoles avec une cantine scolaire qui bénéficient d'une éducation nutritionnelle</p>	<p>100% des écoles avec une cantine scolaire bénéficient d'une éducation nutritionnelle</p>	<p><i>Pour la promotion des jardins potagers, le risque est lié au climat, à la fertilité du terrain, à l'espace cultivable dans l'enceinte des écoles et la capacité technique des responsables</i></p>
<p>Promouvoir les jardins potagers</p>	<p>% des écoles avec une cantine scolaire qui ont un jardin potager.</p>	<p>50 % des écoles avec une cantine scolaire ont un jardin potager.</p>	<p><i>Insuffisance de financements pour mener toutes les interventions du système éducation pour la nutrition</i> <i>Manque d'appropriation et d'engagement de toutes les parties prenantes du système éducation pour la nutrition</i></p>

Effectuer des visites médicales à l'entrée du premier cycle de l'enseignement de base au niveau des écoles (carnet de santé)	% des élèves bénéficient d'une visite médicale à la rentrée du premier cycle de l'éducation fondamentale	20% des élèves bénéficient une visite médicale à l'entrée du premier cycle de l'enseignement de base au niveau des écoles	<p>Pour les activités en collaboration avec le MSANP (déparasitage, supplémentation en FER/FAF), le calendrier dépend de la disponibilité des équipes du MSANP</p> <p>Effets secondaires des médicaments</p>
	Nombre d'élèves possédant un carnet de santé	20% d'élèves possèdent un carnet de santé	Prise des médicaments à jeun
Intégration des thèmes relatifs à la nutrition dans la pratique en classe	100% des enseignants dans les écoles avec cantines ayant été formés sur l'intégration des thèmes relatifs à la nutrition dans la pratique en classe	100% des enseignants dans les écoles avec cantines sont formés sur l'intégration des thèmes relatifs à la nutrition dans la pratique en classe	<p>Risque de non disponibilité des médicaments/intrants</p> <p>Couverture des activités et géographique insuffisant : manque de fonds pour une extension et les mesures d'accompagnements (suivi et formation)</p>
Promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SRAJ) au niveau des écoles	% des écoles bénéficiant d'une formation en santé sexuelle et reproductive des adolescents	25 % des écoles bénéficient d'une formation en santé sexuelle et reproductive des adolescents	<p>Détournements des fonds et fraudes, impunités des responsables fautifs</p> <p>Gestion financière non transparente</p> <p>Rumeurs</p> <p>Cas de décès qui sont attribués aux activités de supplémentation</p>

<p>Développer une stratégie de communication nationale et régionale pour promouvoir la nutrition en milieu scolaire</p>	<p>Nombre de plan de communication du système éducation pour la nutrition élaborée</p>	<p>Un plan de communication du système éducation pour la nutrition est élaboré</p>	<p>Actions atténuantes <i>Renforcement de sensibilisation, diversification d'approche / stratégie à adopter</i> <i>Collaboration avec les techniciens de l'agriculture</i> <i>Plaidoyer pour une plus grande volonté politique et engagement de l'état et de ses partenaires sur le plan financière Communication en permanence avec les techniciens du MSANP</i> <i>Renforcer les mesures pendant les campagnes</i> <i>Commande en avance chez les fournisseurs</i></p>
	<p>% des activités de communication réalisées</p>	<p>50% des activités de communication réalisées</p>	<p><i>Renforcer les systèmes de suivi</i> <i>Lever la culture de l'impunité</i> <i>Stratégie de gestion des rumeurs</i> <i>Renforcer la sensibilisation</i></p>
<p>Campagne de Diffusion de Message en matière de Nutrition et d'hygiène en utilisant les élèves comme vecteur de message</p>	<p>% des écoles bénéficiaires de la CDM</p>	<p>100 % des écoles à cantines bénéficient de Campagne de Diffusion de Message en matière de Nutrition et d'hygiène</p>	

<p>50% des écoles effectuent des campagnes dans et autour des écoles en faveur d'un environnement alimentaire sain</p>	<p>% des écoles effectuant des campagnes dans et autour des écoles en faveur d'un environnement alimentaire sain</p>	<p>50% des écoles effectuent des campagnes dans et autour des écoles en faveur d'un environnement alimentaire sain</p>
<p>Intervention 2 : Renforcer la coordination intra- et intersectorielle en milieu scolaire</p>		
<p>Activités</p> <p>Mettre en place un protocole d'accord avec le MSANP, le MEAH et MINAE pour faciliter la mise en œuvre des activités relatives à la promotion de l'alimentation et l'hygiène en milieu scolaire</p>	<p>Nombre de protocoles d'accords signés avec les autres ministères</p>	<p>1 protocole d'accord interministériel avec le MSANP ; le MEAH et le MINAE signé</p>
<p>Redynamiser le Comité de Pilotage en Alimentation et Nutrition scolaire (COFILANS)</p>	<p>Nombre de réunions régulières du COFILANS</p>	<p>8 réunions du COFILANS ont été effectuées</p>

Système de protection sociale pour la nutrition

- Objectifs du système de protection sociale pour la nutrition**
- » 15% des ménages en situation d'extrême pauvreté bénéficieront d'une couverture de Protection Sociale efficace.
 - » 11,5% des ménages en situation d'extrême pauvreté recevront des transferts monétaires réguliers.
 - » 3,5% des ménages en situation d'extrême pauvreté recevront de façon régulière et prévisible des T.M contre travail productif/actifs.
 - » 50% des ménages extrêmement pauvres bénéficiaires des transferts sociaux et des femmes enceintes auront bénéficiés d'une sensibilisation en matière de nutrition infantile.

Logique d'intervention	Objectifs de réalisation objectivement vérifiables	Résultats attendus d'ici 2026	Descriptions du Risque/ Actions atténuantes
------------------------	--	-------------------------------	---

Intervention 1 : Assurer la protection sociale des groupes vulnérables en matière de nutrition

Activités	Promouvoir la mise en place d'un dispositif d'orientation des groupes cibles en faveur de la nutrition	Nombre de dispositifs d'orientation des groupes cibles en faveur de la nutrition mis en place	7 Dispositifs d'orientation des groupes cibles en faveur de la nutrition sont mis en place
			Descriptions du Risque Contexte socio politique, sanitaire et sécuritaire instable : troubles politiques qui conduit à la suspension de l'aide et à des crises sociales

<p>Nombre de guide pour rendre les filets de protection sociale sensibles à la nutrition élaboré</p>	<p>Un guide pour rendre les filets de protection sociale sensibles à la nutrition est élaboré</p>	<p>Situation de pandémie et d'épidémie qui paralyse l'économie et appauvrit la population Inflation Catastrophes naturelles et épidémies/pandémie</p>
<p>Faciliter l'accès au financement, en particulier des femmes rurales</p>	<p>157 000 femmes rurales bénéficient de financement</p>	<p>Insécurité alimentaire Manque d'appropriation et d'engagement de toutes les parties prenantes du système de protection sociale pour la nutrition Insuffisance de financements pour mener les interventions de protection sociale</p>
<p>Mettre en œuvre des programmes de transfert monétaire pour les groupes vulnérables</p>	<p>11,5% des ménages en situation d'extrême pauvreté (574 000 ménages) recevront des transferts monétaires réguliers</p>	<p>Manque d'application des textes sur le droit de l'homme Manque d'application des textes sur la violence basée sur le genre Couverture des activités et géographique insuffisante Lourdeur administratives et opérationnelles des interventions de protection sociale</p>
<p>Créer des emplois temporaires (HIMO) pour les ménages vulnérables liés avec des formations sur la nutrition, l'agriculture familiale et EAH</p>	<p>3,5% des ménages en situation d'extrême pauvreté (123 000 ménages) recevront de façon régulière et prévisible des transferts d'argent contre travail productif/Actif</p>	

Détournements des fonds et fraudes,
impunités des responsables fautifs
Gestion financière non transparente

Mettre en place des centres d'accueils en faveur des personnes en situation d'handicap (Adultes, Femmes, Enfants) en termes de protection sociale

Nombre de centres d'accueil de prise en charge et formation des personnes handicapées opérationnels

6 centres d'accueils en faveur des personnes en situation d'handicap (Adultes, Femmes, Enfants) en termes de protection sociale mis en place

Intervention 2 : Elaborer des documents cadres de la protection sociale pour la nutrition

Activités	Nombre de centres d'accueil de prise en charge et formation des personnes handicapées opérationnels	6 centres d'accueils en faveur des personnes en situation d'handicap (Adultes, Femmes, Enfants) en termes de protection sociale mis en place
Elaborer un texte sur la protection sociale orienté vers la nutrition pour renforcer le cadre juridique existant	Nombre de texte juridique sur la protection sociale orienté vers la nutrition disponible	1 texte juridique sur la protection sociale orienté vers la nutrition est disponible.
Elaborer un guide de protection social sensible à la nutrition	Nombre de guide élaboré	Un guide des filets de protection sociale sensible à la nutrition est disponible

Actions atténuantes
Renforcement des actions de GRC
Plaidoyer pour une plus grande volonté politique et engagement de l'état et de ses partenaires sur le plan financière
Vulgarisation des textes et sensibilisation de la population
Mise en place de procédure spécifique pour les interventions en protection sociale en situation d'urgence/crise
Renforcer les systèmes de suivi
Lever la culture de l'impunité

Intervention 3 : Renforcer la coordination intra- et intersectorielle de la protection sociale pour la nutrition

<p>Activités</p> <p>Mettre en place une convention de confidentialité de sécurisation des données sur les bénéficiaires relatives à la protection sociale gérée par un administrateur désigné par le MPPSPF</p>	<p>Nombre de convention de confidentialité de sécurisation des données sur les bénéficiaires relatives à la protection sociale gérée par un administrateur désigné par MPPSPF mise en place</p>	<p>Une convention de confidentialité de sécurisation des données sur les bénéficiaires relatives à la protection sociale gérée par un administrateur désigné par MPPSPF est mise en place</p>
<p>Mettre en place et/ou redynamiser les Groupes Thématiques de Protection. Sociale (GTPS) afin d'assurer la coordination dans la mise en œuvre des programmes de PS incluant la nutrition</p>	<p>Nombre de GTPS redynamisée au niveau régional</p>	<p>10 GTPS sont redynamisées au niveau régional</p>
<p>Mettre à jour la cartographie des acteurs en PS pour la nutrition à Madagascar</p>	<p>Nombre de GTPS crée au niveau régional</p> <p>Nombre de cartographie des acteurs en PS pour la nutrition mise à jour annuellement</p>	<p>13 GTPS sont créées au niveau régional</p> <p>Une cartographie des acteurs en PS pour la nutrition mise à jour annuellement</p>

Axe transversal en matière de coordination, gouvernance et du plaidoyer pour la nutrition

Objectifs de l'axe transversal de coordination, gouvernance et du plaidoyer pour la nutrition

- » Renforcer le cadre politique et réglementaire régissant le secteur de la nutrition.
- » Améliorer le mécanisme de coordination multisectorielle afin d'aligner toutes les actions autour d'un cadre de résultats communs.
- » Accroître la mobilisation des ressources internes et externes pour la lutte contre la malnutrition.
- » Asseoir la notoriété et le leadership de l'ONN, à travers une stratégie de communication institutionnelle.

Logique d'intervention	Objectifs de réalisation objectivement vérifiables	Résultats attendus d'ici 2026	Descriptions du Risques/ Actions atténuantes
------------------------	--	-------------------------------	--

Intervention 1 : Renforcer le cadre juridique pour la nutrition

<p>Activités</p> <p>Adopter la Politique Nationale de Nutrition</p>	<p>Politique Nationale de Nutrition mise à jour et adoptée</p>	<p>La Politique Nationale de Nutrition est adoptée</p>	<p>Descriptions du Risque</p> <p>Contexte socio politique, sanitaire et sécuritaire instable : troubles politiques qui conduit à la suspension de l'aide et à des crises sociales</p>
<p>Elaborer un cadre réglementaire pour la fortification alimentaire</p>	<p>Loi rendant obligatoire la fortification des aliments de consommation courante</p>	<p>La Loi rendant obligatoire la fortification des aliments de consommation courante existe</p>	<p>Décideurs politique : diminution de la priorité accordée à la nutrition</p> <p>Prise de décision en matière de nutrition en dehors du cadre du PNN et PNAME</p>

<p>Elaborer les textes réglementaires au niveau national régissant la détaxation des fortifiants pour la fortification alimentaire et la production d'aliments nutritionnels spécialisés locaux</p>	<p>Nombre de texte réglementaire régissant la fortification alimentaire promulgués</p>	<p>Au moins 2 textes réglementaires sur la fortification alimentaire élaborés et mises en application</p>	<p>Situation de pandémie ou d'épidémie qui risque les moyens d'existence de la population et entraîne la récession économique</p> <p>Manque d'engagement de l'Etat et des PTFs dans la mise en œuvre du PNN et Pnamn</p> <p>Insuffisance de financement : manque de budget de l'Etat ou de positionnement des PTFs</p> <p>Manque de financement de l'ONN et des ORN</p> <p>Manque de coordination inter- et intra-systèmes</p> <p>Les systèmes ne sont pas à la même vitesse de mise en œuvre, certains systèmes sont à la traîne</p> <p>Manque d'appropriation et d'engagement de toutes les parties prenantes au niveau régional et local</p> <p>Textes réglementaires non disponibles</p>
<p>Rendre effective le texte réglementaire sur la commercialisation des substituts de lait maternel conformément avec le Code international</p>	<p>Nombre de texte réglementaire régissant la détaxation des fortifiants au niveau national</p>	<p>Un texte réglementaire régissant la détaxation des fortifiants au niveau national est élaboré et mis en application</p>	
<p>Rendre effective le texte réglementaire sur la commercialisation des substituts de lait maternel conformément avec le Code international</p>	<p>Nombre de texte réglementaire sur la commercialisation des substituts de lait maternel promulgué</p>	<p>Un texte réglementaire sur la commercialisation des substituts de lait maternel est mis en application</p>	

Intervention 2 : Renforcer la coordination intra- et intersectorielle

<p>Activités</p> <p>Intégrer la nutrition dans la Politique Générale de l'Etat, dans les plans de développement (national, régional, communal) et dans les programmes sectoriels</p>	<p>Nombre de plans sectoriels intégrant la nutrition</p>	<p>La nutrition est intégrée dans la PGE parmi les priorités (oui/hon)</p>
<p>Renforcer la fonctionnalité des plateformes dans le mouvement SUN et capitaliser les réalisations</p>	<p>Nombre de rapport d'activités reçues de la plateforme gouvernementale</p>	<p>D'ici fin 2022, la plateforme gouvernementale est opérationnelle</p>
<p>100% des Plans sectoriels des ministères clés et/ou programmes intègrent la nutrition</p>	<p>100% des PRD intègrent la nutrition dans leur PRD</p>	<p>100% des Plans sectoriels des ministères clés et/ou programmes intègrent la nutrition</p>

Manque de leadership et désengagement de l'Etat/ONN
 Mécanisme de Suivi évaluation non effective : données non disponibles pour la prise de décision
 Données de la cartographie des interventions et partenaires non disponibles ou peu fiables
 Détournements des fonds et fraudes, impunités des responsables fautifs
 Gestion financière non transparente
 Détérioration de l'image de l'ONN

Actions atténuantes

Plaidoyer pour une plus grande volonté politique et engagement de l'état et de ses partenaires sur le plan financière, même en cas de changement de décideurs
Assurer un suivi rapproché et une coordination des activités en faveur de la nutrition avec des indicateurs pratiques Renforcer la coopération entre les acteurs et les parties prenantes des activités liées à la nutrition au niveau national (CNSE) et régional (GRSE)
Elaboration et promulgation des textes réglementaires
Plaidoyers et médiatisation des champions en nutrition
Mise en place d'un mécanisme de Suivi évaluation efficace
Cartographie des partenaires et de intervenants disponibles et à jour
Renforcer les systèmes de suivi
Lever la culture de l'impunité

Nombre de rapports d'activités annuels envoyés par chaque plateforme SUN

Chaque plateforme envoi annuellement les rapports d'activités

Nombre de réunions inter-plateformes réalisées

Les plateformes du mouvement SUN sont opérationnelles et se réunissent au moins chaque semestre

Nombre de documents de capitalisation élaborés au sein des plateformes SUN

Au moins un document de capitalisation des acquis est produit et diffusé par plateforme par an

Renforcer la structure de coordination multisectorielle au niveau national, régional et communal

Structure de coordination de l'ONN opérationnelle (CNN, BPCNN, CRN) à travers des réunions régulières
Au moins une réunion de coordination est effectuée entre ONN et CNN annuellement

<p>Une réunion de coordination est effectuée entre ONN et BPCNN 2 fois par an</p>	
<p>Au moins une réunion de coordination est effectuée entre ORN et CRN annuellement</p>	
<p>Au moins deux réunions de coordination multisectionnelle en Nutrition sont effectuées annuellement</p>	<p>Nombre de réunions de coordination multisectionnelle en Nutrition effectuées de manière régulière</p>
<p>Un document de planification stratégique de l'ONN est disponible et diffusé</p>	<p>Nombre de document de planification stratégique de l'ONN élaboré et diffusé</p>
<p>Chaque partenaire a un protocole d'accord/MOU avec l'ONN</p>	<p>Nombre de protocole d'accord/MOU signé entre l'ONN et les partenaires</p>

Cartographie des intervenants et interventions en nutrition à jour (données)	La cartographie des intervenants et interventions en nutrition est mise à jour annuellement
Mener un diagnostic organisationnel de l'ONN	Au moins un diagnostic organisationnel est mené
Mener un audit organisationnel de l'ONN	Au moins un audit organisationnel est mené
Renforcer les capacités de l'ONN selon les besoins identifiés	90% du personnel de l'ONN est formé
Renforcer la capacité de tous les agents techniques de tous les systèmes sur la nutrition	Au moins 50% des agents techniques des systèmes sont formés sur la nutrition
Pérenniser l'Alliance Nationale de la Fortification Alimentaire (ANFA)	Une assemblée générale est tenue annuellement

	Nombre de réunion du lead committee tenue régulièrement	Au moins 2 réunions du lead committee sont tenues annuellement
Intervention 3 : Assurer le suivi et évaluation du PNAMN		
Activités	Instaurer des mécanismes et dispositifs de suivi-évaluation du PNAMN au niveau national et régional	Le PNSE est développé et appliqué
	Nombre de réunions du CNSE effectuées	Le CNSE se réunit 2 fois par an
	Pourcentage de GRSE qui tient des réunions régulières	100% des GRSE se réunissent trimestriellement
	Nombres de revues de la coordination multisectorielle réalisées	Au moins une revue de la coordination multisectorielle est réalisée annuellement
Assurer le suivi de la mise en œuvre du PNAMN	Nombre de séances de partage (redevabilité) effectuées par région	1 séance de partage est organisée annuellement par région

	Nombres de sessions de supervision réalisées	1 session de supervision est réalisée annuellement
	Nombre d'évaluations du PNAMN réalisées	2 évaluations de la mise en œuvre du PNAMN sont réalisées (à mi-parcours, finale)
Intervention 4 : Renforcer la recherche en nutrition		
Activités	Développer un plan de recherche et d'évaluation pour combler les lacunes des données prioritaires	Un plan de recherche et d'évaluation pour combler les lacunes des données prioritaires est développé
	Coordonner avec la plateforme des chercheurs du mouvement SUN les résultats de recherche en nutrition, au niveau des partenaires et/ou institutions de recherche	Au moins 50% des partenaires et/ou institutions de recherche diffusent leurs résultats de recherche à l'ONN et à la plateforme MIKASA

Etendre la plateforme des chercheurs au niveau régional	Nombre de régions membres de la plateforme	Au moins 50% des régions sont membres de la plateforme
Vulgariser les résultats des recherches en nutrition	Pourcentage des recherches en nutrition vulgarisées et adoptées	Au moins 50% des résultats de recherche en nutrition seront vulgarisés et adoptés
Intervention 5 : Plaidoyer et mobilisation des ressources pour la nutrition		
Activités		
Faire un costing du PNAMN avec un plan de positionnement des différentes parties prenantes, le gap est clarifié avant le démarrage de la mise en œuvre	Budget de mise en œuvre du PNAMN élaboré et diffusé	Le budget de mise en œuvre du PNAMN est élaboré et diffusé
Etablir une nouvelle stratégie de plaidoyer et de mobilisation des ressources avec un plan de positionnement des différentes parties prenantes	Une stratégie de plaidoyer et de mobilisation des ressources sur la nutrition élaborée et publiée	D'ici fin 2022, une stratégie de plaidoyer et de mobilisation des ressources sur la nutrition est élaborée et publiée

<p>Pourcentage d'acteurs impliqués dans l'élaboration de cette stratégie</p>	<p>90% des acteurs sont impliqués dans l'élaboration de cette stratégie</p>
<p>Conduire un plaidoyer auprès du Gouvernement pour augmenter les budgets alloués à la lutte contre la malnutrition</p>	<p>Au moins 50% d'augmentation annuelle du montant du budget alloué à la nutrition</p>
<p>Pourcentage d'augmentation annuelle du montant du budget alloué par le Gouvernement à la lutte contre la malnutrition</p>	<p>Existence d'un Plan d'actions de plaidoyer en matière de nutrition ayant atteint ses objectifs</p>
<p>Un protocole d'accord signé entre les parties prenantes (MEF/ONN/Ministères clés) relatif à l'augmentation du fonds alloué à la lutte contre la malnutrition existe</p>	<p>Existence d'un protocole d'accord signé relatif à l'augmentation du fonds alloué à la lutte contre la malnutrition avec les parties prenantes</p>

	<p>Pourcentage du Montant du budget annuel alloué par le Gouvernement à la lutte contre la malnutrition</p>	<p>Augmentation de fonds alloués par le Gouvernement à la lutte contre la malnutrition aux ministères concernés</p>
<p>Conduire un plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers (PTF) pour augmenter les financements destinés à la lutte contre la malnutrition</p>	<p>Nombre de table ronde effectuée pour la mobilisation des ressources auprès des PTF</p>	<p>Au moins une table ronde est effectuée pour la mobilisation des ressources auprès des PTF</p>
	<p>Montant de fonds alloués à l'ONN par les PTF</p>	<p>D'ici 2026, au moins \$200 million sont alloués par les PTF à la lutte contre la malnutrition</p>
<p>Comptabiliser annuellement les ressources allouées à la nutrition, en séparant l'engagement de l'Etat et l'appui des donateurs ou PTF</p>	<p>Montant total alloué par l'Etat comptabilisé annuellement</p>	<p>Le montant total alloué par l'Etat est comptabilisé annuellement</p>
	<p>Montant total alloué par les PTF comptabilisé annuellement</p>	<p>Le montant total alloué par les PTF est comptabilisé annuellement</p>

Plaidoyer dans la mise en place et opérationnalisation de « basket fund » pour la protection sociale pour la nutrition.	« Basket fund » pour la protection sociale pour la nutrition en place	Le « Basket fund » pour la protection sociale pour la nutrition est en place
---	---	--

Intervention 6 : Renforcer la communication et le plaidoyer pour la nutrition

Activités	Nombre de stratégie de plaidoyer et de communication sur la nutrition élaborée et publiée	D'ici fin 2022, une stratégie de plaidoyer et de communication sur la nutrition est élaborée et publiée
Elaborer le cadre commun et intégré de plaidoyer en nutrition	Nombre de cadre commun et intégré de plaidoyer élaboré avec les parties prenantes	D'ici fin 2022, un cadre commun et intégré de plaidoyer est élaboré avec les parties prenantes
Etablir la stratégie nationale de communication pour le changement social et comportemental pour la nutrition	Document de Stratégie CCSC élaboré	D'ici juin 2023, une Stratégie nationale de communication pour le changement social et comportemental pour la nutrition est élaborée avec les parties prenantes

Axe transversal de gestion des risques et des catastrophes pour la nutrition

Objectifs de l'axe transversal de gestion des risques et des catastrophes pour la nutrition

- » Réduire et/ou maintenir la prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans à moins de 5% dans les zones affectées
- » Réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5) à < 2/10 000/jour dans les zones affectées
- » Renforcer la résilience et atténuer les impacts des aléas et des catastrophes d'au moins 80% des ménages cibles qui bénéficient des aides alimentaires et nutritionnelles dans les zones affectées

Logique d'intervention	Objectifs de réalisation objectivement vérifiables	Résultats attendus d'ici 2026	Descriptions du Risques/ Actions atténuantes
------------------------	--	-------------------------------	--

Intervention 1 : Préparation, prévention et mitigation des risques humanitaire

Activités	Développer le volet nutrition dans le plan de contingence multirisque national et régional	Existence de plan de contingence multirisque nationale et régionale avec un volet nutrition opérationnel et efficace	Descriptions du Risque Contexte socio politique, sanitaire et sécuritaire instable : troubles politiques qui conduit à la suspension de l'aide et à des crises sociales
	Renforcer la préparation aux urgences via le pré-positionnement des vivres et des non-vivres	Pourcentage de sites de pré-positionnement approuvés	Décideurs politique : diminution de la priorité accordée à la nutrition Prise de décision en matière de nutrition en dehors du cadre du PNN et PNAMN

Mettre en place le Système de Surveillance Nutritionnelle d'urgence dans les zones affectées	Pourcentage de région affectée couvert par le Système de Surveillance Nutritionnelle d'urgence	100 % des régions affectées sont couvert par le Système de Surveillance Nutritionnelle d'urgence	<p>Situation de pandémie ou d'épidémie qui risque les moyens d'existence de la population et entraîne la récession économique</p> <p>Manque d'engagement de l'Etat et des PTFs dans la mise en œuvre du PNN et PNAMN</p> <p>Insuffisance de financement : manque de budget de l'État ou de positionnement des PTFs</p> <p>Manque de financement de l'ONN et des ORN</p> <p>Manque de coordination inter- et intra-systèmes</p>
Maintenir opérationnel le Système de Surveillance Nutritionnelle dans les zones affectées par la sécheresse	Nombre de bulletin SSN trimestriel disséminé	1 Bulletin SSN trimestriel disséminé	
Appuyer les communes des régions affectées dans l'exploitation des informations du système de Surveillance Nutritionnelle	Proportion des communes dans les régions affectées disposant des outils d'informations et d'analyses locaux	50% des communes dans les régions affectées disposent d'outils d'informations et d'analyses locaux	
Renforcer la fonctionnalité du comité national SMART pour la conduite des évaluations nutritionnelles	Nombre de réunion du comité national SMART menée régulièrement	Au moins 4 réunions annuelles du comité national SMART sont menées	

Intervention 2 : Prise en charge des populations touchées par la crise

<p>Activités</p> <p>Assurer des réunions mensuelles du cluster nutrition et élaborer des plans de suivi des actions recommandées pendant les crises</p>	<p>Nombre de réunions mensuelles effectuées par le cluster nutrition pendant la durée de la crise</p>	<p>Au moins 1 réunion par mois du cluster nutrition est effectuée pendant la durée de la crise</p>	<p>Les systèmes ne sont pas à la même vitesse de mise en œuvre, certains systèmes sont à la traîne</p> <p>Manque d'appropriation et d'engagement de toutes les parties prenantes au niveau régional et local</p> <p>Textes réglementaires non disponibles</p> <p>Manque de leadership et désengagement de l'Etat/ONN</p> <p>Mécanisme de Suivi évaluation non effective : données non disponibles pour la prise de décision</p>
<p>Mener des évaluations de la situation nutritionnelle (enquête SMART)</p>	<p>Nombre d'enquêtes SMART menées</p>	<p>Au moins 1 enquête SMART mené dans le premier mois de la crise et 1 autre à la fin de la crise</p>	<p>Données de la cartographie des interventions et partenaires non disponibles ou peu fiables</p> <p>Détournements des fonds et fraudes, impunités des responsables fautifs</p> <p>Gestion financière non transparente</p> <p>Détérioration de l'image de l'ONN</p>
<p>Etendre les travaux à HIMO (Haute Intensité de Main d'œuvre) non conditionnels ou conditionnels (VCT/ACT)</p>	<p>Pourcentage des ménages bénéficiaires d'emplois temporaires HIMO/VCT par rapport aux nombres de ménages touchés</p>	<p>Au moins 80% des ménages touchés par la crise sont appuyés par des emplois temporaires HIMO/VCT pour un relèvement rapide et efficace</p>	

<p>Octroyer des rations alimentaires, vivres ou <i>cash Transfert</i> aux ménages touchés par la crise</p>	<p>Pourcentage des ménages bénéficiaires des rations alimentaires par rapport aux nombres de ménages touchés</p>	<p>60% ménages touchés par la crise ont reçu des rations alimentaires ou <i>cash transfert</i></p>	<p>Actions atténuantes <i>Plaidoyer pour une plus grande volonté politique et engagement de l'état et de ses partenaires sur le plan financière, même en cas de changement de décideurs</i></p>
<p>Renforcer le dépistage actif de la malnutrition aigüe (incluant les équipes mobiles) dans les zones touchées par la crise</p>	<p>% d'enfants dépités pour la malnutrition aigüe dans les zones touchées par la crise</p>	<p>90 % d'enfants de moins de 5 ans sont dépités pour la malnutrition aigüe dans les zones touchées par la crise</p>	<p><i>Assurer un suivi rapproché et une coordination des activités en faveur de la nutrition avec des indicateurs pratiques Renforcer la coopération entre les acteurs et les parties prenantes des activités liées à la nutrition au niveau national (CNSE) et régional (GRSE)</i></p>
<p>Mettre en place les équipes mobiles de nutrition dans les zones en urgence nutritionnelle identifiées par le SSN et situées à plus de 10 km des centres de santé</p>	<p>% des admissions d'enfants MAS admis par les équipes mobiles sur le total des admissions MAS dans les districts en urgence nutritionnelle</p>	<p>32% des admissions d'enfants avec la malnutrition aigüe sévère sont admis par les équipes mobiles (sur le total des admissions MAS du district d'intervention)</p>	<p><i>Elaboration et promulgation des textes réglementaires</i> <i>Plaidoyers et médiation des champions en nutrition</i> <i>Mise en place d'un mécanisme de Suivi évaluation efficace</i> <i>Cartographie des partenaires et de intervenants disponibles et à jour</i> <i>Renforcer les systèmes de suivi</i> <i>Lever la culture de l'impunité</i></p>

Assurer un service de qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (PECMAS) pendant les crises et urgences nutritionnelles	% des enfants admis pour traitement de la malnutrition aiguë sévère sorties guéris dans les districts ayant de CRENI/ CRENAS	75% ou plus d'enfants admis pour traitement de la malnutrition aiguë sévère au niveau des CRENI/CRENAS pendant les crises et urgences nutritionnelles sont sorties guéris
Offrir un service de qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë modéré (PECMAM) pendant les crises et urgences nutritionnelles	% des enfants admis pour traitement de la malnutrition aiguë modérée sorties guéris dans les districts ayant de CRENAM	75% ou plus d'enfants admis pour traitement de la malnutrition aiguë modéré pendant les crises et urgences nutritionnelles sont sorties guéris
Evaluer la mise en œuvre du protocole simplifié de prise en charge de la malnutrition aiguë en vue de sa mise à jour	Nombre d'évaluation de la mise en œuvre du protocole simplifié de prise en charge de la malnutrition aiguë effectuée	1 évaluation de la mise en œuvre du protocole simplifié de prise en charge de la malnutrition aiguë est effectuée
	Nombre de document de protocole simplifié mise à jour et validé	1 document de protocole simplifié est mis à jour et validé

<p>Effectuer la supplémentation en vitamine A et déparasitage des enfants de 6-59 mois des populations touchées par la crise</p>	<p>% des enfants âgés de 6 à 59 mois supplémentés en vitamine A dans les populations touchées par la crise</p>	<p>90% des enfants âgés de 6 à 59 mois sont supplémentés en vitamine A dans les populations touchées par la crise</p>
<p>Distribuer des compléments nutritionnels à la population vulnérable touchés par la crise (femmes enceintes, Femmes allaitantes, élèves, enfants, personnes âgées, personnes en situation d'handicap...)</p>	<p>% des enfants âgés de 12 à 59 mois déparasités dans les 6 derniers mois dans les populations touchées par la crise</p>	<p>90% des enfants âgés de 12 à 59 mois sont déparasités dans les populations touchées par la crise</p>
	<p>% des populations vulnérables touchées par la crise recevant des compléments nutritionnels</p>	<p>90% des populations vulnérables touchées par la crise ont reçu des compléments nutritionnels</p>

Distribuer des compléments nutritionnels à base de farine enrichie et huile fortifiée aux femmes enceintes et femmes allaitantes en combinaison avec les distributions alimentaires	% des femmes enceintes et femmes allaitantes dans les zones touchées par la crise recevant des compléments nutritionnels	30% des femmes enceintes et femmes allaitantes dans les zones touchées par la crise ont reçu des compléments nutritionnels
Eduquer les familles sur les signes de la malnutrition aiguë et où se rendre pour accéder aux services de prise en charge	Pourcentage de familles qui ont accès aux informations/sensibilisations sur la malnutrition aiguë	60% des familles vulnérables touchées par la crise ont accès aux informations/sensibilisations sur la malnutrition aiguë
Sensibiliser les familles sur le développement de la petite enfance (DPE) et les gestes barrières contre la Covid-19	% de familles ont accès aux informations/sensibilisations sur le DPE et les gestes barrières	90% des familles vulnérables touchées par la crise ont accès aux informations/sensibilisations sur le DPE et les gestes barrières
Protéger les pratiques optimum d'Alimentation des Nourissons et des Jeunes Enfants (communication et-coins « amis des bébés ») pendant les crises	Pourcentage des sites d'hébergements ayant un de coins amis des bébés en place	Au moins 50% des sites d'hébergements dans les zones touchées par la crise ont un coin « amis des bébés » mis en place

Assurer l'application du code de la commercialisation des substituts du lait maternel pendant l'urgence nutritionnelle	Pourcentage des intervenants de l'urgence ayant été informé sur l'application du code de commercialisation des substituts du lait maternel	Au moins 80% des intervenants de l'urgence reçoivent des informations sur comment appliquer le code de la commercialisation des substituts du lait maternel
--	--	---

Intervention 3 : Réhabilitation et relèvement après la crise

Activités

Doter en intrants, petits matériels Agricoles (<i>angady</i> , arrosoir, râdeaux) et former en technique d'accompagnement les ménages cibles	Pourcentage des ménages cibles recevant des intrants et petits matériels Agricoles	80% des ménages cibles ont reçu des intrants et petits matériels Agricoles dans les zones affectées par l'urgence
Mettre en œuvre des travaux à HIMO productifs (VCT/ACT) sensible à la nutrition pour les ménages vulnérables affectés par l'urgence	Pourcentage des ménages bénéficiaires d'emplois temporaires HIMO/VCT par rapport aux nombres de ménages touchés	60% des ménages vulnérables touchés par la crise sont appuyés par des emplois temporaires HIMO/VCT pour un relèvement rapide et efficace
Mettre à jour périodiquement le plan de relèvement favorisant la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans les zones affectées par l'urgence	Plan de relèvement favorisant la sécurité alimentaire et nutritionnelle mis à jour et disponible à temps	1 plan de relèvement favorisant la sécurité alimentaire et nutritionnelle est mis à jour et disponible à temps

Annexe 2 : Historique de la lutte contre la malnutrition à Madagascar

L'état Malagasy a toujours tenu un rôle central en matière de politiques sociales afin d'assurer l'accès de la population aux services sociaux de base, particulièrement ceux de la santé et de l'éducation dont il est le principal maître d'œuvre.

La troisième République à partir de 1993 reste marquée par la participation et l'adhésion de Madagascar à différents sommets mondiaux sur la nutrition/l'alimentation qui l'engagent progressivement et de façon continue vers la lutte contre la malnutrition (Conférence Internationale sur la Nutrition, 1992, et Sommet Mondial de l'Alimentation, 1996).

En 1993, le projet SECALINE est mis en place. Les actions alors orientées de plus en plus vers l'éducation (nutrition communautaire) et les suppléments ponctuelles en micronutriments ciblant les groupes vulnérables deviennent des programmes à couverture nationale et de fortification (iodation du sel, vitamine A) ; l'évolution de la compréhension des causes de la malnutrition a fait prendre conscience de la nécessité de faire de la lutte contre la malnutrition une réponse multisectorielle et transversale.

Plus tard, reconnue comme un domaine prioritaire dans les stratégies de développement du pays, la perception de l'importance de la nutrition s'est progressivement accrue au fil des ans. Le Programme de Politique économique (DCPE) pour 1999-2001 a inscrit la nutrition communautaire à titre de mesure additionnelle. L'extension du Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) 2002-2005 intègre la lutte contre la malnutrition dans les stratégies globales de lutte contre la pauvreté, cependant avec un accent plus important sur le curatif que le préventif.

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.

En 2002 a débuté un processus participatif et multisectoriel pour l'élaboration de la Politique Nationale de Nutrition (PNN). 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'Élevage 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 montage institutionnel qui est sous la tutelle de la Primature consiste en ce qui suit : (i) Le Conseil National de Nutrition (CNN), qui est un forum de conception, délibération, consultation, concertation, orientation et contrôle des grandes lignes de la Politique Nationale de Nutrition ; (ii) l'Office National de Nutrition (ONN) qui est 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 ; (iii) les Agences de Mise en Œuvre (AMIO) qui sont les organes d'exécution comprenant les ministères sectoriels et leurs services compétents, les programmes et projets nationaux, les institutions nationales, la société civile, le secteur privé et les ONG nationales ou internationales.

En effet, la Politique Nationale de Nutrition (PNN) a été adoptée en 2004, puis la mise en place de l'ONN en 2005 et du CNN en 2007, sous l'égide de la Primature, chargé des orientations stratégiques de la lutte contre la malnutrition. La PNN a été mise à jour en 2018, mais jamais ratifiée, une nouvelle PNN, qui couvrira de 2022-2030, est en cours de développement avec une nouvelle approche basée sur l'approche systémique pour la nutrition.

Dans l'élaboration du PNAN I 2005-2009 (Plan National d'Action pour la Nutrition phase I), les activités de nutrition sont définitivement multipliées comprenant 14 axes stratégiques, intégrant la nutrition communautaire, la promotion de l'allaitement maternel, la supplémentation en micronutriments, la nutrition scolaire, la supplémentation alimentaire, la récupération nutritionnelle des enfants malnutris (CREN), les réponses aux crises nutritionnelles et la sécurité alimentaire.

Ayant conscience encore des taux alarmants de la malnutrition pouvant remettre en cause l'atteinte de la plupart des OMD relatifs à la santé, à l'éducation et à la croissance économique du pays, les dirigeants ont établi le MAP ou Madagascar Action Plan 2007-2012 qui définit l'amélioration de la nutrition comme l'un des défis avec un objectif ambitieux de réduction du taux de malnutrition.

Le bilan du PNAN I, évalué en 2010/2011 présente à la fois des aspects positifs tangibles, que des aspects négatifs, les réalisations en 2011 en termes d'indicateurs de processus ne sont pas satisfaisantes. Parmi les 14 stratégies opérationnelles définies dans le PNAN I, il a été rapporté que :

- Huit stratégies (Promotion de l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire, Intervention de nutrition au niveau communautaire, lutte contre les carences en micronutriments, intégration des interventions nutritionnelles aux soins de santé primaires, prise en charge des enfants sévèrement malnutris, amélioration de la sécurité alimentaire des ménages, intervention de nutrition scolaire, stratégie de communication) ont fait l'objet d'une mise en œuvre effective par différentes AMIO. Toutefois leur mise à l'échelle sur tout le pays n'a pas pu être faite.
- Quatre stratégies (Préparation à l'urgence et réponses aux urgences nutritionnelles, système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle, développement de la capacité nationale, problèmes émergents) (VIH/SIDA et Maladies non transmissibles) ont été partiellement réalisées.
- Deux stratégies (Convergence des politiques de développement, élaboration et application des normes et législations relatives à la nutrition et l'alimentation) n'ont pas été entamées.

Le PNAN II (2012-2015) a été élaboré par une équipe multidisciplinaire, impliquant les principaux acteurs au niveau du Gouvernement, les ONG et les partenaires multilatéraux et bilatéraux. La validation est acquise lors d'un atelier National à Antananarivo en mars 2012. Le document devait servir de cadre pour l'élaboration des plans d'action sectoriels, détaillant les actions au niveau de chaque secteur concerné.

Le PNAN II a été structuré en 5 axes stratégiques qui sont :

1. La prévention de la malnutrition
2. La prise en charge de la malnutrition
3. La sécurité alimentaire et nutritionnelle des groupes vulnérables
4. Urgence, réhabilitation et développement pour la réduction de risque de la malnutrition
5. Coordination et amélioration de l'environnement favorable au développement du secteur nutrition

Chaque axe stratégique est décliné en un certain nombre d'interventions et chaque intervention comprend plusieurs activités.

L'évaluation du PNAN II en 2016 a montré que ce PNAN II fut très ambitieux, eu égard au contexte autant politique que socio-économique du pays qui prévalait à son démarrage en 2012, surtout par rapport aux possibilités de financement potentiel et qui d'ailleurs n'ont pas suivi. Ceci a eu comme conséquence une multiplicité de gaps, surtout en termes de mise en œuvre pour cause de financement.

Le succès de la mise en œuvre de la PNN repose sur une coordination multisectorielle forte, harmonieuse et efficace à tous les niveaux — du niveau central jusqu'au niveau communautaire. 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 son rôle de leadership et s'assurer que tous les acteurs, à tous les niveaux, accomplissent leurs engagements vis-à-vis de la PNN.

Au niveau communautaire, la collaboration entre les Agents Communautaires de Nutrition (ACN) du Programme National de Nutrition communautaire (PNNC) et les Agents Communautaires (AC) du CSBII a impacté positivement sur les comportements des femmes et des agents de santé.

Cependant, il n'est pas évident que le PNAN II fut toujours utilisé par les intervenants comme cadre d'action dans la mise en œuvre des programmes de nutrition et de sécurité alimentaire.

Au niveau national, Madagascar a établi son Plan National de Développement (PND) 2015-2019, dont l'un de ses objectifs est l'Amélioration de l'état nutritionnel de la population nécessaire pour le développement du capital humain adéquat au processus de croissance du Pays.

En 2019, le Madagascar a élaboré le Plan Émergence de Madagascar. Ce document constitue le plan de développement national. Il stipule de réduire de 30 % le taux de malnutrition chronique à Madagascar. Cet engagement de haut niveau du Président de la République de Madagascar, a été renforcé par sa participation à Tokyo sur le développement de l'Afrique (TICAD 7) au Japon.

Tenant à accentuer l'approche multisectorielle le nouveau PNAN IV a changé de nom pour devenir le Plan National d'Actions Multisectorielles pour la Nutrition (PNAMN).

Annexe 3 : Missions et responsabilités du Bureau Permanent du Conseil National de Nutrition (BPCNN)

Les membres du BPCNN sous la présidence de la Primature et des partenaires appuieront les parties prenantes dans l'accomplissement de leur mission. Ils exerceront leur fonction sous la responsabilité de la PRIMATURE. Le BPCNN, dont les mandats spécifiques consisteront à fournir à ces parties prenantes toute l'assistance technique réellement nécessaire pour les rendre efficaces dans la réalisation des activités qui en découlent, dans le cadre du PNAMN.

Au niveau tactique

Le BPCNN assurera la cohérence des activités et la coordination technique de la mise en œuvre du PNAMN. Le Bureau aura aussi la responsabilité de consolider les plans d'action annuels des parties prenantes pour le secteur nutrition. Il préparera, en collaboration avec les responsables de l'ONN, en tant que secrétaire du CNN, les documents à soumettre au CNN. Il travaillera en collaboration avec le service de communication à la mise en place d'un plan de communication, pour informer régulièrement le grand public des avancées de la mise en œuvre du PNAMN. Les directions techniques des Ministères, y compris la société civile et les secteurs privés, seront responsables de la mise en œuvre du PNAMN au niveau national et régional, en offrant les appuis techniques nécessaires. Pour chacun des aspects du PNAMN, les parties prenantes auront à extraire leurs plans d'activités annuels qui constitueront leur feuille de route ou ligne d'action, afin de garantir le développement du secteur nutrition. Ces organes de mise en œuvre seront appuyés dans leur fonction de planification et d'exécution par le BPCNN. Enfin, les partenaires techniques et financiers (PTF) auront aussi la responsabilité d'accompagner l'ONN dans la mise en œuvre, en y fournissant l'expertise technique nécessaire.

Au niveau opérationnel

Les organes d'exécution du PNAMN seront constitués par les directions techniques des Ministères, y compris la société civile et les secteurs privés. Elles seront responsables de la mise en œuvre du PNAMN au niveau national et régional et pourvoiront les appuis techniques nécessaires. Placées sous la coordination de l'ONN (pour les instructions) et du BPCNN (pour les appuis ou conseils techniques spécifiques), les parties prenantes devront intégrer la nutrition dans leurs Plans de travail annuels (PTA) respectifs conformes à chacune des stratégies du PNAMN. L'ONN peut les accompagner en cas de nécessité.

Enfin, des dispositions seront envisagées pour la préparation, sous l'égide du Ministère des Finances et de l'ONN, d'un Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT), dès la validation et la publication du Plan, en vue de permettre une meilleure prévisibilité des ressources et des ordres de priorités.

Annexe 4 : Ateliers de consultation régionale — liste des entités participants

Entité participants	Fontion	Organisme
Région : Alaotra Mangoro		
Dates atelier : 26-27 Août 2021		
Lieu atelier : DRSP Alaotra Mangoro		
Mairie	2ème adjoint au Maire	Autorité locale
ORN	CR, CPNC, ES, AP, CPT, SCPT, RSE	Gouvernement
DREN	RSS: RCS	
INSTAT	Responsable saisie et base de données	
DRSP	Directeur, Chef SMS, Responsable nutrition	
DRPPSPF	Directeur, assistant technique	
DRICC	Responsable de l'Industrie	
DRAEP	Responsable de la communication	
DREAH	Technicien	
UNICEF	ATR	UN
HINA	Responsable technique	Société civile
DURELL	Responsable Agricole, responsable conservation	
RANO WASH / WaterAid	Responsable MEAL	
FDA ALMAN	RT	
Région : Anôsy		
Dates atelier : 30-31 Août 2021		
Lieu atelier : Bureau ORN Anôsy		
ORN Anôsy	Responsable Prévention, Sécurisation, Nutritionnelle	Gouvernement
	Responsable S&E/Système d'Information	
PAM	Coordonnateur de la sécurité alimentaire et nutritionnelle	UN
Plateforme HINA	POINT Focal Régional	Société civile
SEED MADAGASCAR	Coordinateur	
ASOS	Coordinateur terrain	
AIM	Expert SAM	

Entité participants	Fontion	Organisme	
Région : Betsiboka			
Dates atelier : 26-27 Aout 2021			
Lieu atelier : Salle de réunion Préfecture			
Préfecture	Adjoint au Préfet	Autorité local	
Région	Directeur du Développement Régional	Gouvernement	
p. Député	Assistante		
Fokontany	Chef fokontany Ambodimany		
ORN	CR, CPNC, ES, Comptable, femme de ménage, AC fokontany Morafeno, Ambodimany, Antaninadro, Ambalarano		
DRSP	Directeur, Responsable nutrition		
DRAEP	Directeur p.i., Directeur FDA		
DREAH Betsiboka	Gestionnaire		
MICC	DRICC contrôleur de commerce		
DRCC	Directeur régional		
DRPPSPF Betsiboka	Comptable		
DREN Betsiboka	RRH, Responsable pédagogique EPP Andranomangatsiaka, enseignante		
HINA	Responsable KIADY/KIM		Société civile
KIM Betsiboka	CR		
WaterAid	Animateur		
Association AJEMA	Point focal COMARESS		
Association des femmes	3 membres		
Association des handicapés	Présidente		
Association Tantsaha	Membre		
FDA	Directeur FDA Betsiboka		

Entité participants	Fontion	Organisme
Région : Bongolava		
Dates atelier : 26-27 Aout 2021		
Lieu atelier : Androtra Tsiroanomandidy		
ORN	CR, CPNC, RPSN, RAF, AP, ES, comptable, CTB, RSE	Gouvernement
DRSP Bongolava	DRSP	
SDSP Tsiroanomandidy	Responsable Nutrition	
DRCC	Chef de service communication TVM	
DRICC	Chef de service Administratif	
DRAEP	Chef service pêche, DR FDA, Chef division AP	
UNICEF	Program officer terrain	UN
CSA projet	COORDO	Société civile
FDA	DR	
ONG MITAFA	RDP	
ONG APDIP	Comptable	
HINA/ONG FAMI	Masso-Kinésithérapeute	
HINA/association Bongolava Manasoa	PFR	
HINA/Association Sakaizan'ny voahary	Membre	
HINA/Association BELAIR	Directeur, Assistante sociale	
HINA/Alliance Française	CA	
DRPPSPF Bongolava	Chef de service protection sociale	
ONG Donakasina	Président	
ACF	RP SN, RDD SN, RPA	
SAF FJKM Bongolava	Responsable régional	
ONG FIFATA	Socio orga	

Entité participants	Fontion	Organisme
Région : Diana		
Dates atelier : 26-27 Aout 2021		
Lieu atelier : Antsiranana		
Région DIANA	SG, Service Affaires Sociales	Autorité locale
CU/DS	1er Adjoint, Président Conseil Municipal, chef de service	
ORN	CR, CPNC, RAF, RSE	Gouvernement
INSTAT	Directeur Inter-régional	
DRPPSPF	CScce Famille	
DREN	Chef de division STATISTIQUE, Médecin	
DRSP	Programme Nutrition	
SDSP	MI	
DRAE	Coord Régional. Projet PAPRIZ	
DRAEP	SRFAPP, Obervatoire du Riz DIANA	
DREAH	Chef de Division EAH	
Direction Régionale de Commerce	Représentante	
DR de la Communication	Journaliste	
Université Nord Madagascar	Représentante	Recherche
Cœur et Conscience	Coordinatrice	Société civile
OSDRM	CPR	
GIZ/PAGE	CT CdV	
Opérateur Moringala	Représentante	
ACCES	Responsable WASH et Nutrition	
Groupeement paysans	President	
TIC Diana	Représentante	
AFAFI NORD	RSE	
DDR DIANA	Directeur	
FOFIFA	Représentant régional	
Ordre des Sage-femmes	Représentante	Association professionnelle

Entité participants	Fontion	Organisme
Région : Ihorombe		
Dates atelier : 31 Aout - 1er Septembre 2021		
Lieu atelier : Salle de réunion Région		
Région IHOROMBE	Dicteur Infra. Développement	Autorité locale
PREFECTURE	Adjoint, appui technique	
ORN	CR, CPNC, ES, AP, STG, CTB	Gouvernement
DRSP	Directeur, responsable PEV et S&E	
DRCC (communication)	Journaliste RNM/TVM	
DREN	Chef de service Planification	
BNGRC	Chef de service/Point Focal	
DRAEP/FORMAPROD	ASOR - IHO	
DRAEP Ihorombe	Chef de Service SRSISE	
DRICC	Contrôleur du commerce	
DREAH Ihorombe	SRSE, appui technique, chef RPSE	
CISCO	Responsable santé scolaire	
LTP	Responsable examen	
Radio privé AVEC	Journaliste	Société civile
HINA	PFR	
SREP	Chef de service	
CAP Malagasy	RTR	
CSA Ihosy	Coordonnateur	
TTMR Ihorombe	CGEAF	
Association Soakilonga	Infirmier, Sage-femme	
FIMPAO	RT	
FIMPIFI	RT	
DREEF	Animateur	
FDA Ihorombe	RSE	
Prosci	Présidente	
FIMPIA	Formateur	

Entité participants		Fontion	Organisme
Région : Melaky			
Dates atelier : 02-03 Septembre 2021			
Lieu atelier : KIVOHIN'AMPELA MAINTIRANO			
GOUVERNORAT	DAF		Autorité locale
PREFECTURE	CAA Maintirano		
Commune Urbaine Maintirano	Adjoint Maire		
ORN	CR, CPNC, AP, RSE, RAF		Gouvernement
DRSP	Médecin, Chef Cabinet		
CCC2/RNM	Représentant		
Direction Population	Technicien		
Agriculture	Technicienne		
DRJS Melaky	Conseiller à la jeunesse		
DREAH Melaky	SRAF		
DREDD	PRMP		
DREN	Collaborateur Planification		
DRCC	Chef de service, journaliste		
FTMM	Président		Société civile
ACCESS Melaky	SBCO		
SAF FJKM	Comptable		
GOEM Maintirano	Président		
UADEM	Coordonnateur		
CAFPA	Chef de service Formation		
HINA	PFR Suppléant		
CROIX ROUGE	Présidente		
FITAFAM	Représentant		
FORMAPROD	CIP		
AD2M	SO		
WWF	Technicien		
Commerce	Opérateur Commerçante		
Association protection des consommateurs	Présidente		
Société Sahanala	Animateur		
Société civile association	Vice-Président		

Entité participants	Fontion	Organisme
Région : Menabe		
Dates atelier : 25-26 Aout 2021		
Lieu atelier : Bureau ORN Morondava		
Région	SG	Autorité locale
ORN	CR, AP, LTB, RAF, CTB	Gouvernement
DRSP	Responsable Nutrition	
DRCC	Directeur	
DRJS	Directeur	
DREN	Responsable santé scolaire	
DRICA	Contrôleur DRICA	
DREAH	Technicien	
DRAEP	Chef Division Production Animale, Chef Division Agriculture	
DRPPSPF Menabe	Représentante	
DRETFP	Chef service	
USAID ACCESS	CD Morondava	Société civile
HINA	PFR	
AD2M	RSE	
Organisation Société Civile	Représentant	
Région : Boeny		
Dates atelier : 26-27 Aout 2021		
Lieu atelier : Bureau ORN Boeny à Antanimasaja - Mahajanga		
Région Boeny	DIPC/SPC	Autorités locales
ORN	CR, ACN	Gouvernement
DRSP Boeny	Cadre de santé	
DREN Boeny	Chef division administratif et financier	
DREAH	Che de service suivi évaluation	
DRICA Boeny	Chargé d'études	
DRCC Boeny	Chef Com	
BNGRC	Point focal	
UNICEF	POT	UN
Université - Faculté de Médecine	Médecin	Recherche

Entité participants	Fontion	Organisme
HINA	Secrétaire	Société civile
AVG	Juriste	
ASOS	Coordonnateur Régional	
SOS village d'enfants	Assistant social	
Croix Rouge Malagasy	Point focal	
Communication	Journaliste RNM Majunga	
Association Nourl Houda	Représentant	
NUTRIZAZA	Superviseur de zone	
AFHAM	Représentant	
JEMA	ZRN	
Reny Mijoro	Gestionnaire point d'eau	
EZAKA	Animatrice	
Association FIBEMA	Gestionnaire de fonds	
FV Catholique	Animatrice	
TANORA	Animateur	
Scoutisme	Cheftaine	
Karana zanatany	Membre	
Plateforme Société civile	Membre	
Congrégation Sœur de Ste Marie	Infirmière	
FANASINA	Membre	

Entité participants	Fontion	Organisme
Région : Atsimo Andrefana		
Dates atelier : 31 Aout - 1er Septembre 2021		
Lieu atelier : ORN Atsimo Andrefana - Toliara		
ORN	CR, CPNC, Assistante de programme, RSE	Gouvernement
DRSP	Responsable SIS	
DRPPSPF-AA	Chef de service Population	
ETAT	Chef de l'Unité Suivi Evaluation	
DRICA ou DRICC	Contrôleur du Commerce	
DRAEP	Resp Env/Social	
DREAH /SDO	Resp. Ressources Humaines	
FAC MED Tuléar	Doyen	Recherche
PAM	MA NUT	UN
UNICEF	Health office	
OMS	Consultant	
HINA	Point Focal	Société civile
ASOS	Resp programme plaidoyer, Resp programme santé	
ACF	RESP NUT	
ADRA	Responsable Magasin	
CRS	Spécialiste en Nutrition	
CDD	Coordonnateur Nutrition	
HELVETAS	Administration Finances	
FID	RSE	
Région : Analanjirofo		
Dates atelier : 26 Aout 2021		
Lieu atelier : Grande salle FANIRY		
Commune	DDS	Autorité locale

Entité participants	Fontion	Organisme
ORN Analanjirofo	CR, CPNC, RAF, AFC, RSE/SI, AP, AC Sahavola	Gouvernement
DRSP	Comptable, Responsable Nutrition	
SDSP	Médecin Inspecteur	
DRAE	Chef SRE	
DREAH	Chef SRAF	
DRICA	Chef SRA	
SDPPSPF	Chef SDPPSPF Fénérive Est, Chef SPPDS	
DRCC Analanjirofo	Journaliste TVM/RNM	
DRJS	Technicien	
BNGRC	Point Focal	
CISCO	Responsable Education	
DREN	Responsable Education	
UNICEF	Appui projet Analanjirofo	UN
HINA	PFR Suppléant	Société civile
AFAFI-Nord	RSE/URGP/Analanjirofo	
CRM	Membre	
ONG Saint Benoit	Chef de projet	
ACCESS	CLTSIICN officer	
ONG MATEZA	Technicien	
ASOS	Technicienne	
SOA KOJA	Technicienne	
GIZ	Technicienne	

Entité participants	Fontion	Organisme
Région : Sava		
Dates atelier : 26 Aout 2021		
Lieu atelier : Bureau ORN SAVA		
ORN SAVA	CR, CPNC, RAF, RSE, AP, COMPTABLE	Gouvernement
DRSP SAVA	RNR et RGIS, Resp SR	
SDSP Sambava	Médecin Inspecteur	
BNGRC	DAER BNGRC	
DREN SAVA	Responsable Solde, CHEF DE SENF	
DRPPSPF	DR/Population	
DRAE SAVA	Assistant Chef Service Régional de l'Elevage	
DRCC SAVA	SAF	
INSTAT SAVA	Responsable Etat Civil	
DREAH SAVA	Direction Régional, Assistant Technique	
Commerce	Adjoint Administration-Chef Personnel	
Economie-SREP SAVA	CHEF SREP	
DRAEP/PADAP	CR PADAP	
DRSS SAVA (MJS)	Directeur Régional	
Pêche et économie Bleu	Responsable Direction Pêche	
Communication	Journaliste TVM	
CRM Antalaha	Chef de projet	Société civile
PROFIS	Docteur Vétérinaire	
USAID ACCESS	SAF	
POSITIVE PLANET	Assistante Admin et Financier	
AFAFI NORD SAVA	RSE	
HINA SAVA	PFR, MEMBRE	
ONG TSINJO AINA SAVA	Accompagnateur	
ONG VDB	Coordonnateur Social	

Entité participants	Fontion	Organisme
Région : Vakinankaratra		
Dates atelier : 26 Aout 2021		
Lieu atelier : Salle de réunion de la préfecture d'ANTSIRABE		
Région Vakinankaratra/CTD	Chef de Sce Suivi-Evaluation	Autorité locale
Préfecture Antsirabe	Préfet, AACDI	Gouvernement
ORN Vakinankaratra	CR, AP, ES, AP, RAF, LOG, RSE, ES	
DRSP Vakinankaratra	Directeur, Responsable de Programme	
MEN	Responsable Sante Scolaire	
DREAH/SRSE VAK	Chef de Service	
DRAEP Vakinankaratra	Chef SRSISE	
INSTAT	DIR., ADT	
Direction Reg Pêche	Chef SRPA	
SFMT/FOFIFA	Président/Chercheur	Recherche
UNICEF	Program Office Terrain	UN
Centre de Nutrition Mahereza	Responsable	Société civile
Antenna	Coordonnateur	
ASA-SOA	Président	
HINA	Président	
GUANOMAD	Responsable	
ONG Ran'Eau Vakinankaratra	Responsable	
PASAN-SAHAZA PROJECT	FIELD MANAGER	
APDRA	RSE	

Entité participants	Fontion	Organisme
Région : Atsimo Atsinanana		
Dates atelier : 26 Aout 2021		
Lieu atelier : Salle de réunion GIZ – Bureau Farafangana		
Région	DID	Autorité locale
Préfecture	Premier adjoint Préfecture Farafangana	
CU Farafangana	1er Adjoint Maire	
ORN Atsimo Atsinanana	CR, AP, RSE, CTB	Gouvernement
DRAEP	Directeur, Chef SRFAPP	
DRCC	Chef com	
Affaire social	Chef de service	
DRSP	Responsable nutrition, Responsable, chef de service	
SDSP	MI, Adjoint MI, Chef service, Res nut	
CHD	MI Vondrozo	
DRPPSPF	Chef de service de la population	
DREN	Chef SCF, Responsable statistiques	
CISCO	COSPED, Adjoint	
SRC	DRICA	
GIZ PROSAR	CT nutrition, santé, hygiène, CT	Société civile
ONG ACCADEMIS	Responsable technique	
ADRA/FIOVANA	Responsable nut Atsimo Atsinanana, Health nutrition lead, Lead Agri	
AFAFI SUD	Responsable nutrition et WASH	
HINA	Responsable communication	
GSDM	Responsable	
DEFIS	TMMR	
Région : Amoron'i Mania		
Dates atelier : 26 Aout 2021		
Lieu atelier :		
REGION	D.I.D GOUVERNORAT	Autorité locale
PREFECTURE	S. G	
COMMUNE URBAINE AMBOSITRA	SG	
DEPUTE RASOAZANANIERA	ASSISTANT PARLEMENTAIRE	

Entité participants	Fontion	Organisme
ORN	CR, CPNC, RPSN, RSE	Gouvernement
DREAH	RSE	
DREDD	REPRESENTANT	
DRPPSPF	RSE	
DRSP	RESPONSABLE NUTRITION	
DRSP	PFR ACCESS	
DRCC	DIRECTEUR REGIONAL	
DREN	RH	
DRAEP	SRFAPP	
COMMUNICATION	Journalistes RADIO AINGA, FM 104, RNM, TVM	
ISTA	ENSEIGNANT CHERCHEUR	Recherche
FAO	TECHNICIEN SUPERVISEUR	UN
UNICEF	P.O. T	Société civile
DEFIS	CPA	
FID AMBOSITRA	CHEF D'ANTENNE, SOCIO-ORGANISATEUR	
HINA OSC	PFR OSC	
JICA PASAN	FIELD MANAGER	
Région : Atsinanana Dates atelier : 26 Aout 2021 Lieu atelier :		
REGION ATSIANANANA	DID, CHEF DIV	Autorités locales
SUBURBAINE	2ème ADJOINT	

Entité participants	Fontion	Organisme
MIN SAN	MEDECIN CHEF ANKIRIHIRY, MEDECIN CHEF DE PEDIATRIE CHUA	Gouvernement
DREN	ASSISTANTE MEDICAL	
DRJS	CHEF SAF	
DRSP	RESP SIG/MNT	
CISCO TOAMASINA I	RESPONSABLE SANTE SCOLAIRE	
DRPPSPF	DIRECTEUR	
DRAE	RESPONSABLE SPOR/SRSISE, RESPONSABLE MULTIMEDIA, RESP FORMATION AGRICOLE	
DRPPSPF	RSE	
INSTAT ATSIANANA	RESPONSABLE DIVISION ETAT CIVIL	
ONG TSINJO AINA	COORDONATEUR	
FORMAPROD	CONSEILLERE EN INSERTION PROFESSIONNELLE	
GIZ	CTFCA (RESP-PPP-STHM)	
ONG A4ED	FORMATEUR FBS	
ONG LOMAGNORANO	VICE-PRESIDENT, SECRETAIRE	
ONG SAINT GABRIEL	COORDONATEUR DE PROGRAMME	
SAF/FJKM TOAMASINA	RESPONSABLE TECHNIQUE	
FID	Directeur Inter-Régional	
ODDIT TOAMASINA	RSO	
FORMAPROD	COORDONNATEUR INTERREGIONAL	
FID	RESPONSABLE SUIVI EVALUATION	
E/se HARENA ECOLOGIQUE	REPRESENTANT	
ACCESS	RESP WASH/NUTRITION	
Région : Haute Matsiatra Dates atelier : 26 Aout 2021 Lieu atelier :		
PREFECTURE	ADJOINT D'ADMINISTRATION	Autorité locale

Entité participants	Fontion	Organisme
ORN	CR, RSE, ES	Gouvernement
DRICC HM	CHEF DE DIVISION	
DRAEP	C/SRFAPP	
DRSP	CHEF SNS	
DREAH HM	RESPONSABLE COMMUNICATION	
INSTAT	CHEF DE SERVICE IPC	
UNICEF	ATR	UN
HAONA SOA	PRESIDENT	Société civile
CEDII/HINA	PFR	
ONG Ny TANINTSIKA	A.P.E. L	
ONG MIARINTSOA	ASSISTANT ADMINISTRATIVE	
FID FIANARANTSOA	RESPONSABLE GOUVERNANCE, RESPONSABLE SAVVEG. /See	
AINGA MG	RESPONSABLE MANDATAIRE	
NUTRIZAZA	RESPONSABLE REGIONALE	
SD Mad	RESPONSABLE REGIONAL	
RANO WASH	BC OFFICER	
Région : Itasy		
Dates atelier : 26 Aout 2021		
Lieu atelier :		
REGION	SG, DAGR, RSE, RESP AT.SIG	Autorité locale
COMMUNE	1er ADJOINT AU MAIRE	
CR ANTANETIBE	ADJOINT AU MAIRE	
ORN	CR, CPNC, RAF, AP, ES, RSE	Gouvernement
DRSP	RESPONSABLE NUTRITION	
DREN	RESP REGIONAL NUTRITION SCOLAIRE	
DRCC	JOURNALISTE RNM/TVM	
DRAEP	RESP SPOR	
SDSP MIARINARIVO	RESPONSABLE NUTRITION	
DRPPSPF	CHEF DE SERVICE DE PROTECTION SOCIALE	
DRAE	CHEF SRSISE	
DREAH	DIRECTEUR REGIONAL	

Entité participants	Fontion	Organisme
AGRISUD	CHEF DE PROJET, COORDINATEUR REGIONAL	Société civile
ACF	ADJOINT RP	
FDA	DIRECTEUR REGIONAL	
CONSULTANT	FORMATEUR	
Région : Androy		
Dates atelier : 26 Aout 2021		
Lieu atelier :		
ORN	CPNC, ES, AP	Gouvernement
DRSP	RESPONSABLE NUTRITION REGIONAL	
GRET	Représentant	Société civile
ONG KIOMBA BELOHA	Représentant	
ACF	Adjoint RP	
ONG MANDRESY BEKILY	Représentant	
ONG ECART- TSIHOMBE	Représentant	
Région : Sofia		
Dates atelier : 26 Aout 2021		
Lieu atelier :		
REGION SOFIA	CHEF DE PROJET	Autorité locale
ORN	CR, RAF, RSESI, AP	Gouvernement
DRAE	CHEF SRSISE	
DRSP	RESPONSABLE NUTRITION	
DRICA	ENQUETEUR ECONOMIQUE	
DREAH	CHEF SRPSE	
DIDR	REPRESENTANT	
DREN	REPRESENTANT, RESPONSABILITE SANTE SCOLAIRE	
DRPPSPF	REPRESENTANT	
INSTAT	SL	

Entité participants	Fontion	Organisme
FFTA	RESPONSABLE, CTE	Société civile
FFTS	TECH.	
RNM ASTV SOFIA	JOURNALISTE	
RNM/TVM SOFIA	JOURNALISTE, CAMERAMAN	
USAID ACCESS	ICN OFFICER	
FORMAPROD	CIP	
NASIA	REPRESENTANT	
PLAE	RESPONSABLE TECHNIQUE	
DEVELOPPEMENT	REPRESENTANT	
ASOS	ASS	
TAFO MIHAARO	REPRESENTANT	
PROSPERER	ASS. ADN.	
Régions : Vatovavy et Fitovinany		
Dates atelier : 26 Aout 2021		
Lieu atelier :		
PREFECTURE	ADJOINT D'ADMINISTRATION	Autorité locale
CU MANAKARA	ADJOINT AU MAIRE	Gouvernement
ORN	CR, RAF, AP, RSE, ES	
DREN	RESPONSABLE COMMUNICATION	
DRPPSPF	CHEF DE SERVICE POPULATION DISTRICT MANAKARA	
DRICA	ENCADREUR	
DRSP	RESPONSABLE NUTRITION	
DRAEP	CHEF DE DIVISION D'APPUI A L'AGRO- BUSINESS	
DREAH	RAF	

Entité participants	Fontion	Organisme
RNM/TVM	JOURNALISTE	Société civile
FID	GOVERNANCE CITOYENNE	
PROSPERER	CE	
HINA	PFR	
ACCESS	CLTS/ICN OFFICER	
JHPiEGO	C.O	
ADRA FIOVANA	SPECIALISTE EN NUTRITION	
DEFIS	CONSULTANT JUNIOR SE	
CCI7V	DIRECTEUR EXECUTIF	
Régions : Analamanga Dates atelier : 08 et 12 Septembre 2021 Lieu atelier :		
ONN	PSN, responsable technique, RRD, assistance de programme	Gouvernement
MSANP/DSFA/SNUT	RSE	
MPPSPF	Responsable nutrition	
MATP	Représentant	
DRAEP Analamanga	Chef de division PV, responsable NECRU, Chef SRA	
ONG AFO	Présidente	Société civile
ONG AFT	Présidente	
AVDM	Présidente	
SAF FJKM	Chef de mission	
Ambohijatovo		

Annexe 5 : Ateliers de consultation nationale — liste des entités participants

Entité participants	Fontion	Organisme
Intitulé : Atelier validation finale de la PNN et du PNAMN		
Date : 20 Avril 2022		
Lieu atelier : Carlton Anosy		
ONN	CN, DN/UPNNC, CSSE p.i., RNU/PSN, RAI, AI, RUCT, ROP/UPNNC, RCI, DEGRA, CBD, assistante CN, RRH, RSAM, RNAF, ET, RRP, RSE, consultante nationale	Gouvernement
Primature	Directeur des études	
MEF	Direction générale du Trésor	
MINAE	SG, Collaborateur technique SG, SSAN	
MPEB	Directeur de l'Aquaculture	
MPPSPF	Chargé d'étude / SG	
MICC	Chef de service/DPE	
Assemblée nationale	SG, Assistant Parlementaire	Parlement
FAO	Chargé de nutrition	UN
PAM	Cheffe Nutrition	
UN NUTRITION REACH	Facilitateur national	Plateforme SUN
Plateforme HINA	PCA	
Banque Mondiale	HPN	PTF
USAID	Spécialiste santé de l'enfant	
GIZ PROSAR	AT, CT, consultant gouvernance	Société civile
PASAN/JICA	Executive advisor, MCS	
ADRA	DTSN	
HP+	Consultant, Consultante en com documentation, DFO, assistante admin et logistique	
CARE International	Spécialiste en sécurité alimentaire et CC	
ACF	Technicienne communication	
AFAFI Centre	Cheffe de mission	
APDRA	Point focal nutrition	

Entité participants	Fontion	Organisme
Intitulé : Atelier validation interne de la PNN et du PNAMN Date : 19 Avril 2022 Lieu atelier : en ligne		
ONN	CSSE p.i., RSE, RRP, RPECM, RCCSC, consultante nationale, AI, RNS, RRD, RNU, RNAF	Gouvernement
UPNNC	DN, ROP, RT, SUPREG, COM, CES, RPM	
ORN: Analamanga, Anosy, Atsimo Andrefana, Sofia, V7V, Melaky, Atsimo Antsinanana, Analanjirifo, Menabe, Haute Matsiatra, Ihorombe, Boeny, Betsiboka, SAVA, Androy, DIANA, Bongolava, Amoron'i Mania, Vakinakaratra, Itasy, Alaotra Mangoro, Antsinanana	Représentants: CR, CPNC, RSE, RPSN, RAF, autres représentants	
Intitulé : Ateliers de finalisation de la PNN et du PNAMN Date : 30-31 Mars, 1er et 5 Avril 2022 Lieu atelier : Carlton Anosy		
ONN	CN, R&D, RF PSN, RSAM, RTGRC/PSN, RSE, CSSE p.i., RRD, RT, RSN, assistante, CBD, CES/UPNNC, IT, ATA-SE, RCI, RSAN, RPECM, CR/ORN, RF/PSN, ASI, RNC, RCCSC, RAI, RNU/PSN, AF/PSN, CDD, consultante nationale	Gouvernement
MEF	CS/DP	
MEN	Chef SSAS	
MPPSPF	Représentantes, AT, DEPP	
CPGU	AT	
MSANP/DSFA/SNUT	AT, CDM	
MSANP/DEPSI	Equipe technique	
ACSQDA	Représentant	
BNGRC	Chef de division CERVO, représentants	

Entité participants	Fontion	Organisme	
FAO	Chargé de nutrition	UN	
UNICEF	Chef de section nutrition, spécialiste en Nutrition, représentant		
OMS	Chargé de programme		
PAM	Représentant SUN, nutrition officer, Cheffe Nutrition		
FOFIFA/MIKASA	Représentant	Recherche	
UN NUTRITION REACH	Facilitateur national	Plateforme SUN	
Plateforme MIKASA	Présidente		
Plateforme HINA	PCA, Vice-PCA, Communication		
GIZ PROSAR	AT, CT, CTP, consultant gouvernance	Société civile	
WHH	Cheffe de projet		
PASAN/JICA	Wash specialist, spécialiste senior agriculture, MCS, Team leader, chief advisor,		
USAID	Spécialiste santé de l'enfant		
ADRA	DTSN		
HP+	Consultant, Admin Log, DFO		
USAID/ACCESS	Wash and nutrition advisor, advisor santé mère-enfant		
FID	RHACC		
AKDN	Program director		
CARE International	Consultante, spécialiste en sécurité alimentaire		
ACF	Adjoint RDD SN, RP SN, RDD Plaidoyer		
NUTRIZAZA	ARDS, Représentant		Secteur privé
Tanjaka Food / JB	Responsable commercial		
SBN	Présidente		

Intitulé : Atelier finalisation interne de la PNN et du PNAMN
Date : 23 et 24 Février 2022
Lieu atelier : Hôtel PANORAMA

Entité participants	Fontion	Organisme
ONN	CN, Adj CN, CSSE p.i., RCCSC, ATA-RH, IT, CNS, RNS, AI, RT, ATA-SE, RPECM, RTGRC, RF PSN, RSAM, RSE, RUCT, ACN, ET, RCI, DAF, RCP, RNAF	Gouvernement
UPNNC	ROP	
ORN: Analamanga, Bongolava, Antsinanana, Haute Matsiatra	CR	
USAID/HP+	DP, Administrative & logistics associate,	PTF
Intitulé : Atelier technique dans le cadre du développement de la PNN et du PNAMN Date : 27 et 28 Octobre 2021 Lieu atelier : Live Hôtel Andavamamba		
ONN/PSN	CN, CSSE p.i., RSE, Responsable Technique, AT CN ONN, RTGAC, RNU, RCP, GMT, Finance, RSAN, ARPN, CNS, RSAM, ARSI, ARGI, ATA, P.AA, ASE, RPECM	Gouvernement
SGP/Présidence	Economiste	
MEN	Section Nutrition	
SNUT/DSFA/MSANP	Chef Division ANJE	
MPPSPF	Resp Com DSSP, Responsable Nutrition	
BNGRC	Chef de Division Prevention des risques, Chef de service	
MEAH	Chef de service EU	
DAM/MEAN	Chef de service	
PAM	CBT Officer, Nutrition	UN
UN Nutrition	Facilitateur National REACH	Plateforme SUN
HINA	Représentant	
GIZ	CT, AT, Consultant	Société civile
USAID/HP+	Directeur Pays, HPA	
CRS	CLTN Programme Manager, Responsable P.S	
LIE	Chargé de prog.	
ACF	Coordinatrice Plaidoyer	
PASAN/ JICA	Multisectorial Coordination specialist, MSO	

Entité participants	Fontion	Organisme
SBN	Pdte	
TASC	Consultante Nationale	
Intitulé : Atelier de consultation nationale de la PNN et du PNAMN		
Date : 21 - 22 Septembre 2021		
Lieu atelier : Motel Anosy		
ONN	CN, DAF, RESPONSABLE TECHNIQUE, RPECM, RNS, RAA, ARPM, CTB, AUDITEUR INTERNE, RF PSN, ACN, CHF, AF/ONN, RSAN, DC	Gouvernement
ONN-UPSN	Représentant	
ONN-UPNNC	ACOM	
CPGU	Gender Expert	
MSANP	RSE	
MSANP/DSFA/SNUT	CHEF DE DIVISION ANJE	
MEN	CHEF SSAS, CHEF DAS, RESPONSABLE NUTRITION, NUTRITION	
MINAE	COLLABORATEUR TECHNIQUE, INGENIEUR AGRO SECRU	
BNGRC	CHEF DE SERVICE	
USAID	SPECIALISTE SANTE DE L'ENFANT	PTF
UNICEF	SPECIALISTE NUTRITION	UN
FAO	NUTRITION OFFICER	
UN NUTRITION REACH	FACILITATEUR NATIONAL	Plateforme SUN
MIKASA	VICE-PRESIDENTE	
HINA	SE	
PASAN SAHAZA	CO CHEF ADVISOR, WASH SPECIALIST, RESPONSABLES NUTRITION	Société civile
GIZ	CONSEILLER TECHNIQUE, AT	
ACF	COORDINATRICE PLAIDOYER	
GRET	RESPONSABLE NUTRITION, CHARGE DE MISSION	
ASOS	COORDONNATEUR PROJET	

