REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana

PLAN NATIONAL D'ACTION POUR LA NUTRITION 2012-2015

Antananarivo
Juillet 2012

SOMMAIRE

RÉSUMÉ EXECUTIF 8
I-CONTEXTE GENERAL 1
II- SITUATION NUTRITIONNELLE A MADAGASCAR 3
III- PROBLEMATIQUE DE LA MALNUTRITION A MADAGASCAR 6
IV- METHODOLOGIE 10
V- BUT ET OBJECTIFS DU PNAN 12
VI- ORIENTATIONS STRATEGIQUES 14
Axe stratégique1 : La prévention de la malnutrition 16
1-1- Analyse de la situation 16
1-2- Les objectifs spécifiques 18
1-3- Logique d'intervention 19
Intervention 1 : Mise à l'échelle des sites PNNC 19
Intervention 2 : Surveillance, promotion de la croissance et du développement 19
Intervention 3 : Promotion de l'ANJE et nutrition des femmes (NDF) à travers l'approche cycle de vie 20
Intervention 4 : Promotion de la nutrition des adolescentes (13-20 ans) 21
Intervention 5 : Renforcement des activités d'éducation nutritionnelle au sein des écoles 22
Intervention 6 : Amélioration de l'accès à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène (WASH) 22
Intervention 7 : Supplémentation en micronutriments (Fer Acide folique, multimicronutriments (MMN), Vit A, Zinc…) des femmes enceintes et allaitantes, des adolescentes de 15 à 24 ans, des enfants de moins de 5 ans et d'âge scolaire de 6 à 14 ans. 24
Intervention 8 : Fortification alimentaire 24
Intervention 9 : Déparasitage des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes, des enfants en âge scolaire 25
1-4- Mise en œuvre de la stratégie de prévention de la malnutrition 26
1-5- Conditions préalables et risques 26
Axe stratégique 2 : La sécurité alimentaire et nutritionnelle 27
1-1- Analyse de la situation 27
1-2- Objectifs spécifiques 28
1-3- Logique d'intervention : 28
Intervention 1 : Promotion des cultures maraîchères et des produits riches en micronutriments 28
Intervention 2 : Promotion de pratiques de petits élevages (à cycle court) 29
Intervention 3 : Amélioration de l'accessibilité des ménages à l'alimentation pendant toute l'année. 30
Intervention 4 : Mise en place des cantines scolaires dans les zones d'insécurité alimentaire. 30
Intervention 5 : Appui alimentaire aux groupes vulnérables 31
1-4- Mise en œuvre de la stratégie de sécurité alimentaire et nutritionnelle des groupes vulnérables : 32
1-5- Conditions préalables et risques: 33
Axe stratégique 3 : La prise en charge de la malnutrition 34
1-1- Analyse de la situation 34
1-2- Objectifs spécifiques : 34
1-3- Logique d'intervention : 35
Intervention 1 : Prise en charge de la malnutrition aiguë. 35
1-4- Mise en œuvre de la stratégie de prise en charge 36
1-5- Conditions préalables et risques 36
Axe stratégique 4 : Urgences, réhabilitation et développement pour la réduction de risque de la malnutrition 37
1-1- Analyse de la situation 37
1-2- Les objectifs spécifiques : 37
1-3- Logiques d'intervention : 38
Intervention 1 : Préparation et réponses aux urgences 38
Intervention 2 : Appui et suivi de la mise en œuvre de la stratégie pour la réduction du risque de la malnutrition post catastrophe. 39
1-4- Mise en œuvre 40
1-5- Conditions préalables et risques 41
Axe stratégique 5 : Coordination et amélioration de l'environnement favorable au développement du secteur nutrition 42

1-1- Analyse de la situation 42
1-2- Les objectifs spécifiques : 42
1-3- Logiques d'intervention : 43
Intervention 1 : Amélioration et renforcement du cadrage institutionnel dans le secteur nutrition 43
Intervention 2 : Planification stratégique et programmation du secteur nutrition 43
Intervention 3 : Développement de la communication institutionnelle pour le plaidoyer 44
Intervention 4 : Développement de la communication pour le changement de comportement 45
Intervention 5 : Renforcement de la coordination de l'ONN et renforcement de capacité des intervenants du secteur nutrition 45
Intervention 6 : Développement de la capacité nationale 46
Intervention7 : Recherche et développement 47
Intervention 8 : Contribution du secteur nutrition à l'application des normes en alimentation et en nutrition 47
Intervention 9: Renforcement du système de suivi évaluation et d'information du secteur nutrition 48
Intervention 10 : Mise en place d'un système de veille nutritionnelle et de surveillance alimentaire 49
1-4- Mise en œuvre : 50
1-5- Conditions préalables et risques 50
VII- APPROCHES OPERATIONNELLES 52
VIII- MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET PLAN DE SUIVI EVALUATION 58
1. Stratégies et modalités de mise en œuvre 58
1.1 Les organes d'exécution du Plan 58
1.2 Le BPCNN : Missions et responsabilités 60
1.3 Mécanismes de gestion, de communication et de concertation 60
1.4 Mécanismes financiers et d'harmonisation des interventions des partenaires 61
2. Suivi et évaluation de la mise en œuvre du PNAN 62
2.1. Organisation du suivi 62
2.2 Evaluation du plan 63
2.3. Principaux indicateurs de suivi –évaluation 64
3. Risques et stratégies de mitigation 64
IX- BUDGET 66
Références bibliographiques 67
Annexes 69

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : *Axe 1 / Intervention 1 -Mise à l'échelle des sites PNNC* 19
Tableau II : *Axe 1/ Intervention 2- Surveillance, promotion de la croissance et du développement* 20
Tableau III : *Axe 1/ Intervention 3 -Promotion de l'ANJE et nutrition des femmes* 21
Tableau IV : *Axe 1/ Intervention 4 : Promotion de la nutrition des adolescentes (13-20 ans)* 22
Tableau V : *Axe 1/ Intervention 5 - Renforcement des activités d'éducation nutritionnelle au sein des écoles* 22
Tableau VI : *Axe 1/Intervention 6 -Amélioration de l'accès à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène* 23
Tableau VII : *Axe 1/ Intervention 7- Supplémentation en micronutriments* 24
Tableau VIII : *Axe 1/Intervention 8- Fortification alimentaire* 25
Tableau IX : *Axe 1/ Intervention 9- Déparasitage des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes, des enfants en âge scolaire* 25
Tableau X : *Axe 2/ Intervention 1- Promotion des cultures maraîchères et des produits riches en micronutriments* 29
Tableau XI : *Axe 2 /Intervention 2- Promotion de pratiques de petits élevages (à cycle court)* 30
Tableau XII : *Axe 2/Intervention 3- Amélioration de l'accessibilité des ménages à l'alimentation pendant toute l'année.* 30
Tableau XIII : *Axe 2/ Intervention 4- Mise en place des cantines scolaires dans les zones d'insécurité alimentaire.* 31
Tableau XIV : *Axe 2/ Intervention 5- Appui alimentaire aux groupes vulnérables* 32
Tableau XV : *Axe 3/ Intervention 1- Prise en charge de la malnutrition aiguë* 35
Tableau XVI : *Axe 4/ Intervention 1- Préparation et réponses aux urgences* 39
Tableau XVII : *Axe 4/ Intervention 2- Appui et suivi de la mise en œuvre de la stratégie pour la réduction du risque de la malnutrition post catastrophe.* 40
Tableau XVIII : *Axe 5/ Intervention 1- Amélioration et renforcement du cadrage institutionnel dans le secteur nutrition* 43
Tableau XIX : *Axe 5/ Intervention 2- Planification stratégique et programmation du secteur nutrition* 44
Tableau XX : *Axe 5/ Intervention 3- Développement de la communication institutionnelle pour le plaidoyer* 44
Tableau XXI : *Axe stratégique 5/ Intervention 4- Développement de la communication sociale en nutrition* 45
Tableau XXII : *Axe 5/ Intervention 5- Renforcement de la coordination* 46
Tableau XXIII : *Axe 5/ Intervention 6- Développement de la capacité nationale* 47
Tableau XXIV : *Axe 5/ Intervention 7- Recherche et développement* 47
Tableau XXV : *Axe 5/ Intervention 8- Contribution du secteur nutrition à l'application des normes* 48
Tableau XXVI : *Axe 5/ Intervention 9- Renforcement des systèmes de suivi évaluation et d'information* 49
Tableau XXVII : *Axe 5/ Intervention 10- Mise en place de système de veille nutritionnelle et de surveillance alimentaire* 50

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution du taux de malnutrition chronique chez les moins de 5 ans (EDS IV). ... 6
Figure 2 : Cadre conceptuel des causes de la malnutrition (source UNICEF 1997) 9
Figure 3 : Schéma global de la réalisation des stratégies 57

SIGLES ET ABREVIATIONS

AFD : Agence Française de Développement

AME : Allaitement Maternel Exclusif

AMIO : Agence de mise en œuvre

ANJE : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant

ASOS : Actions Socio-Sanitaires et Organisations Secours

BM : Banque Mondiale

BNGRC : Bureau National de Gestion de Risques et de Catastrophes

BPCNN : Bureau Permanent du Conseil National de Nutrition

CAB : Communes Amies des Bébés

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CFSVA : Comprehensive Food Security, Nutrition Security, and Vulnerability Analysis

CHD : Centre Hospitalier de District

CHRR : Centre Hospitalier de Référence Régional

CIN : Conférence Internationale sur la Nutrition

CISCO : Circonscription Scolaire

CNCSLM : Code de commercialisation des Substituts du lait maternel

CNN : Conseil National de Nutrition

CPN : Consultation Prénatale

CREN : Centre de récupération nutritionnelle

CRENAM : Centre de récupération nutritionnelle aigüe modérée

CRENAS Centre de récupération nutritionnelle aigüe sévère

CRENI : Centre de récupération nutritionnelle intensive

CRIC : Comité de Réflexion des Intervenants en Catastrophes

CRS : Catholic Relief Services

CSB : Centre de Santé de Base

DC : Démonstration Culinaire

DREN : Direction Régionale de l'Enseignement

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EPM : Enquête périodique auprès des ménages

FAF : Fer acide folique

FAO : Food and Agriculture Organization

FJKM : Fiangonan'i Jesoa Kristy eto Madagasikara

GAIN : Groupe d'Actions Intersectoriel en Nutrition

GRET : Groupe de Recherche et d'Echanges Technologiques

GPMMA : Gain de poids minimum mensuel adéquat

GSN : Groupe Sectoriel de Nutrition

HAB : Hôpitaux Amis des Bébés

HIMO : Haute Intensité de Main d'œuvre

IDA : Association Internationale de Développement

IDH : Indice de Développement Humain

IEC : Information- Education et Communication

IMC : Indice de Masse Corporelle

IRA : Infection Respiratoire Aigüe

LTAB : Lieux de Travail Amis des Bébés

MAM : Malnutrition Aigüe Modérée

MAS : Malnutrition Aigüe Sévère

MMN : Multi micronutriment

MSP : Ministère de la Santé Publique

NdF : Nutrition des femmes

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONN : Office National de Nutrition

ORN : Office Régional de Nutrition

PAM : Programme Alimentaire Mondial

PCIMEC : Prise en Charge Intégrée des Maladies des Enfants au niveau Communautaire

PEC : Prise en charge

PIB : Produit Intérieur Brut

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PNAN : Plan National d'Action en Nutrition

PNN : Politique Nationale de Nutrition

PNNC : Programme National de Nutrition Communautaire

SIF : Secours Islamique de France

SLN : Service de Laboratoire de Nutrition

SMART : Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions

SNANS : Stratégie Nationale de l'Alimentation et de la Nutrition Scolaire

SNU : Système des Nations Unies

SNUT : Service de Nutrition

SPC : Suivi et Promotion de la Croissance

SSME : Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant

TDCI : Troubles dues à la carence en iode

UE : Union Européenne

UNICEF : United Nations of International Children's Emergency Fund

VAD : Visite A Domicile

VCT : Vivre Contre Travail

RÉSUMÉ EXECUTIF

1. Contexte

Le présent Plan National d'Action pour la Nutrition traduit en actions concrètes la Politique Nationale de Nutrition adoptée par le Gouvernement le 20 Avril 2004, par le Décret N^{o} 2004-496. Il 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 qui s'est tenu au Carlton Anosy-Antananarivo le 22 Mars 2012. Le document servira de cadre pour l'élaboration des plans d'action sectoriels, détaillant les actions au niveau de chaque secteur concerné, pour les prochains 4 ans.

1. But du PNAN

Il consiste à assurer : d'une part le Droit de la population Malagasy tout entière à une nutrition adéquate, en vue d'améliorer la survie des enfants et de permettre un développement maximal de leurs potentialités physiques et intellectuelles, d'autre part à promouvoir la santé et le bien-être des mères et des adultes, ce par la synergie des interventions multisectorielles.

2. Objectifs globaux

Les objectifs globaux visent, d'ici 2012 à 2015, à : (i) réduire la prévalence de la malnutrition chronique (taille/âge<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans, soit de 50,1% à 42,8%, (ii) contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, de 72 pour 1000 naissances vivantes en 2008 à 56 en 2015.

3. Objectifs spécifiques

De 2012 à 2015, les objectifs visent plus spécifiquement à :

i- Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale (poids/âge<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans, à moins de 28%;

ii- Réduire la prévalence de la malnutrition aiguë (poids/taille<-2ET) à moins de 5%, chez les enfants de moins de 5 ans;

iii-Réduire la malnutrition aiguë sévère (poids/taille<-3ET) à moins de 1%, chez les enfants de moins de 5 ans ;

iv- Réduire la prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance (< 2.500 grammes) à moins de 10% ;

v- Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois de 51% à 65% et maintenir le taux d'allaitement maternel jusqu'à 2 ans et au-delà, à plus de 98% ;

vi- Réduire la proportion des victimes de l'insécurité alimentaire, de 65% à 43%. Il s'agit des personnes n'atteignant pas le niveau minimum d'apport calorique de 2 300 kilocalories par jour.

4. Modalité de mise en œuvre

L'Office National de Nutrition (ONN) assurera la coordination technique globale et le suivi de la mise en œuvre du PNAN II, sous les orientations stratégiques du Conseil National de Nutrition (CNN). Il travaillera en étroite collaboration avec tous les secteurs concernés et notamment avec les services ou cellules chargés de la nutrition au sein des différents ministères, les partenaires techniques et financiers, les ONG nationaux et internationaux, la Société Civile, les organismes internationaux et les Collectivités Décentralisées.

Les principales institutions responsables de la mise en œuvre du PNAN sont : la Primature, le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Agriculture, le Ministère de l'Élevage et de la Pêche, le Ministère de l'Eau et de l'Assainissement, le Ministère de l'Economie et des Finances et du Budget, le Ministère de l'Education Nationale, le Ministère de la Population, et le Ministère de la Décentralisation et de l'Aménagement du Territoire. Ces secteurs travailleront en collaboration avec d'autres secteurs et partenaires, 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 Plan d'Action. Cela nécessite la réorganisation ou le renforcement des divers services et unités, au sein des principaux départements ministériels concernés.

5. Budget Estimatif

Le budget pour la mise en œuvre du PNAN pour la période 2012-2015 est estimé à **137 951 692 $ US** (Cent trente sept millions de Dollars neuf cent cinquante et un six cent quatre vingt douze). Les ressources financières proviendront du budget de l'Etat et des partenaires multilatéraux et bilatéraux entre autres.

I-CONTEXTE GENERAL

Le Gouvernement Malagasy a mis en place le 20 avril 2004 la Politique Nationale de Nutrition (PNN), par le décret N°2004-496. La traduction en actions concrètes des orientations stratégiques de cette PNN s'est faite, dans sa première phase par le biais du Plan National d'Action pour la Nutrition I ou PNAN I, qui a été adopté suivant la note N°1158/2005 du 09 août 2005. Le PNAN I devait couvrir initialement la période 2005-2009 mais celle-ci a été prolongée jusqu'en 2011. La seconde phase correspondant à la conception suivie de la mise en œuvre du PNAN II, s'étalera de 2012 à 2015.

Au cours de la première phase correspondant à l'élaboration et à l'exécution du PNAN I, le pays a connu une situation de crise socio-économique et politique importante. En outre, les impacts de la crise économique et alimentaire au niveau mondial ne font qu'aggraver les problèmes de mise en œuvre. Il se trouve ainsi que la réalisation des diverses activités selon les recommandations avancées, ait été entravée. Il y eut cependant quelques améliorations obtenues en termes d'impacts 2011, sous forme d'une tendance positive au niveau de certains objectifs qui paraissent mitigés, comparés à ceux de la Politique Nationale et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015. Les statistiques disponibles auprès de la Banque Mondiale montrent que Madagascar se situe au 151ème rang sur les 187 pays les plus pauvres du monde, avec un PIB de $421 en 2010 et un IDH de $0,480. Le Programme des Nations Unies pour le Développement a déclaré que le pays risque toujours de connaître un revers dans le classement si les stratégies de lutte contre la pauvreté ne sont pas renforcées. Parmi ces stratégies, la lutte contre la malnutrition doit être priorisée, tout en développant la prise en charge conséquente.

Durant la mise en œuvre du PNAN I, s'est graduellement mise en place l'institutionnalisation du secteur Nutrition : Conseil National de Nutrition (CNN), Office National de Nutrition (ONN). Ce dernier, placé sous la tutelle de la Primature, est un acquis nécessitant une pérennisation adéquate.

Le CNN, institué par le Décret N°2004-1071 du 30 Novembre 2004, a eu sa réunion constitutive en fin octobre 2007. Il a procédé à l'élection des membres de son Bureau Permanent et à l'examen des règlements intérieurs. La détermination du rôle et de la mission de ce Bureau Permanent en tant que Conseil d'administration de l'ONN, a été initiée.

L'ONN, créé par le Décret N°2004-1072 du 30 Novembre 2004, complété par le Décret N°2007-394 du 07 Mai 2007 précisant son rôle, son organisation, son fonctionnement et son cadre juridique, est devenu pleinement opérationnel. Les capacités opérationnelles de

coordination et de suivi de cette institution, à tous les niveaux, se sont renforcées à travers la mise en place et l'opérationnalisation des 22 Offices Régionaux de Nutrition en septembre 2008, et le fonctionnement du logiciel de traitement de la base de données.

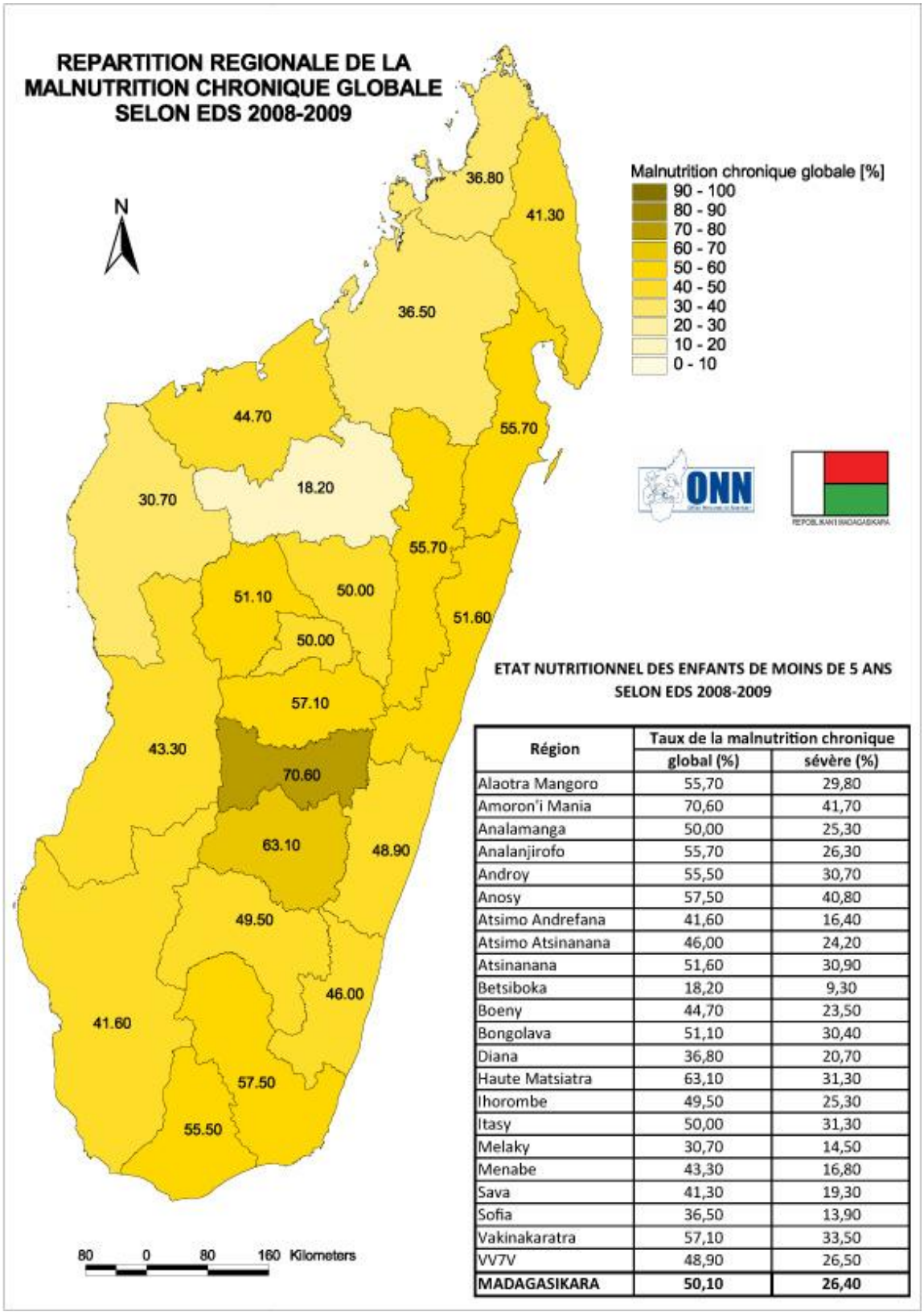
Les Agences de mise en œuvre (AMIO) ayant assuré l'exécution des activités, se sont prospérées durant la phase de mise œuvre du PNAN I. Elles sont constituées par les représentants des ministères, les sociétés civiles et les diverses organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales. Les agences de coopération multilatérales et bilatérales comme l'UNICEF, le PAM, l'OMS, le FAO, la BM, l'AFD en font également partie, en apportant leur appui financier et technique.

En somme, le bilan du PNAN I présente à la fois des aspects positifs tangibles, indispensables à la consolidation du PNAN II et des aspects négatifs auxquels il conviendrait d'apporter des mesures correctrices, pour une réorientation stratégique et opérationnelle. Cette amélioration va permettre d'assurer un meilleur état nutritionnel des femmes et des enfants pour leur survie. Selon une vision réaliste dénuée de toute prétention utopique, les objectifs se rapprocheront ainsi, autant que possible de ceux de la PNN et des OMD en 2015. Comparativement aux objectifs du PNAN I, les réalisations en 2011 en termes d'indicateurs de processus ne sont pas satisfaisantes. Par conséquent, la malnutrition subsiste toujours à Madagascar, touchant particulièrement le milieu rural.

Parmi les 14 stratégies opérationnelles définies dans le PNAN I, il a été rapporté que :

- 8 stratégies (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) ont fait l'objet d'une mise en œuvre effective par différentes AMIOS. Toutefois leur mise à l'échelle sur tout le pays n'a pas pu être faite.
- 4 stratégies (10, 11, 12,14) ont été partiellement réalisées.
- 2 stratégies (9 ,13) n'ont pas été entamées.

II- SITUATION NUTRITIONNELLE A MADAGASCAR



ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SELON EDS 2008-2009

Région	Taux de la malnutrition chronique	
	global (%)	sévère (%)
Alaotra Mangoro	55,70	29,80
Amoron'i Mania	70,60	41,70
Analamanga	50,00	25,30
Analanjirofo	55,70	26,30
Androy	55,50	30,70
Anosy	57,50	40,80
Atsimo Andrefana	41,60	16,40
Atsimo Atsinanana	46,00	24,20
Atsinanana	51,60	30,90
Betsiboka	18,20	9,30
Boeny	44,70	23,50
Bongolava	51,10	30,40
Diana	36,80	20,70
Haute Matsiatra	63,10	31,30
Ihorombe	49,50	25,30
Itasy	50,00	31,30
Melaky	30,70	14,50
Menabe	43,30	16,80
Sava	41,30	19,30
Sofia	36,50	13,90
Vakinakaratra	57,10	33,50
VV7V	48,90	26,50
MADAGASIKARA	**50,10**	**26,40**

L'enquête démographique et de santé (EDS IV) 2008-2009 a révélé qu'un enfant de moins de 5 ans sur deux (50,1%) souffre de malnutrition chronique, dont 24% sous la forme modérée et 26% sous la forme sévère. Le taux de la malnutrition aiguë globale (MAG) se situe à 5,5%. Il y a 4 régions où le taux de MAG atteint plus de 5% suivant l'analyse globale de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, et de la vulnérabilité en milieu rural en 2010, une enquête nationale réalisée par l'UNICEF, le PAM, l'ONN et le MSP.

Par ailleurs, 27% des femmes en âge de procréer souffrent d'une malnutrition avec un Indice de Masse Corporelle (IMC) inférieur à 18.5. Les carences en micronutriments demeurent préoccupantes bien que les performances des activités relatives à la stratégie opérationnelle N°3 du PNAN I aient été rapportées. Néanmoins, l'augmentation de la prévalence de ces troubles est à craindre car la proportion des ménages consommant du sel iodé diminue. Entre les deux EDS (EDS III et EDS IV), elle se situe entre 71 et 75%, alors que les résultats attendus en 2009 étaient estimés à 90%.

La prévalence de l'avitaminose A reste stationnaire, affectant encore, selon EDS IV, 42% des enfants de moins de 5 ans, et induisant comme conséquence sous-jacente 24% des décès des enfants de cette tranche d'âge et 18% des décès maternels. En outre, la prévalence de l'anémie ferriprive reste élevée. Elle est évaluée à 50% chez les enfants de 6-59 mois et à 35% chez les femmes enceintes. Les objectifs escomptés dans le PNAN sont estimés respectivement à 34% et 20%.

En 2010, la malnutrition reste la principale cause de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, car 54% des décès lui sont attribués. Le taux de mortalité maternelle reste très élevé, soit 498 pour 100 000 naissances vivantes (EDS IV), reflétant ainsi les difficultés d'atteindre les objectifs de la PNN et des OMD en 2015. Cependant la projection de la régression des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile entre 2003 (respectivement 58 et 93 pour 1000 naissances vivantes) et 2009 (respectivement 48 et 72 pour mille naissances vivantes), laisse entrevoir l'atteinte de ces objectifs en 2015 (34 et 52 pour mille naissances vivantes).

Les pratiques nutritionnelles adéquates et les soins de santé restent en deçà du seuil optimal, pour permettre une amélioration de l'état nutritionnel des femmes et des jeunes enfants. Le même rapport relate que seulement 27% des femmes enceintes bénéficient d'une consultation prénatale précoce (CPN) pendant le premier trimestre de grossesse et 49% d'entre elles ne terminent pas les 4 CPN recommandées par l'OMS. Les pratiques de soins pendant la grossesse comme le déparasitage, la prévention du paludisme et de l'anémie restent insatisfaisantes. L'allaitement maternel exclusif touche seulement 51% des enfants de moins de 6 mois, alors que les résultats attendus sont de 90%.

La situation relative à l'insécurité alimentaire s'est amplifiée au terme du PNAN I. En 2010, elle a affecté 35% des ménages malgaches, 25% en 2005 (CFSVA+N, 2010).

Par ailleurs, plusieurs études rapportent que l'accès universel de la population malgache aux soins de santé primaires de qualité et à l'eau potable, se trouve limité. En outre, l'hygiène et l'assainissement restent précaires.

III- PROBLEMATIQUE DE LA MALNUTRITION A MADAGASCAR

La malnutrition se définit par la manifestation d'un ensemble de déterminants multisectoriels et pluridisciplinaires, intervenant à différents niveaux de la société. Madagascar se trouve parmi les pays les plus pauvres avec, selon l'EPM 2010, un taux de pauvreté de 76,5% dans l'ensemble du pays (82,2% en milieu rural et 54,2% en milieu urbain). Ce contexte, fortement compliqué par les événements socio-politiques et la périodicité des catastrophes naturelles (cyclones, sécheresse, invasions acridiennes), a entraîné la dégradation de la situation nutritionnelle, notamment celles des groupes vulnérables (enfants de moins de 5 ans, et femmes enceintes et allaitantes) et des groupes marginalisés.

Ainsi, la tendance du taux de malnutrition chronique, chez les moins de 5 ans, a peu changé depuis 1992 jusqu'en 2009. La malnutrition touche un enfant sur deux. Elle constitue un problème majeur de santé publique, et pose un sérieux handicap au développement socio-économique. Les conséquences générées par les carences en micronutriments demeurent également préoccupantes. L'évolution de la situation peut être schématisée comme suit.

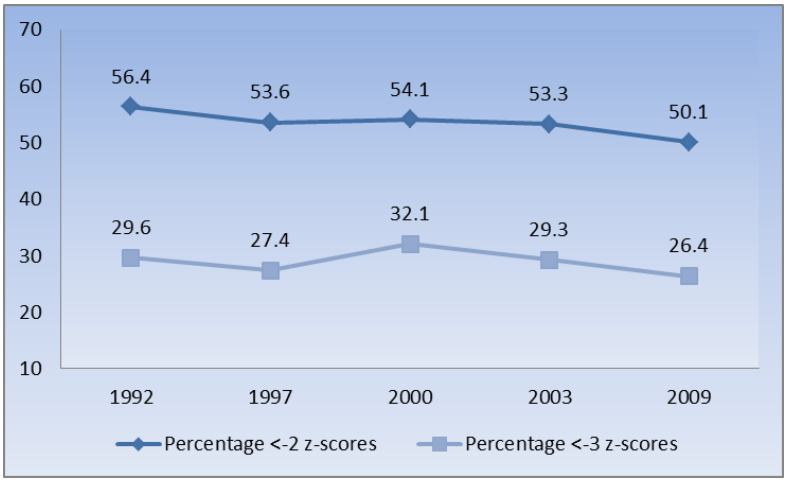


Figure 1 : Evolution du taux de malnutrition chronique chez les moins de 5 ans (EDS IV).

La malnutrition constitue une toile de fond des maladies infectieuses, tels que la rougeole, les infections respiratoires aiguës (IRA), la diarrhée et le paludisme, augmentant ainsi le risque de décès des enfants de moins de cinq ans. A Madagascar, selon l'OMS en 2007, les principales causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont attribuées aux pathologies suivantes : diarrhée (17%), pneumonie (21%), paludisme (20%). Les maladies de l'enfant et l'inadéquation de l'alimentation de celui-ci, constituent les causes immédiates de la malnutrition à Madagascar. En outre, l'accessibilité au centre de santé reste très limitée, et les

pratiques familiales essentielles en nutrition sont inadaptées, aussi bien en qualité qu'en quantité, pour que l'enfant puisse avoir un bon état nutritionnel.

Malgré les efforts octroyés lors de la mise en œuvre du PNAN I, un certain nombre de problèmes prioritaires ont été identifiés, dont la faible couverture effective des interventions de promotion et de prévention en santé maternelle, néonatale et infantile, notamment la pratique de l'allaitement maternel exclusif. En effet entre les deux dernières EDS, la proportion des enfants de moins de 6 ans allaités exclusivement au sein est passée de 67% à 51%. Seulement, 62% des nouveau-nés bénéficient d'une mise au sein précoce dans l'heure qui suit l'accouchement ; 8% des femmes enceintes bénéficient de Fer Acide Folique de 90 jours selon les recommandations de l'OMS, et 39,4% sont déparasitées pendant la grossesse. L'accès à une source d'eau potable avec un moyen de stockage correct et l'usage adéquat de latrines est de 3%, avec une grande disparité entre les zones urbaines et rurales. Concernant la sécurité alimentaire des ménages, environ 53% des ménages ruraux ont un profil de consommation alimentaire inacceptable, c'est à dire ne leur permettant pas de maintenir une vie saine et active. Ainsi, 48% des ménages ruraux sont vulnérables à l'insécurité alimentaire.

En résumé, les principaux problèmes nutritionnels à Madagascar ont trait à la pratique inadéquate de l'allaitement maternel, à l'apport insuffisant d'énergie et de protéines et aux carences en Vitamine A, en Fer et en Iode. Malgré leurs énormes conséquences pour le développement humain et économique, ils sont souvent invisibles, et même, si visibles ils sont méconnus. Aussi, les risques qui vont surgir, peuvent-ils être comparés à ceux d'un iceberg. Les manifestations extérieures des problèmes ne sont pas toujours reconnues et les victimes elles- mêmes, n'en sont pas constamment conscientes.

Causes de la malnutrition chez les enfants

Les causes de la malnutrition chez les jeunes enfants sont multi-factorielles. Elles peuvent être classées en trois niveaux dont:

• Les causes immédiates liées non seulement aux caractéristiques des aliments et à l'inadéquation des apports alimentaires, mais également à l'état sanitaire des groupes vulnérables;

• Les causes sous-jacentes liées à l'insécurité alimentaire des ménages, au niveau de l'assainissement du cadre de vie, et au niveau de la fonctionnalité des structures sanitaires;

• Les causes fondamentales relatives au niveau du développement socio-économique mais aussi liées étroitement aux aspects institutionnels.

Le déséquilibre entre les besoins nutritionnels et les apports réels constitue le principal facteur étiologique. A cela s'ajoutent la méconnaissance des besoins nutritionnels de l'enfant par les mères et le manque de son suivi nutritionnel. Par ailleurs, les maladies constituent des facteurs déclenchant ou précipitant de la malnutrition.

Le cadre conceptuel des causes de la malnutrition a été élaboré en 1990 par l'UNICEF (figure 1). Il montre que les causes de la malnutrition sont multisectorielles (alimentation, état de santé, pratiques de soins). Ces causes sont classées en causes immédiates (niveau de l'individu), sous-jacentes (niveau du foyer ou de la famille) et fondamentales (niveau de la société). L'influence des facteurs à un niveau quelconque se fait sentir aux autres niveaux. Ce cadre est utilisé pour la planification et l'évaluation des programmes, l'appréciation et l'analyse des problèmes, et la formulation d'actions convergeant vers une meilleure nutrition.

A partir du cadre conceptuel, il est facile de déterminer et d'orienter la problématique de la malnutrition. La compréhension et l'analyse des problèmes à chaque niveau permet d'exprimer les hypothèses y afférentes. Ce cadre définit les idées directrices, en tant qu'organe d'articulation des variables correspondantes.

Conséquences de la malnutrition chez les enfants

Les effets de la malnutrition sont multiples. Elles se répercutent sur l'ensemble du développement de l'enfant. Les manifestations suivantes peuvent être citées:

- Diminution de la capacité de lutter contre l'infection ;
- Destruction du système immunitaire ;
- Retard de croissance ;
- Augmentation de risque de mortalité infantile ;
- Augmentation de la fatigue et de l'apathie ;
- Perturbation du développement cognitif et mental ;
- Réduction de la capacité à apprendre.

A cet effet, il en résulte un lourd handicap pour les investissements sociaux (santé, éducation) et économique (agriculture, pêche).

La figure ci-après montre que les causes de la malnutrition peuvent être schématisées dans un cadre conceptuel:

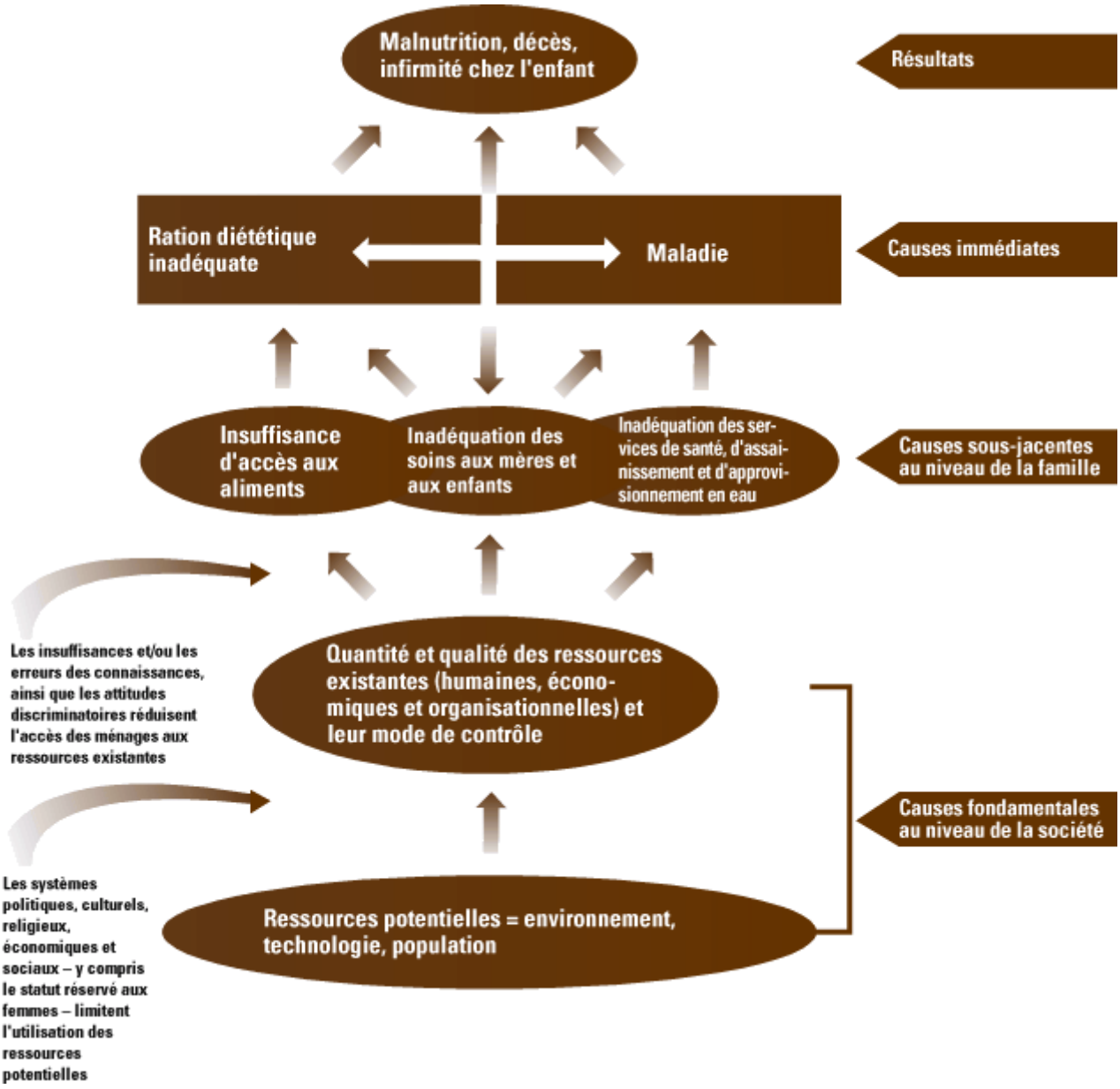


Figure 2 : Cadre conceptuel des causes de la malnutrition (source UNICEF 1997)

IV- METHODOLOGIE

La méthodologie préconisée a été basée sur une approche participative fortement appréciée lors de l'élaboration du PNAN II. Elle comporte les étapes suivantes :

Etape préliminaire : Développement des différents outils

- Une équipe d'experts de l'OMS est venue à Madagascar en 2008, pour effectuer une analyse de la situation du pays en matière de nutrition ou « landscape analys ». Les résultats de cette évaluation ont été restitués au bureau permanent de la CNN.
- Une évaluation de la mise en œuvre du premier Plan National d'action en Nutrition a été faite par un pool d'experts en 2010. Celle- ci a permis de déceler les stratégies qui ne sont pas assez développées et permet à toute l'équipe de tirer une bonne leçon sur l'élaboration du second plan.
- Le renforcement des capacités des techniciens nationaux et internationaux sur l'approche Evip Net a été effectué. La méthodologie Evip Net encourage l'utilisation systématique des bases factuelles du secteur Nutrition dans l'élaboration de la Politique. Cette étape a permis d'initier les différents responsables à la formulation des notes politiques, en vue de l'élaboration du PNAN II.
- Une détermination des priorités a été faite. Elle vise à sélectionner les problèmes qui feront l'objet des interventions. Afin de mener à bien cette opération, un processus de notation et de prise de décision a été respecté. L'étude de besoins a permis de recueillir une liste d'éléments problématiques. L'analyse a permis de déceler certains faits qui se sont avérés définitivement plus importants que d'autres.

Etape1 : Préparation et cadrage de l'étude

Elle a consisté à :

- procéder au recensement des Partenaires Publics Privés et Financiers œuvrant dans la lutte contre la malnutrition, à savoir: les différentes structures de l'Etat, le secteur privé, la société civile, les associations de proximité et les partenaires au développement et autres institutions et organismes internationaux.
- permettre à tous ces acteurs d'harmoniser leur compréhension sur le processus d'élaboration du document, de cibler les aspects importants (problématiques) sur lesquels l'étude doit se focaliser, et de discuter du choix des objectifs globaux, des objectifs spécifiques, des stratégies d'interventions et des actions, du plan de travail pluriannuel et de la budgétisation.

Etape 2 : Revue documentaire

Au cours de cette étape, les points suivants ont été pris en considération :

- Connaissance des objectifs de la PNN et de l'évaluation du PNAN I;
- Compréhension des rôles spécifiques de chaque partie prenante et de son implication dans l'élaboration du PNAN II, comme outil de travail;
- Perception des points forts, des points faibles et des difficultés du projet, ainsi que des suggestions de pérennisation des acquis et d'amélioration pour l'avenir;
- Elaboration d'une matrice d'évaluation pour mesurer le niveau d'exécution des activités programmées, et vérifier la conformité des résultats consignés par rapport aux actions établies.

Etape 3 : Collecte des informations

En tenant compte de l'harmonisation des informations obtenues lors des étapes précédentes, de l'utilisation des documents relatifs au cadrage macroéconomique et aux OMD ; la confection des outils de collecte a visé à obtenir les différents éléments nécessaires à la planification et à la budgétisation.

La collecte des informations a été réalisée auprès des différents partenaires techniques et financiers (SNU, ONG, Partenaires extérieurs), afin d'établir un état des lieux et d'évaluer les besoins en matière de «reporting», sur l'élaboration du PNAN II.

Etape 4 : Conception et rédaction du PNAN II

Différents ateliers ont été organisés avec les représentants des différentes structures de l'Etat, du secteur privé, de la société civile et des partenaires au développement. Une approche participative basée sur l'évaluation du vécu du premier PNAN a été adoptée.

La rédaction du document provisoire et définitif a pris en considération tous les éléments obtenus par décision consensuelle.

Etape 5 : Validation du document

Elle s'est déroulée en trois étapes :

- Une première validation a réuni toutes les parties prenantes du niveau central. Les recommandations émises à son issue, ont été prises en compte pour améliorer le document.
- La deuxième validation s'est effectuée au niveau régional. Les acteurs régionaux ont eu la possibilité d'émettre leurs suggestions, de partager leurs points de vue concernant le premier draft.
- La validation finale a été réalisée au niveau du Conseil National de Nutrition.

V- BUT ET OBJECTIFS DU PNAN

La Politique Nationale en Nutrition constitue un cadre de référence à l'élaboration des objectifs du plan d'action national. Il s'avère nécessaire de rappeler que son but consiste d'une part à 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 ; d'autre part, à promouvoir la santé et le bien-être des mères et des adultes.

Les objectifs globaux de la Politique Nationale de Nutrition dont elle s'est fixée, visent d'ici l'an 2015 à : i) réduire de moitié la prévalence de la malnutrition chronique (taille/âge<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans ; soit de 48% (EDS 2003 résultats préliminaires) à 25% ; ii) contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 139 décès (EDS 2003) pour 1000 naissances vivantes, à 111 en 2006 et à 56 en 2015 (ODM).

Le présent plan a défini ses propres objectifs en se référant au bien-fondé de la PNN.

1. But du PNAN

Il consiste à assurer d'une part le Droit de la population Malagasy tout entière à une nutrition adéquate en vue d'améliorer la survie des enfants et de permettre un développement maximal de leurs potentialités physiques et intellectuelles, d'autre part à promouvoir la santé et le bien-être des mères et des adultes, ce par la synergie des interventions multisectorielles.

2. Objectifs Globaux

Les objectifs globaux visent d'ici 2012 à 2015 à: (i) réduire la prévalence de la malnutrition chronique (taille/âge<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans soit de 50,1% à 42,8%, (ii) contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 72 pour 1000 naissances vivantes en 2008 à 56 en 2015.

3. Objectifs Spécifiques

De 2012 à 2015, les objectifs visent plus spécifiquement à :

i- Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale (poids/âge<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans, à moins de 28%;

ii- Réduire la prévalence de la malnutrition aiguë (poids/taille<-2ET) à moins de 5%, chez les enfants de moins de 5 ans;

iii-Réduire la malnutrition aiguë sévère (poids/taille<-3ET) à moins de 1%, chez les enfants de moins de 5 ans ;

iv- Réduire la prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance (< 2.500 grammes) à moins de 10% ;

v- Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois de 51% à 65% et maintenir le taux d'allaitement maternel jusqu'à 2 ans et au-delà, à plus de 98% ;

vi- Réduire la proportion des victimes de l'insécurité alimentaire, de 65% à 43%. Il s'agit des personnes n'atteignant pas le niveau minimum d'apport calorique de 2 300 kilocalories par jour.

VI- ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Les orientations stratégiques ont pris en compte les objectifs généraux proposés à la Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN) et cadrent avec le Document Stratégique de l'Etat. Elles ont défini des objectifs spécifiques à partir de ceux évoqués dans la PNN et les OMD 2015.

Les stratégies sont élaborées dans le cadre de la politique, tout en considérant les expériences positives au cours de la mise en œuvre, et les bonnes pratiques au niveau global. Ces stratégies visent à garantir le droit de tout citoyen Malagasy à une nutrition adéquate et prévenir la malnutrition à tous les stades critiques du cycle de vie (enfants d'âge préscolaire et scolaire, femmes enceintes et allaitantes, adolescentes), à éliminer les discriminations à l'encontre des filles et des femmes et l'exclusion des groupes marginalisés en matière de nutrition.

Les actions multisectorielles menées au cours de la dernière décennie telles la promotion de l'allaitement maternel, l'éducation nutritionnelle, les interventions de nutrition communautaire et scolaire, la lutte contre les carences en micronutriments, ont donné des résultats positifs. Le renforcement de ces actions et l'extension de leur couverture aideront à augmenter leurs impacts au niveau national. Néanmoins, les actions ciblant la résolution des problèmes au niveau de leurs causes sous jacentes paraissent insuffisantes. Aussi, faut-il intervenir sur les causes profondes de la malnutrition. La convergence et la synergie des politiques et programmes de développement sur la réduction de la pauvreté entre autre la sécurité alimentaire, la santé publique, l'éducation et la communication pour le changement de comportement, s'avèrent primordiales pour une meilleure efficacité et durabilité des interventions en matière de nutrition.

Comme la malnutrition est une manifestation des problèmes multisectoriels qui se posent à tous les niveaux de la société (famille, communauté, région, nation), les considérations nutritionnelles devront faire partie intégrante de tous les programmes de développement. Ainsi, les données sur l'état nutritionnel des enfants devront être utilisées parmi les indicateurs des résultats des programmes de développement social et économique.

La définition de ces axes reconnaît que la malnutrition est un problème de développement et que sa résolution demande des interventions multisectorielles agissant en synergie, en vue d'atteindre les objectifs fixés. A cet effet, cinq axes stratégiques sont identifiés à savoir :

- Prévention de la malnutrition ;
- Sécurité alimentaire et nutritionnelle des groupes vulnérables

- Prise en charge de la malnutrition ;
- Urgence, réhabilitation et développement pour la réduction de risque de la malnutrition
- Coordination et amélioration de l'environnement favorable au développement du secteur nutrition

Chaque axe comporte les logiques d'intervention sur lesquelles s'appuient les résultats attendus, les indicateurs et les activités principales, et définit les principaux responsables de la mise en œuvre.

Axe stratégique1 : La prévention de la malnutrition

1-1- Analyse de la situation

L'état nutritionnel des femmes et des enfants a un impact direct sur leur état de santé et leur survie. Dans le cadre de la prévention de la malnutrition, certaines activités définies dans le PNAN I, ont été réalisées. Cependant malgré ces acquis, la situation reste encore inquiétante du fait de l'insuffisance de la consommation en micronutriments, que ce soit en supplémentation ou en apport alimentaire. Les pratiques actuelles de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ne sont pas toujours satisfaisantes. En effet, les pratiques de soins de santé préventifs et curatifs restent sous-optimales pour permettre une amélioration de l'état nutritionnel des femmes et des jeunes enfants. L'influence des facteurs sociodémographiques et la faible performance du système de santé en place ne sont pas négligeables:

Selon l'EDS IV, la moitié des enfants Malagasy de moins de 5ans souffre du retard de croissance dont 26,4% de la forme sévère. Concernant la carence en micronutriments, 72% des enfants de 6 à 59 mois ont reçu des capsules de vitamine A au cours des 6 derniers mois et 79% des enfants âgés de 6-35 mois avaient consommé des aliments riches en vitamine A, le jour précédant l'enquête. Depuis 2006, le Ministère de la Santé Publique a mis en œuvre, deux fois par an, la campagne de supplémentation de vitamine A dénommée « Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant » (SSME). Il se trouve cependant, que certains districts ne parviennent pas à atteindre l'objectif national qui est de 98%.

Chez les enfants de moins de 5 ans, les activités de déparasitage s'effectuent soit au cours de la SSME soit au niveau des centres de santé de base (CSB) pour les enfants malades, soit au niveau communautaire lors de la prise en charge intégrée des maladies des enfants au niveau communautaire (PCIMEC). La même enquête montre que 69,1% des enfants de 12 à 59 mois ont bénéficié d'un déparasitage au cours des six mois précédant l'enquête.

Les activités de déparasitage qui s'effectuent au sein des établissements scolaires primaires (publics et privés) sont initiées sous la responsabilité de la Direction des Urgences et de Lutte contre les Maladies Négligées du Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec le Ministère de l'Education Nationale. Selon l'évaluation du PNAN I, 100% des écoles ont été visités et 100% des élèves ont été déparasités.

Les pratiques de soins pendant la grossesse, comme le déparasitage et la prévention de l'anémie, sont défaillantes. L'EDS IV a montré que 35% des femmes enceintes présentent de l'anémie. En fait, la consommation de fer est faible : environ 43% des femmes enceintes ont déclaré avoir pris du fer pendant moins de 60 jours, seulement 8% en ont pris pendant au moins 90 jours et 49% des femmes ont affirmé avoir consommé des aliments riches en fer.

En outre, la proportion des femmes enceintes déparasitées reste encore très insuffisante (39%) malgré la distribution des vermifuges lors de la campagne de masse (SSME). Le déparasitage de routine reste très faible.

Les troubles dus à la carence en iode (TDCI) connaissent une légère amélioration du fait de la disparition des formes les plus graves. Néanmoins, malgré la stratégie d'iodation universelle du sel, mise en place depuis 1995, il est constaté qu'au sein des ménages dont le sel a été testé, 29% n'ont pas consommé du sel iodé.

Des fausses informations concernant l'effet de la consommation du sel iodé sur la tension artérielle ont circulé et ne cessent d'influencer certains individus. Aussi, une communication appropriée pour le changement de comportement s'avère-t-elle indispensable pour lutter contre ces rumeurs.

Concernant les pratiques de soins dispensés aux enfants, il est constaté que les conditions relatives à la pratique de l'allaitement maternel ne sont pas toujours remplies. Le taux d'allaitement maternel exclusif ou (AME) chez les enfants de moins de 6 mois a diminué entre deux EDS, de 64% en 2003 à 51% en 2009, alors que la couverture de l'allaitement précoce a atteint 72% en 2009. Cependant bien que l'enfant soit mis au sein rapidement après sa naissance, il est assez fréquent de rencontrer des mères qui donnent des aliments avant de l'allaiter (24%).

L'initiative des structures « Amies des Bébés » à Madagascar est en veilleuse depuis 2008: les Hôpitaux Amis des Bébés (HAB) étaient au nombre de 73 sur 2400 formations sanitaires (de 1995 à 2005), les lieux de travail Amis des Bébés (LTAB) et communes Amies des Bébés (CAB) ne sont implantés que dans les grandes villes.

Les 2 projets de Décret et d'arrêté sur le Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel *(*CNCSLM*)* ont été validés par le Ministère de la Santé Publique, le Ministère du Commerce et par le Conseil de Gouvernement, au mois d'octobre 2011. Leur application permet d'assurer la promotion de l'allaitement maternel et également l'utilisation appropriée des produits de remplacement du lait maternel pour les enfants à bas âge.

Concernant l'alimentation complémentaire, seulement 13% des enfants de 6 à 23 mois sont nourris de manière appropriée. Il se trouve que la région du sud de Madagascar présente la proportion la plus faible (3%). Dans certaines régions, les mauvaises pratiques se rencontrent souvent chez les mères non instruites, appartenant au ménage à faible revenu.

Les interventions à base communautaire en matière de nutrition ont une vocation prioritairement préventive. Au début de la mise en œuvre du PNAN I en 2005, un modèle harmonisé de programme de nutrition communautaire (PNNC) a été élaboré et validé d'une manière participative par les AMIO. Des améliorations techniques et financières ont été apportées au modèle pilote pour augmenter son efficience. Ces interventions, même si elles comportent certaines nuances (mise en œuvre en partenariat ou non avec les ONG/Associations de proximité, ou dans le cadre de programmes nationaux et de projets) sont toutes menées avec la participation active de la communauté bénéficiaire. Des expériences ont montré une amélioration sensible de l'état nutritionnel des enfants dans les sites d'intervention communautaire.

Un tel axe stratégique a été défini pour :

- garantir le suivi et la promotion de la croissance des enfants dans les sites communautaires ;
- s'assurer que les mères reçoivent les informations essentielles, que l'environnement soit propice à la pratique correcte de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire des nourrissons et des jeunes enfants.
- habiliter les communautés à prendre en main les interventions nutritionnelles préventives de la malnutrition et de la mortalité chez les enfants, en synergie avec les autres activités de développement.

1-2- Les objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques relatifs à cette stratégie sont les suivants:

De 2012 à 2015 :

- Réduire le taux d'insuffisance pondérale à moins de 28% chez les enfants de moins de 5 ans
- Réduire de 50% à 30 % la proportion des enfants de moins de 5 ans présentant de l'anémie ferriprive, de 66% à 40 % chez les enfants d'âge scolaire et de 35% à 15% chez les femmes enceintes ;
- Réduire la prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance (< 2.500 grammes) à moins de 10% ;
- Augmenter de 51% à 65% le taux d'allaitement maternel exclusif.

1-3- Logique d'intervention

Intervention 1 : Mise à l'échelle des sites PNNC

D'après les résultats de l'évaluation du PNAN I, environ 1 500 000 enfants de moins de 5ans ont été suivis au niveau des 5568 sites PNNC soit une couverture de 42%. Au niveau des CSB, 720 000 enfants de moins de 5ans ont utilisé les services de surveillance nutritionnelle, soit 58% des enfants de 0 à 11 mois et 9% des enfants de 1 à 5 ans. Le défi du présent plan consiste à augmenter la couverture des enfants de 0 à 5 ans suivis au niveau des sites de nutrition communautaire, dans le cadre du Programme National de Nutrition Communautaire (PNNC).

Tableau I : *Axe 1 / Intervention 1 -Mise à l'échelle des sites PNNC*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)
Etendre la couverture des sites communautaires PNNC au niveau des Fokontany, Communes, Districts vulnérables non touchés	6500 sites PNNC fonctionnels	Nombre de sites PNNC fonctionnels
	Augmentation de 33 à 36 % de la couverture nationale des enfants de 0 à 5 ans suivis au niveau des sites PNNC	% des enfants de 0 à 5 ans suivis au niveau des sites de nutrition communautaire
	85% des communes vulnérables en matière de nutrition, touchés par le PNNC au niveau national	% des communes touchées par le PNNC

Intervention 2 : Surveillance, promotion de la croissance et du développement

La surveillance et la promotion de la croissance s'effectuent par le suivi de la croissance et du développement intégral du jeune enfant des enfants de moins de 5 ans, au niveau des sites PNNC et des formations sanitaires. L'approche interpersonnelle est la technique de communication la plus utilisée.

Tableau II : *Axe 1/ Intervention 2- Surveillance, promotion de la croissance et du développement*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)
Promouvoir la croissance adéquate des enfants de 0 à 2 ans au niveau des sites de nutrition communautaire	Au moins 60% des enfants de 0 à 2 ans suivis dans les sites de nutrition communautaire ont un GPMMA.	% des enfants de 0 à 2 ans suivis dans les sites de nutrition communautaire ayant un GPMMA
Effectuer le suivi de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans au niveau des sites de nutrition communautaire	1 300 000 enfants de 0 à 5 ans suivis au niveau des sites de nutrition communautaire	% des enfants de 0 à 5 ans suivis au niveau des sites de nutrition communautaire
Suivre le développement intégral du jeune enfant (psychomoteur)	50% des sites communautaires réalisent le suivi du développement intégral du jeune enfant	% des sites assurant le suivi du développement intégral du jeune enfant

Intervention 3 : Promotion de l'ANJE et nutrition des femmes (NDF) à travers l'approche cycle de vie

La promotion de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, si efficace et efficiente, peut assurer la survie, la croissance et le développement de l'enfant. Elle consiste à mettre en œuvre le paquet d'activités de prévention de la malnutrition accompagné impérativement de conseils et de suivi sur les pratiques optimales, à adopter au sein des ménages, à chaque étape du cycle de vie.

***Tableau III** : Axe 1/ Intervention 3 -Promotion de l'ANJE et nutrition des femmes*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)
Renforcer les activités de communication pour le changement de comportement en matière d'ANJE et NdF	60% des femmes auront suivi une séance sur l'allaitement maternel exclusif 60% des femmes auront suivi une séance sur l'alimentation de complément 60% des femmes auront suivi une séance sur la nutrition de la femme	Nombre des femmes ayant suivi une séance sur l'allaitement maternel exclusif Nombre des femmes ayant suivi une séance sur l'alimentation de complément Nombre des femmes ayant suivi une séance sur la nutrition de la femme
Redynamiser les structures «Amies des bébés » (HAB - LTAB - CAB - RAB)	Au moins 50% des formations sanitaires sont amis des bébés Au moins 25% des sites communautaires sont amis des bébés 10% des communes sont amies des bébés Au moins 15 grosses/moyennes entreprises privées/publiques sont des lieux de travail "amis des bébés" 50% des stations radios sont amies des bébés	% des formations sanitaires recevant le label ami des bébés % de des sites communautaires recevant le label ami des bébés % des communes recevant le label ami des bébés Nombre de grosses/moyennes entreprises privées/publiques recevant le label ami des bébés % des stations radios recevant le label ami des bébés

Intervention 4 : Promotion de la nutrition des adolescentes (13-20 ans)

Le cycle intergénérationnel de la nutrition démontre que l'état nutritionnel de l'adolescente influe sur celui de l'enfant auquel elle donnera naissance. Ainsi, des éducations nutritionnelles pourront guider les adolescentes à adopter un comportement adéquat, afin d'acquérir un bon état nutritionnel.

Tableau IV : *Axe 1/ Intervention 4 : Promotion de la nutrition des adolescentes (13-20 ans)*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)
Mener des séances d'éducation nutritionnelle et sanitaire ciblant les adolescentes au niveau des sites de nutrition communautaire.	20 % des adolescentes participent aux séances d'éducation nutritionnelle et sanitaire au niveau des sites PNNC	% des adolescentes participant aux séances d'éducation nutritionnelle et sanitaire au niveau des sites PNNC Nombre de séances effectuées % des jeunes enceintes (13 à 20 ans) ayant reçu une éducation nutritionnelle.

Intervention 5 : Renforcement des activités d'éducation nutritionnelle au sein des écoles

Afin de mieux imprégner la population à la notion de nutrition, le programme scolaire constitue l'un des moyens efficaces pour faire passer les messages éducationnels. Les enseignants formés transmettent leur savoir aux écoliers, qui seront à leur tour, les messagers au sein de leur foyer. Vu l'importance du programme en matière de nutrition en milieu scolaire, le présent plan a défini une stratégie de prévention y afférente.

Tableau V : *Axe 1/ Intervention 5 - Renforcement des activités d'éducation nutritionnelle au sein des écoles*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)
Renforcer les activités de communication sur la prévention de la malnutrition des élèves.	90% des écoles primaires et secondaires seront bénéficiaires du Programme d'Alimentation, de Nutrition et de Santé Scolaire (PNANSS))	Nombre des écoles PNANSS

Intervention 6 : Amélioration de l'accès à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène (WASH)

Environ 26% des ménages en zone rurale ont accès à une source d'eau améliorée en saison sèche. Ce chiffre augmente légèrement à 28% en saison des pluies. Seulement 3% des ménages en zone rurale déclarent avoir accès à un assainissement amélioré (6% dans les hautes terres centrales à 0,2% dans la zone sud).

Une étude conjointe de l'OMS et l'UNICEF publiée en 2010 indique que le tiers des Malagasy pratiquent la défécation à l'air libre. Seuls 11% ont accès à des installations sanitaires adéquates, et 22% des femmes attestent qu'elles se lavent les mains avec du savon

après la défécation.

***Tableau VI** : Axe 1/Intervention 6 -Amélioration de l'accès à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)
Mener des activités de plaidoyer auprès des décideurs et des partenaires techniques et financiers sur l`augmentation de l`accessibilité de la population à l`eau potable (WASH-NUTRITION)	Document de plaidoyer validé 3500 documents de plaidoyer multipliés et diffusés Engagement politique des décideurs pour l`accessibilité de la population à l`eau potable	Nombre de documents de plaidoyer multipliés et diffusés Nombre des institutions ayant organisé au moins une réunion d`information sur le document de plaidoyer sur WASH-Nutrition Nombre de décideurs s'engageant dans la réalisation de la stratégie WASH-Nutrition (en se référant au document de plaidoyer)
Promouvoir l`utilisation de l`eau potable et la conservation	40 % de la population cible ayant accès et utilisant l`eau potable 40% de la population ayant reçu au moins une information sur WASH-Nutrition 70% des points d'eau seront construits	Taux de desserte (accès physique à l'eau potable) % de la population ayant reçu une information sur l'eau potable et sa conservation Nombre de points d'eau fonctionnels
Promouvoir l'utilisation de latrine par ménage	Sensibilisation de la communauté sur la construction des latrines effectuée Sensibilisation sur l`utilisation des latrines (au sein des écoles, CSB et ménages) effectuée	Nombre de séances de sensibilisation sur la construction des latrines réalisées % des écoles, des CSB et des ménages disposant et utilisant des latrines Taux de desserte de l'assainissement (population ayant accès à une latrine)
Promouvoir le lavage des mains avec du savon	50% de la population ayant reçu au moins une information sur le lavage des mains avec du savon	% de la population ayant reçu au moins une information sur le lavage des mains avec du savon % de la population pratiquant le lavage des mains avec du savon après utilisation de latrine
Mettre en œuvre la CCC en matière de WASH-Nutrition	60% des femmes seront convaincus de l'importance du WASH-Nutrition 50% des ménages adoptant les bonnes pratiques d`hygiène	% des femmes qui connaissent les 3 messages clés de WASH % des ménages adoptant les bonnes pratiques d`hygiène

Intervention 7 : Supplémentation en micronutriments (Fer Acide folique, multimicronutriments (MMN), Vit A, Zinc…) des femmes enceintes et allaitantes, des adolescentes de 15 à 24 ans, des enfants de moins de 5 ans et d'âge scolaire de 6 à 14 ans.

A Madagascar, la supplémentation en micronutriments figure parmi la stratégie de lutte préconisée par le Protocole National de Lutte contre les Carences en Micronutriments pour le moyen terme. Celle-ci s'effectue au niveau des centres de santé, pendant les campagnes de masse (SSME), au niveau communautaire et dans les écoles. La stratégie à long terme consiste à promouvoir la consommation d'aliments riches en micronutriments à travers les activités d'éducation nutritionnelle, au niveau des centres de santé et des sites de nutrition communautaire et pendant les campagnes de masse.

Tableau VII : *Axe 1/ Intervention 7- Supplémentation en micronutriments*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)
Donner du Fer Acide folique et/ou des multimicronutriments aux femmes enceintes et allaitantes	90 % femmes enceintes et allaitantes supplémentés en FAF et ou en multimicronutriments	% des femmes enceintes ayant reçu FAF et ou des multimicronutriments % des femmes enceintes ayant reçu 90 jours FAF
Donner du FAF aux enfants scolarisés de 6 à 14ans	90 % des enfants scolarisés reçoivent du FAF	% des enfants scolarisés ayant reçu du FAF
Donner de la vitamine A aux enfants de moins de 5 ans	95 % des enfants âgés de 6 à 59 mois reçoivent une supplémentation en vitamine A	% des enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A
Donner du zinc aux enfants de 2 mois à 5 ans présentant la diarrhée	80% des enfants de 2 mois à 5 ans présentant la diarrhée reçoivent du zinc	% des enfants de 2 mois à 5 ans présentant la diarrhée ayant reçu du zinc

Intervention 8 : Fortification alimentaire

La fortification alimentaire au niveau industriel et à domicile est un des moyens de lutte contre les carences en micronutriments. Elle correspond à l'addition d'un ou de plusieurs nutriment(s) essentiel(s) dans un aliment donné, dans lequel il(s) étai(ent) ou non originellement présent(s). Le but de cet enrichissement consiste à prévenir ou corriger une déficience nutritionnelle de la population en général ou de la population cible. Le type et le niveau de fortification à effectuer doivent se baser sur les résultats des enquêtes y afférentes.

Tableau VIII : *Axe 1/Intervention 8- Fortification alimentaire*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)
Renforcer l'iodation universelle de sel	80% des sauniers assurent l'iodation	Nombre des sauniers rajoutant de l'iode dans leurs produits % des ménages utilisant des sels iodés
Fortifier en multi micronutriments (MMN) les aliments des enfants de 6 mois à 2 ans dans les zones vulnérables	30% des enfants de 6 à 23 mois ciblés reçoivent des aliments fortifiés	Nombre des enfants de 6 à 23 mois recevant des aliments fortifiés en micronutriments

Intervention 9 : Déparasitage des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes, des enfants en âge scolaire

La Politique Nationale de Santé préconise le déparasitage systématique des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et des enfants en âge scolaire afin de prévenir l'anémie et favoriser l'assimilation des micronutriments. Les activités de déparasitage des femmes enceintes (lors de la première CPN) et des enfants de moins de 5 ans sont systématiques au cours de la mise en œuvre de la SSME. Cette intervention est facilement acceptable par la population, le personnel de santé, les enseignants et les décideurs, et réalisables dans les zones les plus éloignées.

Tableau IX : *Axe 1/ Intervention 9- Déparasitage des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes, des enfants en âge scolaire*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)
Déparasiter les enfants de 12 mois à 5 ans (SSME)	90 % des enfants de 12 à 59 mois sont déparasités	% des enfants de 12 à 59 mois déparasités
Déparasiter les enfants de 6 à 14 ans au niveau des écoles primaires	70 % des enfants scolarisés et 20% des enfants non scolarisés sont déparasités	% des enfants scolarisés et non scolarisés déparasités
Déparasiter les femmes enceintes en routine et pendant la semaine de la mère et de l'enfant	56% des femmes sont déparasités pendant les activités de routine 70% des femmes sont déparasités pendant le SSME	% des femmes enceintes déparasités pendant les activités de routine % des femmes enceintes déparasitées pendant le SSME

1-4- Mise en œuvre de la stratégie de prévention de la malnutrition

La mise en œuvre de cette stratégie ciblant les enfants moins de 5 ans et les femmes enceintes, s'effectue sous l'égide de l'Office National de Nutrition (ONN), en collaboration avec la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant du Ministère de la Santé Publique, et en partenariat avec le Ministère de l'Industrialisation, du Commerce et du Développement du Secteur Privé, le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et des Lois Sociales, le Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique, le Ministère de l'Eau et de l'assainissement, le Ministère de la Justice, le Ministère de la Population, de la Protection Sociale et des Loisirs, et le Secrétariat d'Etat chargé de la Décentralisation, du Développement Régional et des Communes.

Le Ministère de l'Education Nationale assure la mise en œuvre du déparasitage des enfants d'âge scolaire, en collaboration avec le Service de Santé Scolaire et la Direction des Urgences et de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées du Ministère de la Santé.

L'ONN pourvoit la coordination technique globale et le suivi de la mise en œuvre du PNAN 2011-2015, sous les orientations stratégiques du Conseil National de Nutrition (CNN). Il travaille en étroite collaboration avec tous les secteurs concernés et notamment avec les services ou cellules chargés de la nutrition au sein des différents ministères, les ONG, la société civile et les organismes internationaux.

Toute collaboration avec le secteur privé respecte le Code sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et de leurs dérivés.

1-5- Conditions préalables et risques

Les conditions préalables consistent à:

- Promouvoir la volonté des responsables à tous les niveaux, de rendre effective l'application des politiques en matière d'allaitement maternel et d'alimentation complémentaire ;
- Assurer la disponibilité et le respect d'un calendrier de mise en œuvre.

Les facteurs de risque qui peuvent apparaître sont les suivants:

- Les difficultés à adapter les messages à un public analphabète;
- Les us et coutumes défavorables à une alimentation adéquate du nourrisson et du jeune enfant;
- La promotion commerciale des substituts auprès des jeunes mères de la classe moyenne ou dans les établissements privés;
- Les mères qui travaillent, surtout en zones urbaines, et qui sont sujettes aux influences citadines et pressions publicitaires.

Axe stratégique 2 : La sécurité alimentaire et nutritionnelle

1-1- Analyse de la situation

Plus d'un tiers des ménages ruraux sont classés en situation d'insécurité alimentaire, et près de la moitié (48%) sont vulnérables à l'insécurité alimentaire. Seuls 17% des ménages sont considérés en état de sécurité alimentaire. L'insécurité alimentaire se définit par une consommation d'aliments de moins de 2300 Kcal par personne. Elle constitue l'une des causes sous-jacentes importantes de la malnutrition. De plus, l'insécurité alimentaire et la pauvreté sont étroitement liées. Elle touche 65% des ménages. La mise en œuvre des activités d'amélioration de la sécurité alimentaire dans le PNAN I, dont l'objectif consiste à aider et organiser les communautés vulnérables, à développer les mécanismes de leur survie face à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition, a rencontré des difficultés.

L'insécurité alimentaire résulte de trois facteurs :

- Les aliments ne sont pas disponibles

L'utilisation des techniques de production traditionnelles et l'insuffisance de l'étendue moyenne cultivée par ménage qui est de l'ordre de 50 ares, en sont les principales causes. La production est fréquemment perturbée par les catastrophes naturelles et par le problème d'accès à l'eau. La mauvaise gestion des produits entraîne des impacts négatifs sur la disponibilité des aliments : défaut de stockage par défaut d'infrastructures (grenier communautaire villageois). Cette situation peut être observée même en cas de surplus de production.

- Les aliments ne sont pas accessibles :

Le problème d'accessibilité alimentaire est dû essentiellement à l'enclavement des zones et au faible pouvoir d'achat. Dans l'ensemble, 84% des ménages n'ont pas assez d'argent pour acheter les produits de première nécessité et manquent de nourriture durant une certaine période de l'année. La période s'étalant du mois d'octobre au mois de février, apparait comme étant les mois les plus difficiles, durant lesquels environ un tiers des ménages fait face à un manque de liquidités/nourriture.

- La production n'est pas utilisée de façon adéquate :

La disponibilité et l'accessibilité alimentaire ne sont pas souvent suivies d'une bonne utilisation de la production.

Au niveau national, environ 53% des ménages ruraux ont un profil de consommation alimentaire inacceptable, c'est à dire qu'ils ne consomment que très peu d'aliments nutritifs leur permettant de maintenir une vie saine et active. Quelques 12% d'entre eux ont un profil de consommation alimentaire pauvre, composée essentiellement de tubercules (consommation de manioc 5,5 jours par semaine) et les protéines essentiellement absentes de leur régime.
La stratégie adoptée dans le PNAN II n'est que la continuité du PNAN I, tout en améliorant les actions à entreprendre ainsi que le ciblage des bénéficiaires, pour atteindre les objectifs. Dans cette approche, il s'avère nécessaire de rendre performants les structures d'encadrement existantes : services techniques et services sociaux (santé, population) et de renforcer la collaboration avec les collectivités territoriales.

1-2- Objectifs spécifiques

En vue de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement, le pays s'est fixé de réduire la proportion de la population victime de l'insécurité alimentaire de 65% à 43% d'ici 2015.
Cependant, les enquêtes CFSVA auprès des ménages ruraux, ont démontré une détérioration de la situation de sécurité alimentaire des ménages entre 2005 et 2010, avec un taux d'insécurité alimentaire passant de 25% à 35%.
Ainsi, l'objectif spécifique auquel contribuera cette stratégie consiste à fixer à 30% le taux d'insécurité alimentaire des ménages ruraux en 2015.

1-3- Logique d'intervention :

Intervention 1 : Promotion des cultures maraîchères et des produits riches en micronutriments

Les enquêtes de consommation alimentaire réalisées auprès des ménages montrent que le régime alimentaire n'est pas varié et dominé par les aliments glucidiques (riz notamment, puis racines et tubercules). La consommation des fruits et légumes, qui sont les principales sources de vitamines et de sels minéraux dans la ration, est relativement limitée. Toutefois, elle peut augmenter de manière saisonnière, surtout dans les zones de production. Concernant la filière «légumes», aucune information sur la production n'est disponible. Actuellement, le Ministère de l'Agriculture en partenariat avec les ONG et les organismes d'appui ont commencé à mettre en place un programme pour son développement.

Les activités d'arboriculture fruitière ne sont pas suffisamment considérées dans les projets de développement rural. Par contre, l'utilisation dans l'alimentation des fruits obtenus de la cueillette a été mise en évidence dans certaines enquêtes de consommation, surtout en période de soudure. Les données relatives à l'étendue des terres cultivées en arbres fruitiers et au niveau de consommation des fruits par la population malgache, ne sont pas également disponibles.

Tableau XX : *Axe 2/ Intervention 1- Promotion des cultures maraîchères et des produits riches en micronutriments*

Activités	**Résultats attendus**	**IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)**
Mettre en place des jardins potagers au niveau des écoles dans le cadre PNANSS	25% des écoles ayant des jardins potagers ou adoptant la culture d'arbres fruitiers 50% des vivres de cantines scolaires sont assurés par les jardins scolaires	% d'écoles ayant des jardins potagers ou adoptant la culture d'arbres fruitiers % des vivres des cantines assurés par les jardins scolaires
Mettre en place des jardins potagers au niveau des sites communautaires	100% des sites communautaires adoptant de cultures maraîchères ou la culture d'arbres fruitiers	% des sites communautaires adoptant de cultures maraîchères ou la culture d'arbres fruitiers
Promouvoir la culture des arbres fruitiers (pérenne et à production rapide) au niveau des sites communautaires	Ménages adoptant la culture d'arbres fruitiers	% de ménages cultivant des arbres fruitiers

Intervention 2 : Promotion de pratiques de petits élevages (à cycle court)

Aucune information n'est disponible sur le niveau de consommation des produits d'élevage par la population malagasy, mais les enquêtes de consommation alimentaire réalisées auprès des ménages dénotent que la présence des aliments riches en protéines dans la ration est relativement limitée. La pratique du petit élevage présente un grand intérêt nutritionnel pour les ménages, tout particulièrement par son apport en protéines.

Tableau XI : *Axe 2 /Intervention 2- Promotion de pratiques de petits élevages (à cycle court)*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement vérifiables)
Promouvoir une approche intégrée d'élevage orienté à la nutrition au niveau des sites communautaires	Ménages au niveau des sites communautaires adoptant l'approche intégrée d'élevage orienté à la nutrition	% de ménages sensibilisés adoptant l'approche intégrée au niveau des sites communautaires

Intervention 3 : Amélioration de l'accessibilité des ménages à l'alimentation pendant toute l'année.

La saisonnalité de la production entraîne une fluctuation de la disponibilité alimentaire et de la trésorerie des ménages. Cela implique l'apparition d'une période de restriction sur l'accès alimentaire des ménages, entraînant de notable réduction de la consommation alimentaire, de l'apport calorique et des micronutriments, au sein des ménages pauvres à Madagascar. La mise en place des greniers communautaires villageois et l'amélioration des infrastructures, permettent d'améliorer l'accessibilité à l'alimentation.

Tableau XII : *Axe 2/Intervention 3- Amélioration de l'accessibilité des ménages à l'alimentation pendant toute l'année.*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement vérifiables)
Vulgariser les techniques améliorées de transformation et de conservation des aliments de base à la portée des ménages vulnérables	Utilisation par les ménages des techniques de stockage, de conservation et de transformation, adaptées aux ménages vulnérables	% des ménages adoptant les techniques de stockage, de conservation et de transformation adaptées aux ménages vulnérables
Mettre en œuvre les travaux HIMO VCT/ACT ayant un impact sur la sécurisation nutritionnelle	Ménages vulnérables recevant des revenus temporaires à travers les travaux HIMO VCT/ACT	% de ménages bénéficiaires Nombre d'emplois temporaires créés (Personne/jour)

Intervention 4 : Mise en place des cantines scolaires dans les zones d'insécurité alimentaire.

L'alimentation scolaire est reconnue par le Ministère de l'Education comme une priorité dans le cadre du plan «Education pour Tous». Actuellement 5 sur 111 circonscriptions scolaires (CISCO) disposent d'une couverture totale dont 100% des écoles offrent une cantine scolaire,

et 10 CISCO de plus disposent d'une couverture partielle. En outre, des efforts de mise en œuvre de cantines autogérées ont été recensés dans 9 DREN additionnelles.

Cependant, la multiplicité des approches adoptées par les différents acteurs, rend difficile l'évaluation systématique des impacts nutritionnels de ces cantines. En effet, chaque acteur définit les modalités de ciblage, la durée d'intervention, les types de denrées offerts et les activités d'accompagnement mises en œuvre.

Le fait d'apporter un appui alimentaire à des enfants d'âge scolaire, ne peut sans doute pas renverser les dommages causés par des carences alimentaires pendant la petite enfance. Cependant, l'alimentation scolaire représente une stratégie à court et long terme pour l'amélioration de l'état nutritionnel des élèves bénéficiaires.

A court terme : des études ont montré un impact de l'alimentation scolaire sur le poids et la taille des enfants scolarisés, avec des résultats plus significatifs chez les jeunes enfants.

A long terme, l'alimentation scolaire favorise l'accroissement de la fréquentation des écoles. Les cantines scolaires représentent également un point d'entrée pour atteindre la communauté et permettre la transmission de messages clés de santé et de nutrition.

La stratégie proposée consiste ainsi à offrir des repas cuits aux enfants inscrits au sein des écoles primaires publiques et privées pendant l'année scolaire. Elle sera mise en œuvre de façon prioritaire dans les zones en insécurité alimentaire.

Tableau XIII : *Axe 2/ Intervention 4- Mise en place des cantines scolaires dans les zones d'insécurité alimentaire.*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement vérifiables)
Renforcer l'appui alimentaire sous forme de ration aux enfants inscrits au sein des écoles primaires dans le cadre du SNANS	80% des écoles des zones vulnérables ciblées ont des cantines scolaires fonctionnelles Elèves bénéficiant de ration alimentaire dans les cantines scolaires	% des écoles ayant des cantines scolaires % des élèves bénéficiant de ration alimentaire dans les cantines scolaires

Intervention 5 : Appui alimentaire aux groupes vulnérables

De nombreuses études ont rapporté les résultats de la supplémentation en aliments nutritifs et équilibrés chez les femmes enceintes. Les effets de l'appui alimentaire sur la croissance pondérale intra-utérine et la réduction du risque de mortalité néonatale paraissent concluants.

Il a été également mentionné que l'effet de la supplémentation est le plus marqué si celle-ci a eu lieu durant les périodes de soudure. Une telle intervention permet d'atténuer les effets défavorables de la carence surtout à cette période et de prévenir la malnutrition aigue. En outre, l'intervention proposée consiste aussi à rendre disponible au sein des ménages, un supplément alimentaire équilibré en micronutriments, et fortifié en vitamines et minéraux. Celle-ci cible tous les enfants de 6-23 mois, les femmes enceintes et les femmes allaitantes.

Tableau XIV : *Axe 2/ Intervention 5- Appui alimentaire aux groupes vulnérables*

Activités	**Résultats attendus**	**IOV (Indicateurs Objectivement vérifiables)**
Supplémenter en aliments fortifiés les femmes enceintes et allaitantes vivant dans les zones vulnérables	90% de femmes enceintes et femmes allaitantes ciblés reçoivent une supplémentation	% des femmes enceintes et femmes allaitantes ciblées recevant une supplémentation
Supplémenter en aliments fortifiés les enfants de 6-24mois vivant dans les zones vulnérables	90% des enfants de 6-24 mois ciblés reçoivent une supplémentation	% des enfants de 6-24 mois ciblés recevant une supplémentation
Supplémenter en aliments fortifiés les enfants 6-14ans scolarisés	90% des enfants de 6-14ans scolarisés reçoivent une supplémentation	% des enfants de 6-14 ans scolarisés recevant une supplémentation
Promouvoir la consommation des farines enrichies pour les enfants de 6-14ans	90% des enfants de 6-14ans consomment des farines enrichies	% des enfants de 6-14ans consommant des farines enrichies

1-4- Mise en œuvre de la stratégie de sécurité alimentaire et nutritionnelle des groupes vulnérables :

Les agences de mise en œuvre de la stratégie sont constituées par: le Ministère de l'Agriculture, le Ministère de l'Elevage et le Ministère de la Pêche et les autres partenaires, en collaboration avec l'ONN, le Ministère de la Décentralisation et de l'Aménagement du Territoire, et les communes.

Cette stratégie aura une couverture géographique d'envergure nationale, tout en priorisant les sites de nutrition communautaire et les zones vulnérables à l'insécurité alimentaire.

L'ONN et le Ministère de l'Agriculture mettront en place au niveau national une coordination politique et stratégique entre la sécurité alimentaire et la nutrition, visant à réduire la malnutrition chez les groupes vulnérables. Il faut aussi une amélioration de la coordination des intervenants (collectivités décentralisées et autorités locales, services techniques, responsables des interventions communautaires, groupements de paysans et ONG) au niveau

des régions et des communes (Comité Communal de Développement), en vue d'optimiser la complémentarité avec les autres partenaires et d'éviter l'empiètement des interventions dans une même zone. En outre, elle nécessite la participation des femmes et leur accès aux moyens de production.

1-5- Conditions préalables et risques:

Les conditions préalables consistent à acquérir :

- la stabilité politique ;
- la volonté politique ;
- la cohésion sociale ;
- la disponibilité des ressources financières et humaines suffisantes ;
- la contribution des bénéficiaires.

En outre, les conditions climatiques doivent être favorables.

Les facteurs de risque qui peuvent apparaître sont :

- l'insécurisation foncière ;
- la mentalité individualiste (v/s esprit de partenariat) ;
- l'inadéquation des structures.

Axe stratégique 3 : La prise en charge de la malnutrition

1-1- Analyse de la situation

Cette stratégie considère la prise en charge de la malnutrition aiguë et celle engendrée par les maladies. Ces dernières englobent les maladies transmissibles (VIH Sida, …) et les maladies non transmissibles, dont la prévention devient prioritaire, selon l'OMS.

La malnutrition aiguë constitue l'une des causes de forte mortalité infanto-juvénile. A cet effet, la mise en place de structure de prise en charge à chaque niveau du système de santé a été initiée. Par ailleurs, l'identification précoce des cas de malnutrition aiguë nécessite l'implication du niveau communautaire. Aussi, la mise en œuvre des activités de suivi de la croissance dans les Fokontany représente-t-elle la première étape de dépistage de la malnutrition aiguë.

Les centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire de la Malnutrition Aiguë Modérée (CRENAM) et les Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire de la Malnutrition Aiguë Sévère sans complications (CRENAS) sont des structures implantées au sein des Centres de santé de base (CSB). Cette approche ambulatoire permet aux enfants de rester au foyer. Elle ne perturbe pas la vie familiale et assure un meilleur suivi du traitement. Les cas de malnutrition aiguë sévère avec complications, sont pris en charge au niveau des Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (CRENI). Ceux-ci sont localisés au niveau des centres hospitaliers (CHD, CHRR, CHU). En fin 2011, 49 CRENI, 438 CRENAS et 12 CRENAM sont fonctionnels au niveau des structures de santé.

1-2- Objectifs spécifiques :

- Réduire le taux de malnutrition aiguë/globale à moins de 5% chez les enfants de moins de 5 ans, jusqu'en 2015 ;
- Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 72‰ naissances vivantes en 2009 (EDS) à 65‰.

1-3- Logique d'intervention :

Intervention 1 : Prise en charge de la malnutrition aiguë.

A Madagascar, la malnutrition aiguë constitue toujours un problème de santé publique. Elle figure parmi les causes de mortalité et de morbidité non négligeables des groupes vulnérables tels que les enfants moins de cinq ans, les femmes enceintes et allaitantes. A cet effet, le renforcement des Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN) constitue une des priorités du Ministère de la Santé Publique. Par conséquent, il s'avère nécessaire et primordial de mettre en place de nouveaux centres de récupération nutritionnelle, afin d'étendre la couverture de la prise en charge de ces groupes vulnérables.

Tableau XV : *Axe 3/ Intervention 1- Prise en charge de la malnutrition aiguë*

Activités	**Résultats attendus**	**IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)**
Mettre en place de nouveaux CRENAS dans les zones vulnérables à la malnutrition aigue en renforçant le lien communautaire	426 nouveaux CRENAS fonctionnels au niveau des zones vulnérables Augmentation de la couverture de la prise en charge des enfants atteints de malnutrition aigue sévère 30 000 enfants sévèrement malnutris pris en charge	Nombre de CRENAS mis en place % de nouveaux CRENAS ayant reçu leurs intrants % des enfants dépistés malnutris, et référés (Arrivés au centre CRENAS) % de cas de MAS diagnostiqués pris en charge
Maintenir le fonctionnement des CRENAS existants en renforçant le lien communautaire	Augmentation de la couverture de la prise en charge des enfants atteints de malnutrition aigue sévère	% des enfants malnutris sévères dépistés % des enfants MAS diagnostiqués et pris en charge
Mettre en place de nouveaux CRENAM au niveau des régions les plus vulnérables et ayant des CRENAS en renforçant le lien communautaire	Augmentation de la couverture de la prise en charge des enfants malnutris aigus modérés 100 nouveaux CRENAM fonctionnels	% des malnutris modérés dépistés % des malnutris modérés diagnostiqués et pris en charge Nombre de CRENAM mis en place
Maintenir le fonctionnement des CRENAM existants en renforçant le lien communautaire	Disponibilité permanente des intrants, outils de gestion et des matériels anthropométriques au sein des centres 100% du budget de fonctionnement de CREN alloués et utilisés Rapports mensuels des CREN disponibles et arrivés à temps	% de CREN sans rupture de stock en intrants dans l'année % de CREN disposant des ressources financières suffisantes Taux de promptitude et de complétude des rapports d'activités CREN
Renforcer les capacités techniques des intervenants	Le protocole de la PECM mis à jour, validé, multiplié et	Protocole mise à jour et validé

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)
(agents de santé,…..) des CREN déjà mis en place en matière de prise en charge nutritionnelle	diffusé. 100% des intervenants sont formés en PEC 80% des CSB à problème ont reçu des suivis formatifs.	 % de responsables formés en PEC % des CSB à problèmes ayant reçu des suivis formatifs % des CRENAS supervisés
Maintenir le fonctionnement des CRENI existants en renforçant le lien communautaire	Disponibilité permanente des intrants, outils de gestion et, matériels anthropométriques au sein des centres 100% du budget de fonctionnement de CRENI alloués et utilisés 3500 enfants sévèrement malnutris pris en charge dans le CRENI	% de CREN sans rupture de stock en intrants dans l'année % de CREN disposant de ressources financières suffisantes % des enfants sévèrement malnutris pris en charge dans le CRENI
Mener des recherches et documentation en matière de gestion PECM	Disponibilité de documents et publications	Nombre de documents et publications disponibles

1-4- Mise en œuvre de la stratégie de prise en charge

Les structures de coordination existantes au niveau national, régional et des communes seront utilisées et renforcées en vue d'harmoniser la mise en œuvre des activités.

Les principaux partenaires du Ministère de la Santé Publique concernant la mise en place et gestion des CRENI/CRENA sont : UNICEF, OMS, PAM, USAID, UE, BM, et les ONG : ASOS, ASERN, MSF, CRS, Médecins du Monde, SIF (Secours Islamique de France, SAF/FJKM, APEL ……).

La mise en place des CRENI et CRENA aura une couverture nationale en fonction des zones définies prioritaires.

1-5- Conditions préalables et risques

Les conditions préalables consistent à acquérir :

- Disponibilité des ressources financières et matérielles en particulier des intrants
- Rationalisation de la mise en place des nouveaux CRENI et CRENA
- Présence des partenaires dans les zones vulnérables.

Les facteurs de risque qui peuvent exister sont les suivants:

- Enclavement de certaines zones d'interventions
- Infrastructures inappropriées

Axe stratégique 4 : Urgences, réhabilitation et développement pour la réduction de risque de la malnutrition

1-1- Analyse de la situation

Madagascar est régulièrement frappé par des catastrophes naturelles récurrentes diverses, à savoir les sécheresses cycliques et les invasions acridiennes, le passage quasi annuel des cyclones et les inondations qui en résultent. Ces diverses catastrophes menacent l'état des infrastructures sociales de base (EPP, CSB, hôpitaux, …), les cultures et les plantations. Les zones soumises aux effets néfastes des changements climatiques, (cyclone ou sécheresse), connaissent des risques structurels d'insécurité alimentaire, en raison de l'absence ou de la destruction des récoltes. Par ailleurs, ces dernières années, d'autres risques à caractère socio-économique sont apparus : les risques naturels et environnementaux (feux de brousse), les risques d'ordre politique (en 2002), ayant pour conséquence les fermetures d'usines et les pertes d'emplois.

A Madagascar, la plupart des urgences sont prévisibles et leurs impacts peuvent donc être atténués par des interventions judicieuses. Cet axe stratégique vise ainsi à améliorer l'aptitude des ménages et de la communauté à faire face à de telles situations. Il consiste à appuyer les composantes nutritionnelles relatives aux interventions d'urgence. Ces dernières sont coordonnées par le Bureau National de Gestion de Risques et des Catastrophes, en vue de prévenir ou réduire la malnutrition chez les groupes vulnérables et de diminuer les risques de mortalité infanto-juvénile suite aux catastrophes.

1-2- Les objectifs spécifiques :

Les objectifs spécifiques auxquels contribuera cette stratégie visent à:

- Diminuer le taux de la malnutrition aiguë sévère (poids/taille<-3ET) chez les enfants de moins de 5 ans à moins de 1%;
- Maintenir le taux brut de mortalité à moins de 1 décès par 10 000 habitants par jour et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans à moins de 2 décès par jour.
- Atténuer les effets des aléas de catastrophes sur la nutrition par des interventions post catastrophes de relance agricole.

1-3- Logiques d'intervention :

Intervention 1 : Préparation et réponses aux urgences

Depuis 2005, le BNGRC avec l'appui du PNUD mène des exercices de simulation sur terrain. Ces exercices ont toujours été réalisés afin de renforcer la capacité des comités locaux de gestion des risques et des catastrophes et celle des communautés sur la préparation et les réponses aux catastrophes.

En cas d'urgence, l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la nutrition de la femme, constituent une intervention nécessaire pour assurer la survie, la croissance et le développement de l'enfant. L'objectif consiste ainsi à réduire à la fois les taux de malnutrition maternelle et infantile après le passage des catastrophes. Une telle stratégie vise à mettre à la disposition des ménages cibles, des paquets d'activités de prévention de la malnutrition.

Le groupe sectoriel nutrition se prépare à éviter une détérioration du statut nutritionnel de la population touchée par les catastrophes. Son rôle consiste à répondre aux besoins alimentaires immédiats des ménages dont l'accès à la nourriture devient un handicap.

Par ailleurs, la réalisation des séances de sensibilisation sur la consommation d'eau potable, l'utilisation de latrine et la purification de l'eau, permettent de réduire les risques d'apparition et de propagation des maladies à transmission vectorielle dans les zones touchées.

La création des emplois temporaires en travaux communautaires HIMO/ACT ou VCT pour les ménages vulnérables peut faciliter leur accès à la nourriture pendant cette période et améliorer l'hygiène et l'assainissement des milieux.

La période d'urgence constitue le moment qui favorise le plus la survenue des risques de détérioration de l'état nutritionnel des groupes vulnérables, à savoir les femmes enceintes et allaitantes et les enfants. Les interventions y afférentes visent à mettre à leur disposition les micronutriments adéquats.

Tableau XVI : *Axe 4/ Intervention 1- Préparation et réponses aux urgences*

Activités	Résultats attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables
Mettre à jour le plan de contingence du cluster Nutrition et Sécurité alimentaire	Réactualisation du Plan de contingence	Plan de contingence réactualisé disponible
Mettre en œuvre le plan de contingence du cluster Nutrition et Sécurité alimentaire	Disponibilité des données sur la situation alimentaire et nutritionnelle Pratique de l'allaitement maternel optimal Sécurité alimentaire des ménages assurée pendant la période d'urgence. Enfants malnutris pris en charge Diminution des cas des maladies liées à l'eau, hygiène et assainissement	Nombre d'enquêtes SMART réalisées % des mères pratiquant l'AME pendant les six premiers mois. % des ménages bénéficiant d'une supplémentation alimentaire % des enfants dépistés malnutris effectivement pris en charge Prévalence des maladies liées à l'eau, hygiène et assainissement
Coordonner les activités de nutrition pendant l'urgence	Harmonisation des interventions	Nombre de réunions de coordination

Intervention 2 : Appui et suivi de la mise en œuvre de la stratégie pour la réduction du risque de la malnutrition post catastrophe.

Il s'agit de mettre en œuvre des activités de suivi pour assurer la pérennisation de la stratégie en vue d'atteindre les objectifs.

En effet, quelques 80% de la population malgache dépendent de l'agriculture, secteur économique le plus sensible aux changements climatiques. Les aléas climatiques entraînent ainsi des impacts socio-économiques et une pénible insécurité alimentaire. Les couches les plus pauvres de la population, les moins équipées pour y faire face, sont les plus exposées. Cette vulnérabilité empêche la population de s'adapter correctement à ces conditions climatiques défavorables. Enfin, les facteurs liés à la défaillance de la gestion des terres et de l'eau par insuffisance de système d'irrigation, augmentent leur exposition au risque. Il en est de même de l'état des infrastructures et des outillages qui ne présente pas les normes requises. En effet, les chocs climatiques génèrent des impacts de grande portée sur l'économie, la population et la sécurité alimentaire à Madagascar.

L'intervention sus-citée permet d'atténuer les effets des aléas de catastrophes sur la nutrition à travers le relance du secteur de la production alimentaire après les risques. Il s'agit de réhabiliter les réseaux hydro agricoles et les circuits d'approvisionnement en intrants, de faire prospérer la commercialisation des produits, afin de favoriser l'accès aux aliments et d'éviter une détérioration de la situation de sécurité alimentaire de la population. En outre, la réhabilitation des infrastructures à vocation agricole par les travaux communautaires HIMO/ACT ou VCT, et la dotation des intrants (semences, petits matériels, engrais…) aux ménages cibles peuvent apporter des intérêts sur la productivité.

Tableau XVII : *Axe 4/ Intervention 2- Appui et suivi de la mise en œuvre de la stratégie pour la réduction du risque de la malnutrition post catastrophe.*

Activités	**Résultats attendus**	**IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)**
Relancer la production agricole des ménages après la catastrophe	Reprise des activités agricoles Atténuation des effets des aléas de catastrophe relatifs à l'insécurité alimentaire Dotation des ménages en intrants agricoles	Nombre de ménages bénéficiaires % des ménages dotés en intrants agricoles
Créer des emplois temporaires sous forme de VCT ou ACT HIMO	Création d'emplois temporaires Amélioration de l'accessibilité alimentaire	Nombre d'emplois temporaires crées (Homme/Jour)
Réaliser le suivi et évaluation des interventions post catastrophes	Mise en œuvre des activités de suivi/évaluation post catastrophes	% des activités de suivi/évaluations post catastrophes réalisées

1-4- Mise en œuvre de l'axe Urgence-Réhabilitation et Développement

La responsabilité de la coordination des situations d'urgences à Madagascar est attribuée au Bureau National de Gestion des Risques et des Catastrophes (BNGRC), avec l'appui des organismes membres du Comité de Réflexion des Intervenants en Catastrophe (CRIC).

Au niveau Régional, sont implantés les Comités Régionaux de Secours (CRS) et les Comités Locaux de Secours (CLS) qui s'appuient sur les collectivités décentralisées, les associations et les ONG.

L'agence de mise en œuvre de cet axe stratégique est constituée par le BNGRC, en collaboration avec l'ONN et les Organismes nationaux ou internationaux œuvrant dans le secteur nutrition.

Cette stratégie couvrira tous les besoins des régions en matière de réponse aux urgences en cas de catastrophes.

1-5- **Conditions préalables et risques**

Les conditions préalables consistent à acquérir :

- la stabilité politique ;
- la volonté politique ;
- la cohésion sociale en période de crise ;
- la disponibilité des ressources financières et humaines suffisantes ;
- la contribution des bénéficiaires.

En outre, les conditions climatiques doivent être favorables.

Les facteurs de risque sont:

- les changements climatiques ;
- la dégradation de l'environnement ;
- la mentalité individualiste (v/s esprit de partenariat) ;
- l'enclavement des zones concernées.

Axe stratégique 5 : Coordination et amélioration de l'environnement favorable au développement du secteur nutrition

1-1- Analyse de la situation

Avant l'institutionnalisation du secteur nutrition à partir de la Politique Nationale de Nutrition, des expériences positives en matière de coordination spécifique ont été constatées (par exemple celles du Comité National de Lutte contre les TDCI et du Comité National de l'Allaitement Maternel). La mission du Groupe d'Actions Intersectoriel en Nutrition (GAIN) a été un début de coordination globale des interventions de lutte contre la malnutrition. Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition, deux structures de coordination (ONN, CNN) sont destinées à jouer le rôle d'orientation politique et stratégique du secteur et de coordination multisectorielle.

L'opérationnalisation de ces structures en 2005 (ONN) et en 2007 (CNN) a mis en exergue l'importance de la coordination. En conséquence, leur capacité devrait être renforcée dans la mise en œuvre du PNAN II, afin d'assurer une synergie et une complémentarité des actions des différents intervenants. Tous les acteurs s'engageant à intervenir dans le secteur, vont ainsi se focaliser sur une même vision et concourir à l'atteinte des objectifs fixés par la PNN, le PNAN et les OMD.

L'efficacité du suivi de la mise en œuvre du PNAN II, l'amélioration de l'environnement favorable à la lutte contre la malnutrition et l'effectivité de la collaboration entre les différentes parties prenantes du secteur vont converger vers les objectifs.

1-2- Les objectifs spécifiques :

Ce système de coordination et de suivi assurera plusieurs fonctions essentielles pour favoriser la mise en œuvre du PNAN II dans les meilleures conditions afin d'atteindre les objectifs fixés. Ces objectifs spécifiques visent ainsi à :

- Renforcer la coordination du secteur nutrition ;
- Renforcer le plaidoyer relatif à la communication institutionnelle, la communication éducationnelle au niveau de la communauté et aux partenaires techniques et financiers ;
- Développer la mobilisation et la gestion optimale des ressources financières internes et externes ;
- Appuyer la planification et la programmation du secteur nutrition.

1-3- Logiques d'intervention :

Intervention 1 : Amélioration et renforcement du cadrage institutionnel dans le secteur nutrition

Cette intervention permet de redynamiser le CNN en tant que structure chargée de l'orientation sur le plan politique et stratégique, concernant la coordination technique multisectorielle et le suivi de la mise en œuvre, grâce aux recommandations émises par le Bureau Permanent. L'opérationnalisation du CNN et de son Bureau Permanent doit être renforcée au cours de la période 2012-2015, afin d'acquérir de meilleurs résultats. La prévision de l'orientation globale du secteur va permettre la mise à jour de la Politique Nationale en Nutrition prévue en 2015.

Tableau XVIII : *Axe 5/ Intervention 1- Amélioration et renforcement du cadrage institutionnel dans le secteur nutrition*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)
Redynamiser la structure de coordination multisectorielle (CNN et BP/CNN)	Redynamisation de la structure de coordination CNN et BP/CNN	Structure de coordination redynamisée Existence de recommandations et orientations à l'issue de chaque réunion de coordination annuelle
Suivre la mise en œuvre des recommandations par les AMIO	Recommandations mises en œuvre par la structure de coordination et les AMIO	% des recommandations suivies par la structure de coordination et les AMIO
Mettre à jour la Politique nationale de Nutrition (PNN)	PNN mise à jour et validée	Existence de recommandations sur l'amélioration de la PNN

Intervention 2 : Planification stratégique et programmation du secteur nutrition

Les bases de la planification et de la programmation au niveau du secteur ont été mises en place au cours de la période 2005 à 2009, lors de l'élaboration du PNAN I et améliorées lors de l'élaboration du PNAN II, en tenant compte des résultats de l'évaluation effectuée en 2010, et du budget. Les différentes parties prenantes ont été ainsi intégrées dans le processus de mise en place du présent plan. Le PNAN et les autres plans stratégiques vont être utilisés par l'ensemble des acteurs et intervenants dans le secteur (Ministères sectoriels, autres Agences de mise en œuvre, structures de coordination, Régions et Communes, secteurs privés et associatifs, partenaires techniques et financiers), et serviront de cadre de référence dans l'élaboration des plans d'action annuels et des programmes/projets nationaux et/ou régionaux.

Tableau XIX : *Axe 5/ Intervention 2- Planification stratégique et programmation du secteur nutrition*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement vérifiables)
Intégrer les activités de lutte contre la malnutrition définies dans le PNAN II dans les plans d'actions annuels des ministères sectoriels pour la période 2012 - 2015	100% des ministères sectoriels intégrant la lutte contre la malnutrition	% des ministères intégrant dans leur plan sectoriel la lutte contre la malnutrition
Intégrer les activités de lutte contre la malnutrition définies dans le PNAN II dans les Plans Régionaux/Communaux (PRD/PCD) de Développement pour la période 2012 - 2015	100% des Régions vulnérables intégrant la lutte contre la malnutrition dans leurs PRD 100% des Communes vulnérables intégrant la lutte contre la malnutrition dans leurs PCD	Proportion des régions vulnérables intégrant dans leur PRD la lutte contre la malnutrition % des communes vulnérables intégrant la lutte contre la malnutrition dans leur PCD
Diffuser le Plan stratégique sectoriel PNAN II (2012-2015) et élaborer le PNAN III (2016-2020)	Diffusion du PNAN II avant fin 2012	Document PNAN II diffusé

Intervention 3 : Développement de la communication institutionnelle pour le plaidoyer

La priorisation de la lutte contre la malnutrition en tant qu'une des principales causes de la mortalité infantile, nécessite le renforcement du partenariat (public, privé, associatif), en vue de l'élaboration d'une communication institutionnelle harmonisée. Les supports y afférents serviront de base à tout plaidoyer auprès des décideurs nationaux, régionaux et locaux et des organismes de financement.

Tableau XX : *Axe 5/ Intervention 3- Développement de la communication institutionnelle pour le plaidoyer*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement vérifiables)
Développer une stratégie de communication institutionnelle du secteur nutrition	Inscription budgétaire dans la loi des finances pour les secteurs ministériels et ONN Engagement des décideurs/partenaires techniques et financiers dans la mise en œuvre de la PNN	% de Plans sectoriels avec budget inscrits dans la loi de finances % des décideurs/partenaires techniques et financiers engagés dans la mise en œuvre de la PNN
Développer le partenariat public-privé-société civile-communautés à tous les niveaux	Engagement des opérateurs secteurs privés et associatifs dans la mise en œuvre de la PNN	% des opérateurs secteurs privés et associatifs engagés dans la mise en œuvre de la PNN
Opérationnaliser le site web du secteur Nutrition à Madagascar	Données et informations dans le site web exploitables	Site web opérationnel

Intervention 4 : Développement de la communication pour le changement de comportement

La réflexion sur l'éducation nutritionnelle par ses stratégies et ses méthodes, a connu un essor considérable durant ces 20 dernières années. L'ensemble des intervenants en nutrition est convaincu que les troubles nutritionnels sont souvent les conséquences d'une mauvaise utilisation des ressources disponibles. La Conférence Internationale sur la nutrition a confirmé l'orientation des politiques nutritionnelles vers une meilleure prise en compte des comportements et des façons de les modifier. Il s'agit là d'un projet ambitieux.

Tableau XXI : *Axe stratégique 5/ Intervention 4- Développement de la communication sociale en nutrition*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement vérifiables)
Redynamiser la commission communication pour la nutrition	Stratégie de communication pour le changement de comportement englobant l'ensemble des axes stratégiques du PNAN disponible	Document de stratégie de communication sociale englobant l'ensemble des axes stratégiques du PNAN
Mettre en œuvre la stratégie de communication pour le changement de comportement	10 types de supports imprimés produits par an 3 types de supports sérigraphiés produits par an 6 types de supports audio-visuels produits par an	Nombre de types de supports imprimés produits par an Nombre de types de supports sérigraphiés produits par an Nombre de types de supports audio-visuels produits par an
Mettre en place un centre de documentation sur la Nutrition	Mise en place d'un centre de documentation en nutrition au niveau national Opérationnalisation d'un centre de documentation en nutrition au niveau national	Centre de documentation en nutrition au niveau national mis en place et opérationnel

Intervention 5 : Renforcement de la coordination de l'ONN et renforcement de capacité des intervenants du secteur nutrition

Le processus de coordination globale ayant démarré par le biais du GAIN, a été pris en charge par l'ONN en 2005 et renforcé par l'opérationnalisation des ORN à partir de 2008. Cette phase correspond à la période de mise en œuvre du premier PNAN. Le renforcement de capacité des structures de coordination technique multisectorielle, est prévu au cours de la période 2012-2015 pour leur permettre de mieux assurer la réalisation des activités conformément aux objectifs définis par la PNN et le PNAN.

Tableau XXII : *Axe 5/ Intervention 5- Renforcement de la coordination*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement vérifiables)
Sensibiliser les partenaires sur le rôle et la mission de l'ONN	Mission de l'ONN "comprise" par les partenaires	% des parties prenantes envoyant régulièrement leurs planification/rapports auprès de l'ONN
Renforcer la capacité de l'ONN	Optimisation des ressources matérielles et humaines	Existence de certification des comptes par les auditeurs externes
Harmoniser les approches et stratégies par Paquet minimum d'activités	Agences de mise en œuvre adoptant l'approche harmonisée	% des agences de mise en œuvre adoptant l'approche harmonisée
Mobiliser les ressources pour la mise en œuvre de la coordination par l'ONN	Participation des partenaires techniques et financiers pour une action conjointe	% de participation des partenaires techniques et financiers
Redynamiser le secteur nutrition par l'ONN	Réunion de redynamisation du secteur effectuée	Nombre de réunions de redynamisation annuelle réalisée
Renforcer les capacités des structures au niveau des ministères sectoriels à tous les niveaux	Prestation de service des intervenants améliorée	% des structures ayant bénéficié des renforcements de capacité

Intervention 6 : Développement de la capacité nationale

La nutrition a une dimension multisectorielle, aussi est-il nécessaire d'avoir des structures institutionnelles et techniques capables d'appuyer efficacement la lutte contre la malnutrition. La capacité nationale en formation et recherche relative à la nutrition doit être renforcée pour l'amélioration des compétences des professionnels et des techniciens.

Il est également envisageable d'accroître le nombre des professionnels et techniciens compétents en matière de nutrition, dans la mise en œuvre des programmes/projets/interventions de nutrition.

Les instituts de formation en nutrition actuels ou à venir, doivent participer aux instances s'occupant de la nutrition (ONN, CNN…) pour assurer l'adéquation formation-emploi.

Tableau XXIII : *Axe 5/ Intervention 6- Développement de la capacité nationale*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement Vérifiables)
Former les étudiants et apprenants en nutrition au sein des institutions de formation (Université: Faculté de Médecine, Agro, Sciences Naturelles - Institut: IFP - INSPC …)	5% des étudiants et apprenants diplômés sont spécialisés en nutrition	% des étudiants et apprenants diplômés en nutrition
Renforcer les capacités des professionnels et techniciens en matière de nutrition (médecins - paramédicaux-travailleurs sociaux …)	15% des professionnels et techniciens sont formés en nutrition,	% des professionnels et techniciens ayant reçu une formation en nutrition

Intervention7 : Recherche et développement

Le développement de la recherche devient une priorité pour la résolution des problèmes identifiés à l'issue de l'analyse d'une situation nutritionnelle. Les résultats de l'étude vont permettre d'entreprendre des actions afin d'améliorer la production (semences améliorées, intrants, techniques performantes), la transformation et la conservation des denrées alimentaires. L'amélioration de l'alimentation de l'enfant et de la fortification des aliments peut résulter des produits de la recherche opérationnelle.

Tableau XXIV : *Axe 5/ Intervention 7- Recherche et développement*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement vérifiables)
Lancer une recherche action sur l'adaptation des techniques améliorées de la production jusqu'à la consommation des aliments	Adoption de techniques adaptées par les ménages cibles	% des ménages cibles adoptant les techniques adaptées
Focaliser la recherche sur les produits alimentaires à haute valeur nutritionnelle (production industrielle)	Nouveaux produits alimentaires à haute valeur nutritionnelle disponibles sur le marché	Nombre de types de nouveaux produits vendus par le fabriquant

Intervention 8 : Contribution du secteur nutrition à l'application des normes en alimentation et en nutrition

Dans le cadre de l'application des normes relatives à l'alimentation et la nutrition en vigueur, la redynamisation au cours de la période 2012-2015 de certaines structures prévues doit être envisagée, en vue de contribuer à l'effectivité des actions.

Tableau XXV : *Axe 5/ Intervention 8- Contribution du secteur nutrition à l'application des normes*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement vérifiables)
Contribuer à l'application du code national de commercialisation des substituts du lait maternel	Opérationnalisation des structures	% des structures prévues dans le code, mises en place et opérationnelles
Contribuer à l'application des normes et législations sur la nutrition et l'alimentation existantes	Opérationnalisation de la coordination des structures chargées des suivis de l'application des normes et législation	Nombre de réunions réalisées pour l'application des normes et législation sur la nutrition et l'alimentation
Contribuer à l'élaboration de la législation ainsi que le protocole d'analyse relative à l'iodation et fluoration du sel	Mise en place d'une législation et d'un protocole d'analyse relative à l'iodation et fluoration du sel	Nombre de réunions réalisées pour la mise en place de la législation et du protocole d'analyse relative à l'iodation et fluoration du sel

Intervention 9: Renforcement du système de suivi évaluation et d'information du secteur nutrition

Pour faire face aux problèmes alimentaires et nutritionnels, et assurer un bien être nutritionnel à la population, plusieurs dispositions ont été prises. Les systèmes d'information et de suivi-évaluation utilisés par les différents intervenants et structures, jouent un rôle important pour garantir le suivi de la mise en œuvre de la PNN et du PNAN, à tous les niveaux.

Le système d'information et de consolidation des informations sur les réalisations et les prévisions annuelles, utilisé au niveau de l'ONN dans le cadre du PNAN I, a été marqué par la mise en place d'un logiciel de gestion de base de données. Il va faciliter l'élaboration d'un plan national de suivi-évaluation du secteur nutrition et l'utilisation du Système d'Information Géographique.

Afin de favoriser la consolidation des informations techniques et financières et les revues des dépenses, il est nécessaire de renforcer au cours de la mise en œuvre du PNAN II le système d'informations utilisé sur le plan, pour une meilleure efficacité, rapidité, complétude et fiabilité. Par ailleurs, la préparation de toute planification stratégique et/ou programmation ultérieure concernant le secteur, prend appui sur le système.

Tableau XXVI : *Axe 5/ Intervention 9- Renforcement des systèmes de suivi évaluation et d'information*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement vérifiables)
Opérationnaliser le système de suivi-évaluation du secteur nutrition	Dispositif de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNAN opérationnel	Plan de suivi-évaluation actualisé, validé et disponible
Suivre la mise en œuvre du PNAN II 2012-2015	Dispositif de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNAN opérationnel	Rapports annuels d'activités disponibles et validés par le BPCNN/CNN
Evaluer la mise en œuvre du PNAN II 2012-2015	Rapports d'évaluation du PNAN II validés	Rapports d'évaluation validés disponibles
Renforcer le Système d'Information Géographique (SIG) du secteur nutrition	SIG Nutrition 2 opérationnel au niveau des intervenants régionaux	% des régions ayant utilisé le SIG Nutrition 2

Intervention 10 : Mise en place d'un système de veille nutritionnelle et de surveillance alimentaire

Le but consiste à fournir des informations ou renseignements fiables, permettant une prise de décision plus favorable à la mise en place du système de veille nutritionnelle et de surveillance alimentaire. La collecte des données nécessite l'utilisation des outils simples, faciles à remplir et appropriés.

La définition du système de veille nutritionnelle et de surveillance alimentaire sous entend la considération de trois objectifs distincts, touchant principalement les problèmes de la malnutrition. Ces objectifs consistent à :

- Faciliter la planification à long terme en matière de santé nutrition et de développement ;
- Fournir des éléments pour la gestion et l'évaluation des programmes ;
- Avertir rapidement sur la nécessité d'une intervention pour empêcher une détérioration critique de l'état nutritionnel et de la consommation alimentaire.

Tableau XXVII : *Axe 5/ Intervention 10- Mise en place de système de veille nutritionnelle et de surveillance alimentaire*

Activités	Résultats attendus	IOV (Indicateurs Objectivement vérifiables)
Opérationnaliser le système de Surveillance alimentaire et nutritionnelle / Système d'alerte précoce (SAN/SAP)	Disponibilité des "informations décisionnelles" basées sur les données SAN/SAP des "zones touchées"	Nombre de rapports semestriels SAN disponibles et publiés Nombre de bulletins mensuels SAP disponibles et publiés Nombre de rapports d'enquêtes SMART disponibles et publiés
Rationnaliser la gestion des données par les intervenants du secteur nutrition	Outils de collecte et traitement des données conformes aux normes et standards définis pour le secteur nutrition	% des outils de collecte et traitement des données du secteur nutrition évalués jugés conformes aux standards définis

1-4- Mise en œuvre :

Les objectifs définis dans le cadre du PNAN II ont été fixés en fonction des résultats de l'évaluation du PNAN I et en tenant compte des objectifs de l'OMD. La période de leur mise en œuvre 2012-2015 coïncide avec la période précédant l'évaluation de l'OMD.

Cette mise en œuvre sera conditionnée par l'élaboration des plans d'action annuels à chaque niveau (ONN, Ministères sectoriels, Agences de mise en œuvre, …). La disponibilité des ressources financières est une condition nécessaire à la réalisation des activités prévues dans chaque plan d'action

1-5- Conditions préalables et risques

La période de mise en œuvre du PNAN I a été marquée par l'engagement notoire du Gouvernement à mettre en œuvre des programmes et projets nationaux (PNNC-SEECALINE…), grâce aux ressources propres internes du budget national, appuyé par les financements des partenaires (Crédits de l'IDA N°3060-1 et 3060-2 MAG / Projet nutrition communautaire II) et les aides budgétaires (Crédit d'Appui à la Réduction de la Pauvreté obtenu de l'IDA, …).

De par la structure du financement alloué à la lutte contre la malnutrition dans le pays au cours de la dernière décennie, le succès de la mise en œuvre du PNAN II ne pourra être mené à terme sans l'engagement soutenu et continu du Gouvernement, en matière de financement (interne et externe) à mettre à la disposition du secteur.

L'atteinte des objectifs du PNAN requiert un plaidoyer efficace et une capacité de mobilisation des ressources auprès du Gouvernement ; en collaboration avec les partenaires

techniques et financiers, d'une part, et une collaboration poussée entre les différentes parties prenantes et un renforcement du système de partenariat public-privé -associatif, d'autre part.

L'évaluation du budget estimatif du PNAN II sera effectuée sur la base d'un cadrage global et précis de la part du Gouvernement, au niveau de l'orientation politique et de la partie de budget national susceptible d'être alloué au secteur nutrition. L'effectivité de telle initiative laisse à désirer.

VII- APPROCHES OPERATIONNELLES

Les approches opérationnelles serviront à la mise en œuvre des stratégies de lutte contre la malnutrition aigue, chronique et les carences en micronutriments, en vue d'atteindre les objectifs fixés dans la PNN, avant 2015. Il est important de prendre en charge la malnutrition à partir de la base. A ce niveau, l'efficience des interventions de prise en charge est plus bénéfique et peut assurer la survie de l'enfant, si l'alimentation est adéquate. L'intervention de nutrition au niveau communautaire constitue ainsi le noyau central de cette action dans l'objectif de promouvoir l'adoption des bonnes pratiques en matière de nutrition, d'hygiène et de santé, au sein des ménages.

Le succès des interventions demande une stratégie de communication afin de promouvoir la mobilisation de la population et la participation active des responsables, dans la mise en œuvre de la politique. Un système national de surveillance nutritionnelle fournira les informations utiles pour la coordination et le suivi de telle mise en œuvre.

Des structures de coordination et de suivi au niveau national et régional seront mises en place en vue d'assurer la collaboration et la synergie multisectorielle, pour que l'engagement de l'Etat soit traduit dans l'action. Les responsables régionaux participeront à l'élaboration des plans d'actions de manière à assurer l'opérationnalisation de ces stratégies. Les collectivités territoriales décentralisées (CTD) vont constituer les structures de base qui vont aussi garantir la coordination multisectorielle et le suivi des interventions au niveau communautaire.

Les activités de planification, de mise en œuvre et de suivi évaluation des stratégies opérationnelles sont réalisées au niveau national, régional et/ou communal, selon le niveau d'intervention.

Approche cycle de vie :

Une bonne nutrition est un bien précieux : les gens bien nourris ont de meilleures chances d'être en bonne santé, d'être productifs et de pouvoir s'instruire. Une nutrition appropriée permet d'assurer à l'enfant un bon départ dans la vie. L'adoption de l'approche cycle de vie en créant et en renforçant les interventions intégrées pour maximiser leur rendement est très efficace pour lutter contre la malnutrition.

Programme National de Nutrition Communautaire (PNNC) :

Le PNNC est la traduction en actions concrètes de la stratégie pour la prévention de la malnutrition définie dans le PNAN II. Il est le fruit d'un processus de capitalisation des acquis et d'harmonisation des démarches existantes. Le Programme National de Nutrition Communautaire consiste à redresser la situation de la malnutrition prévalente, à traduire en

action les engagements pris par le Gouvernement et ses partenaires, et à renforcer la synergie des interventions dans le but d'améliorer leur efficacité et leur efficience pour atteindre les objectifs fixés.

Trois approches sont utilisées au niveau des sites communautaires :

- La réalisation du paquet minimum d'activités. Il s'agit d'un ensemble d'activités considérées comme essentielles.
- L'approche par performance
- La déviance positive

Programme d'Alimentation, de Nutrition et de Santé Scolaire (PNANSS) / Stratégie Nationale d'Alimentation et de Nutrition Scolaire (SNANS) :

Le Programme National d'Alimentation, de Nutrition et de Santé Scolaire (PNANSS) rassemble toutes les activités relevant du domaine de la nutrition et de la santé préventive, dans leurs dimensions cognitives, pratiques et comportementales.

Le Programme National d'Alimentation de Nutrition et de Santé Scolaire 2011-2015 est en cours de validation, les activités du Programme comportent 3 volets :

Volet 1 : renforcement de l'éducation nutritionnelle et sanitaire des enfants,

Volet 2 : élaboration d'un programme d'appui alimentaire résolvant les problèmes nutritionnels des élèves avec un système de pérennisation,

Volet 3 : élaboration et mise en œuvre d'un programme de prévention sanitaire en milieu scolaire.

Le SNANS, un Programme qui entre dans le cadre de l'activité d'Appui à l'Education de base du PAM, a été mis en place dans des écoles de 11 CISCO des trois régions du sud de Madagascar (Anosy, Androy et Atsimo Andrefana)

Semaine de la mère et de l'Enfant (SSME) :

Cette campagne constitue une opportunité essentielle pour apporter un paquet de service de santé auprès de la population, surtout celle qui vit dans les localités éloignées des formations sanitaires. Citons ci-après ces différents services:

- vaccination,
- dépistage de la malnutrition ;
- supplémentation en vitamine A ciblant les enfants et les femmes nouvellement accouchées de moins de huit semaines ;
- promotion de l'utilisation des services de maternité ;
- déparasitage des enfants et des femmes enceintes de plus de 4 mois.

Des services optionnels pour les femmes sont offerts au niveau des formations sanitaires notamment des services de consultation prénatale, de dépistage du VIH, et de planification familiale.

Stratégie de Communication pour l'Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE) et Nutrition des femmes (NdF)

La conjugaison optimale de l'allaitement au sein et de l'alimentation de complément est tellement déterminante qu'elle peut, chaque année, sauver la vie d'un million et demi d'enfants de moins de cinq ans. Les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF relatives à l'alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants sont les suivantes :

- L'allaitement précoce dans l'heure qui suit la naissance ;
- L'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie ;
- L'introduction, à l'âge de six mois, d'aliments de compléments sains et satisfaisants sous l'angle nutritionnel, parallèlement à la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà.

Pour la nutrition des femmes, toutes les femmes peuvent avoir suffisamment de lait pour allaiter sauf si elles sont sévèrement mal nourries. La quantité de lait maternel dépend surtout des fréquences et de la qualité des tétées.

Protocole de prise en charge de la malnutrition aiguë (PECMA)

Les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère sont hospitalisés dans les CRENI et bénéficient d'un traitement thérapeutique intensif de plusieurs semaines. L'expérience a montré que ces centres CRENI ne parviennent pas à assurer une couverture maximale des cas de malnutrition aiguë sévère. De plus, l'apparition des risques d'infections nosocomiales est favorisée par les conditions précaires au sein de ces centres. Les facteurs socio-économiques tels que le faible revenu des ménages, le nombre élevé d'enfants dans une même famille, posent également de graves problèmes de malnutrition. Les coûts directs et indirects, générés par l'hospitalisation perturbent l'organisation de la vie quotidienne: obligation des parents à rester auprès de leur enfant malade durant le séjour au centre, tandis que les autres enfants se trouvent délaissés. L'occupation génératrice de revenu est souvent interrompue.

La prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë en général, et sévère en particulier, a été instituée afin de résoudre ces problèmes. L'objectif consiste à maximiser la couverture du programme et à faciliter l'accès aux services, en impliquant la communauté

dans le dépistage et en décentralisant les services de prise en charge dans les centres de santé de base (CRENAS). Seuls les cas présentant des complications médicales, estimés entre 5 et 15% des cas de malnutrition aiguë sévère, sont traités dans les CRENI.

PLAN DE CONTINGENCE : Nutrition / Sécurité alimentaire

Objectifs Généraux

- Eviter une détérioration du statut nutritionnel de la population affectée par le cyclone/inondation.
- Prendre en charge les malnutris en cas de problèmes nutritionnels déclarés.

Objectifs opérationnels du secteur Nutrition / sécurité alimentaire :

- Surveiller la sécurité alimentaire à travers une évaluation rapide initiale de la sécurité alimentaire.
- Surveiller l'évolution de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans, en renforçant la surveillance nutritionnelle au niveau communautaire et au niveau des CSB, ou en mettant en œuvre une enquête nutritionnelle rapide.
- Prendre en charge précocement les cas de malnutrition aiguë en renforçant la prise en charge au niveau des structures habituelles.
- En cas de malnutrition déclarée, prendre en charge les enfants, les femmes enceintes ou allaitantes atteints de malnutrition aiguë.

Activités :

- Pré positionnement de vivres dans les zones stratégiques identifiées ;
- Evaluation rapide de la sécurité alimentaire ;
- Aide alimentaire gratuite pour une durée minimum de 15 jours, préférablement 1 mois ;
- Distribution ciblée ou distribution de ration familiale composée de 450 g de céréales, 100g de légumineuses et 35 g d'huile par personne par jour ;
- Distribution de biscuits à haute teneur énergétique pour une durée maximum de 5 jours dans les zones inaccessibles, en attendant le désenclavement et l'arrivée des vivres ;
- Distribution des suppléments nutritionnels adaptés aux groupes vulnérables ;
- Distribution des ustensiles de cuisine à temps aux sinistrés;
- Facilitation de l'accès aux sources de combustible pour la préparation des aliments ;
- Création d'emplois temporaires de type HIMO VCT/ACT pour répondre aux besoins alimentaires immédiats des ménages vulnérables, en priorisant des activités de relance agricole ;

- Enquête nutritionnelle rapide pour évaluation de l'impact de l'aléa sur l'état nutritionnel des groupes vulnérables ;
- Renforcement des activités de surveillance nutritionnelle ;
- Renforcement de la prise en charge des enfants ou femmes atteints de la malnutrition à travers les CRENI, CRENAS ou CRENAM.

La figure ci-dessous explique les interactions des différentes stratégies dont la réalisation vise à atteindre les objectifs de la PNN et ceux des OMD.

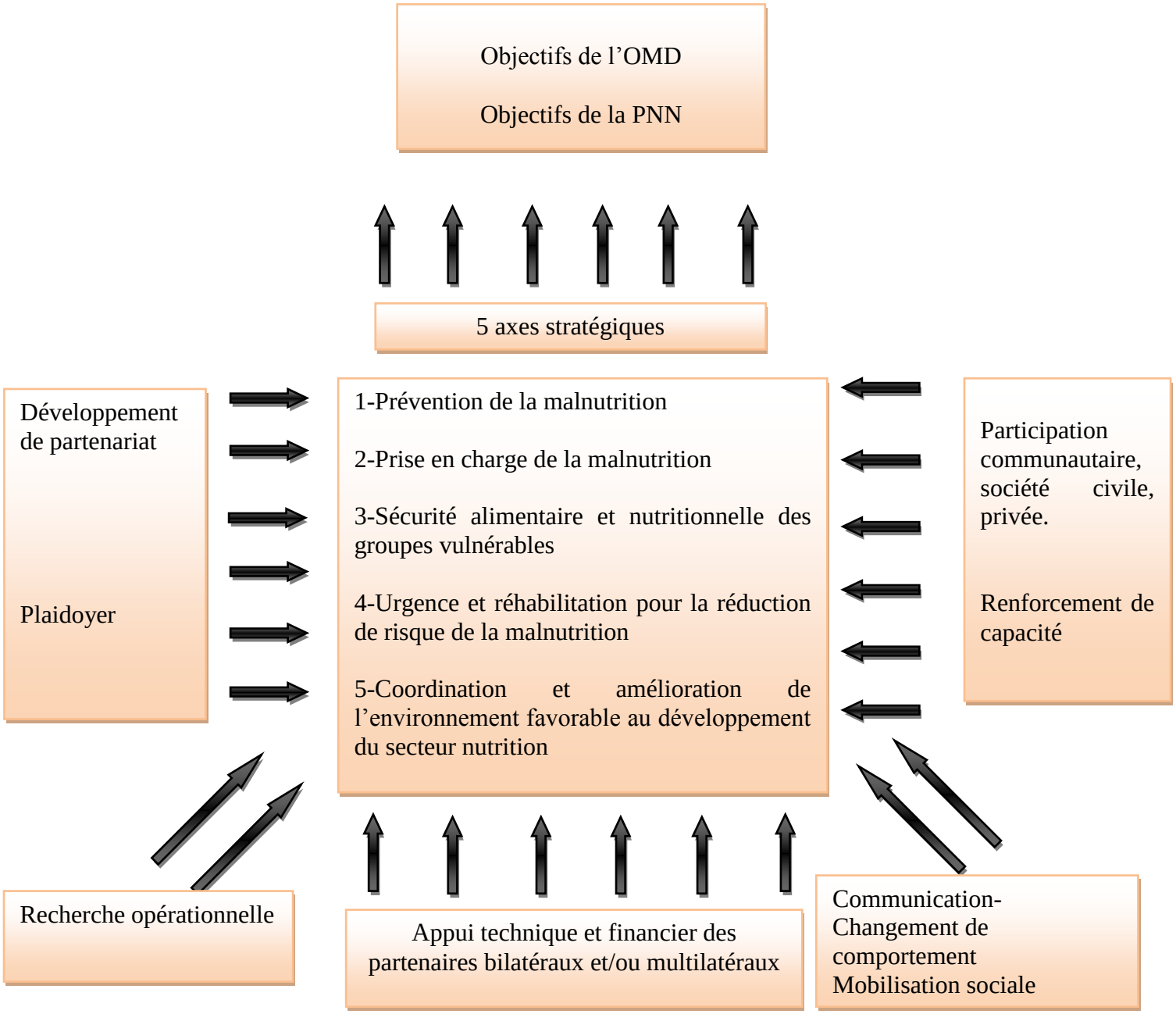


Figure 3 : Schéma global de la réalisation des stratégies

VIII- MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET PLAN DE SUIVI EVALUATION

L'atteinte des objectifs du PNAN à travers les cinq axes stratégiques requiert que soient clairement établies les modalités de mise en œuvre et de suivi-évaluation. Ces modalités portent sur les principaux organes d'exécution des activités, de suivi de l'état d'avancement de la mise en œuvre, de l'évaluation des résultats ainsi que sur les mécanismes financiers. La communication des résultats et l'acquisition des éventuelles concertations pour les prises de décisions s'avèrent nécessaires. Elles tirent leur substance à la fois du nouveau virage stratégique que prend l'ONN dans l'accomplissement de sa mission, et des leçons apprises de la mise en œuvre du programme où les principaux goulots d'étranglement se situent au niveau:

i. de la coordination et de synergie entre les différentes structures concernées ;
ii. de la définition des rôles et des responsabilités des acteurs ;
iii. de la circulation des informations et de la communication en termes formels et des difficultés relationnelles entre les niveaux central et régional ;
iv. de la coexistence de circuits parallèles de collecte de données provenant des mêmes intervenants sur terrain (problème de fiabilité et de validation des données à compiler au niveau de l'ONN)
v. des attitudes des acteurs dans les secteurs privés et des communautés locales ;
vi. de la qualité des ressources: humaines non qualifiées et ressources financières inadéquates.

1. Stratégies et modalités de mise en œuvre

1.1 Les organes d'exécution du Plan

Pour assurer de façon effective une bonne mise en œuvre du PNAN, des organes d'exécution, ayant chacun un mandat spécifique, seront créés à trois niveaux: stratégique, tactique et opérationnel.

Au niveau stratégique

Un Conseil National de Nutrition (CNN), présidé par le Premier Ministre ou son représentant et composé des membres des secteurs privés, publics et de la société civile, sera mis en place en tant qu'organe stratégique suprême, dont le secrétariat sera assuré par l'ONN. Il aura pour mission principale de :

i. Assurer la mise en œuvre des grandes orientations du PNAN ;
ii. Redéfinir, au besoin, les options stratégiques du PNAN;

iii. Veiller à l'alignement des partenaires par rapport aux options retenues dans le PNAN ;
iv. Mener les concertations avec les partenaires nationaux et internationaux lors des réunions de la table sectorielle et la revue sectorielle annuelle ;
v. Alimenter la prise de décisions stratégiques et surtout l'harmonisation avec les lignes d'action du Gouvernement en matière de nutrition.

Au niveau tactique

Le Bureau Permanent du Conseil National de Nutrition (BPCNN), sous la présidence de la Primature et des partenaires, assurera la cohérence des activités et la coordination technique de la mise en œuvre du PNAN. Le BPCNN 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, 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 PNAN. Les directions techniques des Ministères, y compris la société civile et les secteurs privés, seront responsables de la mise en œuvre du PNAN au niveau national et régional, en offrant les appuis techniques nécessaires.

Pour chacun des aspects du PNAN, 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. De plus, des «Groupes de travail» composés d'experts nationaux et internationaux seront intégrés aux différentes stratégies pour les appuyer dans la mise en œuvre du PNAN et les accompagner dans l'accomplissement de leur mission.

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 PNAN 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 PNAN 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 auront l'intérêt à adapter

leurs PTA respectifs conformes à chacune des stratégies du PNAN. Pour ce faire, en attendant qu'elles aient les capacités nécessaires, elles seront appuyées par l'ONN. Enfin, des dispositions seront envisagées pour la préparation, sous l'égide du Ministère des Finances et de l'ONN, d'un Cadre de Dépense 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.

1.2 Le BPCNN : Missions et responsabilités

En effet, dans le cadre de la mise en œuvre du PNAN, les membres du BPCNN 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 PNAN.

1.3 Mécanismes de gestion, de communication et de concertation

Différents mécanismes seront mis en place aux fins de définir le cadre et les modalités selon lesquelles les actions seront réalisées. Les décisions prises et les informations seront communiquées à tous les acteurs. Ils porteront sur le développement et l'application des principaux outils suivants :

(i) manuel de procédures du PNAN, préparé sous la supervision du BPCNN;
(ii) campagne médiatique de changement de comportement auprès de différents publics ;
(iii) rapports trimestriels sur l'état d'avancement des différents aspects des interventions aux niveaux central et régional ;
(iv) rapport semestriel et annuel consolidé par l'ONN ;
(v) rapport technique et financier annuel, préparé par l'ONN, assisté par le BPCNN ;
(vi) bulletin régulier en vue de tenir le grand public informé des états d'avancement de la réalisation du PNAN au niveau national.

Les différentes structures existantes seront redynamisées et maintiendront un dialogue constant sur la mise en œuvre du PNAN. Le principal espace de concertation avec les partenaires tant internationaux que nationaux, se déroulera sur la « Table sectorielle ». Celle-ci sera présidée par le Premier Ministre. Les membres du CNN, les Directions des Ministères techniques et ainsi que les secteurs privés et la société civile y participeront. Elle constituera

l'instrument qui facilitera la circulation des informations entre toutes les parties prenantes et le recueil des propositions et recommandations sur la mise en œuvre du PNAN. Les réunions se tiendront sur une base régulière et pourront également être convoquées, sur avis du BPCNN et en collaboration avec la Coordination Nationale de l'ONN. Elles feront l'objet d'une programmation si une réorientation quelconque s'avère indispensable.

Ce même schéma organisationnel se reproduira de façon dynamique au niveau régional avec la Table de concertation, poursuivant les mêmes objectifs que la Table sectorielle. Cette table de concertation, présidée et convoquée par la Coordination de l'Office Régional de Nutrition, regroupera des représentants des services déconcentrés, et des partenaires au niveau régional. Elle relaiera et mettra en application la stratégie de communication pour le changement de comportement, pour informer la population locale sur les nouvelles mesures et l'avancement de la mise en œuvre du PNAN au niveau des régions.

Le Groupe Sectoriel de Nutrition (GSN) se situant au niveau tactique, restera un espace de concertation entre les partenaires techniques et financiers bi et multilatéraux avec pour mission de soutenir de manière coordonnée la mise en œuvre de la politique du gouvernement dans le secteur.

1.4 Mécanismes financiers et d'harmonisation des interventions des partenaires

Dans l'esprit de la Déclaration de Paris relative à l'harmonisation et à l'efficacité de l'aide au secteur, l'ONN prévoit la restructuration et le renforcement de la coordination à la lumière du diagnostic institutionnel. Le but visera à améliorer la crédibilité et la transparence dans l'utilisation des fonds et parvenir ainsi à la certification des procédures financières de la coordination. L'objectif à moyen terme est de mettre la coordination de l'ONN en mesure de gérer les fonds externes. Les structures de gouvernance à cet effet seront constituées par:

- le BPCNN, responsable de la direction stratégique du fonds et de l'approbation des plans de travail et budget annuels, sera dirigé par le Premier Ministre ou son représentant, et composé par un représentant du Ministère des Finances, des bailleurs et de la Société Civile.
- le Comité de pilotage, responsable de la supervision de l'utilisation des fonds est composé d'un représentant de la Primature, de chaque Ministère Technique, du Ministère de Finances, de chaque bailleur contributeur, de l'ONN, du secteur privé et d'un représentant de la société civile.

2. Suivi et évaluation de la mise en œuvre du PNAN

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

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

Le suivi et l'évaluation du PNAN seront réalisés dans un cadre cohérent, afin de disposer des informations nécessaires à la mesure des performances des actions réalisées dans les différents programmes. La mise en place du dispositif de suivi et évaluation se fera sur la base du noyau d'indicateurs d'impacts et de résultats propres à chaque programme et d'indicateurs transversaux (exemples ceux relatifs aux indices de pauvreté). Un tableau de bord initial devra être élaboré pour récapituler les valeurs de référence des indicateurs.

2.1. Organisation du suivi

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

Au niveau régional, le suivi sera assuré par les principaux organes d'exécution composés des structures des services déconcentrés, et l'appui des Offices Régionaux de Nutrition (ORN). Les rapports de ces groupes serviront à alimenter ceux des directions techniques au niveau central.

Pour tout le plan, la coordination d'ensemble (au niveau national) sera assurée par l'ONN. Ce dernier sera appuyé, au besoin, par les membres du BPCNN.

Au dernier trimestre de l'année, l'ONN (avec l'appui du BPCNN) préparera un rapport annuel technique et financier sur la base des rapports trimestriels (tant techniques que financiers) soumis par les différentes Directions techniques nationales et régionales. Ce rapport annuel,

validé par le BPCNN, servira de base à la revue sectorielle et la préparation du plan d'action de l'année suivante.

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

2.2 Evaluation du plan

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

- l'évaluation annuelle,
- l'évaluation à mi-parcours ;
- l'évaluation finale.

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

L'évaluation annuelle (ou autoévaluation) sera à la charge du Groupe de Suivi et d'Evaluation. Alimentée par les rapports de suivi, elle se fera à chaque dernier trimestre de l'année. Elle devra permettre, sur la base d'une analyse des résultats obtenus et des contraintes rencontrées dans la mise en œuvre du PNAN pour une année donnée, de préparer le Plan de travail pour l'année suivante (PTA). La Revue annuelle du secteur nutrition permettra d'informer l'ensemble des partenaires techniques et financiers sur l'évolution des réalisations et de recueillir leurs conseils et recommandations quant aux ajustements à effectuer.

L'évaluation à mi-parcours sera réalisée par des groupes externes (universités, instituts ou firmes de consultation), de concert avec les partenaires techniques et financiers. Elle fournira aux Ministères techniques, à la société civile et à l'ONN, les éléments nécessaires (faits, analyses et recommandations) afin d'apprécier le processus de la reforme dans sa globalité et

prendre les décisions qui s'imposent pour la poursuite des actions ou pour une éventuelle réorganisation.

L'évaluation finale sera réalisée, après les quatre années de mise en œuvre du PNAN, selon les mêmes principes que l'évaluation externe à mi-parcours. Axant ses analyses sur l'ensemble du PNAN et de sa mise en œuvre, elle indiquera le degré d'atteinte des objectifs et des résultats. Elle mettra en relief les leçons à tirer dans le cadre de la reformulation du nouveau PNAN.

Les ressources financières nécessaires aux évaluations externes (mi-parcours et finale), seront dégagées des fonds consacrés à la gouvernance et au renforcement des capacités du système.

2.3. Principaux indicateurs de suivi –évaluation

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

3. Risques et stratégies de mitigation

La mise en œuvre de ce PNAN est sujette à un certain nombre de risques qu'on ne peut ignorer et auxquels on doit s'efforcer d'anticiper des solutions :

• Faiblesse du financement interne :

Le poids des dépenses publiques actuelles de la nutrition dans le budget de l'Etat est insuffisant pour résoudre convenablement les problèmes auxquels est confronté ce secteur. La disponibilité du financement sera considérée comme une condition nécessaire à la mise en œuvre.

Une solution obligatoire passe par la réforme des finances publiques avec une meilleure gouvernance économique. Mais, puisque ce passage obligé n'est pas du ressort du secteur Nutrition, une solution de réserve peut passer par une rationalisation des dépenses publiques, la création d'un fonds pour la nutrition alimentée par le secteur privé, la société civile, les compatriotes de la diaspora et toute autre levée de fonds externe.

• Mobilisation des ressources externes :

Le financement souhaité du présent plan, pour les quatre prochaines années, avoisine **137 951 692 $ US** (Cent trente sept millions de Dollars neuf cent cinquante et un six cent quatre vingt douze). Dans le cas où des facteurs externes affectent négativement les promesses de financement, de nouvelles démarches auprès de la coopération bi et multilatérale et des Fondations étrangères pourront être envisagées, au lieu de redéfinir les objectifs préalablement fixés au niveau des différentes interventions.

• Capacité d'absorption de l'ONN :

Un risque assez important réside dans la capacité des parties prenantes à réaliser les dépenses selon le calendrier d'exécution prévu, tout en respectant aussi les normes administratives en matière de décaissements et d'exigence des pièces justificatives. Le renforcement des capacités de l'ONN en matière de planification va diminuer sensiblement ce risque. Cependant, l'aspect le plus important réside dans le renforcement de la Direction Administrative en matière de gestion budgétaire, de passation de marchés, de gestion de fonds fiduciaire.

• Résistance au changement :

Dans toute organisation où des réformes sont effectuées, une certaine forme de résistance au changement est toujours observée. Dans cette optique, l'ONN adoptera un comportement proactif en mettant en place une campagne de motivation pour cette réforme, et élaborera des programmes de formation, en créant les conditions propices à une meilleure rétention des capacités.

• Appui du public à la réforme :

Un désintérêt de l'ONN à cette réforme peut démotiver les parties prenantes et peut aboutir sur des questionnements des pouvoirs publics et aussi de la communauté internationale. Pour réduire ce risque, l'ONN doit également se montrer proactif en mettant en place une campagne de sensibilisation visant à obtenir et renforcer l'appui du public à la réforme.

• Volonté politique de toutes les branches du Pouvoir Politique :

L'acquisition de la validation du PNAN au niveau national constitue une étape préliminaire, indispensable avant de procéder à la mise en œuvre. L'atteinte des objectifs fixés dépend de l'obtention de l'enveloppe budgétaire nécessaire.

IX- BUDGET

Le total de budget estimé pour 4 ans (2012-2015) de ce présent plan s'élève à **137 951 692 $ US** (Cent trente sept million de Dollars neuf cent cinquante et un six cent quatre vingt douze). En tenant compte du taux d'accroissement de la population qui est de 2,8%, avec une population totale estimée à 20 millions d'habitants, l'impact de budget par population est de 1,65 $ US par an.

Vous trouverez ci-dessous la répartition de budget par axe stratégique, par an (en $ US) :

AXES STRATEGIQUES	Montant Total (USD)				TOTAL 2012 - 2015	Pourcentage %
	2012	2013	2014	2015		
Prevention de la malnutrition	$ 17 393 646	$ 17 457 843	$ 15 713 254	$ 18 157 379	$ 68 722 121,18	49,8%
Securite alimentaire et nutritionnelle des groupes vulnérables	$ 5 242 425	$ 7 710 919	$ 10 685 742	$ 13 496 278	$ 37 135 363	26,9%
Prise en charge de la malnutrition	$ 3 868 283	$ 4 401 374	$ 4 937 067	$ 9 930 010	$ 23 136 734	16,8%
Urgence, rehabilitation et developpement pour la réduction de risque de la malnutrition	$ 1 101 089	$ 1 130 889	$ 1 226 523	$ 1 268 577	$ 4 727 079	3,4%
Coordination et amélioration de l'environnement favorable au développement du secteur nutrition	$ 868 493	$ 771 264	$ 1 334 060	$ 1 256 578	$ 4 230 394	3,1%
TOTAL ANNUEL	**$ 28 473 936**	**$ 31 472 289**	**$ 33 896 645**	**$ 44 108 822**	**$ 137 951 692**	**100,0%**

Références bibliographiques

AD09F 2008. Le jardin potager dans les zones tropicales Par Ed Verheij, Henk Waaijenberg.

Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, Haider BA, Kirkwood B, Morris SS, Sachdev HPS, Shekar M, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and Child Undernutrition: What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. LANCET series 2008; 3:41-64.

Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, Mercedes de Onis, Ezzati M, Mathers C, Rivera J for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. LANCET series 2008; 1:5-22.

Huffman SL, Baker J, Shumann J et Zehner ER. Promouvoir des suppléments de multiples vitamines/minéraux pour les femmes en âge de procréer dans les pays en développement, The Linkages Project Washington DC, Octobre 2000, 42p.

ICF Macro, INSTAT. Enquête Démographique et de Santé Madagascar 2008-2009, 2010.

INSTAT, PNUD, FNUAP et UNICEF. Enquête périodique auprès des ménages 2010 - Policy Brief ; Janvier 2011, 19p.

Jiang T, Christian P, Khatry SK, Wu L and West KP Jr. Micronutrient Deficiencies in Early Pregnancy Are Common, Concurrent, and Vary by Season among Rural Nepali Pregnant Women. J Nutr 2005;135:1106-12.

Kristjansson, E., V. Robinson, M. Petticrew, B. MacDonald, J. Krasevec, L. Janzen, T. Greenhalgh, G. Wells, J. MacGowan, A. Farmer, B. J. Shea, A. Mayhew, and P. Tugwell. 2009. "School Feeding for Improving the Physical and Psychosocial Health of Disadvantaged Elementary School Children." Cochrane Database of Systematic Reviews.

Lumbiganon P. Supplémentation en micronutriments multiples chez la femme enceinte Commentaire de la BSG (dernière révision : 23 août 2007). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pèche. Recensement de l'agriculture (RA), Campagne agricole 2004-2005. Tome IV, Cheptel Animal, Octobre 2007, 110p.

Ministère de la Santé et du Planning Familial. Politique Nationale de Santé, Version 27, Juin 2005, 53p.

Ministère de la Santé Publique, Service des Statistiques Sanitaires. Annuaire des statistiques du secteur santé de Madagascar, année 2009, 420p.

Ministère de la Santé, OMS et UNICEF. Protocole de dépistage et de prise en charge de la malnutrition Aigüe, Juin 2009, 85p.

Nutrition landscape analysis, 2008.

OMS, Agence suédoise internationale pour le Développement, PNUD, Banque mondiale, Programme de l'Eau et de l'Assainissement. Manuel progressif PHAST: Approche participative pour la lutte contre les maladies diarrhéiques, 1998 ; 130p.

ONN, Rapport d'évaluation du PNAN I 2005-2009, 2010.

ONN, Booklet Politique Nationale de Nutrition et Plan National d'Action pour la Nutrition Madagascar.

ORC Macro, INSTAT, Enquête Démographique et de Santé Madagascar EDS 2003-2004, 2005.

Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking: dealing with insufficient research evidence. Health Research Policy and Systems 2009;7:S17.

PAM et UNICEF. Analyse Approfondie de la Sécurité Alimentaire, de la Nutrition et de la Vulnérabilité (CFSVA+N), Madagascar 2010.

PAM. Analyse Approfondie de la Sécurité Alimentaire, de la Nutrition et de la Vulnérabilité (CFSVA), Madagascar 2005.

PNAN 1 : suivant le décret 2004-496 du 20 avril 2004 - 2ème édition.

Politique Nationale de Nutrition, Version Finale 23-04-04.

Plan National d'Action pour la Nutrition, 1997.

Rapport provisoire, EPM, 2010.

Rapport principal, EPM, 2005.

Raynald Pineault, Carole Daveluy (1995). La planification de la santé : Concept-Méthode-Stratégies. 277-294p

République de Madagascar – Projet de renforcement des organisations professionnelles et services agricoles (AROPA). Rapport final de conception – Document de travail 3: Appui au financement de la production et des services agricoles ; 2008, 37p.

Repoblikan'i Madagasikara. La strategie nationale de Diorano-WASH, Avril 2008, 44p.

WFP, FAO. L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2010 : Combattre l'insécurité alimentaire lors des crises prolongées, Rome 2010, ISBN 978-92-5-206610-1, 63p.

Annexes
Cadre logique

Les **objectifs globaux** visent de 2012 - 2015 à:

2- réduire la prévalence de la malnutrition chronique (taille/âge<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans soit de 50,1% à 42,8%,

3- contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 72 pour 1000 naissances vivantes en 2008 à 56 en 2015.

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES De 2012 à 2015	LOGIQUES D'INTERVENTION	ACTIVITES REQUISES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Axe stratégique-1: PREVENTION DE LA MALNUTRITION	- Réduire le taux d'insuffisance pondérale à moins de 28% chez les enfants de moins de 5 ans - Réduire la prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance (< 2.500 grammes) à moins de 10% ; - Augmenter de 51% à 65% le taux d'allaitement maternel exclusif. - Augmenter à 20% la proportion des mères pratiquant l'ANJE optimale (AM+AC approprié)	**Intervention 1**: Mise à l'échelle des sites PNNC	**1**Etendre la couverture des sites communautaires PNNC au niveau des Communes, Districts vulnérables non touchés	6500 sites PNNC fonctionnels Augmenter de 33 à 36 % la couverture nationale des enfants de 0 à 5 ans suivis au niveau des sites PNNC 85% communes vulnérables en matière de nutrition touchés par le PNNC au niveau national	Nombre de sites PNNC fonctionnels % enfants de 0 à 5 ans suivis au niveau des sites de nutrition communautaire % des communes touchées par le PNNC
		Intervention 2: Surveillance, promotion de la croissance et du développement	**1.** Promouvoir la croissance adéquate des enfants de 0 à 2 ans au niveau des sites de nutrition communautaire	Au moins 60% des enfants de 0 à 2 ans suivis dans les sites de nutrition communautaire ont un GPMMA.	% des enfants de 0 à 2 ans suivis dans les sites de nutrition communautaire ayant un GPMMA
			2. Effectuer le suivi de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans au niveau des sites de nutrition communautaire	1300 000 enfants de 0 à 5 ans suivis au niveau des sites de nutrition communautaire	% des enfants de 0 à 5 ans suivis au niveau des sites de nutrition communautaire
			3. Suivre le développement intégral du jeune enfant (psycho-moteur)	50% des sites communautaires réalisent le suivi du développement intégral du jeune enfant	% des sites assurant le suivi du développement intégral du jeune enfant

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES De 2012 à 2015	LOGIQUES D'INTERVENTION	ACTIVITES REQUISES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Axe stratégique-1: PREVENTION DE LA MALNUTRITION		**Intervention 3**: Promotion de l'ANJE et NdF à travers l'approche cycle de vie	**1.** Renforcer les activités de communication pour le changement de comportement en matière d'ANJE et NdF	60% des femmes auront suivi une séance sur l'allaitement maternel exclusif 60% des femmes auront suivi une séance sur l'alimentation de complément 60% des femmes auront suivi une séance sur la nutrition de la femme	% des femmes ayant suivi une séance sur l'allaitement maternel exclusif % des femmes ayant suivi une séance sur l'alimentation de complément % des femmes ayant suivi une séance sur la nutrition de la femme
			2. Redynamiser les structures «Amies des bébés » (HAB - LTAB - RAB)	Au moins 50% des formations sanitaires sont amies des bébés Au moins 25% des sites communautaires sont amis des bébés 10% des communes sont amis des bébés Au moins 15 grosses/moyennes entreprises privées/publiques sont des lieux de travail "amis des bébés" 50% des stations radios sont amies des bébés	% % des formations sanitaires recevant le label ami des bébés % des sites communautaires recevant le label ami des bébés % % des communes recevant le label ami des bébés % de grosses/moyennes entreprises privées/publiques recevant le label ami des bébés % des stations radios recevant le label ami des bébés
		Intervention 4 : Promotion de la nutrition des adolescentes (13-20 ans)	**1-**Mener des séances d'éducation nutritionnelle et sanitaire ciblant les adolescentes au niveau des sites de nutrition communautaire.	20 % des adolescentes participent aux séances d'éducation nutritionnelle et sanitaire au niveau des sites PNNC	% des adolescentes participant aux séances d'éducation nutritionnelle et sanitaire au niveau des sites PNNC Nombre de séances d'éducation nutritionnelle et sanitaire réalisées % des jeunes enceintes (13à 20 ans) ayant reçu une éducation nutritionnelle
		Intervention 5 : Renforcer les activités d'éducation nutritionnelle au sein des écoles	**1-**Renforcer les activités de communication sur la prévention de la malnutrition des élèves.	90% des écoles primaires et secondaires seront bénéficiaires du Programme d'Alimentation, de Nutrition et de Santé Scolaire (PNANSS)	Nombre des écoles PNANSS

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES De 2012 à 2015	LOGIQUES D'INTERVENTION	ACTIVITES REQUISES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Axe stratégique-1: PREVENTION DE LA MALNUTRITION		**Intervention 6** : Amélioration de l'accès à l'eau potable, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH)	**1-**Mener des activités de plaidoyer auprès des décideurs et des partenaires techniques et financiers sur l`augmentation de l`accessibilité de la population à l`eau potable (WASH-NUTRITION)	Document de plaidoyer validé 3500 documents de plaidoyer multipliés et diffusés Engagement politique des décideurs sur l'amélioration de l`accessibilité de la population à l`eau potable	Document de plaidoyer validé disponible Nombre de documents multipliés et diffusés Nombre des institutions ayant organisé au moins une réunion d`information sur le document de plaidoyer sur WASH-Nutrition Nombre des décideurs s'engageant dans la réalisation de la stratégie WASH-Nutrition (en se référant au document de plaidoyer)
			2- Promouvoir l`utilisation de l`eau potable et sa conservation	40 % de la population ayant accès et utilisant de l`eau potable 40% de la population ayant reçu au moins une information sur WASH-Nutrition 70% des points d'eau seront construits	Taux de desserte (accès physique à l'eau potable) % de la population ayant reçu une séance de l'eau potable et sa conservation sur le WASH-Nutrition Nombre de points d'eau fonctionnels
			3- Promouvoir la construction et l'utilisation de latrine par ménage	Sensibilisation de la communauté sur la construction et utilisation des latrines effectuée Sensibilisation sur l`utilisation des latrines (au sein des écoles, CSB et ménages) effectuée	Nombre de séances de sensibilisation sur la construction des latrines réalisées Nombre d`écoles, de CSB et ménages possédant et utilisant des latrines Taux de desserte de l'assainissement (population ayant accès à une latrine)
			4- Promouvoir le lavage des mains avec du savon	50% de la population ayant reçu au moins une information sur le lavage des mains avec du savon	% de la population ayant reçu au moins une information sur le lavage des mains avec du savon % de la population pratiquant le lavage des mains avec du savon

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES De 2012 à 2015	LOGIQUES D'INTERVENTION	ACTIVITES REQUISES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
PREVENTION DE LA MALNUTRITION	- Réduire de 50% à 30 % l'anémie ferriprive chez les enfants de moins de 5 ans - Réduire de 66% à 40 % l'anémie ferriprive chez les enfants d'âge scolaire - Réduire de 35% à 15% l'anémie ferriprive chez les femmes enceintes		**5-** Mettre en œuvre la CCC en matière de WASH-Nutrition	60% des femmes seront convaincus de l'importance de WASH-Nutrition 50% des ménages adoptant les bonnes pratiques d`hygiène	Nombre des femmes qui connaissent les 3 messages clés de WASH % des ménages adoptant les bonnes pratiques d`hygiène
		Intervention 7 : Supplémentation en micronutriments (Fer Acide folique, Mutimicronutriments, Vitamine A, Zinc) des femmes enceintes et allaitantes, des adolescentes de 13 à 20 ans, des enfants de moins de 5 ans et d'âge scolaire de 6 à 14 ans.	**1-** Donner du Fer Acide folique et/ou en multimicronutriments aux femmes enceintes et allaitantes	90 % femmes enceintes et allaitantes supplémentées en FAF et/ ou en multimicronutriments	% des femmes enceintes vues en CPN ayant reçu FAF et/ ou des multimicronutriments % des femmes enceintes ayant reçu 90 jours de FAF
			2- Donner du Fer Acide Folique aux enfants scolarisés de 6 à 14ans	90 % des enfants scolarisés reçoivent du Fer acide folique	% des enfants scolarisés ayant reçu du FAF
			3-Donner de la vitamine A aux enfants de moins de 5 ans	95 % des enfants âgés de 6 à 59 mois reçoivent une supplémentation en vitamine A	% des enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A
			4-Donner du zinc aux enfants de 2 mois à 5 ans présentant la diarrhée	80% des enfants de 2 mois à 5 ans présentant la diarrhée reçoivent le zinc	% des enfants de 2 mois à 5 ans présentant la diarrhée, ayant reçu du zinc

ORIENTATIONS STRATEGIQUES		LOGIQUES D'INTERVENTION	ACTIVITES REQUISES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Axe stratégique-1: PREVENTION DE LA MALNUTRITION		**Intervention 8** : Fortification alimentaire	**1-**Renforcer l'iodation universelle de sel	80% des sauniers assurent l'iodation	Nombre des sauniers rajoutant de l'iode dans leurs produits % des ménages utilisant des sels iodés
			2-Fortifier en multi-micronutriments (MMN) les aliments des enfants de 6 mois à 2 ans dans les zones vulnérables	30% des enfants de 6 à 23 mois ciblés reçoivent des aliments fortifiés	% des enfants de 6 à 23 mois recevant des aliments fortifiés en micronutriments
		Intervention 9 : Déparasitage des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes, des enfants en âge scolaire	**1-**Déparasiter les enfants de 12 mois à 5 ans pendant la semaine de la mère et de l'enfant	90 % des enfants de 12 à 59 mois sont déparasités	% des enfants de 12 à 59 mois déparasités
			2-Déparasiter les enfants de 6 à 14 ans au niveau des écoles primaires	70 % des enfants de 6 à 14 ans scolarisés et 20% des enfants non scolarisés sont déparasités	% des enfants scolarisés et non scolarisés déparasités
			3-Déparasiter les femmes enceintes en routine et pendant la semaine de la mère et de l'enfant	56% des femmes sont déparasités pendant les activités de routine 70% des femmes sont déparasités pendant le SSME	% des femmes enceintes déparasités pendant les activités de routine % des femmes enceintes déparasitées pendant le SSME

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES De 2012 à 2015	LOGIQUES D'INTERVENTION	ACTIVITES REQUISES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Axe stratégique 2 : SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE DES GROUPES VULNÉRABLES	- Réduire la proportion de la population victime de l'insécurité alimentaire de 65% à 43% en 2015. - Maintenir à moins de 30% le taux d'insécurité alimentaire des ménages ruraux en 2015	**Intervention 1** : Promotion des cultures maraichères et des produits riches en micronutriments	**1-**Mettre en place des jardins potagers au niveau des écoles dans le cadre PNANSS	25% des écoles ayant des jardins potagers ou adoptant la culture d'arbres fruitiers 50% des vivres de cantines scolaires sont assurés par les jardins scolaires	% d'écoles ayant des jardins potagers ou adoptant la culture d'arbres fruitiers % des vivres des cantines assurés par les jardins scolaires
			2-Mettre en place des jardins potagers au niveau des sites communautaires	60% des sites communautaires adoptant de cultures maraîchères ou la culture d'arbres fruitiers	% des sites communautaires adoptant de cultures maraîchères ou la culture d'arbres fruitiers
			3-Promouvoir la culture des arbres fruitiers (pérenne et à production rapide) au niveau des sites communautaires	Ménages adoptant la culture d'arbres fruitiers	% de ménages cultivant des arbres fruitiers
		Intervention 2 : Promotion de pratiques de petit élevage (à cycle court)	**1-**Promouvoir une approche intégrée d'élevage orienté à la nutrition au niveau des sites communautaires	Ménages au niveau des sites communautaires adoptant l'approche intégrée d'élevage orienté à la nutrition	% de ménages sensibilisés adoptant l'approche intégrée au niveau des sites communautaires
		Intervention 3 : Amélioration de l'accessibilité des ménages à l'alimentation pendant toute l'année.	**1-**Introduire et vulgariser les techniques améliorées de transformation et de conservation des aliments de base à la portée des ménages vulnérables	Utilisation par les ménages des techniques de stockage, de conservation et de transformation, adaptées aux ménages vulnérables	% des ménages adoptant les techniques de stockage, de conservation et de transformation, adaptées aux ménages vulnérables

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES De 2012 à 2015	LOGIQUES D'INTERVENTION	ACTIVITES REQUISES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Axe stratégique 2 : SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE DES GROUPES VULNÉRABLES			**2-**Mettre en œuvre les travaux HIMO VCT/ACT ayant un impact sur la sécurisation nutritionnelle	Ménages recevant de revenu temporaire à travers les travaux HIMO VCT/ACT	Nombre de ménages bénéficiaires Nombre d'emplois temporaires créés (Personne/jour)
		Intervention 4 : Mise en place des cantines scolaires dans les zones d'insécurité alimentaire.	**1-**Renforcer l'appui alimentaire sous forme de ration aux enfants inscrits au sein des écoles primaires dans le cadre du SNANS	80% des écoles des zones vulnérables ciblées ayant des cantines scolaires fonctionnelles Elèves bénéficiant de ration dans les cantines scolaires	% des écoles ayant des cantines scolaires % des élèves bénéficiant de ration dans les cantines scolaires
		Intervention 5 : Appui alimentaire aux groupes vulnérables	**1-**Supplémenter en aliments fortifiés les femmes enceintes et allaitantes dans les zones vulnérables	90% de femmes enceintes et femmes allaitantes ciblés recevant une supplémentation	% des femmes enceintes et femmes allaitantes ciblées recevant une supplémentation
			2-Supplémenter en aliments fortifiés les enfants de 6-24mois dans les zones vulnérables	90% des enfants de 6-24mois ciblés recevant une supplémentation	% des enfants de 6-24mois ciblés recevant une supplémentation
			3-Supplémenter en aliments fortifiés les enfants de 6-14ans scolarisés	90% des enfants de 6-14ans scolarisés recevant une supplémentation	% des enfants de 6-14 ans scolarisés recevant une supplémentation
			4-Promouvoir la consommation des farines enrichies pour les enfants de 6-14ans	Enfants de 6-14ans consommant des farines enrichies	% des enfants de 6-14ans consommant des farines enrichies

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES De 2012 à 2015	LOGIQUES D'INTERVENTION	ACTIVITES REQUISES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Axe stratégique 3 : LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION	- Réduire et maintenir le taux de malnutrition aigue/globale à moins de 5% chez les enfants de moins de 5 ans, jusqu'en 2015. - Contribuer à la réduction de 7‰ la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 72‰ en 2009 (EDS) à 65‰	**Intervention 1** : Prise en charge de la malnutrition aiguë.	**1**-Mettre en place de nouveaux CRENAS dans les zones vulnérables à la malnutrition aigue en renforçant le lien communautaire	426 nouveaux CRENAS fonctionnels au niveau des zones vulnérables 15.000 enfants sévèrement malnutris pris en charge Augmentation de la couverture de la prise en charge des enfants atteints de malnutrition aigue sévère	Nombre de CRENAS fonctionnels % des enfants dépistés malnutris, et référés (Arrivés au centre CRENAS) % de cas de MAS diagnostiqués pris en charge
			2-Maintenir le fonctionnement des CRENA existants en renforçant le lien communautaire	100 nouveaux CRENAM fonctionnels Augmentation de la couverture de la prise en charge des enfants malnutris aigus modérés	Nombre de CRENAM mis en place % des malnutris modérés dépistés % de MAM diagnostiqués et pris en charge
			3-Mettre en place de nouveaux CRENAM au niveau des régions les plus vulnérables et ayant des CRENAS en renforçant le lien communautaire	100 nouveaux CRENAM fonctionnels Augmentation de la couverture de la prise en charge des enfants malnutris aigus modérés	Nombre de CRENAM fonctionnels % des malnutris modérés dépistés % de MAM diagnostiqués et pris en charge
			4-Maintenir le fonctionnement des CRENAM existants en renforçant le lien communautaire	Disponibilité permanente des intrants, outils de gestion et, matériels anthropométriques au sein des centres 100% du budget de fonctionnement de CREN alloués et utilisés Rapports d'activités mensuels des CREN disponibles et arrivés à temps	% de CREN sans rupture de stock en intrants dans l'année % de CREN disposant de ressources financières suffisantes Taux de complétude des rapports d'activités CREN Taux de promptitude des rapports d'activités CREN
			5-Renforcer les capacités techniques des intervenants (agents de santé,…..) des CREN déjà mis en place en matière de prise en charge nutritionnelle	Le protocole de la PECM mis à jour, validé, multiplié et diffusé 100% des intervenants sont formés en PEC 80% des CSB à problème ont reçu des suivis formatifs.	Protocole mise à jour et validé % de responsables formés en PEC % des CSB à problème ayant reçu des suivis formatifs % des CRENAS supervisés
			6-Maintenir le fonctionnement des CRENI existants en renforçant le lien communautaire	Disponibilité permanente des intrants, outils de gestion et, matériels anthropométriques au sein des centres 100% du budget de fonctionnement de CREN alloués et utilisés 3 500 enfants sévèrement malnutris pris en charge dans les CRENI	% de CREN sans rupture de stock en intrants dans l'année % de CREN disposant de ressources financières suffisantes % des enfants sévèrement malnutris pris en charge dans les CRENI
			7-Mener des recherches et documentation en matière de gestion PECM	Disponibilité de documents et publications	Nombre de documents et publications disponibles

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES De 2012 à 2015	LOGIQUES D'INTERVENTION	ACTIVITES REQUISES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Axe stratégique 4 : URGENCES, REHABILITATION POUR LA REDUCTION DE RISQUE DE LA MALNUTRITION	i. Réduire de trois quarts la malnutrition aiguë sévère (poids/taille<-3ET) chez les enfants de moins de 5 ans, de 3% à 1% ; ii. Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 139 pour 1000 naissances vivantes et à 56 en 2015 iii. Atténuer les effets des aléas de catastrophes sur la nutrition par des interventions post catastrophes de relance agricole.	**Intervention 1** : Préparation et réponses aux urgences	**1.** Mettre à jour le plan de contingence du cluster Nutrition et Sécurité alimentaire	Plan de contingence réactualisé et disponible	Plan de contingence réactualisé disponible
			2. Mettre en œuvre le plan de contingence du cluster Nutrition et Sécurité alimentaire	Disponibilité des données sur la situation alimentaire et nutritionnelle Pratique de l'Allaitement maternel optimal par les mères Sécurité alimentaire des ménages assurée pendant la période d'urgence. Enfants malnutris pris en charge Diminution des cas des maladies liées à l'eau, hygiène et assainissement	Nombre d'enquêtes SMART réalisées % des mères pratiquant l'AME pendant les six premiers mois. % des ménages bénéficiant d'une supplémentation alimentaire % des enfants dépistés malnutris effectivement pris en charge Prévalence des maladies liées à l'eau, hygiène et assainissement
			3. Coordonner les activités de nutrition pendant l'urgence	Interventions harmonisées	Nombre de réunions de coordination effectuées

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES De 2012 à 2015	LOGIQUES D'INTERVENTION	ACTIVITES REQUISES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Axe stratégique 4 : URGENCES, REHABILITATION POUR LA REDUCTION DE RISQUE DE LA MALNUTRITION		**Intervention 2** : Appui et suivi de la mise en œuvre de la stratégie pour la réduction du risque de la malnutrition post catastrophe.	**1.** Relancer la production agricole des ménages après la catastrophe	Reprise des activités agricoles Effets des aléas de catastrophe relatifs à l'insécurité alimentaire atténués Dotation des intrants agricoles	Nombre de ménages bénéficiaires Effets des aléas de catastrophes relatifs à l'insécurité alimentaire diminués Intrants agricoles disponibles
			2. Créer des emplois temporaires sous forme de VCT ou ACT HIMO	Emplois temporaires crées Accessibilité alimentaire améliorée.	Nombre d'emplois temporaires crées (Homme/Jour)
			3. Réaliser des activités de suivi et évaluation des interventions post catastrophes	Activités de suivi et évaluation post catastrophes réalisées	Rapports d'activités post catastrophes réalisés
Axe stratégique 5 : COORDINATION ET AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT FAVORABLE AU DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR NUTRITION	- Renforcer et améliorer la coordination du secteur nutrition - Renforcer le plaidoyer relatif à la communication institutionnelle, la communication éducationnelle au niveau de la communauté et aux partenaires techniques et financiers	**Intervention 1** : Amélioration et renforcement de cadrage institutionnel du secteur nutrition	**1**-Redynamiser la structure de coordination multisectorielle (CNN et BP/CNN)	Performance de la structure de coordination CNN et BP/CNN améliorée	Existence de recommandations et orientations à l'issue de chaque réunion annuelle
			2-Suivre la mise en œuvre des recommandations par les AMIO	Recommandations mises en œuvre par la structure de coordination et les AMIO	% des recommandations suivies par la structure de coordination et les AMIO
			3-Mettre à jour la Politique nationale de Nutrition (PNN)	PNN mise à jour et validée	Existence de recommandations sur l'amélioration de la PNN

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES De 2012 à 2015	LOGIQUES D'INTERVENTION	ACTIVITES REQUISES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Axe stratégique 5 : COORDINATION ET AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT FAVORABLE AU DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR NUTRITION	Assurer la mobilisation et la gestion optimale des ressources financières internes et externes Assurer la planification stratégique et la programmation du secteur nutrition	**Intervention 2** : Planification stratégique et programmation du secteur nutrition	**1-**Intégrer les activités de lutte contre la malnutrition définies dans le PNAN II dans les plans d'actions annuels des ministères sectoriels pour la période 2012 - 2015	100% des Ministères sectoriels intégrant la lutte contre la malnutrition	% des ministères intégrant dans leur plan sectoriel la lutte contre la malnutrition
			2-Intégrer les activités de lutte contre la malnutrition définies dans le PNAN II dans les Plans Régionaux/ Communaux (PRD/PCD) de Développement pour la période 2012 - 2015	100% des Régions vulnérables intégrant la lutte contre la malnutrition dans le PRD 100% des Communes vulnérables intégrant la lutte contre la malnutrition dans le PCD	% des régions vulnérables intégrant la lutte contre la malnutrition dans leur PRD % communes vulnérables intégrant la lutte contre la malnutrition dans leur PCD
			3-Diffuser le Plan stratégique sectoriel PNAN II (2012-2015) et élaborer le PNAN III (2016-2020)	PNAN II diffusé avant fin 2012	Document PNAN II diffusé

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES De 2012 à 2015	LOGIQUES D'INTERVENTION	ACTIVITES REQUISES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Axe stratégique 5 : COORDINATION ET AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT FAVORABLE AU DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR NUTRITION		**Intervention 3** : Développement de la communication institutionnelle pour le plaidoyer	**1-**Développer une stratégie de communication institutionnelle du secteur nutrition	Inscription budgétaire dans la loi des finances pour les secteurs Ministériels et ONN	% de Plans sectoriels avec budget inscrits dans la loi de finances
				Engagement des décideurs/ partenaires techniques et financiers dans la mise en œuvre de la PNN	% des décideurs / partenaires techniques et financiers engagés dans la mise en œuvre de la PNN
			2-Développer le partenariat public-privé-société civile-communautés à tous les niveaux	Engagement des opérateurs secteurs privés et associatifs dans la mise en œuvre de la PNN	% des opérateurs secteurs privés et associatifs engagés dans la mise en œuvre de la PNN
			3-Opérationnaliser le site web du secteur Nutrition à Madagascar	Données et informations relatives à la nutrition à Madagascar disponibles et accessibles dans le site web	Un site web opérationnel

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES De 2012 à 2015	LOGIQUES D'INTERVENTION	ACTIVITES REQUISES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Axe stratégique 5 : COORDINATION ET AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT FAVORABLE AU DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR NUTRITION		**Intervention 4** : Développement de la communication sociale en nutrition	**1-**Redynamiser la commission communication pour la nutrition	Document de stratégie de communication sociale englobant l'ensemble des axes stratégiques du PNAN disponible	Document de stratégie de communication sociale englobant l'ensemble des axes stratégiques du PNAN disponible
			2-Mettre en œuvre la stratégie de communication pour le changement de comportement	10 types de supports imprimés produits par an	Nombre de types de supports imprimés produits par an
				3 types de supports sérigraphiés produits par an	Nombre de types de supports sérigraphiés produits par an
				6 types de supports audio-visuels produits par an	Nombre de types de supports audio-visuels produits par an
			3-Mettre en place un centre de documentation sur la Nutrition	Un centre de documentation en nutrition est mis en place et opérationnel au niveau national	Centre de documentation en nutrition au niveau national mis en place et opérationnel
		Intervention 5 : Renforcement de la coordination de l'ONN et renforcement de capacité des intervenants du secteur nutrition	**1-**Sensibiliser les partenaires sur le rôle et la mission de l'ONN	Mission de l'ONN "comprise" par les partenaires	% des parties prenantes envoyant régulièrement leurs planification/rapports auprès de l'ONN
			2-Renforcer la capacité de l'ONN	Optimisation des ressources matérielles et humaines	Existence de certification des comptes par les auditeurs externes
			3-Harmoniser les approches et stratégies par Paquet minimum d'activités	Agences de mise en œuvre adoptant l'approche harmonisée	% des agences de mise en œuvre adoptant l'approche harmonisée
			4-Mobiliser les ressources pour la mise en œuvre de la coordination par l'ONN	Participation des partenaires techniques et financiers pour une action conjointe	Taux de participation des partenaires techniques et financiers
			5-Redynamiser le secteur nutrition par l'ONN	4 réunions de redynamisation par an effectuée	Nombre de réunions annuelles réalisées
			6-Renforcer les capacités des structures au niveau des ministères sectoriels à tous les niveaux	Prestation de service des intervenants améliorée	Nombre des structures ayant bénéficié des renforcements de capacité

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES De 2012 à 2015	LOGIQUES D'INTERVENTION	ACTIVITES REQUISES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Axe stratégique 5 : COORDINATION ET AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT FAVORABLE AU DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR NUTRITION		**Intervention 6** : Développement de la capacité nationale	**1-**Renforcer l'intégration de la nutrition dans les modules de formation au sein des établissements et instituts concernées	Etablissements et instituts concernés ayant intégré la nutrition dans les modules de formation	Nombre des établissements intégrant le programme Nutrition dans leur formation Nombre de diplômés en nutrition
			2-Renforcer les capacités des professionnels et techniciens en matière de nutrition	15% des professionnels et techniciens sont formés en nutrition,	% des professionnels et techniciens ayant reçu une formation en nutrition
		Intervention7 : Recherche et développement	**1-**Lancer une recherche action sur l'adaptation des techniques améliorées de la production jusqu'à la consommation des aliments	Adoption de techniques adaptées par les ménages cibles	% des ménages cibles adoptant les techniques adaptées
			2-Focaliser la recherche sur les produits alimentaires à haute valeur nutritionnelle (production industrielle)	Nouveaux produits alimentaires à haute valeur nutritionnelle disponibles sur le marché	Nombre de types de nouveaux produits vendus par le fabriquant
		Intervention 8 : Contribution du secteur nutrition à l'application des normes en alimentation et en nutrition	**1-**Contribuer à l'application du code national de commercialisation des substituts du lait maternel	Opérationnalisation des structures	% des structures prévues dans le code national mises en place et opérationnelles
			2-Contribuer à l'application des normes et législations sur la nutrition et l'alimentation existantes	Opérationnalisation de la coordination des structures chargées des suivis de l'application des normes et législation	Nombre de réunions réalisées
			3-Contribuer à l'élaboration de la législation ainsi que le protocole d'analyse relative à l'iodation et fluoration du sel	Redynamisation de la structure	Nombre de réunions réalisées

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES 2012 - 2015	LOGIQUES D'INTERVENTION	ACTIVITES REQUISES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES
Axe stratégique 5 : COORDINATION ET AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT FAVORABLE AU DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR NUTRITION		**Intervention 9**: Renforcement des systèmes de suivi évaluation et d'information du secteur nutrition	**1-**Opérationnaliser le système de suivi-évaluation du secteur nutrition	Dispositif de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNAN opérationnel	Plan de suivi-évaluation actualisé, validé et disponible
			2-Suivre la mise en œuvre du PNAN II 2012-2015	Dispositif de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNAN opérationnel	Rapports annuels de suivi des activités disponibles et validés par le BPCNN/CNN
			3-Evaluer la mise en œuvre du PNAN II	Rapports d'évaluation du PNAN II validés	Rapports d'évaluation validés disponibles
			4-Renforcer le Système d'Information Géographique (SIG) du secteur nutrition	SIG Nutrition 2 opérationnel au niveau des intervenants régionaux	% des régions ayant utilisé le SIG Nutrition 2
		Intervention 10: Mise en place d'un système de veille nutritionnelle et de surveillance alimentaire	**1.** Opérationnaliser le système de Surveillance alimentaire et nutritionnelle / Système d'alerte précoce (SAN/SAP)	Disponibilité des "informations décisionnelles" basées sur les données SAN/SAP des "zones touchées"	Nombre de rapports semestriels SAN disponibles et publiés Nombre de bulletins mensuels SAP disponibles et publiés Nombre de rapports d'enquêtes SMART disponibles et publiés
			2. Rationnaliser la gestion des données par les intervenants du secteur nutrition	Outils de collecte et traitement des données conformes aux normes et standards définis pour le secteur nutrition	% des outils de collecte et traitement des données du secteur nutrition évalués jugés conformes aux standards définis