



16/10/2015

Efforts réalisés en faveur de la nutrition à Madagascar et lien du financement dans le pays

Préface (mots de la plateforme)

Résumé exécutif

La nutrition est la composante centrale pour le développement humain, social et économique.

Seulement, plus d'un enfant sur deux souffrent de la malnutrition à Madagascar, et ce « depuis un quart de siècle¹ ».

Face au sombre tableau du pays, tous les efforts à briser cette situation s'avèrent opportuns.

Il est indispensable de prendre le temps à comprendre ce qui se passe.

En effet, il ne suffit pas d'investir à outrance ; le pays a besoin des interventions efficaces, pertinentes et durables. Il faut surtout se prioriser dans les actions à haut impact et à meilleur coût bénéfique..

Ces raisons ont amené la plateforme de la société civile pour la nutrition HINA à mener des études.

La plateforme HINA a engagé l'effort nécessaire pour capitaliser les acquis, et procéder à la gestion de connaissances afin de mieux comprendre les problématiques liées à la nutrition et de contribuer à la lutte efficace contre la malnutrition.

Ce présent document rapporte les résultats de l'état de lieux des efforts en faveur de la nutrition à Madagascar et du lien du financement dans le pays.

L'état de lieux n'est pas une évaluation du PNAN. Il s'agit d'une étude rétrospective des interventions réalisées en faveur de la nutrition depuis la mise en œuvre de la politique nationale.

L'étude a connu des limites, si bien que des informations essentielles peuvent être omises. Elle a cherché d'apporter la meilleure analyse possible afin de répondre aux besoins de HINA.

Deux principales thématiques constituent le noyau de ce rapport.

La première thématique présente les acquis sur l'environnement institutionnel de la nutrition. Elle rapporte les efforts réalisés pour la prévention de la malnutrition, la sécurité alimentaire et nutritionnelle, la prise en charge de la malnutrition et les urgences.

La deuxième thématique discute des défis à affronter, et des interventions spécifiques et sensibles par rapport à la malnutrition. Elle partage aussi l'analyse de l'équité des interventions par rapport aux interventions de nutrition. Enfin, elle propose des pistes d'action pragmatiques pour la plateforme.

La nutrition diffère de l'alimentation. « Si l'alimentation est volontaire, la nutrition est involontaire » dicit, Dr Siméon Namana de l'Unicef. Le cadre conceptuel de la nutrition nous montre des déterminants multiples. Par conséquent, la nutrition n'est pas seulement la sécurité alimentaire. Elle requiert une vision non restrictive et une approche holistique. Elle demande des actions adaptées et synergiques, et nécessite une approche multi sectorielle et harmonisée.

Pour la société civile, ce n'est que le commencement. Il reste encore beaucoup à faire à mesure que la plateforme s'engage à élaborer sa propre stratégie de plaidoyer et à assumer sa noble mission au porte-parole de la voix du peuple.

« La société civile a une obligation de défendre les droits et le bien être de ce peuple qui est la majoritaire, et qui souffre de malnutrition...»

« Que toutes les personnes ont droit à une alimentation saine et à une bonne nutrition...»

¹ Source : La malnutrition à Madagascar, Unicef

Sommaire

Préface (mots de la plateforme)	1
Résumé exécutif	2
Sommaire	3
I. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	4
I.1. Contexte	4
I.2. Objectifs de la consultance.....	6
II. METHODOLOGIE	8
II.1. Cadre de l'étude et période couverte	8
II.2. Type d'étude et principaux directeurs	8
II.3. Approche technique et méthodologique	9
II.4. Limites de l'étude	9
II.5. Assurance qualité	9
III. RESULTATS	10
III.1. Environnement de la nutrition à Madagascar.....	10
III.1.1. Structure institutionnelle	10
III.1.2. Parties prenantes	13
III.2. Efforts et acquis.....	16
III.2.1. Les acquis en termes de politiques, normes et procédures.....	16
III.2.2. Les efforts réalisés dans la prévention de la malnutrition	20
III.2.3. Les efforts réalisés dans la sécurité alimentaire et nutritionnelle	33
III.2.4. Les acquis dans la prise en charge de la malnutrition.....	44
III.2.5. Les acquis dans les urgences	46
IV. PISTE DE REFLEXIONS.....	48
IV.1. Encore des grands défis.....	48
IV.2. Stratégies spécifiques à la nutrition (pour la société civile/HINA)	51
IV.3. Stratégies sensibles à la nutrition.....	56
IV.4. Analyse de l'équité des interventions	59
IV.5. Actions proposées pour HINA	60
V. SYNTHÈSE : vers un troisième virage ?.....	63
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	65
VII. Annexe : Extrait du décret N°2011 - 629	68
Liste des figures.....	75
Liste des tableaux.....	75
Liste des encadrés	75
Table des matières	76

I. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

I.1. Contexte

« La sous-nutrition est l'un des problèmes de santé les plus graves du monde, mais paradoxalement le moins abordé. Les coûts humains et économiques sont énormes et ce sont les plus pauvres, les femmes et les enfants qui en paient le plus lourd tribut »(Source : Scaling Up Nutrition, Avril 2014)). La sous nutrition constitue à la fois un problème économique, un problème de santé, une envergure sociale, et une question de droits humains fondamentaux. La Banque mondiale définit la sécurité nutritionnelle comme « l'accès continu aux éléments de base d'une bonne nutrition, à savoir une alimentation équilibrée, un environnement sain, de l'eau propre, des soins de santé, tant préventifs que curatifs, adéquats pour toutes les personnes, et la connaissance nécessaire pour prendre soin des membres du ménage et leur assurer une vie saine et active ».

A Madagascar, la Nutrition a connu deux « grands virages ». Si elle sous entendait l'accès à la nourriture à partir de l'indépendance, le « **premier virage** » avait été la lutte contre les carences en micronutriments (LMC) et la nutrition communautaire (NC) en 1993. Ensuite, un Groupe d'Actions Intersectoriel pour la Nutrition (GAIN) a été créé en 1997 pour discuter des aspects opérationnels et programmatiques de la nutrition. Le GAIN a été changé en Groupe Initiateur de Nutrition (GI-N) en 2002 qui a appuyé le Gouvernement à l'élaboration de la politique nationale de la nutrition en partenariat avec l'Unicef, l'Usaid (Linkages/AED) et la Banque mondiale.

En 2004, le « **deuxième virage** » de la nutrition a été la mise en œuvre de la politique nationale pour la nutrition. L'année 2004 marque en effet le rattachement final de la nutrition à la Primature avec l'approbation du Plan d'Action National de Nutrition géré par un organisme dédié, l'ONN ou Office National de la Nutrition, directement rattaché à la Primature et dont les responsables sont nommés par décret.

Puis, la crise politique a touché le pays en 2009. Les bailleurs de fonds ont focalisé les aides au niveau de la communauté. C'est seulement en 2012 que le deuxième plan national d'action a été élaboré et mis en œuvre.

L'année 2012 a été aussi marquée par l'intégration de Madagascar au mouvement « **SUN ou Scaling Up Nutrition** ». Il s'agit d'un mouvement international qui unit les peuples, gouvernements, société civile, nations unies, donateurs, secteur privé et chercheurs, dans un effort collectif pour améliorer la nutrition.

Depuis, de nombreux efforts ont été investis en matière de lutte contre la malnutrition. Notons en premier lieu le programme national de nutrition communautaire rattaché à la primature, puis la mise en œuvre de la sécurité alimentaire dans la région de Bekily par la primature également. Ensuite, le Ministère de l'Agriculture a implanté le programme Nutrition Assise Communautaire avec l'UNICEF et le Programme Spécial Sécurité Alimentaire avec la FAO et l'Union Européenne. Le Ministère de la Santé en partenariat avec l'UNICEF, l'OMS, le FNUAP et le Japon a instauré le Programme d'appui à la politique de survie de la mère et de l'enfant. Enfin, le Ministère de l'éducation appuyé par le PAM a mis en œuvre le programme d'appui à l'enseignement primaire en matière de nutrition.

Malgré les quelques progrès observés pendant les dernières années, la malnutrition reste à Madagascar un problème majeur de santé publique et risque d'entraver les efforts réalisés vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2015.

Madagascar est le sixième pays avec une grande ampleur de retard de croissance.

50% des enfants moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance ou sont tous petits pour leur âge :

- 34% des enfants moins de 5 ans présentent une insuffisance pondérale
- 5,5% des enfants moins de 5 ans sont émaciés
- 50% des enfants moins de 5 ans souffrent d'anémie, ainsi que 68% des enfants de 6 à 11 mois
- 50% des enfants moins de 5 ans ont reçu un allaitement maternel exclusif
- 13% des enfants de 6 à 23 mois reçoivent le minimum de calories acceptable journalièrement

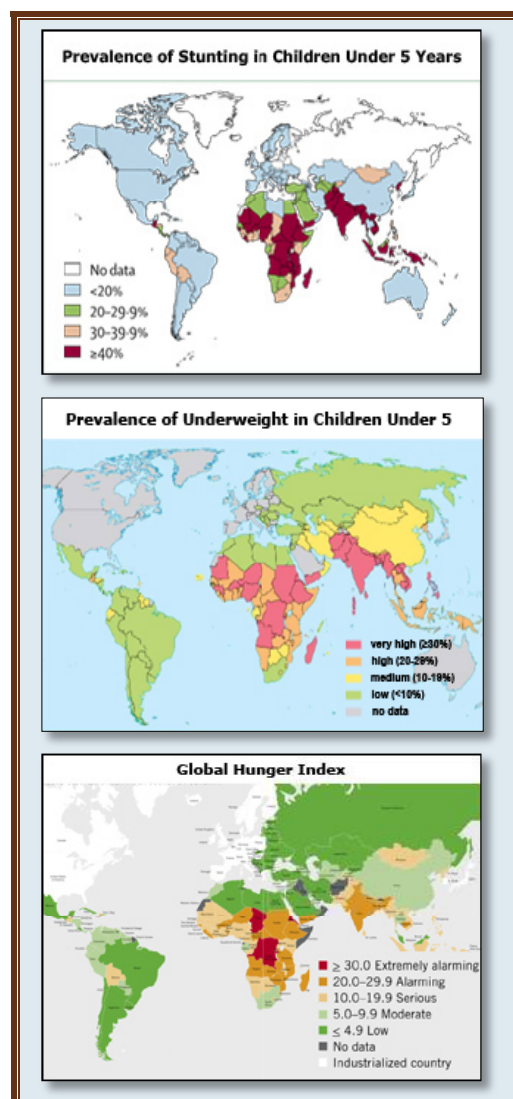
Les mères restent vulnérables :

- Plus du quart des femmes en âge de procréer souffrent de sous nutrition (27%)
- 35% des femmes en âge de puberté présentent une anémie
- Les grossesses adolescentes sont fréquentes avec trois fois de risque de mourir en accouchant

La malnutrition à Madagascar ne s'explique pas seulement par des pénuries alimentaires, même si une grande proportion de la population du pays souffre d'une insécurité alimentaire « chronique ».

Les déterminants de la malnutrition sont multisectoriels. Ses causes immédiates relèvent de l'apport en aliments et en nutriments ainsi que de la santé des individus. Ses causes sous-jacentes sont fortement liées aux conditions communautaires et familiales lors de son apparition, et amplifiées par les pratiques agricoles et les changements climatiques, par un manque d'accès /disponibilité à une eau propre, à des services sanitaires et à des services de santé, ainsi que par les questions d'éducation des filles et de genre, de protection sociale et de filets sociaux. Les causes profondes de la dénutrition sont étroitement liées à des problématiques institutionnelles, politiques et économiques telles que la réduction de la pauvreté et la croissance économique, la gouvernance et la capacité de gestion, la protection de l'environnement, le commerce incluant le rôle du secteur privé.

« Au moins 35 pour cent des mortalités infantiles sont attribuables à la dénutrition. 11% de toutes les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) perdues à travers le monde est due à la dénutrition. Les pertes en matière de développement cérébral, de croissance physique et de développement du capital humain causées par la dénutrition entraînent, chez les individus sous-alimentés, une perte évaluée à environ 10% des revenus totaux gagnés au cours de la vie active et d'une diminution d'environ 2 à 3% du PIB ». (Source OMS)



Encadré 1. Madagascar et sa malnutrition
(<https://www.globalhealthlearning.org>)

I.2. Objectifs de la consultance

Dans le cadre du SUN, la société civile est impliquée dans l'évaluation et la surveillance des engagements des pouvoirs publics malgaches et des donateurs internationaux en faveur d'un accroissement des ressources financières allouées à la nutrition. Il lui appartient de faire connaître la part de financement national et international dans la lutte contre la malnutrition à partir des efforts et acquis effectués par les différents acteurs.

Dans chaque pays, la société civile se regroupe en une plateforme qui, à l'unisson, pourra renforcer sa capacité de sensibilisation, de plaidoyer et de mobilisation des ressources en faveur de la nutrition et des populations vulnérables à la malnutrition. En effet, la société civile a pour rôle de plaider en faveur de la nutrition dans le contexte national et d'aligner les stratégies, les efforts et les ressources de la Société civile sur les plans nationaux de renforcement de la nutrition. Un réseau de société civile vise à encourager les contributions de base à l'élaboration de plans nationaux pour renforcer la nutrition afin que ceux-ci reflètent et s'adaptent aux besoins et à la réalité des communautés souffrant de multiples charges de malnutrition.

Un atelier national a été réalisé le 5 novembre 2013 pour lancer la plateforme de la Société Civile Scaling Up Nutrition à Madagascar. La plateforme est dénommée PFSC HINA ou PlateForme de la Société Civile PFSC/Harmonisation des Initiatives en Nutrition et sécurité Alimentaire. Elle réunit des acteurs de la société civile œuvrant dans divers secteurs ayant un lien avec la nutrition comme la santé, nutrition, agriculture, eau, hygiène, assainissement, protection sociale, sécurité alimentaire.

Une deuxième assemblée générale a été effectuée en Juin 2014 avec la présence du Secrétaire SUN de la société civile. En Février 2015, l'assemblée constituante a mis en place le conseil d'administration. Le 09 juillet 2015, la plateforme a été officiellement instituée selon l'arrêté N° 22694/2015 du ministère de l'intérieur.

HINA a pour mission de porter la voix de la société civile de Madagascar en mettant en œuvre des actions de plaidoyer ayant des impacts directs et indirects sur la nutrition ; de coordonner et renforcer les actions de nutrition des organisations de la société civile; de promouvoir l'utilisation des informations fiables et mises à jour sur la nutrition à travers des travaux de recherche ; de développer de partenariats multi niveaux et multi secteurs en vue de : (i) contribuer à une appropriation nationale de la problématique et de la réponse multisectorielle de la sous-nutrition ; (ii) augmenter les financements alloués à ce domaine ; (iii) mieux valoriser les ressources et compétences locales en faveur de la nutrition.

Face à l'ampleur de la malnutrition, HINA voudrait comprendre :

- ☞ « Pourquoi la malnutrition reste pour la grande île un grave problème de santé publique avec un haut retard de croissance, une plus grande proportion que dans tout autre pays africain (dépassée seulement par l'Afghanistan et le Yémen) » ?
- ☞ « Près de la moitié des enfants malgaches de moins de 5 ans sont affectés par la sous nutrition chronique, et ce depuis près d'un quart de siècle » : Pourquoi d'autres pays ont réussi ?
- ☞ Qu'est-ce qui ont marché ?
- ☞ Qu'est-ce qui méritent d'être appuyés ?
- ☞ Qu'est-ce qui restent à innover ?

Encadré 2. Pourquoi dans d'autres pays et pas Madagascar ?

Népal : entre 2006 et 2011, le retard de croissance a baissé de 49% à 41% (DHS)

Rwanda : entre 2005 et 2010, le retard de croissance a baissé de 51% à 44% (DHS)

Ethiopie : entre 2005 et 2010, le retard de croissance a baissé de 52,4% à 44,4% (DHS)

Pérou : entre 2000 et 2004, le retard de croissance a baissé de 44% à 37% (enquête localisée portant sur 75000 enfants)

(Source : La malnutrition à Madagascar en 6 points, Unicef)

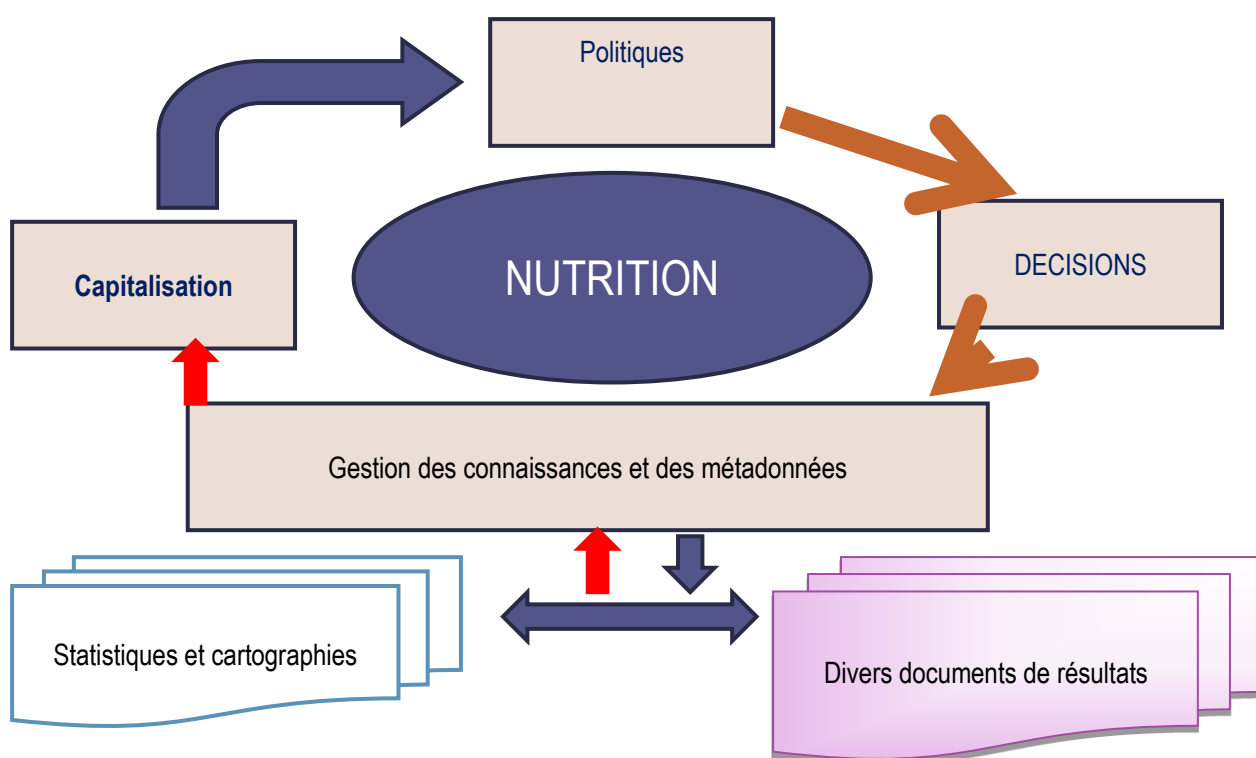
En ce moment, une étude des données secondaires en vue d'analyse des déterminants de la malnutrition est menée avec le soutien technique de la plateforme du système des nations unies. Cette plateforme appuie également l'élaboration d'un plan d'investissement pour la nutrition. Le plan se base sur le cout économique et humain avec des paquets d'interventions spécifiques dans un délai bien déterminé. (business case).

La situation de la malnutrition à Madagascar a amené la plateforme HINA à se poser de questions. Ainsi, HINA a organisé cette étude intitulée « **Efforts réalisés en faveur de la nutrition et lien de financement avec le pays** ».

L'étude vise à permettre aux membres de HINA de mieux comprendre les problématiques liées à la nutrition et de contribuer à la lutte efficace contre la malnutrition.

L'objectif général est de fournir des informations qui aident à valoriser les ressources et compétences locales en faveur de la nutrition.

Les objectifs spécifiques consistent à décrire les efforts réalisés en faveur de la nutrition et le lien de financement dans le pays, et à dégager les pistes de réflexion pour capitaliser les acquis et relever les défis.



(Source : Fiche technique HINA)

Figure 1. Cadrage de l'étude

II. METHODOLOGIE

Complexe, la malnutrition requiert une approche multisectorielle et fait intervenir plusieurs acteurs. Parfois, les résultats sont moins visibles. Pourtant, il s'avère important que les efforts soient capitalisés pour en tirer des leçons, et pour une mise à l'échelle. « Quelle serait la situation actuelle si des interventions de nutrition n'ont pas été effectuées ? ».

II.1. Cadre de l'étude et période couverte

La politique nationale de la nutrition ainsi que les structures institutionnelles constituent le cadre de référence de l'étude qui a commencé à partir de la mise en œuvre de la politique nationale de la nutrition et des plans nationaux d'action pour la nutrition.

II.2. Type d'étude et principaux directeurs

Il s'agit d'une étude rétrospective et qui entre dans le cycle de gestion de connaissances. La recherche sert donc à capitaliser les connaissances accumulées dans la nutrition. Ainsi, elle prend la forme d'une gestion documentaire pour cibler et capitaliser les connaissances considérées comme des composantes qui mènent vers la prise de décision et l'action.

L'étude préconise les principes suivants dont (i) la conformité de la méthodologie aux attentes de la plateforme HINA ainsi que ses points focaux, (ii) la validation et la facilitation de l'Office National de Nutrition de l'approche méthodologique et de la mise en œuvre, et (iii) la consultation inclusive des différents secteurs.

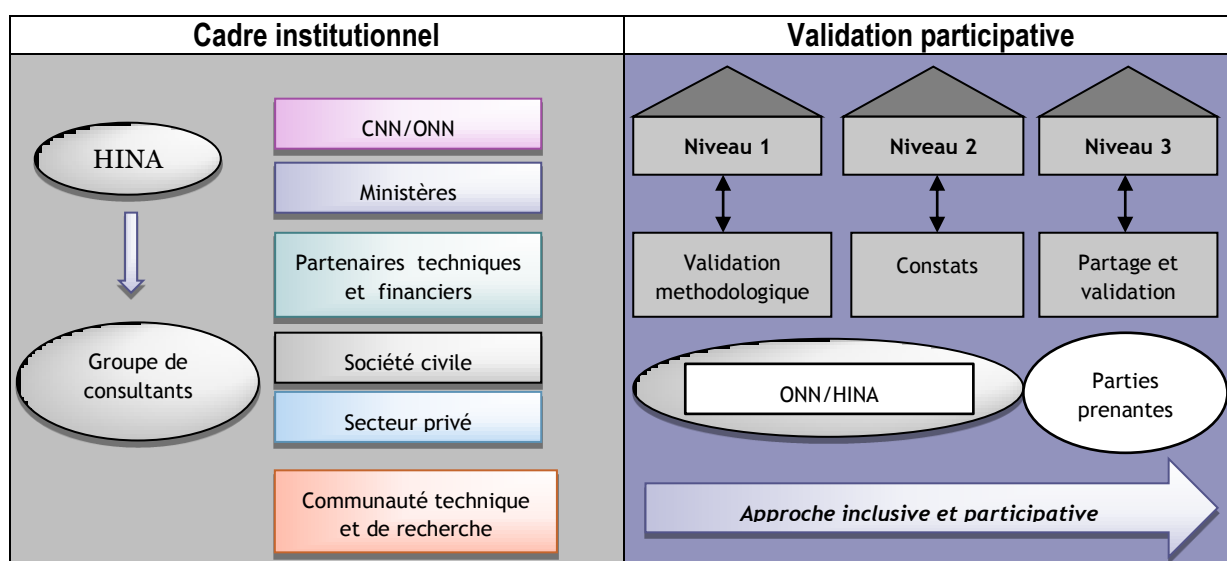


Figure 2. Processus méthodologique

L'étude n'est pas une évaluation des plans nationaux d'action pour la nutrition (PNAN):

- Le PNAN1 a été déjà évalué et le rapport s'avère disponible.
- L'étude n'effectue pas une analyse de pertinence, d'efficacité, de durabilité et de pérennité des interventions contenues dans les PNAN.

II.3. Approche technique et méthodologique

L'étude a mené trois phases bien distinctes qui ont été (i) l'état de lieux, (ii) la description des efforts réalisés, et (iii) l'analyse des résultats et piste de réflexions.

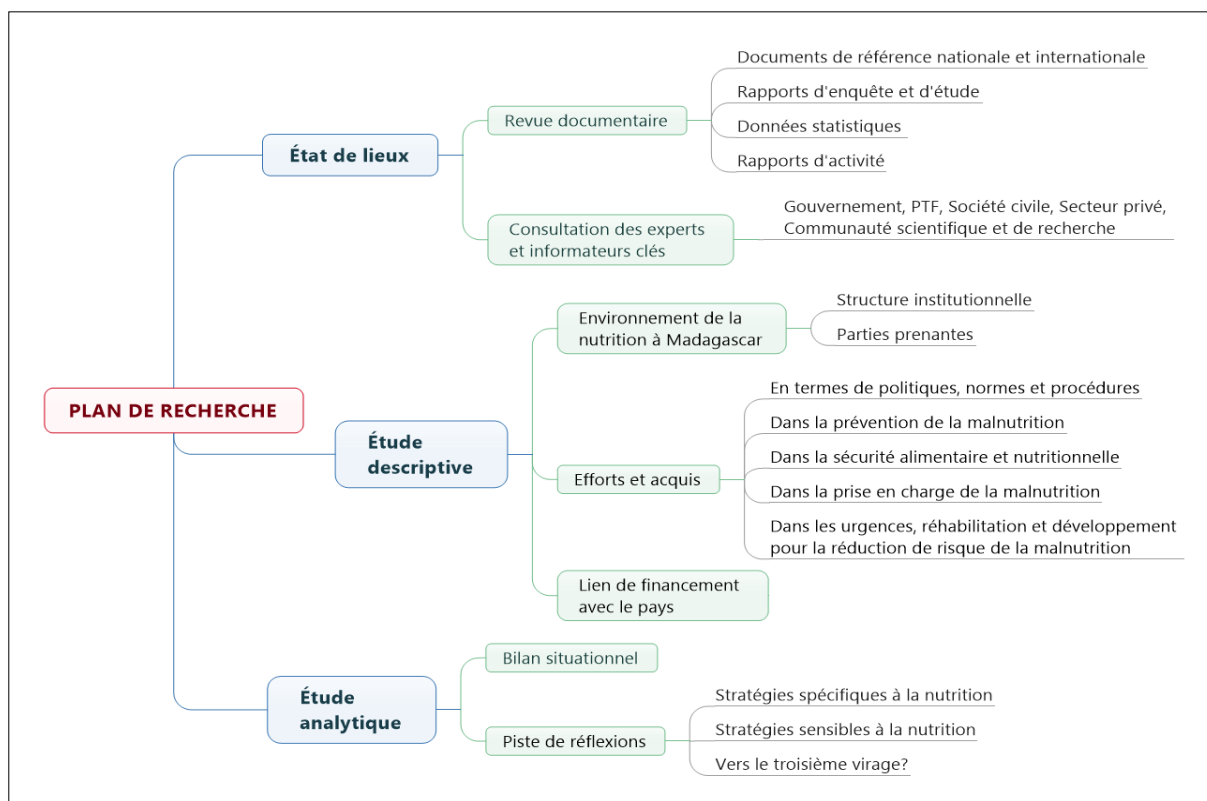


Figure 3. Approche technique et méthodologique

II.4. Limites de l'étude

Dans la mesure où la gestion des connaissances constitue une démarche stratégique pluridisciplinaire à travers une exploitation optimale des connaissances ; l'étude a défini les critères de qualité sur (i) un ancrage institutionnel solide, (ii) la disponibilité en temps et en ressources des parties prenantes, et (iii) l'ouverture d'esprit des acteurs.

Cependant, elle a rencontré des limites à savoir (i) la faible disponibilité des données sur la situation nutritionnelle à Madagascar, (ii) la difficulté à obtenir des données mises à jour de la part des acteurs principaux, et (iii) une contrainte de temps. Par ailleurs, les données restent trop globales et ne sont pas amplement détaillées pour permettre une analyse approfondie. Dans certains cas, les informations à collecter ne sont pas disponibles.

II.5. Assurance qualité

Pour le présent exercice, l'étude a utilisé les données de prévalence les plus récentes : les enquêtes effectuées par l'INSTAT, la documentation des journaux officiels, et les données issues de l'ONN, de SEECALINE et du Ministère de la Santé (Annuaire des statistiques du secteur santé de Madagascar).

Face aux inconsistances et aux données manquantes, d'autres sources ont été explorées dont (i) la collecte des données des ministères de la santé, de l'agriculture et de l'éducation, (ii) les rapports d'activité des partenaires (PAM, UNICEF, FAO, Banque Mondiale, JICA, Union européenne), et (iii) les références et partages internationaux...

III. RESULTATS

L'état de lieux des efforts en faveur de la nutrition et du lien de financement dans le pays vont être présentés en quatre parties.

- La première partie rappelle l'environnement de la nutrition à Madagascar et décrit la structure institutionnelle et les parties prenantes ;
- La deuxième partie rapporte les acquis au niveau des politiques, normes et procédures, et les efforts réalisés dans le cadre des plans nationaux d'action pour la nutrition ;
- La troisième partie expose la situation actuelle de Madagascar ;
- Et, la quatrième partie soulève des réflexions par rapport aux défis, efforts et acquis.

III.1. Environnement de la nutrition à Madagascar

III.1.1. Structure institutionnelle

Madagascar est l'un des rares pays qui s'est fermement engagé dans la lutte contre la malnutrition par la mise en place d'un Office National de Nutrition (ONN) et par le développement d'une Politique Nationale de Nutrition (PNN) et d'un plan d'action.

Encadré 3. Timeline de la Politique Nationale de Nutrition

2004 -- La Politique Nationale de Nutrition (PNN) fournit les détails des 14 stratégies multisectorielles de la nutrition allant de l'allaitement maternel aux problèmes émergents comme le VIH/SIDA et le Tuberculose.

2005 -- Le Plan National d'Action pour la Nutrition (PNAN) traduit en termes pratiques les actions à entreprendre pour la réalisation des stratégies de la Politique Nationale de Nutrition.

2005 -- Le Conseil National de Nutrition (CNN) est chargé de la définition des orientations stratégiques pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition.

2005 -- L'Office National de Nutrition (ONN), placé sous la tutelle de la Primature, est chargé de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition et du Plan National d'Action pour la Nutrition (PNAN), de la coordination technique, du suivi et évaluation, de la recherche et développement des activités spécifiques de nutrition par les différentes agences de mise en œuvre. Il lui appartient également d'assurer la mise en œuvre du Programme National de Nutrition Communautaire (PNNC) et du Prévention et sécurisation nutritionnelle (PSN).

(Source : RAPPORT No: 38687 – MG Madagascar Revues des dépenses publiques, Document de la banque mondiale)

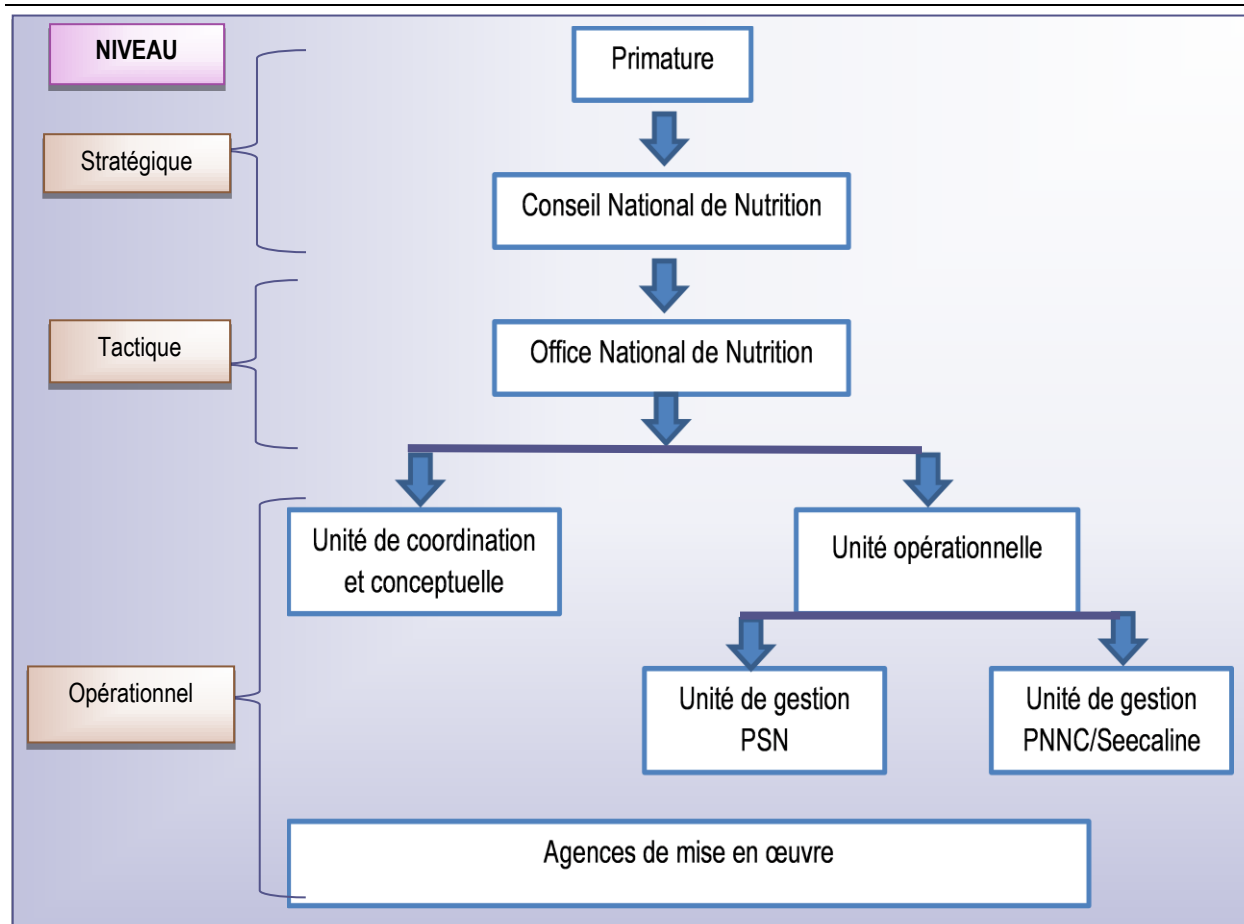


Figure 4. Ancrage institutionnel de la nutrition à Madagascar

Le Conseil National de Nutrition² (CNN) est chargé de:

- définir les orientations stratégiques sur les priorités nationales en matière de nutrition pour la mise en œuvre du PNN;
- analyser et valider l'exécution technique et financière de la politique nationale de nutrition;
- approuver les conclusions et les recommandations du rapport annuel du Coordonnateur National ONN sur la situation nutritionnelle et l'état d'avancement de la mise en œuvre de la PNN;
- diffuser la synthèse des résultats des actions entreprises par l'ONN aux intervenants;
- soumettre le rapport annuel et les observations du CNN au Premier ministre qui fera l'objet d'une communication en Conseil de Gouvernement pour approbation.

Placé sous la tutelle Primature, il est représentatif de toutes les forces vives de la Nation (représentants de la Présidence, de la Primature, du Sénat, de l'Assemblée nationale, des différents Départements ministériels, des organisations de la société civile, des agences des Nations Unies et des partenaires techniques et financiers).

L'Office National de Nutrition³ (ONN) : il est chargé de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition (PNN), de la coordination des interventions de tous les partenaires dans le cadre des actions menées en vue de l'atteinte des objectifs de la PNN. Il assure la coordination et la cohérence technique, opérationnelle et financière des interventions en matière de nutrition ; le suivi et l'évaluation des actions des intervenants ; l'intégration de la Nutrition dans les Planifications des Ministères et des Projets, dans les Plans Communaux et Régionaux de Développement (PCD et PRD) ; l'orientation stratégique et

² Décret No 2004 - 1071 portant création du Conseil National de Nutrition

³ Décret No 2004 - 1072 portant création de l'Office National de Nutrition

l'harmonisation des stratégies ; la synergie, la coordination et l'échange d'information, la recherche-développement ; et enfin la pérennisation et du positionnement de la Nutrition auprès des bailleurs de fonds.

Par ailleurs, l'ONN participe à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition par le biais de ses branches opérationnelles qui sont : le Programme National de Nutrition Communautaire (PNNC), et l'Unité de Prévention et de Sécurisation Nutritionnelle (PSN).

Tableau 1. Quelques caractéristiques de l'Office National de Nutrition

ONN	Unité de coordination et conceptuelle	Unité opérationnelle	
		Unité de gestion PSN	Unité de gestion PNNC/Seecaline
Mission	Assurer la coordination des activités multisectorielles en cours et développe les nouveaux concepts	Assurer des interventions de sécurité alimentaire des ménages dans les zones d'intervention du PNNC/Seecaline.	Assurer la mise en œuvre d'un programme de nutrition communautaire dans tous les districts sanitaires du pays.
Fonctionnement	Sous la responsabilité directe du Coordonnateur National	Sous la responsabilité directe du Coordonnateur National	Responsabilité financière partagée entre le Coordonnateur National de l'ONN et le Directeur National. L'Unité de Gestion PNNC/Seecaline soumet par contre tous les rapports financiers et techniques au Coordonnateur National de l'ONN pour approbation et validation.
Décentralisation	22 responsables techniques de nutrition rattachés aux Chefs de Régions (comme première phase de la mise en place des Offices Régionaux de Nutrition).	6 bureaux provinciaux qui collaborent avec les Communes	6 bureaux provinciaux, qui interviennent sur dans 5500 sites en partenariat avec 440 ONG ⁴ .
Financement	Financement RPI (géré sous la responsabilité du Coordonnateur National de l'ONN) Financement Crédit IDA (géré sous la responsabilité du Directeur National du PNNC/Seecaline)	Financement Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés - IPPTE (géré sous la responsabilité du Coordonnateur national de l'ONN)	Financement RPI (géré sous la responsabilité du Coordonnateur national de l'ONN) Financement Crédit IDA (géré sous la responsabilité du Directeur National du PNNC/Seecaline)

(Source : ONN)

En résumé, le montage institutionnel de la nutrition sous la tutelle de la Primature est constitué par :

- Le **Conseil National de Nutrition** (CNN), qui est un forum de conception, délibération, consultation, concertation, orientation et contrôle des grandes lignes de la Politique Nationale de Nutrition ;
- L'**Office National de Nutrition** (ONN) qui est chargé de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition, de la coordination technique, du suivi et évaluation, recherche et développement, temporelle et spatiale des activités spécifiques de nutrition menées par les différentes agences de mise en œuvre ; et
- Des **Agences de Mise en Œuvre** (AMIO) qui sont les organes d'exécution comprenant les ministères sectoriels et leurs services compétents, les programmes et projets nationaux, les institutions nationales, la société civile, le secteur privé et les ONG nationales ou internationales.

⁴ Les branches provinciales reçoivent leur financement partiellement du bureau national du PNNC/Seecaline (crédit) et également directement de l'ONN (RPI). Le transfert des fonds vers les bureaux nationaux est seulement fait après approbation du plan de travail trimestriel par le bureau national du PNNC/Seecaline

III.1.2. Parties prenantes

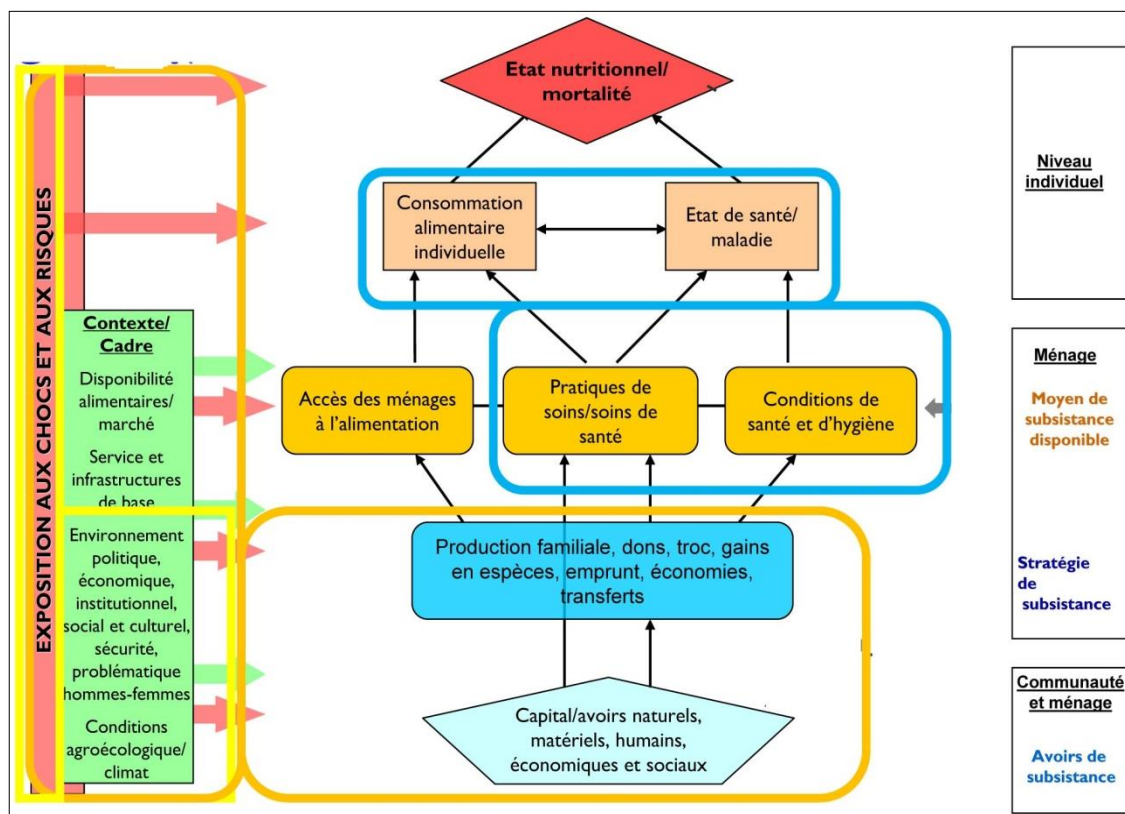


Figure 5. Cadre conceptuel de la malnutrition

Comme le cadre conceptuel de la malnutrition montre divers déterminants, il existe plusieurs acteurs en nutrition. A Madagascar, il y a cinq principaux intervenants à savoir (1) le gouvernement, (2) la société civile, (3) les donateurs, (4) la communauté scientifique et de recherche, et (5) le secteur privé.

III.1.2.1. Le gouvernement

Conseil National de Nutrition

Les représentants d'un large cadre commun des secteurs et les parties prenantes se rencontrent au sein du Conseil National de Nutrition (CNN) sous la supervision du Premier ministre. La CNN se réunit deux fois par an et assure la mise en œuvre et le suivi de la Politique Nationale de Nutrition (PNN) et du Plan d'Action National pour la Nutrition (PNAN II). Les membres du CNN sont nommés par décret du Premier ministre. Les représentants intersectoriels prenant part au CNN sont :

- Le Président ;
- Le Premier ministre ;
- Le Sénat ;
- L'Assemblée nationale ;
- Huit (08) ministres du gouvernement ;
- Les responsables religieux et de communauté ;
- Les ONG et autres représentants de la société civile ;
- Les agences des Nations unies ; et
- Les partenaires techniques et financiers.

L'Office National de Nutrition (cf. structure institutionnelle)

Il est représenté dans les 22 régions.

Le Ministère de la Santé demeure un partenaire privilégié de l'ONN. Il est doté d'un Service de Nutrition (SNUT), qui est chargé de suivre les programmes de nutrition et qui est placé sous la supervision de la Direction de la Santé et de la Famille. Plusieurs autres unités et départements centraux du Ministère de la Santé sont également impliqués dans différents aspects de la nutrition, tels que la Direction de la Santé Familiale, le Service de la Santé et de l'Environnement, le Service de la Surveillance Epidémiologique et de la Gestion des Informations Sanitaires. Au niveau central, le SNUT comprend quatre divisions techniques (Nutrition Communautaire, Promotion de l'allaitement maternel, Nutrition des groupes vulnérables et Micronutriments) ainsi qu'une division administrative et financière. Il est représenté par le « point focal nutrition » dans les services déconcentrés. Les services de nutrition de proximité devraient être assurés par les centres de santé de base.

Le Ministère de l'Agriculture joue un rôle essentiel dans la mise en œuvre des activités du PNAN, notamment en matière d'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

Le Ministère chargé de l'Éducation s'engage à travers la politique de nutrition scolaire.

Le Ministère de la population contribue à travers trois principaux axes dont la protection sociale, la promotion du droit et de l'équité sociale, la cohésion et le développement social.

Le Ministère de l'Eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement met en œuvre la stratégie nationale de l'accès à l'eau, hygiène et assainissement.

Le Ministère de l'Environnement prévoit les actions néfastes du changement climatique.

Le Ministère des finances et du budget joue le rôle de gestionnaire des fonds pour les programmes nationaux de nutrition.

III.1.2.2. *La Société civile*

La plateforme HINA

PFSC HINA ou plateforme de la société civile HINA. C'est un mouvement de la société civile de Madagascar pour lutter ensemble contre les causes sous-jacentes et toutes les conséquences de la sous-nutrition à Madagascar afin d'assurer un avenir radieux aux enfants malagasy. HINA signifie « **H**armonisation des **I**nitiatives en Nutrition et sécurité **A**limentaire » ou « **Hetsika Iraisana Natokana ho an'ny Ady amin'ny tsifanjariantsakafo** » (en malagasy) ou « **Harmonised Initiative for Nutrition Action** » (en anglais). Elle a été créée officiellement le 09 Juillet 2015 en tant qu'association réputée étrangère à cause de la présence des ONG internationales parmi ses membres.

La création de la Plateforme HINA rentre dans le processus du mouvement SUN international ou Scaling Up Nutrition pour contribuer à l'élimination de toutes les formes de malnutrition, en partant du principe que tout le monde a droit à une bonne alimentation et nutrition.

En vue d'une contribution à une appropriation nationale de la problématique et de la réponse multisectorielle de la sous-nutrition, d'une augmentation des financements alloués à ce domaine, et d'une meilleure valorisation des ressources et compétences locales en faveur de la nutrition, HINA a pour mission :

- de porter la voix de la société civile de Madagascar en mettant en œuvre des actions de plaidoyer ayant des impacts directs et indirects sur la nutrition ;

- de coordonner et renforcer les actions de nutrition des organisations de la société civile;
- de promouvoir l'utilisation des informations fiables et mises à jour sur la nutrition à travers des travaux de recherche ;
- de développer de partenariats multi niveaux et multi secteurs.

Des ONG nationales⁵ et internationales⁶ constituent la plateforme HINA.

III.1.2.3. **Les donateurs**

La plateforme des donateurs n'est pas encore opérationnelle. Selon les dernières informations⁷, les membres se sont convenus de se regrouper en un seul bloc : les donateurs et les organisations des nations unies. L'objectif consiste à minimiser le temps perdu en réunions car la plateforme est composée par des acteurs bilatéraux. L'animateur des donateurs désigné pour Madagascar n'est pas encore décidé.

Le groupement des agences des Nations Unies :

L'UNICEF représente les organisations du système des Nations Unies au sein du Conseil National de Nutrition. Les agences des Nations Unies, ainsi que l'UNICEF, sont également membres de la plateforme des partenaires techniques et financiers pour la nutrition, y compris :

- l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)
- le Programme alimentaire mondial (PAM)
- Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)
- Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)

Les autres donateurs travaillant à Madagascar :

- l'Agence américaine pour le développement international (USAID) ;
- l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA).
- L'Union européenne
- L'agence française de développement

III.1.2.4. **La Communauté technique et de recherche**

Les universités, les instituts de recherche et les centres professionnels contribuent au renforcement des capacités en matière de nutrition et dans la connaissance. Il s'agit :

- La faculté de médecine de l'université de Madagascar ;
- L'école supérieure d'agronomie, université d'Antananarivo ;
- La faculté des humanités de Madagascar
- Institut national de la Santé publique et de la Communauté ;
- Centre national de la recherche pour l'environnement ;
- Les écoles supérieures des sciences agricoles ;
- Faculté des sciences appliquées de nutrition et de biochimie ;
- Laboratoire d'analyse en biochimie et nutrition ; et
- Institut national de la Santé publique et de la Communauté (INSPC).

Les entités travaillant dans le domaine de la recherche appliquée sont :

- L'institut de recherche pour le développement (IRD).
- Centre National de la Recherche Appliquée pour le Développement Rural (FOFIFA) ;

⁵ telles AIM, Voahary Salama, SAF/FJKM...

⁶ comme ACF, PSI, CRS, WaterAid...

⁷ Entrevue avec Docteur Voahirana Rajoelina, Banque mondiale

- Centre National des Chercheurs sur l'Environnement (CNRE) ; et
- Recherche en agriculture pour le développement (CIRAD).

III.1.2.5. **Le Secteur privé**

Le monde économique dispose d'un représentant au sein du Conseil national de la nutrition et dans sa plateforme au sein de l'Alliance nationale pour l'enrichissement alimentaire (AFA).

Les initiatives économiques travaillent en collaboration avec les organisations publiques afin de soutenir la mise en œuvre des programmes nationaux, y compris l'enrichissement du sel à l'iode et du pain. L'Alliance nationale pour la fortification alimentaire de Madagascar a été mise sur pied afin de soutenir les actions du gouvernement dans la résorption des déficiences en micronutriment ainsi qu'énoncé dans la Politique nationale de la nutrition. L'Alliance travaille sous la coordination de l'Office national de la nutrition (ONN).

En outre, il existe trois autres plateformes à Madagascar en vue de la coordination des initiatives économiques :

- FIVMPAMA (Association des acteurs économiques malgaches);
- SIM (Syndicat des industries de Madagascar) et
- GEM (Groupe des entreprises de Madagascar).

La Chambre de commerce et de l'industrie de Madagascar assure l'harmonisation de ces trois plateformes.

Un projet précis est conduit par Tanjaka Food Group Company JB pour la production des aliments thérapeutiques tels que le Plumpy'nut, Plumpy'Doz et les laits thérapeutiques F-100 et F-75.

Le programme Nutri'zaza est aussi une société anonyme de droit malgache. Cinq actionnaires soutiennent cette « entreprise sociale » dont Taf, le producteur de la Koba Aina, APEM, une association locale, ainsi que deux fonds d'investissements français, I&P et la Sidi, et le Gret.

Par ailleurs, la société Guanomad contribue activement au développement agricole.

III.2. **Efforts et acquis⁸**

Partant de 2004, l'inventaire des efforts réalisés va être présenté selon les quatre axes stratégiques⁹ du PNAN2. Avant cela, il s'avère nécessaire de répertorier les cadres juridiques et politiques qui ont facilité ou favorisent la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition.

III.2.1. **Les acquis en termes de politiques, normes et procédures**

III.2.1.1. **Le Mouvement Scaling Up Nutrition**

Sur le plan international, Madagascar a joint le mouvement Scaling Up pour la Nutrition SUN en 2012. La feuille de route du mouvement SUN se résume en quatre processus. Des indicateurs (ou marqueurs) de progrès ont été définis, et les marqueurs pour Madagascar sont comme suit : (*Source* : *draft compendium des fiches des pays SUN ; septembre 2013*)

⁸ Conformément à ses termes de référence, cette étude consiste à mener un état de lieux des efforts réalisés en faveur de la nutrition. Il ne s'agit pas d'évaluer les PNAN

⁹ Il a été convenu que l'axe stratégique 5 du PNAN2 sera traité dans l'étude thématique « politique »

✓ Processus 1 : Réunir les parties prenantes dans un espace partagé

- Le renforcement des mécanismes de coordination au niveau nation est mis en place.
- Il existe des progrès notables dans la coordination interne et la multiplication du nombre d'adhérents.
- L'engagement au sein des plates-formes multi-acteurs est en cours.
- Le suivi et la présentation des propres contributions débutent.
- La pérennisation de l'impact de la plate-forme multi-acteurs est en cours.

✓ Processus 2 : Veiller à la cohérence du cadre politique et juridique

- L'analyse des politiques et des programmes existants est en place.
- L'intégration de la nutrition dans les politiques et stratégies des parties prenantes nationales est en place.
- La coordination des contributions pour développer un nouveau cadre politique n'existe pas.
- Il existe des progrès notables pour veiller au développement d'un nouveau cadre politique et juridique.
- La diffusion du cadre politique et l'application du cadre juridique sont en cours.

✓ Processus 3 : Aligner les programmes autour d'un cadre commun de résultats

- L'alignement des programmes autour des politiques, des objectifs et des cibles de nutrition définis à l'échelon national est en cours.

- La transposition des cadres politiques et juridiques en Cadre commun de résultats est en place.
- Il existe des progrès notables dans l'organisation et dans la gestion de la mise en œuvre du Cadre commun de résultats.

✓ Processus 4 : Réaliser un suivi financier et mobiliser des ressources



- L'évaluation de la faisabilité financière est en place.
- Il existe des progrès notables dans le renforcement et l'alignement des ressources
- Le respecter des engagements en traduisant les promesses par des décaissements est en cours.
- Le suivi et la comptabilisation des dépenses débutent.
- La garantie de la prévisibilité du financement pluriannuel pour pérenniser l'impact n'existe pas.

Par ailleurs, Madagascar a élaboré une feuille de route SUN basée sur le PNAN2 et a défini neuf interventions pour la lutte contre la malnutrition.

III.2.1.2. **Le cadre national**

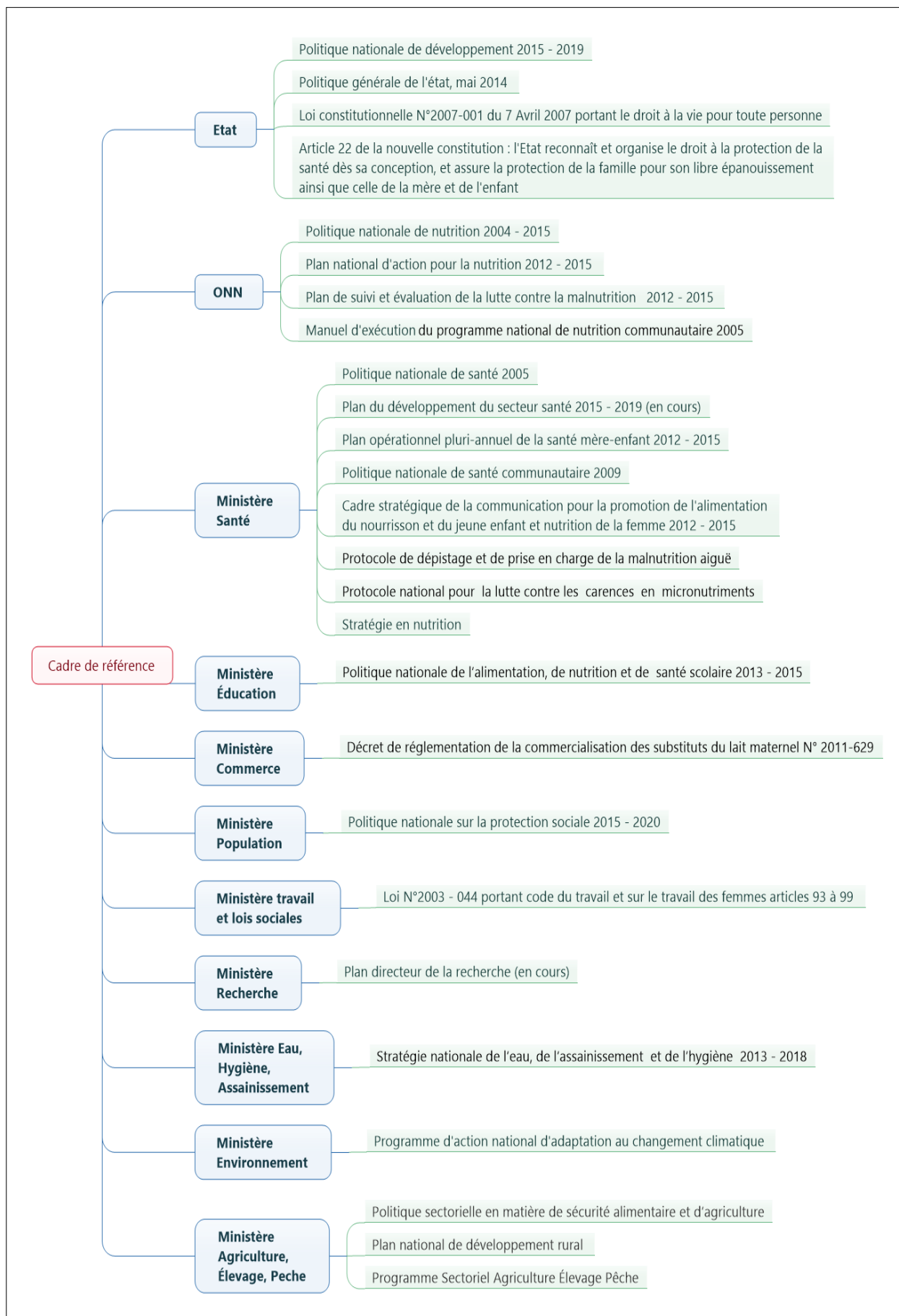


Figure 6. Le cadre national

III.2.2. Les efforts réalisés dans la prévention de la malnutrition

La prévention de la malnutrition comporte quatre programmes bien distincts selon PNAN II, à savoir (i) le programme de nutrition communautaire, (ii) la promotion de l'ANJE (alimentation des nourrissons et des jeunes enfants) et la NdF (nutrition de la femme) à travers l'approche cycle de vie, (iii) le programme de supplémentation en micronutriments (Fer Acide folique, micronutriments, Vitamine A, Zinc, Iode...) 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 14ans et le déparasitage, et (iv) le programme d'amélioration à l'accès à l'eau potable, assainissement et hygiène (EAH).

III.2.2.1. **Services de nutrition à base communautaire : programme de nutrition + promotion ANJE/NdF + supplémentation + promotion EAH**

Auparavant, le ministère de la santé a mis en œuvre la « nutrition à assise communautaire » en collaboration avec l'Unicef. Depuis l'instauration de l'office national de nutrition, un programme officiel de nutrition communautaire a été institué à travers l'U-PNNC Seecalina. Cependant, d'autres partenaires techniques ont aussi mis en œuvre le programme de nutrition communautaire.

Les interventions à base communautaire ont une vocation prioritairement préventive. Ces interventions, même si elles comportent certaines nuances sont menées avec la participation de la communauté. Des agents communautaires sont recrutés et formés pour offrir un paquet minimum d'activité au niveau communautaire.

Le Paquet Minimum d'Activité PMA est composé par le suivi et la promotion de la croissance des enfants, la communication pour le changement des comportements nutritionnels et sanitaires de la communauté, les visites à domicile. Les agents communautaires ont aussi pour rôle de mobiliser les mères à s'adresser aux services de santé pour les soins de leurs enfants, les consultations prénatales et post natales. L'éducation à une bonne alimentation et à une bonne hygiène doit être également incluse dans les activités. D'autres spécificités existent aussi, et dépendent des projets.

Dans ce paragraphe, nous décrivons succinctement les programmes mis en œuvre. Ensuite, nous allons effectuer une récapitulation et situer les données actuelles.

1. Les programmes mis en œuvre à Madagascar

☞ **L'U-PNNC Seecalina** est le plus grand programme de nutrition communautaire à Madagascar. Avant 2004, il y avait 3600 sites communautaires. En 2005, le projet a été rattaché à l'ONN et la primature. Ainsi, le Paquet Minimum des Activités (PMA) de nutrition communautaire dans tous les sites est appliqué, ayant pour population cible les enfants de 0 à 5 ans, avec une attention particulière accordée aux enfants de moins de deux ans et aux femmes enceintes et allaitantes.

A la fin de 2006, le PNNC/Seecaline est actif dans 5 515 sites, couvrant ainsi 70,4 % des Communes (1.107) dans tous les 111 Districts, soit 10.376.755 habitants représentant 56,22 % de la population totale. Environ 56,2% des enfants de moins de 3 ans (641.733 enfants) et leurs mères ont été suivis mensuellement. Le PNNC/Seecaline a collaboré en partenariat avec 431 ONGs locales formées par le projet et qui ont joué le rôle d'interface entre le projet et les communautés bénéficiaires. Par ailleurs, les années 2010 (janvier à octobre) et 2011 (août à décembre) ont correspondu à une période transitoire sans appui des bailleurs. Alors que la période « novembre 2010 à juillet 2011 » a vu l'ultime et dernière phase de mise en œuvre du projet SEECALINE dans le cadre de l'utilisation du reliquat du crédit 3060-2 MAG ; lequel a permis le financement des activités du PNNC pendant neuf mois. Après l'année 2011, le projet a

rencontré des difficultés financières engendrant la fermeture de quelques sites communautaires. (Source : Rapport d'achèvement du projet Seecaline)

Grace au soutien de la Banque Mondiale, une aide d'urgence pour la santé et nutrition ou PAUSENS permet au projet de maintenir la continuité des activités octroyées au niveau des sites. Actuellement, neuf régions bénéficient de cette aide d'urgence.

Le tableau suivant représente les couts alloués au projet SEECALINE.

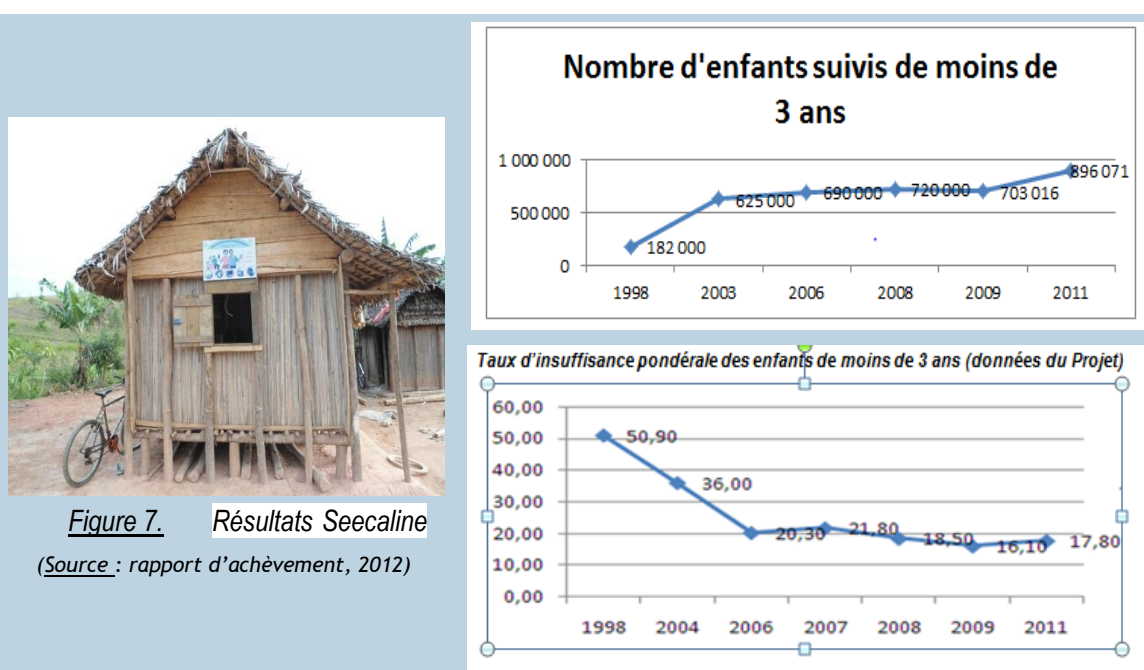
Tableau 2. Financement du projet SEECALINE

02/11/98 à 31/12/2003	05/08/2004 à 31/12/2008	30/08/2007 à 31/07/2011	Financement PAUSENS 2012 à 2016
27 600 000 USD	10 000 000 USD	10 000 000 USD	20 000 000 USD

Source : Rapport d'achèvement du projet Seecaline 2012

De 2004 à 2011 le cout total alloué au projet, évalué en monnaie locale Ariary, s'élève à 49 151 228 833,79 MGA, avec les 41 058 109 204,99 MGA destinés au fonctionnement des sites de 2004 à 2010.

En somme, 6 087 Agents Communautaires de Nutrition ont travaillé dans 6 087 sites de 1 283 communes des 111 districts et 22 régions. Les résultats sur la réduction de l'insuffisance pondérale chez les enfants moins de cinq ans sont significatifs.



- ☞ **Nutrimad** est un programme de Nutridev à Madagascar pour lutter contre la malnutrition avec la synergie entre GRET et IRD.



Source : Plaquette Nutridev

Figure 8. La démarche de Nutridev

PNNC Nutrimad

Date : Avril 2009-Mars 2012

Zone d'intervention : Vakinankaratra (12 communes), Atsinanana (7 communes), Androy (14 communes), Atsimo Atsinanana (10 communes)

Budget : environ 800 000 €

Financement principal : le Comité français de l'Unicef

Autres financements : le MAEE, l'UE

Associations partenaires : Tsihatava, Asos

Objectifs : Contribuer à la réduction durable de la malnutrition chez les jeunes enfants des zones rurales de Madagascar par la mise en œuvre du Programme National de Nutrition Communautaire et la diffusion d'aliments de compléments.

Nutrimad Analanjirofo

Date : Avril 2008- Mars 2011

Zone d'intervention : Région de l'Analanjirofo

Budget : environ 80 000€ par an

Financement principal : le Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais,

Association partenaire : Asos

Objectifs : 1) Contribuer à la réduction durable de la malnutrition chez les jeunes enfants dans la région de l'Analanjirofo ; 2) Renforcer les capacités des acteurs régionaux et communaux à remplir leur mandat fixé par l'Etat dans le cadre de la PNNC.

Nutrimad Aide Alimentaire

Date : Juillet 2009 – Juin 2010

Zone d'intervention : Analamanga (Antananarivo), Vakinankaratra (Antsirabe et Antsirabe II), de la Haute Matsiatra (Fianarantsoa), Atsinanana (Toamasina I, Toamasina II et Brickaville), Androy, Atsimo Atsinanana

Budget : 500 000€

Financement principal : le MAEE

Autres financements : le Comité français pour l'Unicef, l'UE

Association partenaire : Asos, Tsihatava, Mikolo

Objectifs : Contribuer à la réduction durable de la malnutrition chez les jeunes enfants à Madagascar par l'appui à la mise en œuvre du Programme National de Nutrition Communautaire via la production et diffusion d'aliments de compléments.

Nutrimad Sud-Est

Date : Janvier 2007- Juin 2010

Zone d'intervention : Atsimo Atsinanana (10 communes)

Budget : 1 110 988 €

Financement principal : l'UE

Autres financements : le MAEE, le Comité français de l'Unicef

Association partenaire : Tsihatava

Objectifs : Améliorer de façon durable les conditions de vie dans le sud-est de Madagascar en vue de réduire la malnutrition au sein des populations les plus vulnérables : enfants de 0 à 6 ans via leurs mères, femmes enceintes et allaitantes et élèves des écoles primaires.

Nutrimad Androy

Date : juillet 2006- juin 2009

Zone d'intervention : Région Androy (14 communes)

Budget : 1 106 798 €

Financement principal : l'UE

Autres financements : le MAEE, le Comité français de l'Unicef, le PAM

Objectifs : Améliorer les conditions de vie dans cette région en vue de réduire la malnutrition des populations les plus vulnérables : enfants de 0 à 12 ans, femmes enceintes et allaitantes.

Nutrimad volet urbain

Date : 1997-2009

Zone d'intervention : Régions d'Analamanga (ville d'Antananarivo), du Vakinankaratra (ville d'Antsirabe et zone rurale d'Antsirabe II), de la Haute Matsiatra (ville de Fianarantsoa), d'Atsinanana (ville de Toamasina, zone rurale de Toamasina et de Brickaville).

Budget : environ 4 millions d'euros

Financement principal : la Région Ile de France, le MAEE

Autres financements : l'UE, Sight and Life, l'Inter Coopération Suisse

Association partenaire : Asos, l'Iredec, Mikolo, Tsihatava,

Objectifs : contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants malgaches, par la mise à disposition sur le marché d'aliments adaptés et accessibles à tous, et l'éducation nutritionnelle des populations

Nutrimad volet rural

Date : 2000 – 2007

Zone d'intervention : Régions du Vakinankaratra (zone rurale d'Antsirabe II) et de l'Atsinanana (zone rurale de Toamasina et de Brickaville)

Budget : 500 000€

Financement principal : le Comité français pour l'Unicef

Autres financement : le MAEE

Association partenaire : Asos, Iredec, Frères St Gabriel

Objectifs : Contribuer à la réduction durable de la malnutrition chez les jeunes enfants à Madagascar en milieu rural.

☞ **Le projet Santénet2 ou « Kaominina Mendrika salama » (KMs)** est la quatrième phase du projet de santé communautaire de l'USAID pour une « utilisation accrue de services et de produits sanitaires spécifiques et amélioration des pratiques » à Madagascar. Depuis 2008 à 2013, Santénet2 a mis en œuvre des activités de santé communautaire intégrées dans 800 des 1 566 communes de Madagascar, couvrant ainsi 16 des 22 régions et 70 des 111 districts.

Le projet a travaillé sur cinq programmes de santé dont (i) la santé de la mère et de l'enfant, (ii) la santé de la reproduction et planning familial, (iii) la lutte contre le paludisme, (iv) la promotion de l'eau, hygiène et assainissement, et (v) la lutte contre le VIH/Sida. Il a coûté 30 000 000 USD.

Santénet2 a formé et mis en place 5 758 Agents Communautaires en suivi et promotion de la croissance, en actions essentielles en nutrition, en urgences obstétricales et néonatales communautaire (UONc) et en prise en charge des maladies de l'enfant communautaire (PCIMEC).

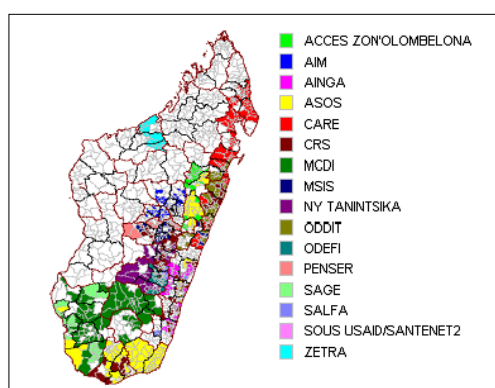


Figure 9. Les 800 communes appuyées par 16 Organisations Non Gouvernementales

Encadré 4. Services de santé et de nutrition à base communautaire, Santénet2



Les activités sont basées sur le suivi et la promotion de la croissance, la référence pour vaccination des enfants, la prise en charge des principales maladies de l'enfant, la surveillance nutritionnelle pour la réduction des impacts de la malnutrition aigüe chez les enfants.

Le taux de malnutrition sévère détecté régresse de moitié de 2011 à 2012 et de 1 point de 2012 à 2013 grâce aux efforts renforcés sur les counseling et sensibilisations sur les actions essentielles en nutrition offerts par les 5 758 AC sur 5 758 fokontany de 800 communes de Madagascar.

558 533 enfants pris en charge PCIMEC

68 890 enfants référés pour vaccination

Source : Santé et nutrition du couple mère enfant dans 800 KMsalama (hayzara)

D'autres projets de services de santé à base communautaire sont actuellement appuyés par l'USAID :

- Depuis 2011 à 2015, le projet MAHEFA qui couvre 2023 fokontany dans 279 communes, 24 districts sanitaires et six régions. Il coûte 35 Millions de dollars ;

- Depuis 2013 à 2018, le projet MIKOLO qui couvre 506 communes rurales et 36 districts dans six régions. Il coûte 25 Millions de dollars.

2. Récapitulation et situation actuelle

Les agents communautaires de nutrition (ou ACN) sont les agents recrutés par Seecaline. Les ACN, comme sa dénomination l'indique, offrent « formellement » des services de nutrition. Ils effectuent des démonstrations culinaires. Seecaline couvre actuellement neuf régions, et les ACN perçoivent normalement une indemnité mensuelle de 50 000 Ariary.

Les agents communautaires (ou AC) sont recrutés suivant la politique nationale de santé communautaire. Ils sont formés non seulement sur le suivi et la promotion de la croissance et sur les actions essentielles en nutrition, mais aussi sur la prise en charge des maladies de l'enfant (PCIME communautaire), sur le planning familial et sur le dépistage des signes de danger des urgences obstétricales et néonatales. Ces AC sont bénévoles et ne perçoivent pas d'indemnité. Ils gagnent une petite marge bénéficiaire sur la vente des produits de santé.

Dans un même fokontany de Madagascar, il existe des agents communautaires de tel projet et de tel programme¹⁰. Cette situation reflète l'existence des programmes verticaux qui ne s'adaptent pas au contexte local, et qui engendrent l'inégalité de traitement des AC pour une même cause humanitaire.

Il faut aussi noter que 35 213 agents communautaires formés en PCIMEc existent dans 17 984 fokontany de Madagascar (Source : Service de Santé de l'Enfant, Ministère de la santé)

Tableau 3. Récapitulation des programmes de nutrition à base communautaire

	Seecaline (ACN)	Nutrimad	KMs
Points communs	PMA		
Spécificités	Démonstrations culinaires Visite à domicile Rémunération mensuelle des ACN	Aliment supplémentaire	Services PCIMEc et PF Visite à domicile Bénévolat, bénéfiques par rapport à la vente des produits de santé ¹¹
Couverture	1 283 communes	77 communes	800 communes
Coût total financement	4 151 228 833,79 MGA	8 257 786 Euros	30 000 000 dollars
Période	2004 - 2010	1997 - 2012	2008- 2013
Bailleurs	Banque mondiale	UE/AFD	USAID

Toutes ces approches ont amélioré le suivi des enfants car les rapports des activités des CSB ont montré que 2 630 072 enfants moins de 5 ans et plus de 95% des enfants 0 à 11 mois sont pesés en 2013. (Source : *Annuaire des statistiques du secteur santé, 2013*)

¹⁰ Il existe des AC appuyés par le projet Usaid/Mikolo et des ACN appuyés par le Pausens dans les fokontany des régions Analamanga, Atsimo Andrefana, Amoron'i Mania, Haute Matsiatra, Vatovavy Fitovinany : Pour cette dernière par exemple, il existe une démotivation entre l'AC et l'ACN du fokontany Antafotenina de la commune Ifanadiana. Parfois, les ACN sont les AC, et dans ce cas, il n'y a pas de litige.

¹¹ L'AC s'approvisionne en produits de santé (contraceptifs injectables et oraux, antipaludéens, anti diarrhéiques...). Et, il met une marge bénéficiaire prédéterminée sur les produits offerts aux clients.

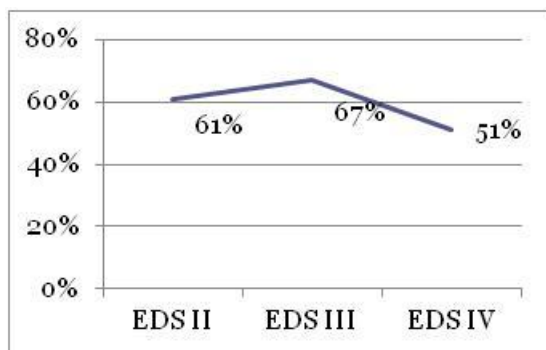
III.2.2.2. *La promotion de l'Alimentation des Nourrissons et des Jeunes Enfants et de la Nutrition de la Femme à travers l'approche cycle de vie*

La période la plus critique pour le développement de l'enfant va de la grossesse jusqu'à l'âge de 24 mois après la naissance de l'enfant. Lorsque les pratiques d'alimentation des petits enfants sont inadéquates pendant cette période, leurs chances de survie durant les cinq premières années sont largement diminuées et leurs capacités physiques et mentales réduites, entraînant ainsi une réduction de leur capacité d'apprentissage et de conditions de vie ainsi qu'une augmentation du risque de maladies chroniques à l'âge adulte. C'est la nécessité de l'approche 1000 jours, dès la conception de bébé jusqu'à son 24^{ème} mois. Une bonne alimentation de la mère pour un allaitement réussi du bébé.

Les agents communautaires réfèrent les femmes enceintes pour des consultations prénatales au centre de santé. En même temps, ils font la promotion de la nutrition. Les CSB offrent le paquet complet des soins prénatals y compris la nutrition, la supplémentation en fer acide folique et le déparasitage.

L'évolution de l'indice de masse corporelle des femmes enceintes est comme suit :

Figure 10. Pourcentage des mères avec un faible Indice de Masse corporelle

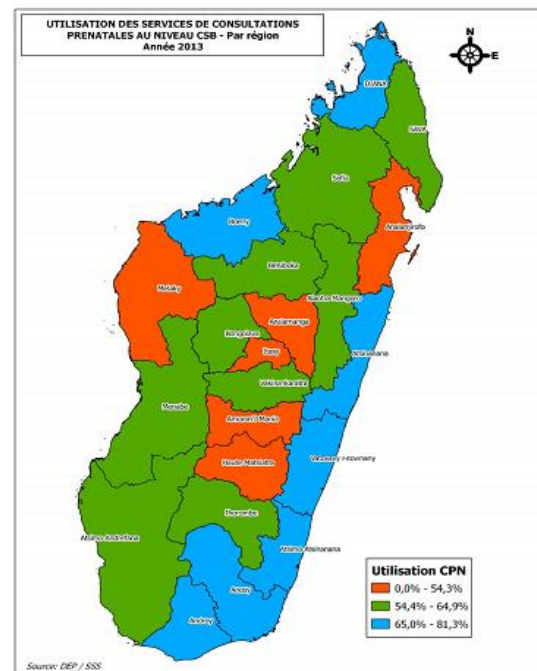


Le taux d'utilisation des soins prénatals s'est quand même amélioré. Il varie d'une région à l'autre selon les rapports des activités des CSB.

Tableau 4. Résultats ENSOMD 2012-2013

Couverture des soins prénatals (consultation personnel qualifié)	82,1%
Au moins une visite	86,7%
Au moins quatre visites	51,1%

Figure 11. Utilisation des services de consultations prénatales au niveau CSB – par région (2013)



Source : Annuaire des statistiques du secteur santé de Madagascar, 2013

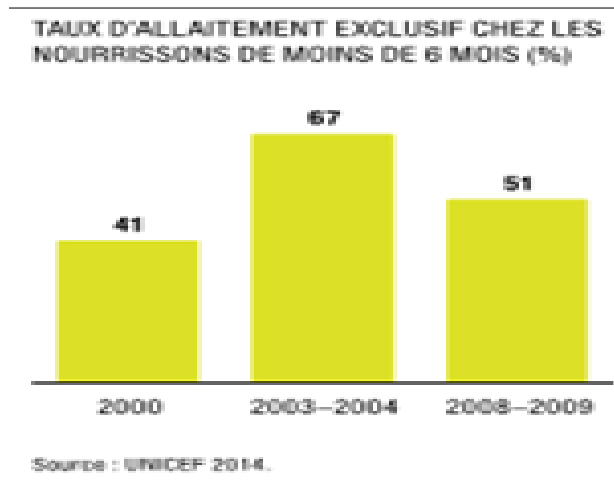
Jusqu'à maintenant, la proportion des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié est de 44,3% (ENSOMD 2012-2013). L'enquête MICS 2012¹² révèle que la mise au sein dans l'heure suivant la naissance se situe à 45,5%. Cependant, elle concerne 72 % des enfants pour l'EDS IV. Il existe une variation régionale en termes de pratique.

La promotion de l'allaitement maternel est un des thèmes véhiculés dans les sites de nutrition communautaire. Auparavant, un « taskforce allaitement maternel », présidé par le ministère de la santé, a été institué pour assurer la pertinence des messages véhiculés auprès des groupes cibles. Une promotion « amis de bébé » a été aussi menée en collaboration avec l'Unicef et le projet Usaid/Linkages. Il y avait la mise en place de 71 hôpitaux amis de bébé, 10 lieux de travail amis de bébé, et 2 communes amis de bébé. Le projet a été stoppé pour cause de financement mais prévoit de reprendre les activités.

¹² Régions d'Androy, d'Anosy, d'AtsimoAndrefana et d'AtsimoAtsinanana

Le taux d'allaitement maternel exclusif diminue.

Figure 12. Taux d'allaitement exclusif chez les nourrissons de moins de 6 mois



Facteurs contextuels :

- Revenu (RNB/habitant)
- Taux de natalité chez les adolescentes
- Congé de maternité + participation de main d'œuvre féminine (en interaction)
- Niveau de scolarisation

La loi du travail malgache permet aux femmes de bénéficier de 14 semaines de congé de maternité et d'une heure d'allaitement par jour pendant 15 mois.

En 2011, le ministre de la santé publique a soutenu le projet de décret N° 2011- 629 portant réglementation de la commercialisation des substituts du Lait Maternel.

Les résultats EDS IV montrent que la quasi-totalité des enfants sont allaités (98 %).

La durée médiane de l'allaitement est estimée à 21,9 mois et celle de l'allaitement maternel exclusif à 2,3 mois

Article 1.- Le présent décret a pour objet d'assurer aux nourrissons et aux jeunes enfants une alimentation idéale pour leur croissance et leur développement, en protégeant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six (6) mois tout en encourageant l'allaitement au sein jusqu'à deux (2) ans et plus et en introduisant des aliments complémentaires à partir du sixième mois. .

Article 2.- Le présent décret s'applique à la commercialisation des « produits visés », notamment:

- les préparations pour nourrissons appelées aussi lait pour nourrissons fabriqué industriellement;
- les préparations de suite appelées aussi lait de deuxième âge ou lait de suite;
- aux autres produits commercialisés ou présentés comme aliments ou boissons pour nourrissons et/ou pour jeunes enfants;
- aux matériels servant à leur préparation et à leur administration;
- aux sucettes et autres;
- ainsi qu'à l'information et l'éducation relatives à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.

Il ne s'applique pas aux aliments complémentaires préparés au niveau des ménages avec des produits disponibles localement.

Extrait du décret N°2011 - 629
(extrait intégral en annexe)

En ce qui concerne l'alimentation complémentaire, les résultats disponibles ne semblent pas cohérents.

Figure 13. Pratiques d'alimentation des nourrissons et jeunes enfants

PRATIQUES D'ALIMENTATION DES NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS (% 6-23 MOIS)		
Régime acceptable minimum	ND	ND
Diversité alimentaire minimum	ND	ND

Source : DHS.
Remarque : ND = Non disponible.

Pour la promotion de l'ANJE à Madagascar, divers canaux sont utilisés :

- Les structures de santé ont un rôle majeur à jouer grâce à toutes les opportunités de contact avec les femmes qu'elles offrent (consultations prénatales et post natales, programme élargi en vaccination, prise en charge des maladies de l'enfant...)
- Les campagnes de sensibilisation de masse annuelles et une semaine dédiée à l'allaitement maternel, soutenues par les mass media sont conduites par le Ministère de la Santé avec l'appui de l'UNICEF et d'autres partenaires.
- Les sites communautaires assurent aussi la promotion.

Disponibilité de carnets de santé incluant les conseils nutritionnels



A Madagascar, l'UNICEF soutient l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (IYCF) en tant que stratégie clé pour l'amélioration de la survie et du développement des enfants. En 2013, l'action a porté sur l'amélioration de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans six districts des régions Analamanga, Anosy et Analanjirifo où habitent 162 000 femmes enceintes et allaitantes et 130 000 enfants âgés de moins de deux ans. L'UNICEF a soutenu la formation de 439 professionnels de santé et de 1 744 agents de santé communautaires en matière de conseil en nutrition des nourrissons et des jeunes enfants, y compris l'allaitement précoce et exclusif, l'alimentation complémentaire adéquate et la nutrition des femmes enceintes.

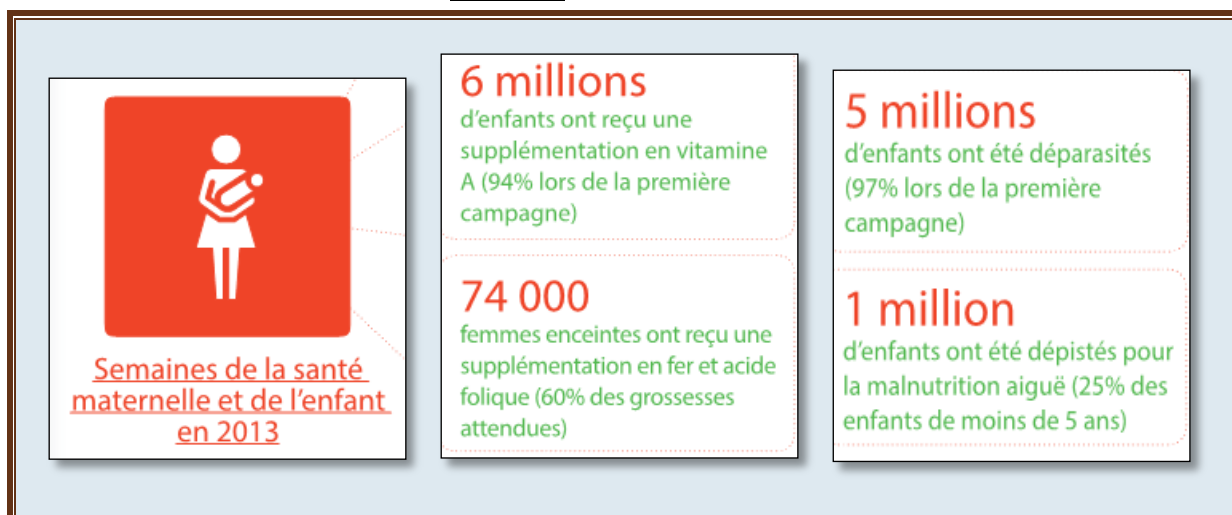
III.2.2.3. *La supplémentation en micronutriments des femmes enceintes et allaitantes, des adolescentes de 15 à 24 ans, des enfants de moins de 5 ans et d'âge scolaire de 6 à 14 ans, et le déparasitage*

Cinq stratégies ont été déployées à savoir (i) la supplémentation individuelle, (ii) la campagne de masse, (iii) la nutrition scolaire, (iv) la fortification à domicile, et (v) la fortification alimentaire.

1. La supplémentation individuelle : lors des contacts au niveau des formations sanitaires (consultations prénatales, consultations postnatales, programme élargi de vaccination, suivi et promotion de la croissance, prise en charge des maladies de l'enfant...).

2. La campagne de masse lors SSME (Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant)

Organisée deux fois par an, elle permet d'atteindre une meilleure couverture des cibles.

Encadré 5. Résultats SSME 2013

Source : Rapport annuel Unicef, 2013

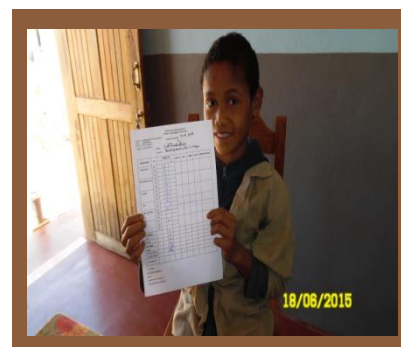
Tableau 5. Coût du financement

Date SSME	Dépenses en Ariary
oct-06	815 297 858
avr-07	1 139 194 218
oct-07	3 614 300 368
avr-08	4 630 464 830
oct-08	1 215 765 620
avr-09	1 218 059 344
oct-09	2 826 791 177
avr-10	2 120 779 208
oct-10	1 398 989 500
avr-11	2 180 615 976
TOTAL	21 160 258 099

Source : Rapport d'évaluation SSME, 2011

3. Le programme de nutrition scolaire :

En collaboration avec l'ONN, le Ministère de l'Education a pu mettre à l'échelle la lutte contre l'anémie provoquée par les carences en fer avec la supplémentation en fer et le déparasitage de 1.4 millions d'élèves (55% des effectifs total du pays) dans 9000 écoles primaires (Source : Banque mondiale, 2007). Cette activité est d'autant plus importante car il a été prouvé que les effets néfastes de la déficience en fer sont réversibles avec la supplémentation en fer.



L'appui à la cantine scolaire sera discuté dans le volet sécurité alimentaire et nutritionnelle.

4. La fortification à domicile :

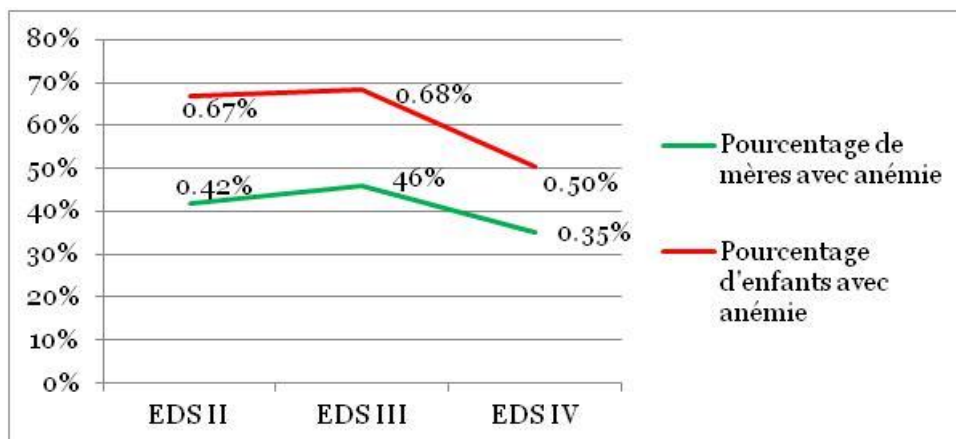
L'ONN, en collaboration avec PSI et Unicef a mis en œuvre le projet « Fortidom » ou fortification à domicile dans les villes d'Antananarivo, Fianarantsoa, Vavatenina et Fénérive Est (forte prévalence de la malnutrition).

Une entreprise locale a produit les sachets de « zaza tomady » qui contiennent des micronutriments. « Zaza tomady » est destiné aux enfants de 6 à 23 mois en complément de l'alimentation et de l'allaitement maternel.

Il existe une potentialité de production des micronutriments au niveau local, aussi bien pour les femmes enceintes (cf. Photo). D'autant plus, que le taux de prise adéquate (90j) du fer acide folique chez les femmes enceintes s'avère faible dans le pays et que la prévalence de l'anémie touche plus d'une femme sur trois.



Figure 14. La prévalence de l'anémie



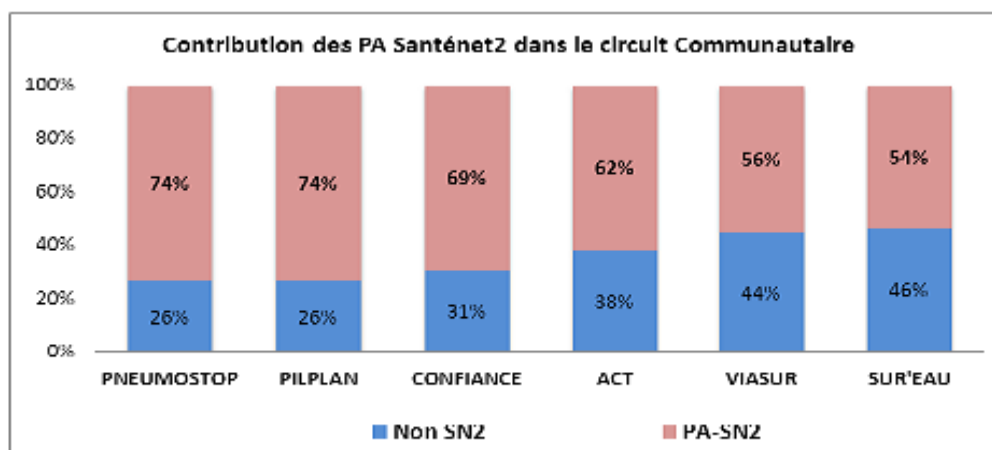
Le projet « fortidom » a été mis en œuvre sur deux circuits dont via top réseau et via agents communautaires.

L'accès des communautés enclavées à « zaza tomady » reste un défi. Cependant, l'approvisionnement communautaire s'avère bien possible pour une mise à l'échelle. Non seulement, l'approvisionnement à travers les AC répond aux besoins de la communauté, mais il permet aussi d'entretenir la motivation des AC sur la marge bénéficiaire qu'ils gagnent. Nous partageons ici les acquis du projet SantéNet2 pour approvisionner 11 413 AC dans 5 758 fokontany de 800 communes en produits de santé.

Encadré 6. L'approvisionnement communautaire dans le projet Santénet2 (site hayzara)

Les communes KM salama ont constitué une part de marché importante pour les produits de marketing social.

Figure 15. Contribution des PA Santénet2 dans le circuit communautaire



Source: Tableau de bord Appro.-PSI

5. La fortification alimentaire :

L'alliance nationale pour l'enrichissement alimentaire AFA a été instituée.

Ici, nous partageons la situation actuelle de la fortification du sel en iode. La collaboration des ministères de la santé et du commerce ont permis à l'iodation du sel dans la plupart des sauniers du pays. $\frac{3}{4}$ des ménages disposent du sel iodé ; cependant la qualité de la teneur en iode reste à surveiller.

Quant aux aliments fortifiés prêts à l'emploi, ils seront rapportés dans la prise en charge de la malnutrition.

III.2.2.4. *L'amélioration de l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène*

En 2015, Madagascar est classé au 4ème rang mondial des pays ayant les plus mauvais indicateurs d'accès à l'eau potable et à l'assainissement.

La défécation à l'air libre couplée avec le manque d'accès à l'eau potable et à de mauvaises pratiques d'hygiène telles que l'insuffisance de lavage de mains avec du savon sont directement responsables de diarrhées, dénutrition, retard de croissance... Sur une toile de fonds de malnutrition, la diarrhée est à l'origine de 17% des décès des enfants de moins de 5 ans (source : OMS 2007).



En 2006, le Ministère de l'eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène (MEAH) a élaboré la politique nationale de l'eau et de l'assainissement.

L'état s'est aussi engagé à la fin de la défécation à l'air libre d'ici fin 2018.

Le MinEAH assure la mise en œuvre de la politique à travers ses directions régionales et en collaboration avec les partenaires techniques et financiers pour une meilleure disponibilité des infrastructures d'une part, et pour l'adoption de comportements EAH d'autre part.

D'après la base des données du Ministère de l'Education Nationale, seulement 18% des écoles primaires disposent des points d'eau et 58% sont équipées des latrines en 2011. A ce niveau, le MinEAH appuie la construction des infrastructures et le ministère de l'éducation engage les bénéficiaires dans l'entretien et dans l'adoption de comportements EAH. La division de santé scolaire du ministère de l'éducation a mis en

place des responsables de santé scolaire (RSS) au niveau de toutes les directions régionales et de toutes les circonscriptions solaires des districts ; elle coordonne et appuie tous les programmes relatifs à la santé et à la nutrition. Elle met en œuvre les approches « écoles amies de Wash » et « école étoile » avec WaterAid et Unicef. Usaid y a aussi contribué lors du « Hygiène Improvement Project ». Aide et Action appuie également les écoles en EAH. Cependant, la couverture des écoles en EAH reste encore un grand enjeu pour le pays.

Le ministère de la santé à travers son service de la santé et de l'environnement (SSEnv, ex SAGS) a également mis en œuvre l'approche « CSB amis de Wash » et « CSB trois étoiles ».

Des responsables de service de maintenance de l'assainissement et du génie sanitaire et de l'environnement (SMAGSE) ont été mis en place dans chaque direction régionale de la santé.

Les SMAGSE appuient non seulement le programme EAH au niveau des centres de santé de base, mais aussi la mise en œuvre de l'approche ATPC « Assainissement Total Piloté par la Communauté » ou « Community Led Total Sanitation » (CLTS) en collaboration avec la direction régionale EAH.

Par rapport à l'ATPC, plusieurs organisations non gouvernementales travaillent en collaboration avec le FAA (Fonds d'Appui pour l'Assainissement) pour sa mise en œuvre.

Les défis sur l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène restent immenses.

Actuellement, seulement 52% de la population ont accès à l'eau potable et 22% de la population consomment régulièrement les eaux de surface. Une très forte disparité est constatée entre l'accès à l'eau potable en milieu urbain (82%) et en milieu rural (35%). 'Source : Unicef Wash).

Environ plus d'un millier de villages ont mis fin à la défécation à l'air libre. Cependant, plus de 40% de la population, soit 9.6 millions de personnes, pratiquent encore la défécation à l'air libre.

En ce qui concerne la promotion du lavage des mains au savon, elle est intégrée dans les programmes scolaires, les sensibilisations au niveau des formations sanitaires et dans les campagnes de masse. Soulignons l'existence de la plateforme Diorano Wash qui appuie l'adoption des trois pratiques clés EAH à l'échelon national.

Les partenaires financiers sont essentiellement WaterAid, Usaid, Unicef, Wsup. Le soutien financier du Département britannique du Développement International (DFID) constitue une aide majeure pour renforcer la prestation de services décentralisée. Mais il y a aussi la banque mondiale, l'agence française pour le développement, l'union européenne, la banque africaine pour le développement, le PAM, les fonds norvégien, canadien, hollandais, du médecins du monde, la JICA, le GTZ, la Canada l'Africa Muslim Agency, le FID, le fonds du secteur privé, le fonds du secteur confessionnel ...

Par ailleurs, le programme AREA s'inscrit dans la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène (2013-2018). Il appuie à la fois les besoins « hard » et infrastructures afin d'améliorer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement ; et les besoins « soft » permettant de renforcer les capacités des populations et des autorités locales tout en développant des partenariats public-privé.



III.2.3. Les efforts réalisés dans la sécurité alimentaire et nutritionnelle

Le programme national de nutrition communautaire a défini l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages par la promotion des techniques simples et pratiques de production (exemple : utilisation de tuteurs, repiquage en ligne, bonne rotation culturale, engraissement, élagage, respect de calendrier cultural...).

Le plan national d'action pour la nutrition PNAN2 a aussi programmé de mettre en place des cantines scolaires dans les zones d'insécurité alimentaire et d'appuyer certains groupes vulnérables.

Dans ce paragraphe, nous allons voir les réalisations sur l'amélioration de la sécurité alimentaire de ménages, et la part de la recherche, ainsi que les appuis alimentaires aux écoles et groupes vulnérables.

III.2.3.1. Amélioration de la sécurité alimentaire des ménages

1. Projets financés par Union Européenne

- **ASA - Professionnalisation des Filières Agricoles Périurbaines d'Antananarivo (PROFAPAN)**

Date de démarrage/achèvement:	2014 jusqu'à 2018
Région	Analamanga
Partenaire Financier	Union Européenne
Partenaire technique	AGRISUD
Durée du projet	4 ans
Montant du projet	1 739 197 Euros
Améliorer durablement les revenus des producteurs périurbains et l'accès des populations à une offre régulière (quantité, qualité et diversité) en produits maraîchers, fruitiers et en poulets fermiers, commercialisées sur les marchés de la Capitale. L'action prévoit de travailler avec les producteurs dans 30 communes périurbaines, réparties dans les Districts d'Antananarivo Avaradrano, Antananarivo Atsimondrano, Ambohidratrimo et Manjakandriana	

- **ASARA - Amélioration de la Sécurité Alimentaire et des Revenus Agricoles**

Date de démarrage/achèvement:	2014 jusqu'à 2018
Régions	Anosy et Androy
Partenaire financier	Délégation de l'Union Européenne à Madagascar
Partenaire technique	ADRA Madagascar
Durée du projet	4 ans
Montant du projet	1 500 000 Euros pour ASARA Betroka 1 500 000 Euros pour ASARA Bekily
<p>Augmentation de la production à travers la diffusion de nouvelles techniques et de matériels agricoles et végétaux améliorés</p> <p>Renforcement de capacités des prestataires de services en appui des producteurs</p> <p>Amélioration des infrastructures de production par la maîtrise d'ouvrage</p>	

- **AINA – Actions Intégrés en Nutrition et Alimentation**

Date de démarrage/achèvement:	2013 jusqu'à 2015
Régions	Amoron'i Mania – Androy
Partenaire financier	Union Européenne Madagascar
Partenaires techniques	FAO – PAM – GRET – WWH – ICCO - CARE
Durée du projet	3 ans
Montant du projet	2.200.000 USD
<p>Améliorations des productions par des semences améliorées, techniques agricoles améliorées et diversifiées, l'amélioration de l'accès des producteurs aux marchés. Mise en place de centres communautaires et de récupérations nutritionnelles</p>	

- **MAMAfi – Mampivoatra an'Amoron'i Mania amin'ny Fanjariantsakafo Ifotony**

Date de démarrage/achèvement:	2012 jusqu'à 2016
Région	Amoron'i Mania
Partenaires financiers	Union Européenne Madagascar HELVETAS Swiss Intercooperation
Partenaire technique	ONG SAHA
Durée du projet	4 ans
Montant du projet	1.746.475 USD
<p>Le projet accompagne l'ensemble des acteurs locaux vers le développement d'une vision partagée du développement local et de la sécurité alimentaire, en s'appuyant sur les intérêts et les motivations réciproques des groupes cibles et des parties prenantes.</p>	

- **FAMAHA - Faritse Androy MAgnasoa ty HAvelo'e**

Date de démarrage/achèvement:	2007 jusqu'à 2010
Région	Androy
Partenaires financiers	Union Européenne Madagascar Canton de Vaud (Suisse)
Partenaires techniques	Circonscription Régionale du Développement Rural (CIRDR) - Centre de Service Agricole (CSA)
Durée du projet	4 ans
Montant du projet	670.000 USD
Appui à la sécurisation alimentaire durable à travers le développement de filières agricoles porteuses	

- **FRDA – Fonds Régional de Développement Agricole**

Date de démarrage/achèvement:	2011 jusqu'à 2013
Région	Analamanga
Partenaires financiers	Ministère de l'Agriculture – DDC-Programme SAHA
Partenaires techniques	HELVETAS Swiss Intercooperation Madagascar DRDR Analamanga
Durée du projet	3 ans
Montant du projet	576. 296 USD
Mise en place et opérationnalisation d'un FRDA dans la région Analamanga suivant une vision systémique du dispositif de développement agricole.	

- **MIANTSA – Menabe Ifarimbonana amin'ny ANtoka ara-TSAkafo**

Date de démarrage/achèvement:	2006 jusqu'à 2009
Région	Menabe
Partenaires financiers	Union Européenne - Canton de Vaud Suisse
Partenaires techniques	Association Manambina – DRS – ONN - ASOS
Durée du projet	4 ans
Montant du projet	789.000 USD
Amélioration durable de la situation nutritionnelle de la mère, de l'enfant et des ménages vulnérables dans la Région Menabe : <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la santé, l'hygiène et l'état nutritionnel des populations cibles, • Amélioration de la situation familiale par des informations de masse, amélioration durable des conditions de scolarisation des enfants, • Amélioration des productions agricoles et des revenus des ménages, • Thèmes transversaux : genre, GRCN, lutte contre le VIH/SDA, environnement 	

- **PACSA – Projet d’Appui à la mise en place des Centres de Services Agricoles**

Date de démarrage/achèvement:	2008 jusqu'à 2010
Régions	Analamanga, Bongolava et Itasy
Partenaire financier	Union Européenne Madagascar
Partenaires techniques	Direction Régional du Développement Rural d'Analamanga - Association Ravintsara
Durée du projet	3 ans
Montant du projet	535.000 USD
<p>Amélioration des services aux producteurs. Le projet a mis en place et opérationnalisé un dispositif d'appui de proximité aux producteurs, par l'intermédiaire de 12 Centres de Services Agricoles.</p>	

- **AROPA - Mise en œuvre des composantes et activités du Projet d’Appui au Renforcement des Organisations Professionnelles et aux Services Agricoles**

Date de démarrage/achèvement:	2012 jusqu'à 2013
Région	Ihorombe
Partenaire financier	Ministère de l'Agriculture/FIDA
Partenaire technique	DRDR Ihorombe
Durée du projet	1 an
Montant du projet	161.590 USD
<p>Amélioration des services aux agriculteurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la continuité des appuis donnés aux EAFs, à travers la professionnalisation des producteurs, le développement des offres de services, et l'appui au financement des services agricoles • Assurer la collecte des éléments nécessaires à la préparation de la seconde phase du projet AROPA 	

2. Projets financés par FIDA

- **AROPA Projet d’Appui au Renforcement des Organisations Professionnelles et aux Services Agricoles**

C'est un projet du Ministère de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche sur un cofinancement du Fonds international de développement agricole (FIDA) qui a débuté le 13 janvier 2009, pour une durée de 9 ans subdivisée en 3 phases. Le coût total du Projet est estimé à USD 20,88millions, dont un prêt du FIDA de 18,70 millions et un don FIDA d'USD 523,000.

Il vise à « renforcer les organisations professionnelles agricoles pour améliorer les revenus et réduire la vulnérabilité des petits producteurs (en particulier des plus pauvres d'entre eux), en facilitant leur accès à une offre de services et à des équipements adaptés à leurs besoins » pour une quinzaine de districts des régions suivantes : Anosy (41 communes de 2 districts), Haute

Matsiatra (53 communes de 5 districts), Androy (15 communes de 2 districts), Ihorombe (15 communes de 2 districts), et Amoron'i Mania (46 communes de 3 districts).

- **PROSPERER**

Le projet Prospérer a bénéficié d'un financement additionnel de onze millions de dollars pour 2015-2017, de la part de Fonds International de Développement Agricole ou FIDA. Ce projet est orienté vers le développement rural. Il aide les petites entreprises individuelles ou structurelles dans le monde rural par la facilitation d'accès au marché et le soutien technique. Les neuf régions bénéficiaires ont été Analamanga, Itasy, Haute Matsiatra, Vatovavy Fitovinany, Sofia, Boeny, Bongolava, Analanjirifo et Atsinanana. Les zones ont été choisies, d'une part, par la concentration de la pauvreté en rapport avec la densité de la population et d'autre part par le potentiel économique justifié par une forte demande des opérateurs.

- **FORMAPROD**

C'est un programme de formation professionnelle des jeunes ruraux et d'amélioration de la productivité agricole d'un montant de 35 millions de dollars dont 2 millions de dollars à titre de don. Le coût total du programme est estimé à 86,1 millions de dollars. La contribution des autres bailleurs à part FIDA s'élève à 51,1 milliards de dollars se répartissant comme suit : 7,9 millions de dollars pour le gouvernement malgache, 3,9 millions de dollars pur des bénéficiaires ; 18,8 millions de dollars pour le fonds fiduciaires de l'Espagne ; 14,7 millions de dollars pour l'OFID ; 5,8 millions de dollars pour les autres bailleurs tels que l'AFD, UNESCO et La Réunion.

Il vise environ 2 700 000 bénéficiaires (dont 640 000 bénéficiaires directs) dans 13 régions. Ce programme intervient dans 13 régions des différents projets appuyés par le FIDA. Il s'agit pour la première année de Brickaville, Maintirano, Anjozorobe, Ambatofinandrahana. A partir de la deuxième année, les pôles supplémentaires susceptibles de faire l'objet d'intervention du programme seront par ordre prioritaire dont Port-Bergé, Toamasina II, Ikalamavony. Enfin, Ikongo, Betroka et Manja pourront également en bénéficier en fonction des moyens disponibles.

3. Projets financés par USAID

USAID à travers le fonds « Food For Peace » a financé des projets de sécurité alimentaire à Madagascar. Les plus récents et en cours sont les projets Asotry 1, Fararano et Fararano 2. Auparavant, USAID a financé le programme SALOHY.

- **Projet SALOHY : 2009 - 2013**

C'est un programme de sécurité alimentaire de 85 millions de dollars des Etats Unis sur cinq ans, initié par USAID/Office of Food for Peace, et mis en œuvre par un Consortium de quatre ONG – Adventist Development and Relief Agency (ADRA), Coopérative for Assistance and Relief Everywhere (CARE), Catholic Relief Services – United States Conference of Catholic Bishops (CRS, comme agence leader) et Land O'Lakes International Development Division (LOL) – dans l'Est et le Sud de Madagascar. Il a débuté en 2009.

- **Projet FARARANO**

Date de démarrage/achèvement:	30 octobre 2014 - 30 juin 2019
Projet Fararano par le Caritas Morombe en partenariat avec Catholic Relief Service dans 44 villages (Fokontany) qui se trouvent dans les 5 communes : Morombe II, Ambahikily, Befandriana Sud, Antanimeva et Basibasy	

Trois principaux volets et un volet transversal technique :

- La nutrition (femmes enceintes et allaitantes, enfants de moins de 5 ans)
- Les moyens de subsistance (agriculture et élevage)
- La résilience communautaire et la gestion des ressources naturelles, y compris la bonne gouvernance
- Equité des décisions au sein de la communauté au niveau des ménages

• **Projet Asotry et FARARANO 2**

Date de démarrage/achèvement:	2014 - 2019
Projet Asotry 1 par l'ONG ADRA (Adventist Development and Relief Agency) dans les régions d'Amoron'i Mania, Matsiatra Ambony, Atsimo Andrefana	
Projet Fararano 2 par l'ONG Catholic Relief Service dans les régions d'Atsinanana, Vatovavy Fitovinany, Atsimo Andrefanana (partie Nord)	
Bénéficiaires	Plus de 620 000
Durée du projet	3 ans
Montant du projet	75 millions de dollars
Réduire l'insécurité alimentaire et renforcer la résistance des ménages les plus vulnérables en améliorant la nutrition infantile et le mode de vie par des actions intégrées d'agriculture, de nutrition et de renforcement de la résistance. <ul style="list-style-type: none"> • Production agricole et marketing durables, gestion des ressources naturelles, formation de ressources non agricoles • Promotion de la santé intégrée et du planning familial, nutrition, eau et assainissement, réduction des risques après catastrophe • Alimentation pour les groupes vulnérables et filet de sécurité 	

4. Projet SOA "Structuration des Orientations Agricoles" pour le renforcement de la sécurité alimentaire des populations du Sud de Madagascar

Date de démarrage/achèvement:	2012 - 2015
Bénéficiaires	100.000 ménages agricoles
Région	25 communes des régions Androy et Anosy Districts Ambovombe, Tsihombe et Amboasary
Partenaire financier	Union européenne (fonds de contrevaletur)
Partenaire technique	Piloté par FAO - Mise en œuvre par GRET avec Groupement Semis Direct de la Madagascar (GSDM), FOFIFA, DRDR, et autres services techniques du Ministère de l'Agriculture.
Durée du projet	3 ans
Montant du projet	4 milliards Ariary
Sécuriser l'approvisionnement en semences de qualité adaptées aux conditions agro-écologiques tout en augmentant la production vivrière, et renforcer les capacités des acteurs semenciers engagés dans la multiplication et la commercialisation des semences adaptées afin de prévenir les pénuries. Appui du Centre de production de semences d'Agnarafaly	

5. Projet Patrakala Madagascar

Il s'agit de la création du centre de développement rural Patrakala avec le soutien d'ODADI et de Planète Urgence dans les communes d'Ankazondandy et Mangamila. En parallèle, une importante action de développement de l'apiculture a été également programmée. Après une première phase de projet dédiée aux activités de plantation et de mobilisation des villageois (de fin 2008 à 2011), puis une seconde orientée vers la construction du bâtiment du centre et de la distillerie (2012), l'année 2013 a été consacrée à la commercialisation des huiles essentielles produites et à l'appui à l'apiculture. Ce projet a obtenu le soutien de l'Ambassade de France à Madagascar par financement FSD (Fonds Social de Développement).

6. Promotion de la filière « petits ruminants » (ovins et caprins)

- **Appui de promotion de la filière « petits ruminants » (ovins et caprins)**

Financé par la FAO pour un TCP ou « *Technical Coopération Programme* » le 04 mai 2015) à la hauteur de 316 000 USD durant 02 ans pour 3 000 éleveurs de la région de Diana.

7. Promotion de la pisciculture paysanne

Projet d'Appui au Développement de la Pisciculture Paysanne – Phase 2		
Démarrage	01/10/2014	
Echéance	31/03/2018	
Localisation	Hauts Plateaux : Régions Vakinankaratra, Haute Matsiatra, Amoron'i Mania et Itasy ; Côte Est : Région Atsinanana.	
Financement	Agence Française de Développement (50%) et financeurs autres (financeurs institutionnels, fondations, collectivités locales) en cours d'identification	
Partenaires	FIFATA (Association pour le Progrès des Paysans), Direction de l'aquaculture et DRRHP des régions concernées, Institut National de la Recherche Agronomique en France (INRA), Université d'Antananarivo, et Centre National de la Recherche Appliquée au Développement Rural (FOFIFA).	
Bénéficiaires	5 000 exploitations familiales rurales (environ 25 000 personnes).	

Projet d'Appui aux Marchés Piscicoles en Analamanga (AMPIANA)		
Date de démarrage	01/02/2015	
Date d'échéance	31/01/2019	
Localisation	Régions Analamanga, Itasy (District d'Arivonimamo) et Vakinankaratra (District d'Ambatolampy)	
Financement	Union Européenne	
Partenaire	Malagasy Professionnels de l'Elevage (MPE), FOFIFA, CIRAD	
Bénéficiaires directs	500 producteurs piscicoles	

Projet Piscicole Madagascar Cote Est (PPMCE)



Date de démarrage 15/12/2012
Date d'échéance 15/12/2016

Localisation Cote Est de Madagascar : Région Atsinanana et Région Analanjirifo

Financement Union Européenne

Partenaire Région Atsinanana, Région Analanjirifo, Région Basse Normandie, Région Bretagne et ONG Mateza

Bénéficiaires directs 450 exploitations piscicoles familiales, 40 groupements de producteurs, 80 artisans et professions connexes en amont et en aval de la production piscicole ainsi que les collectivités territoriales et les acteurs régionaux du développement rural



Formation scolaire à la rizipisciculture dans les hauts plateaux de Madagascar



Date de démarrage 11/2014
Date d'échéance 06/2015

Localisation Hauts Plateaux de Madagascar : régions Vakinankaratra, Itasy et Haute Matsiatra

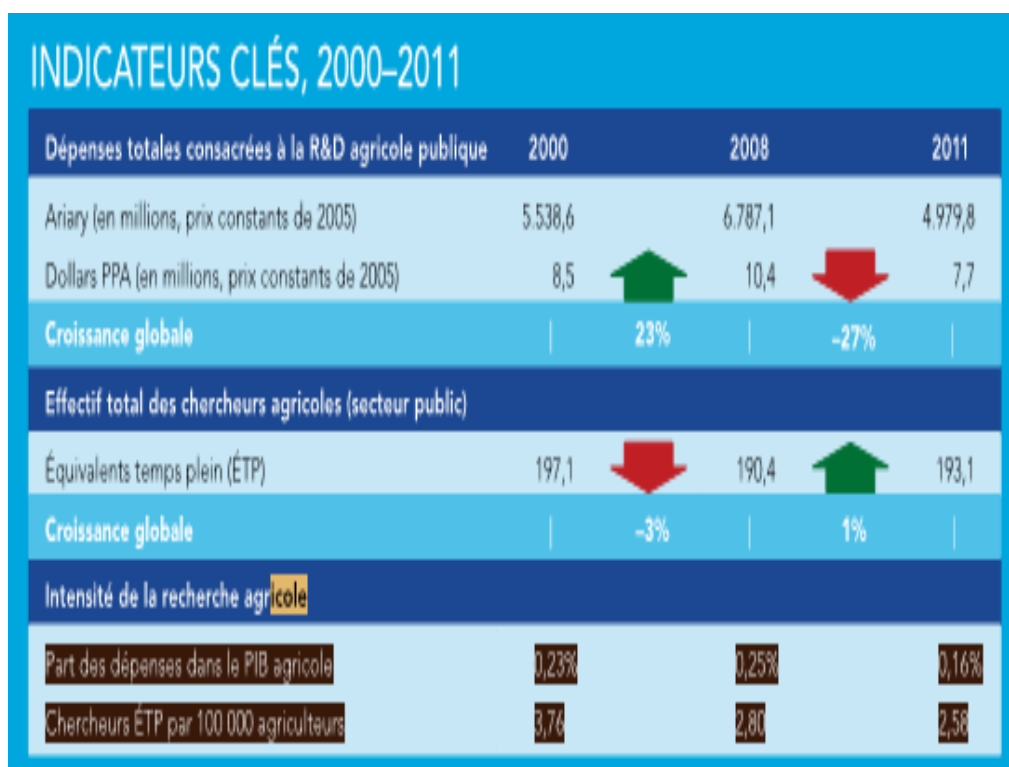
Financement Programme Smartfish mis en œuvre par la Commission de l'Océan Indien (COI) et l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture des Nations Unies (FAO), sur financement de l'Union Européenne

Partenaire institutionnel Ministère des Ressources halieutiques et de la Pêche et Ministère de l'Education Nationale à Madagascar

Bénéficiaires directs 50 enseignants et 5000 élèves répartis dans 15 établissements scolaires en milieu rural



Source : <http://www.apdra.org/>

III.2.3.2. **LA RECHERCHE DANS LE DEVELOPPEMENT AGRICOLE**

Source : <http://www.asti.cgiar.org/fr>

La part du PIB agricole allouée à la R&D agricole ne dépasse pas 0,16 % en 2011, Madagascar affiche un des plus faibles taux d'intensité de la recherche agricole en Afrique.

En 2012, un projet pilote d'une plateforme de gestion de connaissances pour revitaliser et renforcer les systèmes de recherches et de vulgarisation agricole a été effectué. La plateforme touche le domaine des recherches effectuées dans le secteur du développement rural (pêche, agriculture, élevage, et environnement) et le renforcement, rôle et intégration des vulgarisateurs dans la diffusion des connaissances, résultant des recherches. Un site web www.Agriculturemadagascar.net a été créé pour mettre en ligne la base de données et les informations du réseau social des parties prenantes du groupe des chercheurs et des vulgarisateurs.

III.2.3.3. **APPUI ALIMENTAIRES AUX ECOLES ET AUX GROUPES VULNERABLES**

Dans la prévention et la gestion des crises nutritionnelles, l'aide alimentaire joue un rôle primordial. Selon l'ONN, 76% de la population n'atteignent pas le niveau minimum d'apport calorique de 2 133 kcal par jour en 2012. Madagascar reçoit des aides alimentaires chaque année. La quantité varie d'une année à une autre. Toutefois, on observe une nette tendance vers l'augmentation du tonnage d'aide alimentaire. En dehors des périodes de crise, l'aide alimentaire intervient de manière récurrente dans les régions vulnérables (sud et sud-est du pays), notamment en période de soudure. Par ailleurs, elle permet notamment de mettre en œuvre (i) des programmes d'appui aux cantines scolaires, (ii) des programmes vivres contre travail (VCT), et (iii) des actions de réhabilitation nutritionnelle. Les principaux acteurs et partenaires en matière d'aide alimentaire sont les Etats-Unis, le Japon et l'Union européenne et le PAM.

Ce paragraphe va présenter les appuis à travers les cantines scolaires, les vivres contre travail, les filets de sécurité et la mise en vente d'aliments fortifiés sur le marché.

1. Cantines scolaires

L'alimentation conditionne la réussite des élèves, en particulier ceux des endroits isolés. Ces aliments sont généralement composés de maïs (zones vulnérables), du riz (Tana), accompagnés de légumes secs, et de vitamines,...

L'alimentation des élèves permet d'augmenter le taux de fréquentation des écoles de 60 à 70% dans ces zones ciblées. « Elle favorise le taux de réussite scolaire » dicit le Coordinateur du programme au sein du ministère de l'éducation.. Les repas scolaires contribuent à maintenir les élèves en classe dans des régions où les garçons sont très tôt retirés du système scolaire pour élever le bétail tandis que les filles se marient très jeunes.

Le programme constitue une plateforme pour mener une série d'activités complémentaires telles que la fortification de la ration, l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'hygiène.

Sur les 3 millions d'élèves des écoles primaires ciblés par le programme cantine scolaire du Ministère de l'Education Nationale (MEN), 248 000 d'entre eux ont pu en bénéficier, soit 12%. Ce qui donne au total 1 200 Ecoles primaires publiques, puis quelques écoles privées. Ceci, depuis le début du programme en 1998 jusqu'à maintenant. Et ces bénéficiaires sont généralement ceux des régions les plus vulnérables du pays, notamment Androy, Anosy, et 'Atsimo Andrefana.



A celles-ci, s'ajoutent 15 écoles primaires publiques dans les quartiers urbains défavorisés d'Antananarivo.

Jusqu'ici, les principaux bailleurs du projet cantine scolaire à Madagascar sont: la Norvège, le Japon, la Banque Mondiale, l'Unicef, le Canada, l'AFD, l'Union Européenne, le PAM Rome. La gestion de l'argent a été confiée au PAM. Ce dernier joue ainsi le rôle de prestataire de services, et collabore avec les Ministères de l'Education Nationale, de la Protection Sociale et les partenaires.

En ce moment, un projet intitulé « Programme des Pays» financé par les mêmes bailleurs vient d'être signé par Madagascar pour assurer la cantine scolaire d'ici 2019. Les besoins du PAM remontent à 69 millions USD.

Le Canada vient d'allouer un financement d'un montant de 6,4 millions de dollars américains (environ 14 milliards d'ariary) au programme d'alimentation scolaire mis en place par le PAM à Madagascar. Ce fonds devrait être utilisé de 2015 à 2017.

Une nouvelle stratégie visant à acheter les produits locaux pour l'alimentation scolaire est actuellement en cours de réalisation. Il s'agit de l'«Alimentation scolaire basée sur les achats locaux» ou ASBAL (ou Home Grown School Feeding). L'approche consiste à approvisionner les cantines scolaires par les produits des petits exploitants agricoles locaux, leur offrant ainsi des opportunités de marché et permettant de renforcer l'appropriation du programme par les communautés bénéficiaires et d'assurer sa pérennité.

Le PAM prévoit d'appuyer le Gouvernement vers la mise en place d'une politique nationale et d'un programme national d'alimentation scolaire. Un comité de pilotage interministériel en alimentation, nutrition et santé scolaire chargé de la coordination et du suivi de ce plan d'action vient d'être mis en place.

Des organisations non gouvernementales, y inclus les organisations confessionnelles, appuient aussi les cantines scolaires. Voici quelques-unes :

Les Enfants du Soleil	Enfants du Monde Réunion	Centre Ankasina Betania
<ul style="list-style-type: none"> • Localisation : Toliary • Bénéficiaires : 255 élèves • Montant alloué : 4000Euros • Année : 2014 	<ul style="list-style-type: none"> • Localisation : Sud, sud ouest, Taolagnaro, Amboasary Sud, Ambovombe, Toliary, Maintirano, Toamasina, Tsiroanomandidy • Bénéficiaires : 27 centres, 500 enfants/j 	<ul style="list-style-type: none"> • Localisation : Bas quartier Antananarivo • Bénéficiaires : plus de 4500 personnes • 900 à 1000 repas /jour • centre médico-éducatif

Dans le cadre du projet Nutrimad, GRET a aussi appuyé les écoles. Entre 2004 et 2006, 23 cantines scolaires ont servi chaque jour plus de 15 000 collations fortifiées dans les écoles primaires publiques d'Antananarivo.

2. Vivres contre travail

Grâce aux contributions de ses bailleurs de fonds, le PAM appuie près de 146 000 personnes à travers ces activités de vivres-contre-travail menées dans les régions du Sud-est et de l'Est de Madagascar. Les bénéficiaires reçoivent leurs gains en argent et non plus en nature. Le Programme Alimentaire Mondial (PAM) y a initié le transfert monétaire à près de sept mille deux cent personnes qui font 5h de travaux communautaires par jour. « Ces bénéficiaires sont dotés d'une carte SIM avec laquelle ils récupèrent leur argent tous les mois. La somme qui leur est transférée est de 70 000 ariary », explique une responsable de la communication auprès du PAM. Le programme va durer jusqu'en 2017. Il ambitionne la vulgarisation du système de transfert monétaire dans d'autres villes durant la période de soudure ainsi que dans les zones urbaines en situation d'urgences.

Mise à part la diversification alimentaire, le système vise également un développement de l'économie locale. L'assistance sous forme de transferts monétaires offre aux bénéficiaires une plus grande liberté d'utilisation et permet de diversifier leur consommation alimentaire. Les transferts monétaires bien ciblés contribuent également à développer l'économie locale tout en renforçant la résilience des communautés face aux chocs récurrents, grâce aux travaux communautaires.

C'est dans le dessein d'apporter un soutien conséquent à ces personnes qu'un financement d'environ 5,17 milliards d'ariary (2,20 millions USD) vient d'être alloué par le Japon, dont près de 3 milliards d'ariary (1,3 million USD) alloués au Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et 2 milliards d'ariary (900 000 USD) au Programme alimentaire mondial (PAM). Un appui dont bénéficieront les régions Anosy, Atsimo Atsinanana, Menabe, mais également l'Atsimo Andrefana et l'Androy.

Afin de ralentir la déforestation et de mettre un terme à l'insécurité alimentaire, le Programme alimentaire mondial (PAM) et le World Wildlife Fund (WWF) travaillent en collaboration pour replanter 1 000 hectares d'arbres par l'intermédiaire de projets « vivres contre travail » dont bénéficient 60 000 habitants

Fiche projet

Début : janvier 2009

Fin : juin 2009

Localisation : Zones sud

Budget : 40 000 €

Financé par : La région

Bretagne/Sodexo/Des donateurs privés / /

Bénéficiaires : 2 000 personnes environ bénéficieront du programme « vivre contre travail » et pourront ainsi nourrir leur famille, soit un total de bénéficiaires de 20 000 personnes.

3. Le projet de filet de sécurité social octroyé par la Banque mondiale

Le 17 Septembre 2015 à Washington, le Conseil des administrateurs de la Banque mondiale a approuvé un crédit de 40 millions de dollars pour financer un projet de filets sociaux à Madagascar. « Cette opération va soutenir le gouvernement dans l'augmentation de l'accès des ménages extrêmement pauvres aux services de filets sociaux et de mettre en place les bases d'un système de protection sociale », a déclaré Andrea Vermehren, spécialiste en protection sociale à la Banque mondiale.

Ce projet de trois ans se concentrera sur cinq régions qui ont été sélectionnées conjointement par le gouvernement malgache, l'Office national de la nutrition et le Fonds d'intervention pour le développement (FID), sur la base de données relatives aux niveaux de pauvreté ; aux taux de malnutrition, de fréquentation scolaire, de sécurité alimentaire ; au potentiel productif ainsi qu'à l'existence de programmes / interventions complémentaires. Après ce processus, le projet sera mis en œuvre dans les régions Atsinanana, Atsimo Andrefana, Haute Matsiatra, Vatovavy Fitovinany et Vakinankaratra. Il ciblera 32.500 ménages extrêmement pauvres, atteignant ainsi plus de 162.500 personnes, avec dans l'ensemble une participation égale des hommes et des femmes.

Le projet de filets sociaux aidera à établir une approche systématique et programmatique à la protection sociale, en mettant l'accent sur l'investissement dans le capital humain et dans les actifs productifs des plus pauvres de Madagascar, tout en soutenant la capacité de leadership du gouvernement.

4. La mise en vente d'aliments fortifiés sur le marché

Dans le cadre du programme AINA, le GRET a appuyé la production de «Koba aina » par l'entreprise TAF. « Koba aina » est composée de différentes farines nutritives issues de denrées produites localement (soja, maïs, arachide, etc.) pour les enfants de 6 à 24 mois. «Koba aina » sont disponibles dans les épiceries, également comme les « farilac » de Socolait.

Gret a aussi assuré la mise en place d'une quarantaine de « Hotelin- jazakely » (restaurant pour bébés) qui servent plus de 150 000 repas chaque mois.

III.2.4. Les acquis dans la prise en charge de la malnutrition

III.2.4.1. *Des centres de prise en charge de la malnutrition*

Le Ministère de la santé a élaboré le protocole national de la prise en charge de la malnutrition standardisant ainsi les critères d'admission et de sortie, les schémas et protocoles de prise en charge diététique et médicale ainsi que les outils de collecte de données.

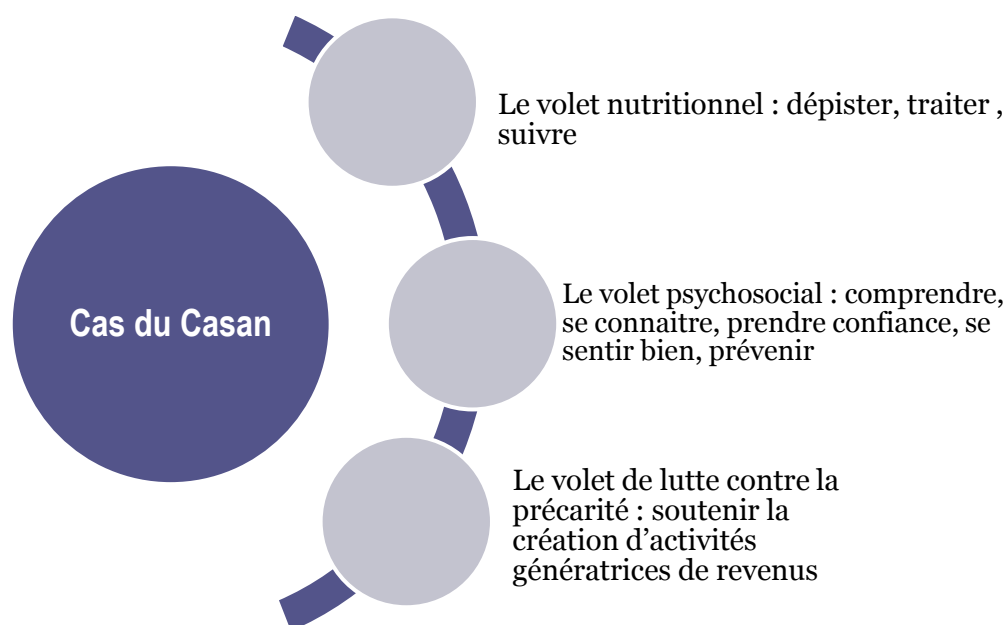
La malnutrition aiguë sévère (MAS) est une maladie potentiellement mortelle qui requiert des soins médicaux d'urgence. En collaboration avec le Crédit Sectoriel de Santé (CRESAN) financé par la Banque Mondiale, l'UNICEF, l'ONN, les ONG et d'autres partenaires, des centres de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive (CRENI) ont été créés au niveau des centres hospitaliers des districts et des régions, ainsi que des CRENI-jours (sans hospitalisation)..

L'UNICEF a soutenu le ministère de la santé afin de soigner les enfants souffrant de MAS en fournissant une alimentation thérapeutique très nourrissante et d'autres produits liés dans les 641 centres de réhabilitation nutritionnelle du pays ; ainsi que des filtres à eau et de dispositifs de lavage des mains. En 2013, 63% des 6 387 enfants souffrant de MAS ont été traités avec succès ; le taux de guérison est en dessous de l'objectif de 75%.

Des centres de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire (CRENA) ont été également mis en place dans les centres de santé de base et privés.

Des organismes confessionnels, des associations caritatives et d'autres ONG ont aussi appuyé la mise en place des centres de prise en charge de la malnutrition au niveau communautaire. Ils prennent en charge les enfants malnutris qui n'accèdent pas les CRENA ou qui sont contre référés par les CRENA.

Figure 16. « Centre d'Accompagnement Social et d'Appui Nutritionnel »



Souvent, les enfants dépistés par les agents communautaires ne vont pas aux CRENAs. D'autant plus qu'il n'y existe pas d'aliments thérapeutiques ou de suppléments alimentaires. C'est la raison pour laquelle, nous voyons dans le paragraphe suivant nos acquis sur la production d'aliments ou de produits fortifiés.

III.2.4.2. *Diverses productions d'aliments fortifiés*

L'alliance nationale pour l'enrichissement alimentaire a été créée. Et, il existe une forte capacité locale de produire des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) ou des suppléments alimentaires prêts à l'emploi (SAPE).

Comment capitaliser ces acquis et expériences, et surtout développer une politique pour que les produits soient moins coûteux, plus acceptables et plus réalisables à grande échelle ?





Amélioration variétale des haricots :

- ▣ CAL 98, haricot rouge plus riche en fer et en zinc
- ▣ Variété plus résistante aux différentes maladies

Composition de la farine fortifiée à base d'haricot :
 Haricots (40%), Maïs (28%), arachide (17%), sucre (15%).
 Energie : 371,966Kcal/100g
 Fer/acide folique 0,26g/kg

Ingrédients	Sur la base de la matière brute (%)	Sur la base de la matière sèche (%)
Farine d'ambérique germée	93,75%	94,28%
Sel iodé	2,38%	2,17%
Complément minéral ^a	3,66%	3,35%
Complément vitaminique ^b	0,21%	0,20%

(a) IS 219 de Roche SA contenant du fer, du zinc et du calcium

(b) IS 218 de Roche SA contenant de la Vitamine A, B1, B2, B12, C, Acide folique, niacine

III.2.5. Les acquis dans les urgences

Le système de surveillance nutritionnelle et alimentaire est initié. Les enquêtes nutritionnelles rapides sont menées par le CNN et les ministères sectoriels avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organismes.

Le plan de contingence du cluster Nutrition et Sécurité alimentaire est à jour, et bien mis en œuvre.

La coordination des activités de nutrition pendant les urgences fonctionne à travers le cluster Nutrition.

Ce groupe sectoriel de la nutrition est constitué de plusieurs ministères, des organisations internationales et nationales et de la société civile.

Les Agences du Système des Nations Unies, les ONGs internationales, les mouvements de la Croix Rouge se regroupent dans l'équipe humanitaire du pays. L'équipe humanitaire mobilise le fonds d'urgence des nations unies en cas de nécessité. Elle mobilise des ressources additionnelles pour combler les besoins financiers immédiats et ceux nécessaires à la relance de l'agriculture par exemple.

En plus des stocks de pré positionnement établis pour faire face aux urgences, l'Equipe humanitaire du pays mobilise des ressources régulières pour répondre aux besoins multisectoriels les plus urgents des personnes victimes de cyclones et des intempéries, comme la réhabilitation des écoles et des centres de santé endommagés.

Les interventions nutritionnelles s'effectuent en collaboration avec le bureau national de la gestion des risques et catastrophes.

Les régions du sud de Madagascar sont souvent dans une situation de vulnérabilité face à l'insécurité alimentaire saisonnière. Le projet « Kere » a été mis en œuvre en réponse à l'urgence nutritionnelle.

Des projets sont en cours pour améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle des zones vulnérables, et aussi la préparation aux urgences comme les projets Asotry et Fararano...



*

IV. PISTE DE REFLEXIONS

Ce chapitre va présenter les défis qui attendent sur le pays ; ainsi que des pistes de stratégies spécifiques et sensibles pour y remédier. Après l'analyse de l'équité des interventions, des actions pragmatiques seront proposées à l'endroit de HINA.

IV.1. Encore des grands défis

Madagascar a réalisé des progrès significatifs sur certains indicateurs de santé et de nutrition, surtout avant la crise. Néanmoins, les OMD liés à la santé et à la nutrition ne sont pas atteints étant donné la stagnation des progrès.

La mortalité infanto-juvénile a diminué de moitié depuis le premier virage de la nutrition. Cependant, le quotient de mortalité infanto-juvénile a modérément baissé au cours des dix dernières années. Il en est de même pour la mortalité infantile qui continue sa baisse tendancielle avec un rythme dégressif.

Figure 17. Évolution du taux de mortalité infanto-juvénile (%0)

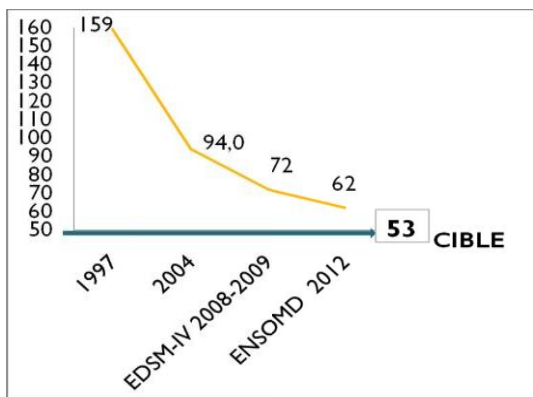
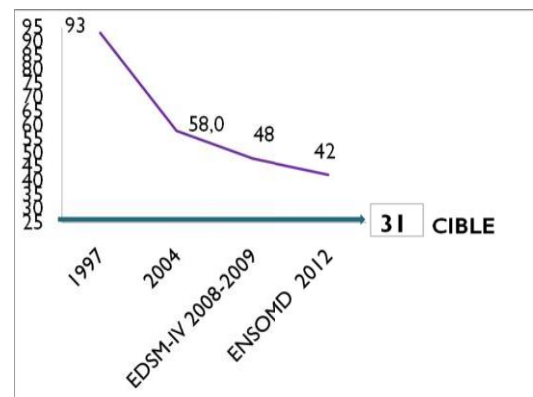


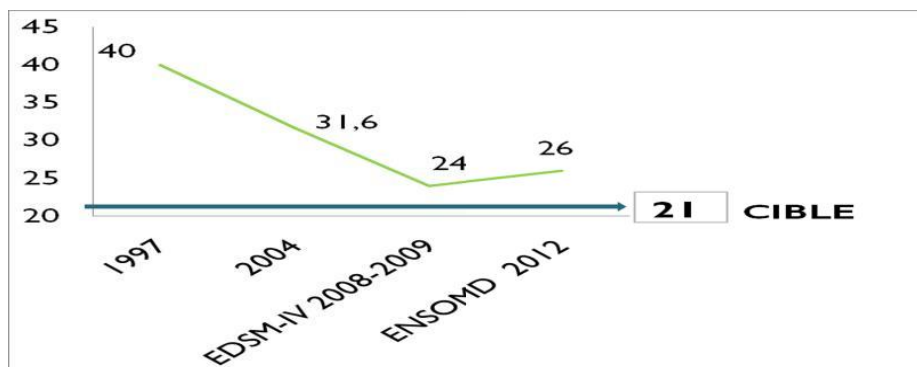
Figure 18. Évolution du taux de mortalité infantile (%0)



Source : Annuaire des statistiques du secteur santé de Madagascar, 2013

Quant à la mortalité néonatale, le taux a augmenté lors de la dernière enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement en 2012.

Figure 19. Évolution du taux de mortalité des enfants de moins d'un mois (%0)



Source : Annuaire des statistiques du secteur santé de Madagascar, 2013 EXEMPLAIRE,

Le 9 septembre 2015, le groupe inter-agence pour l'estimation de la mortalité infantile de l'organisation des nations unies a publié les dernières estimations sur la mortalité des enfants à Madagascar pour 2015.

Tableau 6. Mortalité des enfants à Madagascar

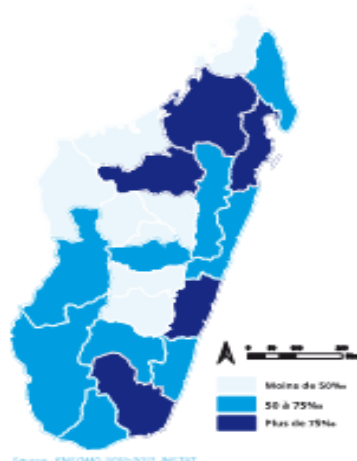
Mortalité	Minimum	Médian	Maximum
Infanto-juvénile	32‰	50‰	75‰
Infantile	25‰	36‰	50‰
Néonatale	12‰	20‰	31‰

Source : Rate Deaths All Indicators

Le tableau montre que :

- le taux de mortalité infanto-juvénile est de 32‰ à 75‰ avec un médian de 50‰ (notre cible 2015 étant de 53‰) ;
- le taux de mortalité infantile est de 25‰ à 50‰ avec un médian de 36‰ (notre cible 2015 étant de 31‰) ;
- le taux de mortalité néonatale est de 12‰ à 31‰ avec un médian de 20‰ (notre cible 2015 étant de 21‰)

La dernière enquête nationale des OMD en 2012 confirme cette variance de mortalité. Il existe une disparité de la mortalité infanto-juvénile selon les régions et les milieux rural ou urbain.

Carte 8: Quotient de mortalité infanto-juvénile selon la région de naissance en 2012

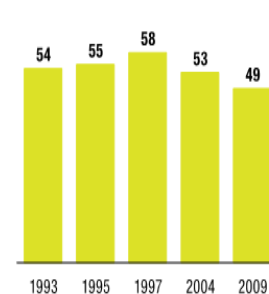
Source : L'enfance à Madagascar, une promesse d'avenir, Unicef

La malnutrition reste chronique et plus de la moitié des enfants moins de cinq ans en souffrent.

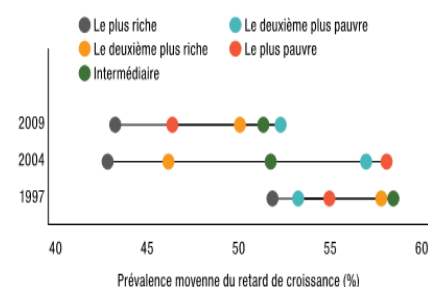
ANTHROPOMÉTRIE INFANTILE

Nombre d'enfants de moins de 5 ans touchés (000)

Retard de croissance ^a	1 734	2009
Émaciation ^a	ND	ND
Surpoids ^a	ND	ND
Pourcentage des enfants de moins de 5 ans touchés		
Émaciation ^a	ND	ND
Émaciation sévère ^a	ND	ND
Surpoids ^a	ND	ND
Faible poids à la naissance ^b	11	2008-09

Sources : ^aUNICEF/OMS/BM 2014; ^bUNICEF 2014.
Remarque : ND = Non disponible.**PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE CHEZ LES <5 ANS (%)**

Source : UNICEF/OMS/BM 2014.

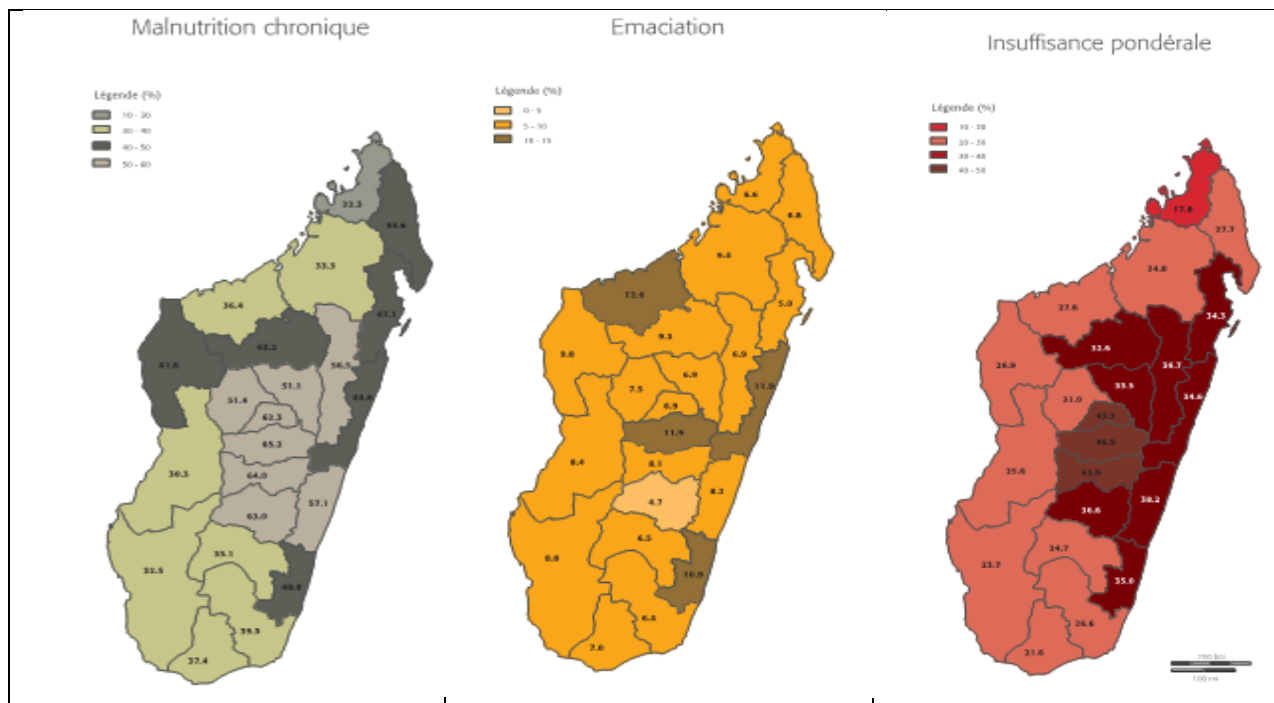
ÉVOLUTION TEMPORELLE DE LA PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE PAR QUINTILE DE RICHESSE

Source : Enquêtes DHS 1990-2011 adaptées de Bredenkamp et al. 2014.

Source : Madagascar Nutrition 2014, Profil Pays

Au cours des dernières années, les taux de malnutrition sévère ont augmenté de plus de 50% depuis 2012 dans certaines des régions les plus exposées à l'insécurité alimentaire comme le Sud-Est, le Sud-Ouest, et le centre du pays. La cartographie de la malnutrition montre **une différence régionale**.

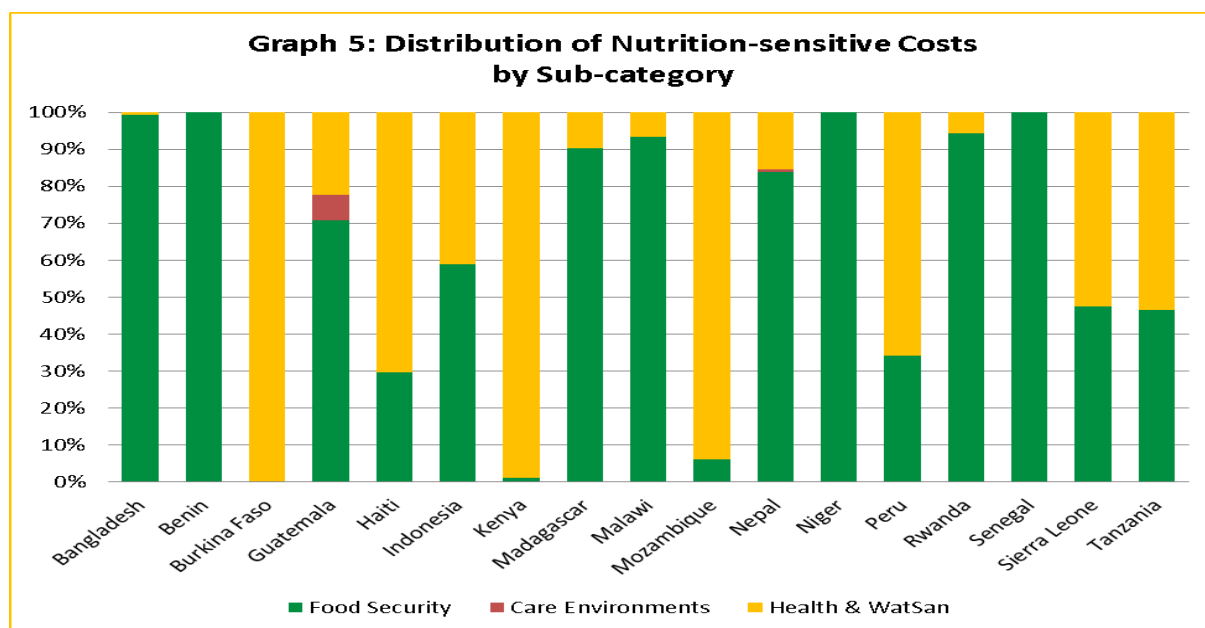
Figure 20. Cartographie de la malnutrition



Source . ENSOMD, 2012

Si beaucoup d'efforts ont été investis dans le domaine de la nutrition, Madagascar présente actuellement des résultats et progrès plus lents qu'attendus.

Cela fait vingt ans que Madagascar lutte contre la malnutrition, et les actions en faveur de cette lutte se sont toujours focalisées sur l'appui à la sécurité alimentaire. Selon le PNAN II, notre pays a misé sur l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des ménages pour atteindre son objectif.



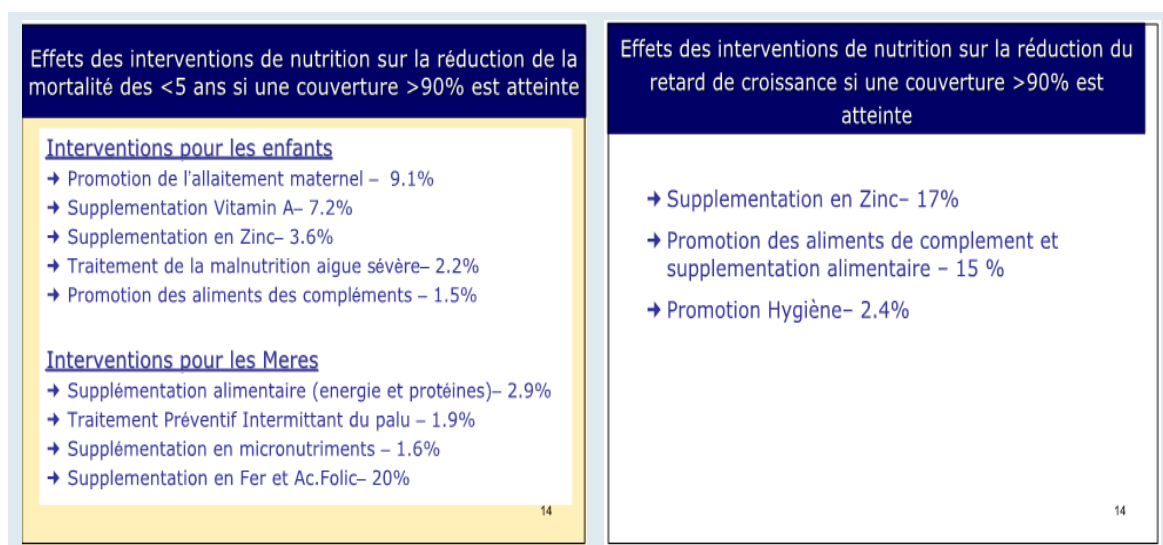
Source . SUN

Madagascar a besoin de prendre les initiatives les plus pertinentes dans la lutte contre la malnutrition. Le pays se confronte à de nombreux différents problèmes, allant de la consommation journalière pour les calories à atteindre jusqu'à la non prise de conscience sur l'importance du changement de comportement en matière de nutrition.

Dès lors, de maintes réflexions se posent : « Par où commencer ? Qu'est ce qui est prioritaire ? Qu'est-ce qui est pertinent ? En termes d'ambition, où trouver le juste milieu entre la réalité sombre et les nobles aspirations ? Que faut-il pour la mise à l'échelle ? Comment rationaliser les ressources pour un meilleur coût efficacité ? »...

IV.2. Stratégies spécifiques à la nutrition (pour la société civile/HINA)

Ce sont les interventions qui ciblent directement les apports diététiques inadéquats ou la maladie — soit les causes immédiates de la malnutrition. La période de la naissance jusqu'au deuxième anniversaire représente une fenêtre d'opportunité critique pour améliorer la croissance et le développement de l'enfant. Ces interventions ont la plus grande base de données pour un impact, selon les conclusions et recommandations les plus récentes des publications de la série du The Lancet de 2008 et 2013 sur la sous-nutrition maternelle et infantile. Les actions spécifiques à la nutrition ciblent principalement des femmes et les enfants. En plus d'avoir démontré leur efficacité dans une variété de contextes, ces interventions procurent une très forte rentabilité pour un investissement moindre (comme indiqué dans le Consensus de Copenhague).



Source : Lancet 2008

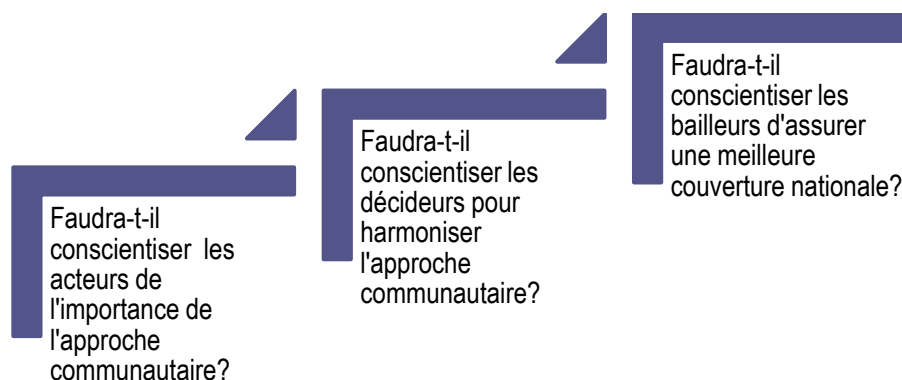
En assurant une mise à l'échelle, la mortalité infanto-juvénile peut être réduite d'1/4 à court terme, et la prévalence du retard de croissance à 36 mois d'1/3. Et du moment de la conception jusqu'à 24 mois, on a les opportunités pour prévenir, intervenir et réduire le retard de croissance.

La manière la plus tangible pour atteindre une couverture supérieure à 90% est l'approche de nutrition communautaire. Madagascar en a fait l'expérience depuis plus d'une décennie. Comment capitaliser ? Comment améliorer ?



☞ **L'utilisation des agents communautaires constitue l'excellente stratégie pour une couverture universelle, et surtout pour atteindre les zones les plus défavorisées.**

Cependant, des questions se posent :



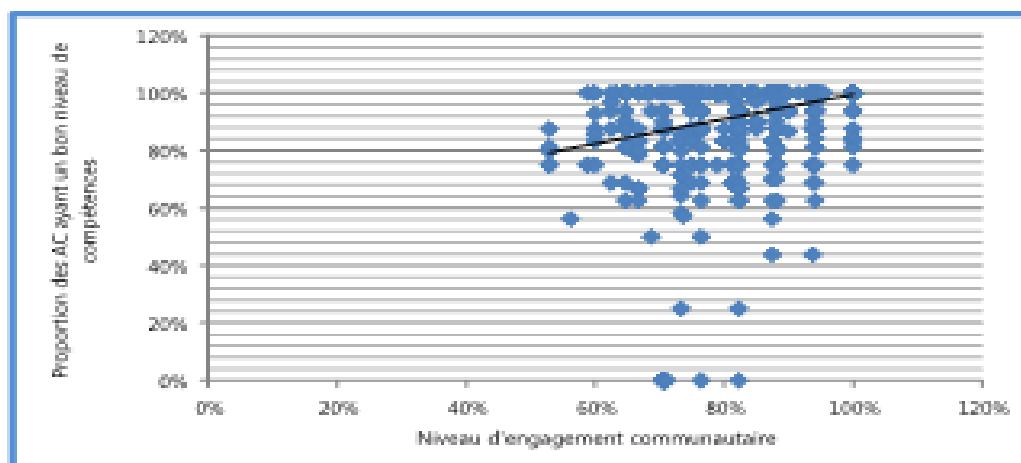
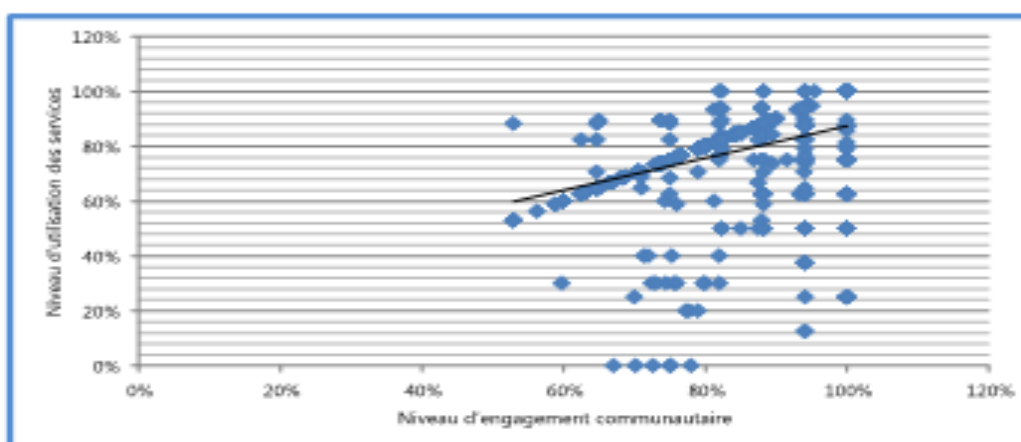
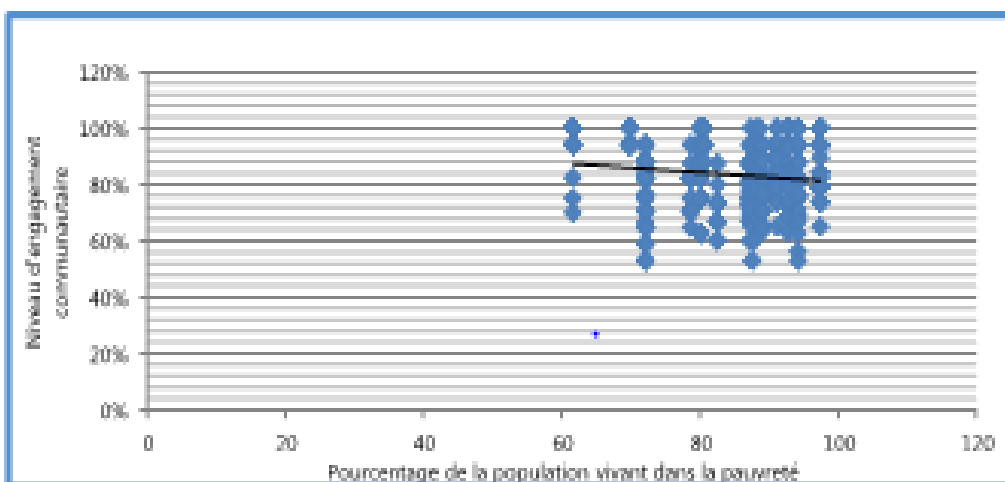
- **Promouvoir la « réelle » approche communautaire**

La disponibilité des services de nutrition à base communautaire constitue le moyen d'atteindre les cibles les plus défavorisées et d'obtenir une meilleure couverture nationale. Cependant, l'attention est tirée pour œuvrer vers une « réelle » approche communautaire. Une approche descendante d'un programme risque d'être verticale, et tombe dans le piège des « éternels » projets. Certes, un programme vertical génère des résultats, mais qui ne sont pas durables et efficaces. Et, quand le financement s'arrête, les programmes s'estompent.

La « réelle » approche communautaire est « qui fait **avec** eux », mais non pas « faire pour eux ». Elle repose sur une base collective communautaire locale, sur un repérage collectif des problèmes et des potentialités qui impliquent la population (diagnostic), et qui inclut la dynamique sociale à l'œuvre.

Les graphiques suivants montrent les relations étroites de l'engagement communautaire dans la mise en place des services de santé à base communautaire.

(Source : amélioration de la santé à travers l'approche de qualité sociale dans 800 communes à Madagascar, www.intrahealth.org)

Figure 21. Relation entre l'engagement communautaire et la compétence des AC*Figure 22. Relation entre le niveau d'engagement communautaire et l'utilisation des services**Figure 23. Relation entre la pauvreté et niveau d'engagement communautaire*

Le dernier diagramme de dispersion ci-dessus compare le niveau d'engagement communautaire au pourcentage de la population vivant dans la pauvreté. Le fait qu'il n'existe aucune véritable corrélation, démontre que quel que soit le niveau de pauvreté de la communauté, celle-ci peut dépasser cette fatalité et prendre en charge sa santé.

Les autres figures montrent les effets de l'engagement communautaire sur la compétence des AC et l'utilisation de leurs services.

- **Conscientiser les acteurs à une harmonisation des approches et à une mise à l'échelle des bonnes pratiques**

L'approche à travers les agents communautaires a fait ses preuves. Les agents communautaires sont des vecteurs essentiels d'expansion et de prestation de services de santé.

Voici quelques nombres de cas pris en charge par les agents communautaires qui témoignent leurs capacités de réponse aux besoins de la communauté.

Figure 24. *Prise en charge communautaire de la fièvre, diarrhée et IRA*

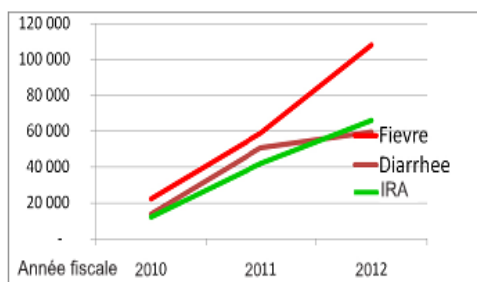


Figure 25. *Prise en charge communautaire du Suivi et Promotion de la Croissance (SPC)*

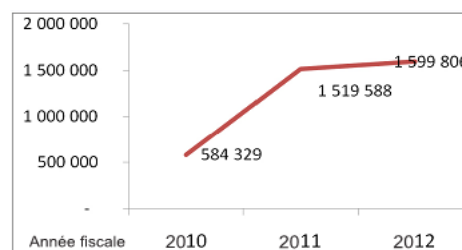
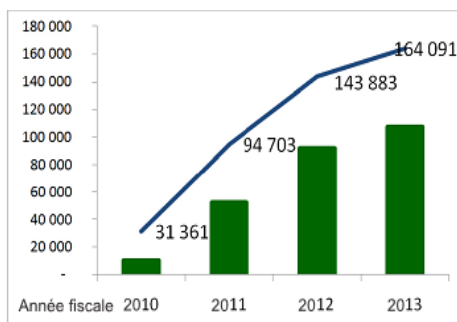


Figure 26. *Prise en charge communautaire des services PF*



Source : Santénet2 Bulletin Ezaka Mendrika, www.hayzara.mg

Comme la malnutrition fait impliquer plusieurs causes, est-ce que sa promotion ne devrait pas toutes les causes.

Serait-il pertinent d'avoir des agents communautaires de tels programmes et de tels projets dans un même fokontany ? D'autant plus que leur traitement financier s'avère différent ? Sommes-nous en train de développer une approche pertinente, pérenne et durable avec nos programmes verticaux de santé et de nutrition ?

Faut-il recréer la roue pour commencer ou redynamiser un programme, s'il existe déjà des AC dans le site d'intervention ? Est-ce que la nutrition fait partie intégrante de la santé ou faudra-t-il mettre en route une autre approche pour les services de nutrition à base communautaire ?

« Malgré une volonté de collaboration au niveau central, l'interaction entre les sites communautaires de nutrition et les centres de santé de base s'avère difficile dans certains cas, et l'accès aux soins pour les enfants et femmes enceintes n'est pas toujours assuré. Des tensions éventuelles au niveau local pourraient remettre en cause l'impact du programme sur des déterminants sanitaires de la malnutrition ainsi que la diminution de la malnutrition chronique ». (Source, rapport d'évaluation des sites Seecaline)

La politique nationale de santé communautaire (PNSC) est le fruit d'harmonisation de plusieurs expériences et de plusieurs acteurs. Quid de son application effective ?

Les services offerts par les Agents Communautaires devront être des services intégrés qui couvrent la « fenêtre d'opportunité » de la nutrition. Alors, comment amener les programmes verticaux à des services intégrés au niveau des agents communautaires ?

Comment capitaliser nos acquis dans la mise en place des agents communautaires qu'ils soient ACN ou AC ? Comment assurer la qualité de leurs services ? Comment disposer une meilleure intégration de soins ?

- L'organisation des semaines de santé de la mère et de l'enfant s'avère très efficace dans l'accès aux micronutriments et au déparasitage. Cependant, une offre continue de services à base communautaire devrait être aussi envisagée. Par exemple, un des facteurs de succès de la couverture contraceptive est la performance des AC. D'une part, leur existence réduit les obstacles géographiques et socioculturels, d'autre part les produits de santé sont subventionnés pour être plus accessibles à la communauté. Par ailleurs, les AC étant bénévoles perçoivent des bénéfices sur la vente des produits. Ils s'approvisionnent aux circuits Salama (Phagecom /CSB) et/ou Marketing Social.

Comment capitaliser le même système pour rendre les micronutriments plus accessibles à aux femmes enceintes et enfants de moins de deux ans? Quel cout avantage de mettre en œuvre des programmes communautaires d'alimentation thérapeutique dans ces circuits ?

- **Engager les bailleurs à une couverture nationale des services de nutrition à plus de 90%, et assurer la couverture des zones les plus défavorisées**

Il a été largement démontré qu'une réduction significative de la mortalité infantile et du retard de croissance s'obtient avec une couverture supérieure à 90% des interventions spécifiques sur les enfants et sur les mères. Que la prestation de services sera plus résiliente grâce au renforcement focalisé des mécanismes aux niveaux primaire et communautaire. Que la société civile (ONGs) a largement contribué à l'accès de proximité des services de santé et de nutrition à Madagascar.

- Comment sensibiliser les bailleurs à s'adhérer à cette vision de couverture universelle ?
- Comment assurer une couverture nationale de ces interventions spécifiques à la nutrition?
- Pourrait-on penser à des répartitions géographiques entre partenaires techniques et financiers afin d'assurer l'équité d'accès aux soins de santé et de nutrition à base communautaire ?
- Pourrait-on sensibiliser les partenaires à agir dans une vision macro au lieu des activités ponctuelles et ne touchant qu'une partie infime des groupes cibles ? (juste quelques communes ou sites) ?
- Quels seraient les engagements concrets de la société civile pour assurer une couverture universelle des soins de santé et de nutrition à Madagascar ? Pour capitaliser les acquis ? Pour assurer l'application effective de la politique nationale de la santé communautaire ?

Olusiji Adeyi

Directeur de la santé, de la nutrition et de la démographie au Groupe de la Banque mondiale.

- **«Pour que les progrès continuent, il est indispensable d'investir davantage dans des systèmes de santé qui apportent des prestations de qualité élevée et d'un prix abordable à toutes les femmes et à tous les enfants qui en ont besoin.»**

IV.3. Stratégies sensibles à la nutrition

Ce sont les interventions de développement qui, bien qu'elles participent à des objectifs sectoriels spécifiques, prennent également en considération l'amélioration des déterminants sous-jacents à une bonne nutrition (accès adéquat aux aliments, environnement sain, services de santé adéquats, et pratiques de soins), ou évitent au moins de nuire à aux causes immédiates ou sous-jacentes de dénutrition, particulièrement dans les populations et chez les individus présentant une vulnérabilité nutritionnelle importante.

Contrairement à des interventions spécifiques à la nutrition, qui tendent à être mises en œuvre à travers le secteur de la santé, les programmes contribuant à la nutrition sont exécutés à travers un éventail de secteurs et ciblent différents groupes de personnes. Ces interventions sont regroupées en:

- *interventions qui améliorent la sécurité alimentaire et nutritionnelle au niveau des ménages (interventions dans l'agriculture, les systèmes alimentaires et la protection sociale) et stratégies qui augmentent la disponibilité et l'accès aux aliments nutritifs par les populations.*
- *interventions qui améliorent l'environnement de soins pour les jeunes enfants* : Les stratégies visant à éduquer et responsabiliser les familles afin qu'elles soient mieux en mesure de fournir des soins nutritionnels appropriés à leurs ménages – en particulier leurs enfants. Celles-ci comprennent des interventions telles que celles visant à garantir le congé de maternité, l'autonomisation des femmes au sein du ménage et à s'assurer que les hommes participent également aux activités d'éducation des enfants.
- *Interventions qui améliorent la santé, l'éducation, l'eau et l'assainissement* : Les stratégies qui améliorent l'accès aux services de santé (y compris ceux pour la santé reproductive, l'eau potable, les installations sanitaires, la prise en charge contre le paludisme, les soins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH / SIDA et la tuberculose et la prise en charge contre les maladies non transmissibles), le programme de nutrition scolaire, et la promotion de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement.

La relation entre les résultats nutritionnels et les systèmes agroalimentaires au sens large est indéniable, tout comme le potentiel que cette relation recèle en termes de lutte contre la faim et la malnutrition. L'analyse des programmes de sécurité alimentaire et nutritionnelle dans plusieurs pays d'Afrique révèle qu'un grand nombre de politiques incluent des objectifs agricoles, mais ne contiennent aucun objectif nutritionnel explicite.

Les politiques agricoles se concentrent sur la productivité économique (via la production accrue de cultures de rente) et la réduction de la pauvreté (via la vente de produits agricoles) ; mais la voie à suivre pour traduire ces politiques en programmes efficaces et atteindre ainsi les améliorations souhaitées en termes d'habitudes alimentaires et de résultats nutritionnels reste floue.

☞ **Comment promouvoir des interventions agricoles à meilleure efficacité sur la nutrition ?**

Dans ce paragraphe, nous allons évoquer quelques évidences et bonnes pratiques dans la littérature, et les questions qui se posent par rapport à la situation nutritionnelle de Madagascar.

Tableau 7. Cinq circuits permettant de relier l'agriculture à la nutrition

Circuit	Efficacité du circuit
1) Accroître la croissance macro-économique	Effets modestes
2) Accroître l'accès aux aliments à travers une production plus importante et une réduction des prix	Effets modestes
3) Augmenter le revenu familial à travers la vente de produits agricoles	Effets variables
4) Augmenter la production de denrées riches en nutriments pour la consommation du ménage	Efficacité démontrée
5) Appuyer l'autonomisation des femmes à travers des interventions agricoles ciblées	Forte efficacité démontrée

Sources : Adapté de Banque mondiale 2007

Intégration de l'agriculture et de la nutrition avec la promotion du genre

Le succès du projet de patates douces à chair orange bio-fortifiées du Mozambique est en partie attribuable à la présence dans les villages d'une paire de vulgarisateurs, composée d'un agent agricole masculin et d'un agent nutritionnel féminin, chargés de la conduite de séances d'éducation de groupe portant sur différents sujets agricoles et nutritionnels, incluant les méthodes de production, d'entreposage, de commercialisation, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et les pratiques d'hygiène.

Le ministère de l'Agriculture du Kenya dispose d'un ensemble d'agents de vulgarisation en économie familiale qui couvre la totalité du pays

Au Malawi, le programme Fonds pour la société civile (Civil Society Fund Program) (CSFP) de la Banque a financé un projet de promotion des potagers familiaux forts en éléments nutritifs avec éducation nutritionnelle correspondante

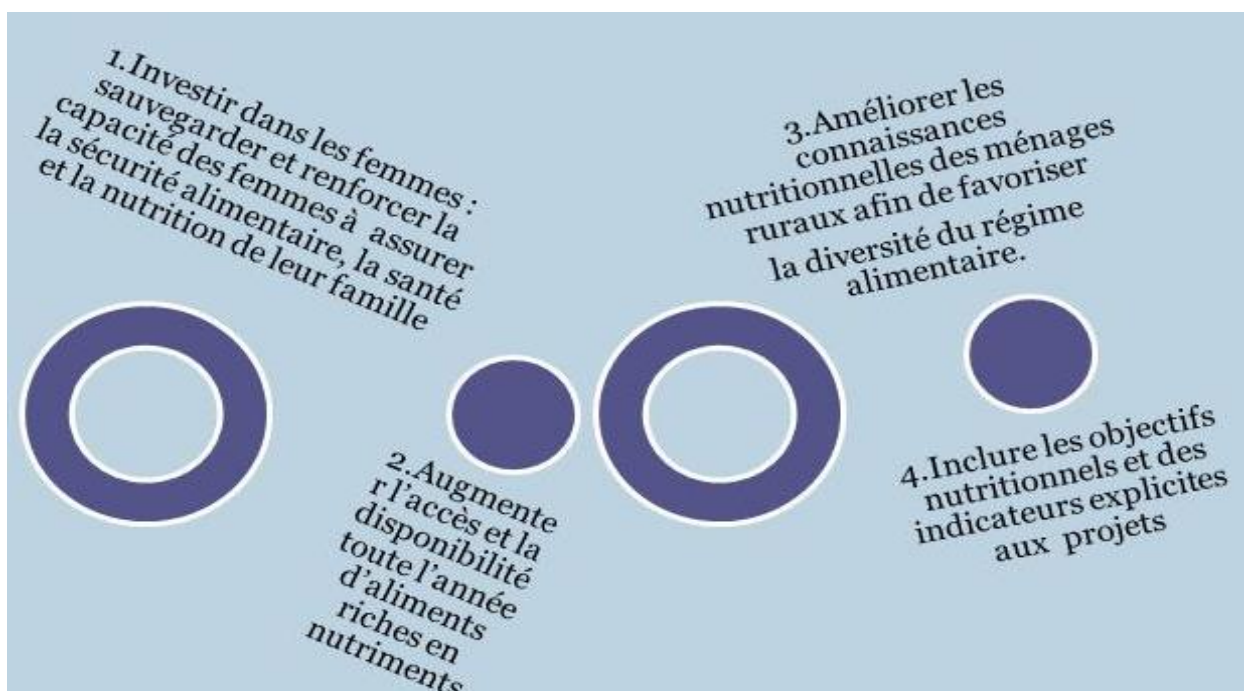
La Banque de développement asiatique a appuyé le projet de Développement de poulaillers communautaires (Community Livestock Development project) du Népal, qui admettait que les femmes assuraient environ 70% des travaux associés à l'élevage. Le projet a d'ailleurs fourni des services de garderie sur les lieux de formation afin d'accroître la participation des femmes.

- Quelles stratégies pour résoudre les principaux problèmes nutritionnels des régions ?
- Comment promouvoir la mise à l'échelle des semences et fertilisants améliorées aux groupes et régions défavorisées ?
- En ce qui concerne la production d'aliments fortifiés, comment ne pas importer les intrants et promouvoir l'achat local afin qu'ils soient moins chers et accessibles d'une part, et que le revenu des ménages s'améliore d'autre part ?
- Serait-il possible d'inclure une information nutritionnelle pertinente aux activités et formations dispensées par les agents agricoles, par exemple une formation sur les caractéristiques nutritionnelles des variétés bio-fortifiées et des cultures mineures ?
- Les petits exploitants ont-ils accès à un marché où ils peuvent vendre des denrées périssables ?
- Est-il possible d'introduire la conservation des denrées agricoles dans l'élaboration des projets ?
- Est-il possible d'ajuster la conception d'un projet afin d'accroître le revenu discrétionnaire des femmes, leur temps à s'occuper des enfants ?
- Peut-on ajouter aux objectifs de production et de revenus, lors de la conception du projet, des stratégies d'éducation/changement de comportement nutritionnel ?
- Pourrait-on utiliser les services agricoles comme des plates-formes de mise en œuvre des interventions nutritionnelles
- Comment mettre à l'échelle les résultats de recherche ? ...

Beaucoup de recherches ont été menées : farine de maïs fortifié, de haricots fortifiés... **Quid de la politique de mise à l'échelle ?**



L'expérience est là, la technologie existe : comment lier le secteur privé à la lutte contre la malnutrition ?



IV.4. Analyse de l'équité des interventions

Cette étude a permis de relever les principaux facteurs qui influencent le cout bénéfice des interventions.

1. Déterminants communautaires

- Les facteurs économiques (de pauvreté) :
Actuellement, le taux de pauvreté est de 71,5%. La proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimum d'apport calorique (2133Kcal par jour) se situe à 76% (ENSOMD 2012). Et, la pauvreté a aussi un impact sur l'accès des services de santé.
- Le niveau de capital humain : (niveau d'instruction, connaissances et accès à l'information). Il existe une forte corrélation entre le niveau de scolarisation de la mère, la pratique des soins essentiels et la prévalence des principales causes de mortalité infantile.
- Les facteurs spatiaux :
L'enclavement défavorise l'accessibilité géographique des populations rurales aux services de santé et de nutrition. C'est une des raisons du recours aux tradipraticiens.
- Les facteurs socioculturels :
Des barrières socioculturelles peuvent entraver l'adoption de bonnes pratiques. Tandis que des structures sociales peuvent déclencher la dynamique communautaire pour prendre en charge la santé.

2. Déterminants organisationnels

- L'allocation des ressources :
 - ✓ Le rapport des comptes nationaux de santé montre une faible allocation de cout à la santé ;
 - ✓ Concentration des financements au niveau central : les ressources affectées au niveau périphérique restent faibles ;
 - ✓ Les conditions de répartition budgétaire ne sont pas claires.
- Le cadre institutionnel des programmes (dispositifs institutionnels, ressources humaines, financement, coordination, etc.)
 - ✓ Insuffisance de coordination : des problèmes de concertation et de coordination multisectorielle dès la planification jusqu'à la mise en œuvre ; comme il y a de nombreux intervenants (différents organismes utilisant un même agent communautaire, même objectif mais différentes démarches pour l'atteindre ; concentration des intervenants dans une même zone géographique alors que d'autres régions manquent d'acteurs en nutrition voire inexistants...)
 - ✓ Faible concordance de la demande et de l'offre : il existe des disparités et des besoins spécifiques des régions. En général , les opérations ne sont pas suffisamment décentralisées, elles devraient davantage se concevoir au niveau des communes et de terroirs limités et répondre de manière précise aux besoins d'aide des populations vulnérables.
- les modes de mise en œuvre des programmes :
Le cadre des interventions est souvent défini à priori et les efforts d'implication des bénéficiaires à la définition de leurs besoins ne permettent qu'une prise en compte de certaines de leurs options et enfin il y a des limites de l'écoute des besoins de la communauté et du développement du capital social.

3. Autres déterminants

- Sous-utilisation de l'OSC :

Le potentiel de certains OSC réside dans l'atteinte des groupes vulnérables et la réduction des risques d'exclusion. Cependant, cette opportunité est loin d'être pleinement valorisée. Ces organisations peuvent jouer un rôle essentiel dans la problématique de la vulnérabilité, dans les domaines des politiques et programmes (Analyse situationnelle/ Diagnostic, Définition des priorités et Expression préoccupations pauvres, Mise en œuvre et Suivi/Evaluation), dans l'organisation et l'encadrement (Sensibilisation, Information, Structuration, Animation, Renforcement des capacités, Valorisation du capital social, Capitalisation/diffusion) et de plaider (Promotion des changements, Changement des comportements et Adoption diffusion des technologies et des pratiques favorables). Les OSC ont des avantages comparatifs notamment les interventions à petite échelle, la flexibilité et la recherche de l'innovation, la proximité et la connaissance du milieu et du contexte local, l'approche participative, le travail avec la communauté et le ciblage des pauvres.

- Faible prise en compte des besoins et rôle des femmes au niveau communautaire

La prise en compte limitée des besoins et des rôles des femmes au niveau communautaire perpétue l'iniquité et l'exclusion sociale. Un nombre important de recherches montre que la responsabilité directe pour nourrir la famille incombe en grande partie aux femmes. En dépit de ce constat, les femmes sont désavantagées dans l'accès aux revenus et aux ressources productives (terre, moyens de production, finances, formation). Elles sont rarement écoutées, notamment dans la distribution des revenus au sein des ménages, et participent rarement aux prises des décisions familiales et communautaires dans la définition des stratégies et actions prioritaires de développement, y compris celles concernant la sécurité alimentaire.

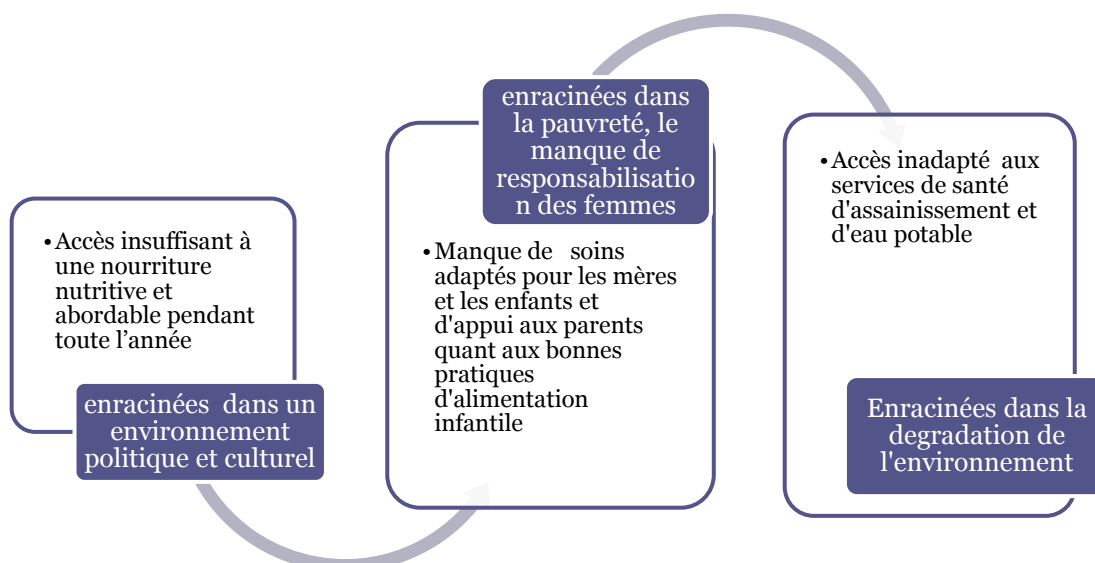
- Faible prise en compte de l'approche multisectorielle

Les volets préventifs et curatifs de la malnutrition nécessitent une synergie émanant des différents acteurs. Notons l'éducation, la santé, l'économie, et le gouvernement. Nous avons constaté que les programmes de nutrition doivent s'accompagner de projet de développement pérenne pour que les interventions ne soient pas un cercle vicieux et cyclique.

IV.5. Actions proposées pour HINA

Ce schéma produit par le SUN résume l'interconnexion des causes de malnutrition, la pertinence de la réponse multisectorielle n'est plus à discuter. La principale mission qui attend HINA consiste à appuyer la mise en place d'une plateforme multisectorielle et multi acteurs à Madagascar, et à accélérer la création du comité pour élaborer la politique/stratégie de l'approche multisectorielles de la nutrition

Figure 27. Interconnexion des causes de malnutrition



Source : SUN

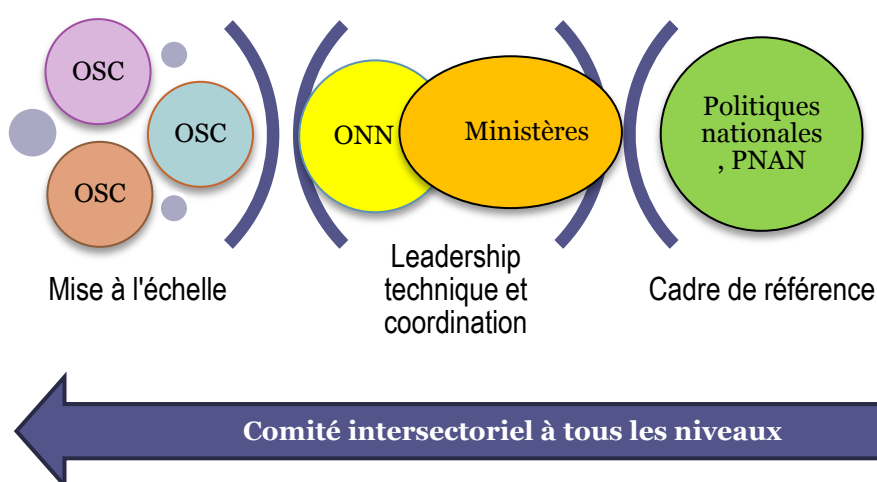
HINA devrait soutenir que la nutrition n'est pas l'alimentation, et que ce n'est pas seulement la sécurité alimentaire. Il faudrait que HINA sensibilise les parties prenantes sur les principales raisons de l'échec de Madagascar à savoir (i) la mauvaise connaissance des facteurs régionaux, (ii) la vision assez restrictive, et (iii) le manque de convergence des interventions.

HINA devrait prôner l'effectivité de l'approche multisectorielle à tous les niveaux.

Il faudrait également que HINA défende l'accès universel des services de nutrition et une réelle approche communautaire au détriment d'un programme spécifiquement vertical.

Il s'avère possible d'assurer une couverture nationale à travers la propositions suivante :

Figure 28. Proposition de couverture nationale



Les activités de plaidoyer devraient donc se situer à trois niveaux :

1. **Au sein de la plateforme**

- Clarifier l'importance de la vision holistique dans la lutte contre la malnutrition
- Promouvoir l'intégration des objectifs de nutrition dans tous les programmes de développement
- Sensibiliser sur l'importance de la fenêtre d'opportunité
- Promouvoir l'application de la politique nationale de santé communautaire et des stratégies en nutrition

2. **Auprès des parties prenantes**

- S'assurer que la couverture nationale des interventions spécifiques soit intégrée dans le PNAN
- Appuyer la mise en place d'une approche multisectorielle multi acteurs avec des objectifs de nutrition bien définis et un plan de suivi
- Plaider pour une harmonisation des approches communautaires et de la politique d'incitation et de motivation des agents communautaires
- Promouvoir l'achat local des produits de fortification et de supplémentation alimentaire
- Relier les chercheurs aux parties prenantes pour une mise à l'échelle des bonnes pratiques

3. **Au niveau des bailleurs**

- Prioriser la couverture nationale des interventions sur la fenêtre d'opportunité
- Favoriser les programmes intégrés
- Augmenter les investissements sur la santé de la mère et de l'enfant, sur l'accès en eau, hygiène et assainissement, et sur la sécurité alimentaire
- Demander un fort investissement communautaire
- Appuyer une politique de subvention des produits comme l'accès aux fortifiants à domicile, engrais fortifié, semences améliorées...

Une stratégie de renforcement des capacités des membres de la plateforme HINA serait aussi suggérée :

1. **Promouvoir la couverture nationale des interventions spécifiques à la nutrition, notamment de l'approche « 1000 jours » :**

- Inventorier les ONG nationales et établir la carte des intervenants selon leur zone d'intervention et spécificités ;
- Renforcer les compétences des ONG sur la vision plus large de la nutrition, sur l'importance de la fenêtre d'opportunité, sur l'approche communautaire, sur l'appropriation de la politique nationale de santé communautaire ;
- Y inclure la définition et les rôles/responsabilités des ONG en tant qu'acteurs de développement et de défenseurs des droits de la communauté ;
- Y intégrer la gestion axée aux résultats et la culture de performance...

2. **Mettre en place un réseau d'échanges et de partage des bonnes pratiques**

3. **Veiller à la mise en place d'un système d'information et à l'utilisation continue des données pour suivi et amélioration de la performance**

4. **Appuyer la visibilité des programmes et leurs effets en vue de redevabilité et transparence.**

V. SYNTHÈSE : vers un troisième virage ?

La malnutrition constitue un problème de santé publique très sérieux à Madagascar. Avec plus de la moitié des enfants malgaches atteints de malnutrition chronique, la Grande Ile est classée au sixième rang des pays avec un taux de malnutrition chronique des enfants de moins de cinq ans les plus élevés dans le monde. La malnutrition persiste au détriment des couches vulnérables et défavorisés. 76% de la population n'atteignent pas le niveau minimum d'apport calorique de 2133 kcal par jour en 2012. Et, la région Atsimo Atsinanana enregistre la proportion la plus élevée avec 89,7%

Les conséquences de la malnutrition chronique sont désastreuses au niveau de l'enfant, des communautés et du pays tout entier. Notamment chez l'enfant, les enfants malnutris chroniquement sont plus exposés aux risques de maladies et de décès, avec une altération importante du développement cognitif. En 2012, il est estimé que plus de 1.300.000 enfants vont souffrir de malnutrition chronique (source : ONN).

Le secteur nutrition est privilégié du fait de l'existence de multi acteurs et d'expériences innombrables. Les éléments sont présents pour développer une approche multisectorielle, multi-niveaux, multi-acteurs et multidisciplinaire dans le pays. Mais qu'est-ce qui nous empêche de réussir comme les autres pays ?

Le SUN a analysé l'évolution du plan national d'action pour la nutrition à Madagascar comme suit :

	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de Préparation
Présence d'éléments	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	3
Qualité des processus	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	

Source : Compendium des fiches pays SUN, sept 2013

Définition des indicateurs :

- 1 = Réunir les parties prenantes dans un espace partagé
- 2 = Veiller à la cohérence du cadre politique et juridique
- 3 = Aligner les programmes autour d'un Cadre commun de résultats
- 4 = Réaliser un suivi financier et mobiliser des ressources

Comment tirer des leçons sur les expériences du passé, capitaliser les acquis, bâtir sur les évidences et apprendre des bonnes pratiques ?

- ☞ Quelles sont les caractéristiques du nouveau plan national de nutrition répondant aux priorités du pays ?
- ☞ Quels sont les éléments spécifiques du plan national pour qu'il soit utile aux investisseurs de nutrition nationaux et extérieurs ? Quelle politique à court terme, moyen et long terme ?
- ☞ Comment le plan mobiliserait le gouvernement et les parties prenantes ?
- ☞ Comment aligner les politiques sectorielles afin d'améliorer les résultats nutritionnels ?
- ☞ Comment instaurer une mobilisation et une coordination efficaces de toutes les parties prenantes ?
- ☞ Comment rationaliser les ressources afin d'assurer une couverture universelle de nutrition ?
- ☞ Comment mettre à l'échelle nos acquis dans une priorité des interventions selon les régions et les cibles ?

Disposons-nous des plans qui cherchent des objectifs pertinents et durables avec une grande mobilisation de ressources ou des plans qui veulent à priori du financement ?

Une politique répondant réellement aux besoins de la communauté ?

QUESTIONS-CLÉS

- *Comment pouvons-nous faire en sorte que les voix de la communauté soient entendues et que les programmes de nutrition communautaire soient planifiés en tenant compte de leurs besoins, préoccupations et aspirations ?*
- *Quelles sont les approches qui existent pour faciliter un maximum de participation de la communauté aux différents stades de planification ?*
- *Comment renforçons-nous les compétences au niveau de la communauté pour améliorer les capacités d'évaluation et d'analyse ?*

QUESTIONS-CLÉS

- *Comment évitons-nous les conflits dans les priorités entre les planificateurs de programme, les prestataires de services, les donateurs et la communauté ?*
- *Comment limitons-nous/gérons-nous les frustrations de la communauté liées à leurs nombreux besoins exprimés qui ne peuvent être satisfaits ?*
- *Comment relierons-nous les problèmes nutritionnels exprimés aux stratégies d'intervention appropriées ?*
- *Comment faisons-nous en sorte que les services qui sont finalement offerts soient en adéquation avec les exigences de la communauté ?*

Steven Lauwerier,
coordinateur résident du
système des nations
unies et représentant de
l'Unicef à Madagascar

• *« Cette intégration au SUN et la mise en place d'un groupe SUN au niveau national permettront à Madagascar d'avoir une meilleure synergie et une meilleure coordination de toutes les actions des intervenants dans le secteur de la nutrition. Le mouvement SUN réunit les forces et les ressources de tous les intervenants en nutrition, permettant ainsi d'avoir plus d'impacts, plus de résultats qu'aucune organisation, aucun gouvernement ne pourrait réaliser seul. »*

Lawrence
Haddad, chargé
de recherche
principal à l'Institut
d'études sur le
développement.

• *« Les forces à l'origine de la malnutrition sont très puissantes ; pour venir à bout de la malnutrition, nous avons besoin d'alliances et de forces également puissantes » »*

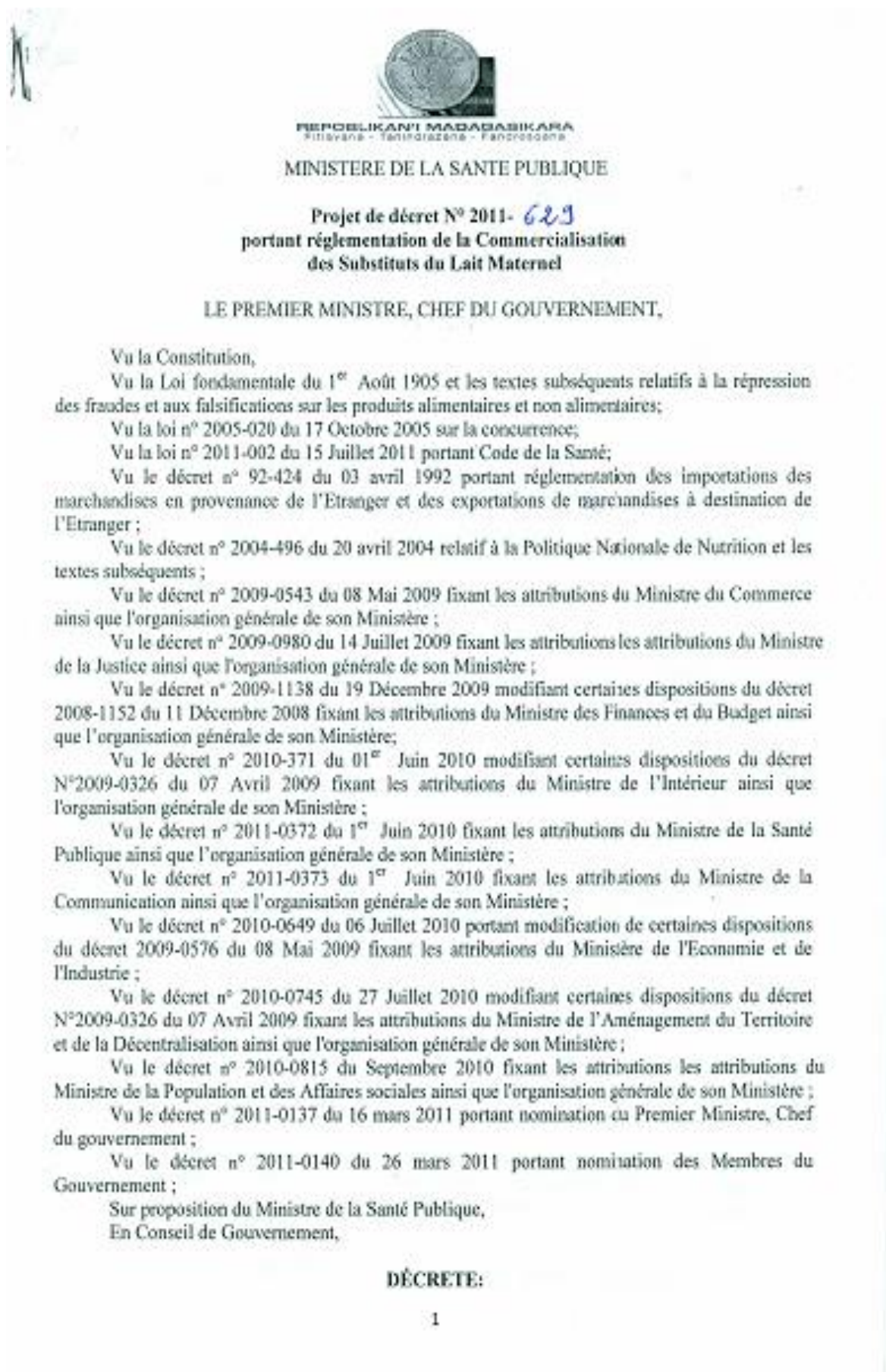
VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Abdoulaye Fabregas, Elise Rodriguez, Sandra Mutuman, L'aide à la nutrition : améliorer le suivi des investissements pour accroître l'efficacité de l'aide, ACF, 2014
2. ACF Mali, Optimiser l'impact nutritionnel des interventions sécurité alimentaire et moyens d'existence, 2011
3. Alessandra Marini, Harold Alderman, Meera Shekar, Protection sociale sensible à la nutrition
4. Ambinintsoa Raveloharison, Simon Christoph Rakotonirina, Landscape Analysis on Countries' Readiness to Accelerate Action to Reduce Maternal and Child Undernutrition: the Madagascar Assessment
5. Banque Mondiale, RAPPORT No: 38687 - MG, Madagascar, Revue de dépenses publiques, Réalisation du Madagascar Action Plan : Analyse pour des Résultats, Volume III NUTRITION, 2007
6. Benjamin Badjeck, Ndiaye Cheikh Ibrahima (FAO), Francesco Slaviero (PAM), Mission FAO/PAM d'évaluation de la sécurité alimentaire à Madagascar, 2013
7. Chessa K Lutter, Lora Iannotti, Hilary Creed-Kanashiro, Agnes Guyon, Bernadette Daelmans, Rebecca Robert, Rukhsana Haider, Key principles to improve programmes and interventions in complementary feeding, 2013
8. Compendium des fiches des pays SUN, Septembre 2013
9. Danzhen You, Lucia Hug, Simon Ejdemyr and Jan Beise, Report 2015 Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality
10. Edwige Landais, Felana Randrianarisoa, Sabrina Eymard-Duvernay, Valérie Ranaivo, Luc Arnaud Guillaume Bastard, Serge Trèche, Etat nutritionnel et consommation alimentaire pendant la période de soudure 2006-2007 dans deux communes (Sihanamaro, Ankilikira-Beanantara) de la région de l'Androy
11. Emanuela Galasso & Nithin Umapathi, Improving Nutritional Status through Behavioral Change: Lessons from Madagascar, January 2008
12. Évaluation de la coopération de l'Union européenne avec la République de Madagascar, 2002-2013
13. Évaluation du Plan national d'actions pour la nutrition, 2005-2009
14. Gert-Jan Dtads, Rivonjaka Randriamanamisa, Léa Vicky Magne Domgho, Madagascar: Fiche d'information sur les indicateurs de la R&D agricole, IFPRI, 2014
15. INSTAT, Enquête Démographique et de Santé 1997
16. INSTAT, Enquête Démographique et de Santé 2003 - 2004
17. INSTAT, Enquête Démographique et de Santé 2008- 2009
18. INSTAT, Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar 2012 - 2013
19. Jean Michel Rakotoarivelo, Contribution à la mise au point d'aliments fortifiés pour les groupes vulnérables de population et à l'étude du fonctionnement et de l'impact de cantines scolaires dans la région de l'Androy
20. Jill Hagey, Lutter contre la malnutrition avec des moyens autres que la croissance du revenu, Oct 2012
21. Julie Ruel-Bergeron, Leslie Elder, Anna Herforth, Maximiser les impacts nutritionnels des interventions du secteur santé
22. Kinday Samba N. et collaborateurs, Pour un programme de nutrition communautaire durable : pratiques prometteuses et leçons tirées de l'expérience, 1999
23. La nutrition à Madagascar : les réalisations du PNAN II au cours de l'année 2012
24. Landscape Analysis on countries' readiness to accelerate the action to reduce maternal and child undernutrition, The Madagascar Assessment
25. Landscape analysis, Accélérer les actions visant à la réduction de la malnutrition des mères et des enfants
26. Luc Arnaud, Christiane Rakotomalala, Arnaud Lailou, Chantal Monvoi, Charlotte Ralison, Serge Trèche, PAs-Nutrimad : un programme d'alimentation scolaire, 2005
27. M. Guelaya Sall, Santé et nutrition de l'enfant en Afrique: Enjeux et défis dans le contexte du Développement de la Petite Enfance, 2010
28. Meera Shekar, Leslie Elder et collaborateurs. Améliorer la nutrition au moyen d'approches multisectorielles, 2013

29. Mélanie Porte, Enquête nutritionnelle dans le cadre du dispositif de suivi évaluation du projet Nutrimad Androy à Madagascar et Finalisation de la mise au point d'un complément alimentaire pour les femmes en âge de procréer, 2008
30. Menjaharimisa Ramaherisoa, Charlotte Ralison, Serge Treche, Efficacité de la distribution d'une collation fortifiée pour réduire les déficits nutritionnels de l'alimentation des élèves des écoles primaires publiques d'Antananarivo, 2010
31. Michael C. Latham, La nutrition dans les pays en développement, 2001
32. MICS Madagascar Sud, Enquête par grappes à indicateurs multiples 2012
33. Ministère de la santé, Projet de décret N° 2011- 629 portant réglementation de la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel
34. Ministère de la santé, Stratégie en nutrition, 2011
35. Ministère de la santé/Unicef, Évaluation des campagnes de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage (2002 à 2006) et des semaines de la santé de la mère et de l'enfant (2006 à 2011) à Madagascar, Juillet 2011
36. Moursi* Mourad, Trèche Serge, Constances et spécificités de déterminants de l'alimentation complémentaire au Burkina Faso, à Madagascar et au Viêt-Nam
37. Mouvement SUN : Feuille de route révisée, 2012
38. Nicolas Khounloham, Contribution au projet NUTRIMAD Sud-Est à MADAGASCAR : étude de transférabilité d'un complément alimentaire destiné aux jeunes enfants et mise en place d'un dispositif de suivi-évaluation de la stratégie, 2008
39. Noro S. Ravaozanany, Placer la Nutrition au Cœur des Politiques de Développement: Le cas de Madagascar (1960-2010)
40. Organisation panaméricaine de la santé, Au-delà de la survie: Pratiques de soins obstétricaux intégrés pour la nutrition, la santé et le développement maternel
41. ONN, Enquête anthropométrique et développement de l'enfant 2007
42. ONN, Enquête anthropométrique et développement de l'enfant, 2007
43. ONN, La nutrition à Madagascar : les réalisations du PNAN II au cours de l'année 2012
44. ONN, La nutrition à Madagascar : les réalisations du PNAN II au cours de l'année 2012
45. ONN, Note politique pour l'élaboration du plan national d'action en nutrition 2012 - 2015
46. ONN, Plan de Suivi et Évaluation de la lutte contre la malnutrition à Madagascar, 2012-2015
47. ONN, Programme National de Nutrition Communautaire : Manuel technique d'exécution, 2005
48. ONN, Rapport relatif aux travaux d'autoévaluation du mouvement SUN Madagascar, Mai 2014
49. ONN, Rapport relatif aux travaux d'auto évaluation du mouvement SUN Madagascar, Mai 2014
50. Organisation panaméricaine de la santé , Au-delà de la survie: Pratiques de soins obstétricaux intégrés pour la nutrition, la santé et le développement maternel
51. Plan national d'actions pour la nutrition, 2005-2009
52. Plan national d'actions pour la nutrition, 2012-2015
53. Politique nationale de nutrition, 2004
54. Ralison Charlotte, Ahimana Cyridion, Arnaud Luc, Trèche Serge, Amélioration de l'alimentation infantile en zones rurales: l'expérience du programme Nutrimad à Madagascar
55. Ramaherisoa Menjaharimisa, Rambeloson Valérie , Ralison Charlotte, Trèche Serge, Effets de la stratégie PAS-Nutrimad sur les performances scolaires
56. Rapport d'avancement du mouvement SUN, 2011-2012
57. Sailesh Tiwari, Hassan Zaman, Jaime Saavedra, Croissance économique, pauvreté et nutrition
58. Santé et nutrition de l'enfant Projet Santenet2 : 2008-2013
59. Scaling up nutrition, Appel pour l'engagement en faveur de la Nutrition
60. Scaling up nutrition, Madagascar 2012
61. Scaling up nutrition, Systèmes d'information pour la nutrition : renforcement de la nutrition dans la pratique, Avril 2014
62. Scaling up nutrition, Systèmes d'information pour la nutrition, Renforcement de la nutrition dans la pratique, Avril 2014

63. Serge Trèche, La nutrition, un défi pour la planète, Les dossiers thématiques de l'IRD, 2010
64. Serge Trèche, Valérie Rambelison, Évolution de la situation nutritionnelle des enfants à Madagascar à partir de 1992
65. Solofoniaina Nirina Harilanto, R. Sambatra, R. Andrianaivo Tina, R. Kenny François, Projet d'amélioration durable de la situation nutritionnelle de la mère, de l'enfant et des ménages vulnérables dans la région du Menabe
66. Solonjanahary Joseph Randriamananandro, Contribution à la mise au point du vary aina, plat fortifié à base de riz, destiné aux enfants de 1-5 ANS, dans le réseau d'hotelin-jazakely du programme Nutrimad
67. Steven Lauwerier, Cérémonie de lancement officiel de Zazatomady, 2013
68. Suzan Horton, Renforcement de la nutrition : rapport d'examen de plans nationaux de nutrition chiffrés, Avril 2014
69. Une recherche-action pour des stratégies efficaces contre la malnutrition à Madagascar
70. Unicef Madagascar, Rapport Annuel 2013
71. USAID, Évaluation finale du projet PSI de marketing social à Madagascar, 2013
72. USAID/Santénet2, Etude de Faisabilité de l'accès universel à la Supplémentation en Fer Acide Folique (FAF) des Femmes Enceintes
73. Verohanitra Annie Randrianatoandro, Serge Trèche, Sylvie Avallone, Charlotte Ralison, Plats consommés par les enfants de 1 à 5 ans à Antananarivo, 2010
74. Vicki Mac Donald, Kathryn Banke, Assurer l'accès au zinc pédiatrique pour le traitement des diarrhées au moyen du secteur privé à Madagascar : résultats et leçons apprises, 2010
75. Worldbank, Madagascar Food Security Monitoring System Quarterly Bulletin, February 2011
76. Yurie Tanimichi Hoberg, Anna Herforth, Meera Shekar, Aparajita Goyal, Agriculture et développement rural

VII. Annexe : Extrait du décret N°2011 - 629



CHAPITRE PREMIER DES DISPOSITIONS GENERALES

Article premier.- Le présent décret a pour objet d'assurer aux nourrissons et aux jeunes enfants une alimentation idéale pour leur croissance et leur développement, en protégeant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six (6) mois tout en encourageant l'allaitement au sein jusqu'à deux (2) ans et plus et en introduisant des aliments complémentaires à partir du sixième mois.

Article 2.- Le présent décret s'applique à la commercialisation des « produits visés », notamment :

- les préparations pour nourrissons appelées aussi lait pour nourrissons fabriqué industriellement;
- les préparations de suite appelées aussi lait de deuxième âge ou lait de suite;
- aux autres produits commercialisés ou présentés comme aliments ou boissons pour nourrissons et/ou pour jeunes enfants;
- aux matériels servant à leur préparation et à leur administration;
- aux sucettes et autres;
- ainsi qu'à l'information et l'éducation relatives à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.

Il ne s'applique pas aux aliments complémentaires préparés au niveau des ménages avec des produits disponibles localement.

Article 3.- Aux sens du présent décret, on entend par:

«**Agent de santé**» toute personne travaillant dans un établissement de soins de santé ainsi que les étudiants, stagiaires ou toute personne y travaillant à titre bénévole et sans rémunération;

«**Agent habilité**» tout fonctionnaire ayant la qualité d'officier de police judiciaire et tout agent de la répression des fraudes assermentés du Ministère chargé de l'Economie et de l'Industrie et du Ministère chargé du Commerce;

«**Aliment de complément fabriqué industriellement**» tout aliment pré emballé, fabriqué et convenant, ou présenté comme tel, pour compléter le lait maternel, une préparation pour nourrisson ou une préparation de suite;

«**Commercialisation**» la promotion, la distribution, la vente et la publicité d'un des produits visés, y compris les services de relations publiques et d'information tels que prestataires, fabricants et médias;

«**Distributeur**» une personne physique ou morale se livrant à la commercialisation, en gros ou au détail, d'un produit visé ;

«**Échantillon**» des exemplaires uniques ou de petites quantités d'un produit visé, fournis gratuitement ;

«**Emballage**» le conditionnement d'un produit visé destiné à la vente au détail;

«**Établissement de soins de santé**» une institution ou organisation publique ou privée, ou les cabinets de consultation médicale, fournissant directement ou indirectement des soins de santé. Le terme englobe également les crèches, les garderies et autres établissements de soins pour nourrissons ou pour jeunes enfants;

«**Étiquette**» toute marque, signe figuratif ou descriptif écrit, imprimé, apposé, gravé, appliqué,

«**Marquage**» imprimé, gravé, fixé ou apparaissant sous quelque forme que ce soit sur l'emballage d'un produit visé ;

«**Fabricant**» toute personne physique ou morale se livrant à la fabrication d'un produit visé, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un agent ou d'une personne qu'elle contrôle ou à laquelle elle est liée par contrat ;

«**Jeune enfant**» un enfant de douze (12) à vingt quatre (24) mois révolus ;

«**Logo**» l'emblème, l'image ou le symbole par lequel un fabricant ou un produit est identifié;

«**Marque**» un nom donné par le fabricant à un produit ou à une gamme de produits;

«**Nourrisson**» un enfant de zéro (0) à douze (12) mois révolus ;

«**Préparation de suite**» appelée aussi lait de suite ou lait de deuxième âge, un produit laitier ou semblable au lait, d'origine animale ou végétale, formulé industriellement conformément au Standard 156-1987, amendé en 1983, en 1985 et en 1987 ainsi que tout autre standard du Codex Alimentarius pour les préparations de suite et commercialisé ou présenté comme convenant aux nourrissons ou aux jeunes enfants de plus de six (6) mois révolus ;

«**Préparation pour nourrissons**» appelée aussi lait pour nourrisson, un produit laitier ou semblable au lait, d'origine animale ou végétale, formulé industriellement conformément au Standard 72-1981 amendé en 1983, en 1985 et en 1987 ainsi que tout autre standard du Codex Alimentarius pour les préparations pour nourrissons, pour satisfaire, par lui-même, les besoins nutritionnels du nourrisson, dès la naissance et/ou pendant les six (6) premiers mois et inclut les produits qui continuent à répondre à une partie des besoins alimentaires d'un enfant après les six (6) premiers mois ;

«**Prescrit(e)**» ou «à prescrire» les dispositions prescrites dans les règles ou les décisions écrites adoptées en vertu du présent décret ;

«**Produits visés**» les produits ci-après :

- a. les préparations pour nourrissons ;
- b. tout autre produit commercialisé comme aliment pour nourrissons jusqu'à l'âge de six (6) mois ;
- c. les préparations de suite;
- d. les aliments de complément fabriqués industriellement ;
- e. les biberons, les tétines, les sucettes ;
- f. et tout autre produit que le Ministre chargé de la Santé déclare, par publication au Journal Officiel, produit visé aux fins du présent décret.

«**Professionnel de santé**» un agent de santé titulaire d'un diplôme professionnel ou équivalent, tel que les médecins praticiens, les infirmiers ou infirmières, les sages-femmes et aides sanitaires.

«**Promotion**» toute méthode pour encourager, directement ou indirectement, une personne à acheter un produit visé.

«**Publicité**» l'incitation à l'achat d'un produit visé par, entre autres, les moyens suivants :

- a. la publicité par la presse écrite et audio visuelle : télévision, radio, cinéma, internet, vidéo, téléphone;
- b. la publicité par affiches, panneaux publicitaires et annonces;
- c. ou la publicité par exposition d'images ou de maquettes.

«**Sucette**» une tétine artificielle donnée à sucer aux bébés.

CHAPITRE II DE LA PROMOTION COMMERCIALE

Article 4.- La promotion commerciale d'un produit visé est interdite. Sans que la liste ne soit pour autant exhaustive, les méthodes de promotion proscrites sont:

- a. la publicité;
- b. les techniques de vente telles que prix, cadeaux, étalages spéciaux, bons de réduction, primes, ristournes, ventes spéciales, ventes à perte ou ventes couplées;
- c. la remise à quiconque d'échantillon d'un produit visé.

Article 5.- Il est interdit aux fabricants et aux distributeurs, agissant directement ou par l'intermédiaire d'une autre personne :

1. de donner ou fournir à un prix inférieur au prix de vente en gros ou, à défaut, à moins de quatre vingt pour cent (80%) du prix de vente au détail, une quantité quelconque d'un produit visé à un agent de santé ou à un établissement de soins de santé :

a. l'alinéa 1. de cet article ne s'applique pas aux dons ou aux ventes à prix réduits des produits visés à un orphelinat ou à d'autres établissements d'assistance sociale, destinés exclusivement aux nourrissons ou aux jeunes enfants pour qui le lait maternel n'est pas disponible. Les orphelinats ou autres établissements d'assistance sociale doivent déposer une demande officielle auprès des donateurs qui doit être visée et approuvée préalablement par le Comité de Contrôle. Le donateur doit informer le Comité de Contrôle pour chaque donation. Les donations doivent être assurées tant que les bénéficiaires concernés en ont besoin.

b. nonobstant les dispositions du présent article, le Ministère chargé de la Santé peut acheter des produits visés à prix réduit en cas de catastrophes naturelles ou pour des programmes d'assistance sociale. Le Ministère chargé de la Santé doit s'assurer que les préparations pour nourrissons soient utilisées ou distribuées exclusivement aux nourrissons qui sont obligés d'être alimentés aux substituts du lait maternel suivant les résolutions de l'OMS, A39/8 Add.1, à l'issue de l'Assemblée de Genève en Avril 1986. Les distributions doivent être assurées tant que les nourrissons concernés en ont besoin.

2. de donner ou de distribuer dans un établissement de soins de santé des équipements, des services ou des matériaux ou articles tels que stylos, calendriers, affiches, blocs notes, courbes de croissance ou jouets;

3. de donner ou offrir des cadeaux, des contributions, des subventions ou des avantages quelconques à un agent de santé ou à des associations professionnelles de santé ;

4. de financer ou organiser des manifestations, des concours, des services de conseils et des campagnes relatives à la grossesse, l'accouchement, l'alimentation du nourrisson ou du jeune enfant;

5. de rémunérer ou de primer leurs employés ou fixer des quotas de vente de ces produits en tenant compte du volume des ventes de produits visés ;

6. nonobstant les alinéas 2-3-4-5 du présent article, les donations d'équipements, de bourses d'études et de financement pour les échanges d'informations scientifiques, sont autorisées si elles sont préalablement approuvées par le Comité de Contrôle sur demande d'un établissement de

soins de santé ou d'une association professionnelle de santé. Le Comité de Contrôle doit s'assurer que les donations d'équipements, de bourse d'études ou de financement pour les échanges d'informations scientifiques ne sont pas octroyées dans le but de promouvoir un produit visé. Ces donations doivent se conformer aux dispositions de l'alinéa 1.a du présent article.

Article 6.- Il est interdit aux agents de santé :

- a. de recevoir des fabricants ou distributeurs ou de toute autre personne agissant pour leur compte, des cadeaux, subventions ou avantages pécuniaires ou autres quelle qu'en soit la valeur sauf ceux autorisés aux termes de l'article 5, alinéa 6 du présent décret;
- b. d'accepter ou de donner des échantillons d'un produit visé.

Dans le cas où un agent de santé doit faire une démonstration de l'utilisation d'une préparation pour nourrisson, il doit le faire seulement au bénéfice d'une mère, prise individuellement, ou au bénéfice des membres de sa famille. L'agent de santé doit leur expliquer clairement les risques de l'utilisation des préparations pour nourrissons et porter à leur connaissance les dispositions des articles 15 à 18 du présent décret.

CHAPITRE III DE L'ETIQUETAGE

SECTION PREMIERE DES INTERDICTIONS CONCERNANT L'ETIQUETAGE DES PRODUITS VISES

Article 7.- Les fabricants et distributeurs ne doivent pas commercialiser un produit visé si son emballage ou son étiquette porte une photographie, un dessin ou toute autre représentation graphique de nourrisson, d'animaux, l'image du hibernon ou d'autres représentations ou texte de nature à idéaliser l'utilisation du produit. Ledit produit ne doit pas, non plus, faire l'objet de don.

Article 8.- Les fabricants et distributeurs ne doivent pas commercialiser un produit visé ni en faire des dons si l'étiquette n'est pas écrite en Malagasy et en Français et/ou en Anglais.

Article 9.- Les fabricants et distributeurs ne doivent pas commercialiser un produit visé ni en faire des dons si l'emballage ou l'étiquette ne comporte pas de façon claire, visible et facile à lire et à comprendre, les informations suivantes:

1. le mode de préparation et d'emploi correct du produit visé, écrit et à l'aide de dessins faciles à comprendre;
2. l'âge révolu, inscrit en chiffres, à partir duquel le produit est recommandé. Pour les préparations de suite et les aliments de compléments, l'âge recommandé ne doit pas être inférieur à six mois ;
3. un avertissement sur les risques pour la santé d'une mauvaise préparation et de l'emploi du produit avant l'âge recommandé ;
4. les ingrédients utilisés;
5. la composition nutritionnelle du produit, y compris la teneur en nutriments;
6. les conditions de stockage requises, avant et après ouverture de l'emballage, compte tenu des conditions climatiques ;
7. le numéro du lot, la référence de l'homologation, la date de fabrication et la date limite de consommation du produit ;
8. le nom et l'adresse du fabricant ou du distributeur du produit ;
9. et toutes autres informations prescrites.

Article 10.- Les fabricants et distributeurs ne doivent pas commercialiser un produit visé ni en faire des dons si l'emballage ou l'étiquette suggère qu'un rapport existe entre le produit ou un de ses constituants et la santé, y compris le rôle physiologique d'un aliment dans la croissance, le développement ou les fonctions normales du corps.

**SECTION 2
DES INTERDICTIONS CONCERNANT L'ETIQUETAGE
DES PREPARATIONS POUR NOURRISSONS
ET DES PREPARATIONS DE SUITE**

Article 11.- Les fabricants et distributeurs ne doivent ni faire des dons ni commercialiser une préparation pour nourrissons ou une préparation de suite si l'emballage ou l'étiquette du produit ne satisfait pas aux conditions suivantes:

1. porter l'inscription « **AVIS IMPORTANT** » : « **Ce produit ne remplace en aucun cas le lait maternel, aliment idéal pour assurer la croissance et le bon développement des nourrissons et des jeunes enfants. Le lait maternel protège contre la diarrhée et d'autres maladies** ». Cette déclaration bien visible et mise en exergue, écrite en caractères gras dont la taille doit être au moins égale à 50% de celle des caractères de la marque et, en aucun cas, inférieure à deux millimètres de hauteur. Cette inscription doit être uniforme pour tous les fabricants;
2. porter l'avis que le produit ne doit être utilisé que sur prescription d'un professionnel de santé qui en aura indiqué la nécessité et expliqué le mode d'emploi correct;
3. primer l'importance de l'utilisation d'une tasse avec ou sans cuillère au lieu d'un biberon;
4. porter l'avis que des préparations pour nourrissons et des préparations de suite en poudre peuvent être contaminées par des micro-organismes pendant leur fabrication ou pendant leur préparation et l'importance de jeter tout reste après chaque alimentation;
5. inclure un tableau des quantités recommandées dans les instructions pour la préparation et expliquer que les restes doivent être jetés ;
6. ne pas comparer les préparations pour nourrisson et les préparations de suite au lait maternel, ni utiliser les expressions "maternisé", "humanisé" ou toute autre expression semblable;
7. ne pas utiliser de textes susceptibles de décourager l'allaitement maternel.

**SECTION 3
DE L'EXIGENCE RELATIVE A L'ETIQUETAGE
DES LAITS CONDENSES SUCRES**

Article 12.- Le lait condensé sucré ne convient pas à l'alimentation du nourrisson, ni pour une utilisation comme principal ingrédient d'une préparation. En conséquence, l'étiquette de ce produit doit mentionner: « **Ce produit ne convient pas aux nourrissons** ».

**SECTION 4
DES INTERDICTIONS CONCERNANT L'ETIQUETAGE
DES BIBERONS ET TETINES**

Article 13.- Outre les exigences stipulées dans l'article 16 du présent décret, les fabricants et distributeurs ne doivent pas commercialiser des biberons ou des tétines si l'emballage ou l'étiquette du produit ne satisfait pas, outre les exigences stipulées dans les Articles 8 et 9 ci-dessus, aux conditions suivantes:

1. porter l'inscription « **AVIS IMPORTANT** » : « **Ce produit peut nuire à la santé du bébé si les conditions de nettoyage et de stérilisation qui y sont prescrites ne sont pas scrupuleusement respectées. Utiliser une tasse avec ou sans cuillère** ». Cette déclaration bien visible et mise en exergue, écrite en caractères gras dont la taille doit être au moins égale à 50% de celle des caractères de la marque et, en aucun cas, inférieure à deux millimètres (2 mm) de hauteur. Cette inscription doit être uniforme pour tous les fabricants;
2. inclure des instructions écrites et illustrées pour le nettoyage et la stérilisation du produit ;
3. porter l'avis de l'importance de suivre soigneusement les instructions de nettoyage et de

stérilisation;

4. indiquer le nom et l'adresse du fabricant ou du distributeur.

SECTION 5 DES INTERDICTIONS CONCERNANT LES ETIQUETTES DES SUCETTES

Article 14.- Outre les exigences stipulées dans les articles 7 et 8 du présent décret, les fabricants et distributeurs ne doivent pas commercialiser des sucettes, si l'emballage ou l'étiquette du produit ne satisfait pas aux conditions suivantes:

1. porter l'inscription « **AVIS IMPORTANT** » suivie de la déclaration suivante: « **la sucette peut nuire à l'allaitement maternel et à la santé du bébé** ».
Cette déclaration bien visible et mise en exergue, écrite en caractères gras dont la taille doit être au moins égale à 50% de celle des caractères de la marque et, en aucun cas, inférieure à deux (2 mm) millimètres de hauteur.
Cette inscription doit être uniforme pour tous les fabricants ;
2. inclure des instructions écrites et illustrées pour le nettoyage, la stérilisation et la conservation de la sucette;
3. indiquer le nom et l'adresse du fabricant ou du distributeur.

CHAPITRE IV DE L'INFORMATION, DE L'EDUCATION ET DE LA COMMUNICATION

SECTION PREMIERE DES SUPPORTS OU MATERIELS D'INFORMATION, D'EDUCATION ET DE COMMUNICATION

Article 15.- Le support ou matériel d'information et d'éducation sur l'alimentation du nourrisson et/ou du jeune enfant:

1. ne doit pas donner l'impression ou faire croire qu'un produit visé est équivalent, comparable ou supérieur au lait maternel;
2. ne doit contenir que des informations exactes et à jour et ne doit pas faire usage d'images ou de textes de nature à encourager l'utilisation des préparations pour nourrissons ou des préparations de suite, du biberon, de la tétine, ou de la sucette ;
3. ne doit pas porter la marque ou logo d'un produit visé, d'un fabricant ou d'un distributeur d'un produit visé. Cette disposition ne s'applique pas à l'information concernant les produits visés donnée aux professionnels de la santé et aux pharmaciens suivant les dispositions de l'article 17 du présent décret;
4. doit être rédigé en Malagasy et en Français et/ou en Anglais;
5. doit expliquer de façon claire et visible chacun des éléments énoncés ci-après:
 - a. les avantages et la supériorité de l'allaitement maternel;
 - b. les bienfaits de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six (6) mois, puis complété par d'autres aliments jusqu'à l'âge de deux (2) ans ou plus;
 - c. la préparation à l'allaitement maternel exclusif et prolongé;
 - d. la difficulté de revenir sur la décision de ne pas allaiter au sein;
 - e. l'importance de l'introduction des aliments de complément à partir de six (6) mois ;
 - f. les effets néfastes sur l'allaitement maternel, de toute alimentation au biberon ou d'introduction précoce d'aliments ou d'autres boissons ;
 - g. les avantages de l'utilisation des ingrédients locaux pour la préparation des aliments de complément à la maison.

Article 16.- Outre les exigences stipulées dans l'article 15 du présent décret, tout support ou

Liste des figures

Figure 1. Cadrage de l'étude.....	7
Figure 2. Processus méthodologique.....	8
Figure 3. Approche technique et méthodologique	9
Figure 4. Ancrage institutionnel de la nutrition à Madagascar	11
Figure 5. Cadre conceptuel de la malnutrition	13
Figure 6. Le cadre national.....	19
Figure 7. Résultats Seecaline	21
Figure 8. La démarche de Nutridev.....	22
Figure 9. Les 800 communes appuyées par 16 Organisations Non Gouvernementales	24
Figure 10. Pourcentage des mères avec un faible Indice de Masse corporelle	26
Figure 11. Utilisation des services de consultations prénatales au niveau CSB – par région (2013).....	26
Figure 12. Taux d'allaitement exclusif chez les nourrissons de moins de 6 mois	27
Figure 13. Pratiques d'alimentation des nourrissons et jeunes enfants.....	28
Figure 14. La prévalence de l'anémie.....	30
Figure 15. Contribution des PA Santénet2 dans le circuit communautaire	31
Figure 16. « Centre d'Accompagnement Social et d'Appui Nutritionnel »	45
Figure 17. Évolution du taux de mortalité infanto-juvénile (%0).....	48
Figure 18. Évolution du taux de mortalité infantile (%0)	48
Figure 19. Évolution du taux de mortalité des enfants de moins d'un mois (%0)	48
Figure 20. Cartographie de la malnutrition.....	50
Figure 21. Relation entre l'engagement communautaire et la compétence des AC	53
Figure 22. Relation entre le niveau d'engagement communautaire et l'utilisation des services.....	53
Figure 23. Relation entre la pauvreté et niveau d'engagement communautaire.....	53
Figure 24. Prise en charge communautaire de la fièvre, diarrhée et IRA	54
Figure 25. Prise en charge communautaire du Suivi et Promotion de la Croissance (SPC)	54
Figure 26. Prise en charge communautaire des services PF	54
Figure 27. Interconnexion des causes de malnutrition.....	61
Figure 28. Proposition de couverture nationale	61

Liste des tableaux

Tableau 1. Quelques caractéristiques de l'Office National de Nutrition	12
Tableau 2. Financement du projet SEECALINE.....	21
Tableau 3. Récapitulation des programmes de nutrition à base communautaire	25
Tableau 4. Résultats ENSOMD 2012-2013	26
Tableau 5. Coût du financement.....	29
Tableau 6. Mortalité des enfants à Madagascar.....	49
Tableau 7. Cinq circuits permettant de relier l'agriculture à la nutrition	57

Liste des encadrés

Encadré 1. Madagascar et sa malnutrition	5
Encadré 2. Pourquoi dans d'autres pays et pas Madagascar ?	6
Encadré 3. Timeline de la Politique Nationale de Nutrition.....	10
Encadré 4. Services de santé et de nutrition à base communautaire, Santénet2	24
Encadré 5. Résultats SSME 2013	29
Encadré 6. L'approvisionnement communautaire dans le projet Santénet2 (site hayzara).....	31

Table des matières

Préface (mots de la plateforme)	1
Résumé exécutif	2
Sommaire	3
I. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	4
I.1. Contexte	4
I.2. Objectifs de la consultance.....	6
II. METHODOLOGIE	8
II.1. Cadre de l'étude et période couverte	8
II.2. Type d'étude et principaux directeurs	8
II.3. Approche technique et méthodologique	9
II.4. Limites de l'étude	9
II.5. Assurance qualité	9
III. RESULTATS	10
III.1. Environnement de la nutrition à Madagascar.....	10
III.1.1. Structure institutionnelle	10
III.1.2. Parties prenantes	13
III.1.2.1. Le gouvernement.....	13
III.1.2.2. La Société civile.....	14
III.1.2.3. Les donateurs	15
III.1.2.4. La Communauté technique et de recherche	15
III.1.2.5. Le Secteur privé	16
III.2. Efforts et acquis.....	16
III.2.1. Les acquis en termes de politiques, normes et procédures.....	16
III.2.1.1. Le Mouvement Scaling Up Nutrition	16
III.2.1.2. Le cadre national	19
III.2.2. Les efforts réalisés dans la prévention de la malnutrition	20
III.2.2.1. Services de nutrition à base communautaire : programme de nutrition + promotion ANJE/NdF + supplémentation + promotion EAH.....	20
III.2.2.2. La promotion de l'Alimentation des Nourrissons et des Jeunes Enfants et de la Nutrition de la Femme à travers l'approche cycle de vie	26
III.2.2.3. La supplémentation en micronutriments 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, et le déparasitage.....	28
III.2.2.4. L'amélioration de l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène	32
III.2.3. Les efforts réalisés dans la sécurité alimentaire et nutritionnelle	33
III.2.3.1. Amélioration de la sécurité alimentaire des ménages	33
III.2.3.2. LA RECHERCHE DANS LE DEVELOPPEMENT AGRICOLE	41
III.2.3.3. APPUIS ALIMENTAIRES AUX ECOLES ET AUX GROUPES VULNERABLES	41

III.2.4. Les acquis dans la prise en charge de la malnutrition.....	44
III.2.4.1. Des centres de prise en charge de la malnutrition.....	44
III.2.4.2. Diverses productions d'aliments fortifiés.....	45
III.2.5. Les acquis dans les urgences	46
IV. PISTE DE REFLEXIONS	48
IV.1. Encore des grands défis	48
IV.2. Stratégies spécifiques à la nutrition (pour la société civile/HINA)	51
IV.3. Stratégies sensibles à la nutrition.....	56
IV.4. Analyse de l'équité des interventions	59
IV.5. Actions proposées pour HINA	60
V. SYNTHÈSE : vers un troisième virage ?.....	63
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	65
VII. Annexe : Extrait du décret N°2011 - 629	68
Liste des figures.....	75
Liste des tableaux.....	75
Liste des encadrés	75
Table des matières	76