



Comprehensive Africa Agriculture Development Programme (CAADP)

CAADP Nutrition Capacity Development Workshop for the Southern Africa Region

Nutrition Country Paper – Madagascar

DRAFT - VERSION FRANCAISE

Septembre 2013

Cette synthèse a été élaborée en préparation de l'atelier de travail du PDDAA sur l'intégration de la nutrition dans les plans d'investissement agricole et de sécurité alimentaire nationaux, qui se tiendra à Gaborone, au Botswana, du 9 au 13 septembre 2013.

L'objectif de ce document sur la situation nutritionnelle par pays est de fournir un cadre pour synthétiser toutes les données et informations essentielles nécessaires pour améliorer la nutrition dans les pays participants et renforcer l'intégration de la nutrition dans les stratégies et programmes agricoles. Il présente des éléments clés sur la situation nutritionnelle actuelle ainsi que sur le rôle de la nutrition dans le contexte national de la sécurité alimentaire et de l'agriculture, notamment au niveau des stratégies, des politiques et des principaux programmes. Ce document doit aider les équipes nationales à avoir une vision commune et à jour de la situation nutritionnelle actuelle dans le pays, des principales réalisations et des défis rencontrés tant au niveau opérationnel que politique.

Principales sources utilisées pour réaliser ce document

Le tableau ci-dessous présente une liste des principales sources disponibles pour remplir ce document. Cette liste devra être complétée avec les documents spécifiques de chaque pays (ex : politiques nationales, stratégies et plans d'action).

Sources	Information	Lien internet
CAADP	Convention signée / Plans d'investissement / Documents d'évaluation / Rapports de revues techniques si ils existent	http://www.nepad-caadp.net/library-country-status-updates.php
DHS	Indicateurs DHS	http://www.measuredhs.com/Where-We-Work/Country-List.cfm
FANTA	Assistance technique sur l'alimentation et la nutrition/ pays cibles sélectionnés	http://www.measuredhs.com/Where-We-Work/Country-List.cfm
FAO	Profil Nutritionnel pays	http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/profiles_by_country_en.stm
	Profil pays FAO	http://www.fao.org/countries/
	Profil pays FAOSTAT	http://faostat.fao.org/site/666/default.aspx
	FAPDA – Outil d'analyse des décisions politiques alimentaires et agricoles	http://www.fao.org/tc/fapda-tool/Main.html
MAFAP	MAFAP – Suivi des politiques alimentaires et agricoles en Afrique	http://www.fao.org/mafap/pays-partenaires-du-projet-spaaa/fr/
OMS	Nutrition Landscape information system (NILS)	http://apps.who.int/nutrition/landscape/report.aspx
REACH	Revue multisectorielle sur la situation nutritionnelle, les programmes et les politiques	<i>Si disponible</i>
ReSAKKS	Regional Strategic Analysis and Knowledge Support System	http://www.resakss.org/
SUN	Rapport d'activité du pays et des partenaires sur le Movement to Scale Up Nutrition (SUN)	http://scalingupnutrition.org/resources-archive/country-resources/progress-in-the-sun-movement
UNICEF	Nutrition Country Profiles	http://www.childinfo.org/profiles_974.htm
	MICS: Multiple Indicators Cluster Surveys	http://www.childinfo.org/mics_available.html
PAM	Rapport de sécurité alimentaire	http://www.wfp.org/food-security/reports/search
World Bank	Economic reports	http://data.worldbank.org/indicator
UNDP	Human Development report	http://hdr.undp.org/fr/donnees/profils/
Autres sources		
Sources nationales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport final projet SIRSA : Système d'Information Rurale et de Sécurité Alimentaire ▪ Rapport PSSA : Programme Spécial pour la Sécurité Alimentaire ▪ Rapport d'achèvement PARECAM : Programme d'Appui à la Résilience et aux Crises Alimentaires à Madagascar 	www.epp-padr.mg ou www.padr.gov.mg www.capfida.mg/parecam/reports

I. Contexte - Situation alimentaire et nutritionnelle

Indicateurs généraux		Sources / Année
Part de la population vivant avec moins de 1,25 \$ par jour	81,3 %	Banque Mondiale 2010
Taux de mortalité < 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	62	UNICEF 2011
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	43	UNICEF 2011
% de décès chez les enfants de moins de 5 ans dus au VIH/SIDA		
Ratio de mortalité maternelle /100 000 naissances vivantes	240	UNICEF 2010
Taux net de scolarisation primaire	98,47%	World Bank 2007
Rapport filles/garçons en école primaire	0,98	UNESCO 2011
Prévalence HIV/AIDS chez les adultes 15-49 ans	0.3	UNAIDS,OMS 2011
% de la population vivant en zone rurale	69,8 %	Banque Mondiale 2010
Accès durable à une source d'eau améliorée en milieu rural	34%	OMS, UNICEF 2010
Accès à un assainissement amélioré en milieu rural	45%	INSTAT/BDEA et JMP 2006
Indicateurs agro-nutritionnels		Sources/Année
Superficie (1000 ha)	58704	FAOSTAT 2011
Superficie agricole	41395	FAOSTAT 2011
Disponibilités et consommation alimentaires		
Besoins énergétiques de la population per capita / jour	2120	FAO 2006-08
Apport énergétique moyen per capita / jour	2130	FAO 2006-08
Part de protéines dans l'apport énergétique	9,3%	FAO 2006-08
Part des lipides dans l'apport énergétique	12,7	FAO 2006-08
Consommation de fruits et légumes par jour (Pourcentage de personnes qui consomment moins de 5 portions de fruits et légumes par jour)	62%	Enquête STEPS 2005

Situation géographique, population & développement humain

L'île de Madagascar, pays de l'océan Indien au sud-est de l'Afrique, s'étend sur 587 000 km² et compte 18,6 millions d'habitants dont 67% vivant en zone rurale en 2012 (Banque Mondiale). Le pays a connu de longues années d'instabilité qui ont eu un impact négatif sur son développement. Selon le Rapport sur le Développement Humain 2013 du PNUD, Madagascar se situe dans la catégorie des pays à faible développement humain (classé 151 sur 187 pays). Le pays compte parmi les plus pauvres au monde avec plus de 76% de la population totale pauvre en 2010 (Enquête auprès de Ménages 2010). Les ménages ruraux sont les plus touchés par la pauvreté avec 77,5% en 2010 (Enquête auprès de Ménages 2010).

Compte tenu de sa situation géographique, Madagascar est très vulnérable aux catastrophes naturelles. Entre 1980 et 2010 seulement, le pays a été frappé par 35 cyclones provoquant d'importantes inondations et 5 périodes de sécheresse sévère (FEWS Net Madagascar Review 2012) Toutes ces catastrophes ont eu des retombées considérables sur le développement socio-économique du pays.

La situation sanitaire de l'île est précaire avec une forte prévalence des maladies infectieuses et des taux de mortalités élevés dans les différents groupes de la population. L'espérance de vie à la naissance en 2011 était de 65 ans et de 68 ans respectivement chez l'homme et chez la femme (Banque Mondiale). Selon l'Enquête auprès des Ménages 2010, le pourcentage d'utilisation de source améliorée d'eau en milieu rural était de 38,4% contre 70% en milieu urbain. L'accès à l'assainissement au niveau national constitue aussi un problème avec seulement 11% de la population qui avaient accès à un assainissement en 2008, selon la base de données JMP.

L'accès à l'éducation n'est pas universel dans le pays avec un taux d'alphabétisation de 64% en 2009 parmi les personnes âgées de 15 ans et plus (UNESCO) et 73% d'enfants en 2011 qui ont terminé le niveau primaire (UNESCO).

Développement économique

Madagascar est classé parmi les pays à faible revenu selon la Banque Mondiale, malgré ses énormes potentialités. Le pays a connu une croissance économique négative (Le PIB est passé de 7,1% en 2008 à -3,7% en 2009) avant de renouer avec la croissance en 2010 (avec un PIB de 0.3%). En 2012, Madagascar a enregistré une faible croissance du produit intérieur brut (1.9 %, contre 1.6 % en 2011 (BAD). Cependant ces chiffres cachent un appauvrissement de la population et une accentuation des inégalités.

L'économie du pays est dominée par le secteur tertiaire. Selon l'INSTAT, il a contribué en 2009 à 51,7% du PIB, devant le secteur primaire (26,3%) et le secteur secondaire (14,8%).

L'agriculture tient une place importante dans l'économie du pays, représentant plus de 20% en 2009 du Produit Intérieur Brut (FAOSTAT) et employant en 2012 environ 7730000 personnes (FAOSTAT). Il s'agit cependant d'une agriculture très peu modernisée.

Agriculture (terres cultivées, principales cultures vivrières et de rente, élevage)

Selon les statistiques de la Banque Mondiale, le pourcentage de terres cultivables à Madagascar représentait 70,24% du territoire en 2009. Cependant, Les terres arables ne constituaient que 5.1% de la superficie. Les terres sous cultures permanentes ne représentaient que 1% de la superficie. Seulement 2.2% des terres cultivables étaient sous irrigation. Les 5 productions agricoles alimentaires principales de Madagascar en 2002 étaient le riz, le manioc, la canne à sucre, le lait et les patates douces, principalement destinés à la consommation humaine locale (FAO).

Deux types d'élevage sont pratiqués dans le pays. Il s'agit de l'élevage extensif de petits ruminants et zébus en milieu rural (versant occidental et la partie sud ouest du pays, peu orienté vers la commercialisation) et l'élevage intensif en zone périurbaine et destiné principalement à la vente (y compris le lait).

La pêche pratiquement à Madagascar est de type traditionnel et est pratiquement destinée à la consommation humaine locale.

Sécurité alimentaire (disponibilités, accès, utilisation, régimes et habitudes alimentaires, stratégies d'adaptation)

La faible productivité agricole et les nombreuses catastrophes naturelles qui frappent continuellement Madagascar ont un effet négatif sur la sécurité alimentaire des populations. La pauvreté généralisée réduit les capacités des familles à s'alimenter correctement. Selon l'Analyse Intégrée de la Vulnérabilité et de la Sécurité Alimentaire réalisée par le PAM en 2010, 35% des ménages à Madagascar étaient en insécurité alimentaire et 48% étaient vulnérables à l'insécurité alimentaire. Les régions du Sud, plus affectées par la sécheresse comptaient 68% de ménages en insécurité alimentaire.

Le régime alimentaire basique du malgache est constitué de riz (généralement local). La consommation annuelle de riz local par habitant est d'environ 97 kg, allant jusqu'à 115kg en comptant le riz consommé hors domicile (UNICEF, PAM, CSFVA 2011). Le riz est généralement accompagné d'une sauce à base de feuilles. La viande, la volaille et le poisson sont très peu consommés à Madagascar, à cause de leurs coûts. La région du Sud a le régime alimentaire le moins diversifié avec le manioc consommé pratiquement tous les jours (6,1 jours en moyenne), suivi des céréales and des légumes (2,8) (FEWS Net Madagascar Desk Review 2012).

Pour faire face à l'insécurité alimentaire, les familles adoptent diverses stratégies telles la réduction du nombre de plats par jour et l'emprunt pouvant conduire les familles à l'endettement et la perte de leurs terres cultivables (MAEP, FAO 2004).

Bien que Madagascar soit une île disposant de potentialités agro-pastorales et halieutiques importantes, la ration alimentaire reste déséquilibrée, monotone et peu diversifiée - trop riche en glucides, déficitaire en protéines et pauvre en lipides, avec carence en vitamines et minéraux.

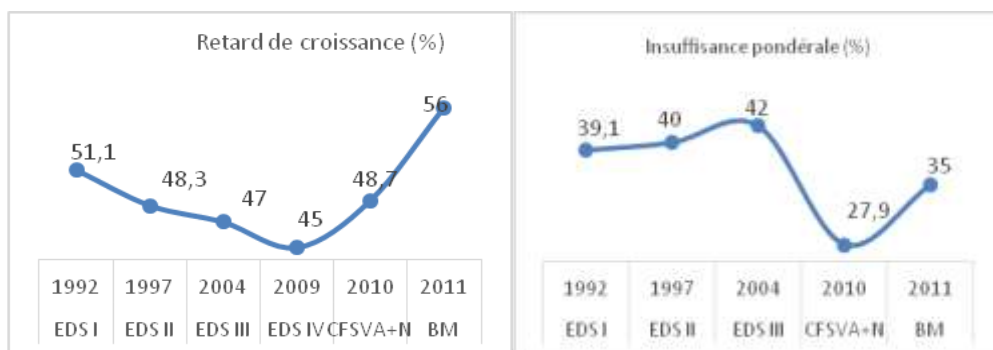
Caractéristiques / Principales causes de la malnutrition dans votre pays en lien avec la situation économique et la sécurité alimentaire

- Fort taux de pauvreté
- Prévalences élevées de maladies infectieuses et faiblesse du système de santé
- Catastrophes naturelles à répétition
- Faible diversification alimentaire

Indicateurs agro-nutritionnels (suite)		Sources / Année
Anthropométrie nutritionnelle (Standard OMS 2006)		
Prévalence du retard de croissance chez les enfants < 5 ans	50%	EDS 2008-2009
Prévalence de malnutrition aiguë (émaciation)	13%	EDS 2003-2004
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants < 5 ans	41%	EDS 2003-2004
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les femmes (15-49 ans) (IMC < 18,5 kg/m ²)	26,7%	EDS IV 2008-09
Prévalence du surpoids chez les femmes (15-49 ans) (IMC ≥ 25 kg/m ²)	6,3%	EDS IV 2008-09
Prévalence de l'obésité		
- Chez les enfants < 5 ans		
- Chez les femmes en âge de procréer (IMC > 30 kg/m ²)	1,2%	EDS IV 2008-09

Situation nutritionnelle¹

La malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans constitue un problème de santé publique à Madagascar. Selon l'Enquête Démographique et de Santé 2008-2009, 50% des enfants de moins de 5 ans présentaient un retard de croissance (dont 24 % sous la forme modérée et 26 % sous la forme sévère). Les enfants en milieu rural sont plus touchés par la malnutrition chronique avec 51 % contre 43% en milieu urbain (EDS 2008-2009). La malnutrition aiguë et l'insuffisance pondérale touchait respectivement 13% et 41% des enfants (EDS 2003-2004). Selon l'Office National de Nutrition (ONN), les régions Sud-est et Vatovavy-Fitovinany sont les plus touchées par la malnutrition. Les femmes en âge de procréer sont aussi affectées par la malnutrition avec 26,7% de maigreur selon l'EDS 2008-2009. A côté de ce phénomène, il est à noter qu'un pourcentage non négligeable sont en excès de poids (6,3% d'entre elles sont en surpoids et 1,2% sont obèses). Les femmes en situation de maigreur se retrouvent plus en milieu rural et celles en excès de poids en milieu urbain.



	EDS I	EDS II	EDS III	EDS IV	CFSVA+N	BM
	1992	1997	2004	2009	2010	2011
Malnutrition chronique	51,1	48,3	47	45	48,7	56
Insuffisance pondérale	39,1	40	42		27,9	35
Malnutrition aiguë	4,8	7,4	13		6,3	7,2

Indicateurs agro-nutritionnels (suite)		Sources/Année
Alimentation des enfants en bas âge		
Taux d'allaitement maternel exclusif < 6 mois	51%	UNICEF 2007-2011*
Pourcentage d'enfants 6 à 9 mois allaités qui reçoivent une alimentation complémentaire	89%	EDS 2008-2009
Taux d'alimentation au biberon (9-11 mois)	2,5%	EDS 2008-2009
Taux d'enfants (20-23 mois) encore allaités	67%	UNICEF 2003-2008
Prévalence des carences en micronutriments		
Prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire (serum rétinol < 0.70 µmol/l)	42,1%	WHO 2000
Prévalence de la carence en vitamine A chez les femmes enceintes (serum rétinol < 0.70 µmol/l)	13,8%	WHO **
Prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire (Hb<110 g/l)	68,3%	WHO 2003-2004
Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes (Hb<120 g/l)	50,1%	WHO 2003-2004
Prévalence du déficit en iode chez les enfants d'âge scolaire (iode urinaire < 100 µg/L)	N/A	
Couverture des interventions de lutte contre les carences en micronutriments		
% des ménages consommant du sel adéquatement iodé (≥ 15ppm)	53%	EDS 2008-09
Couverture de la supplémentation en vit A chez les enfants < 5 ans	91%	UNICEF 2011
Couverture de la supplémentation en vit A chez les mères (≤ 2 mois après l'accouchement)	43%	EDS 2008-2009

*Les données se réfèrent à l'année la plus récente disponible pendant la période indiquée en tête de colonne

** No year of survey found. The data is from "WHO. 2009. Global Prevalence of Vitamin A Deficiency in Populations at Risk 1995-2005."

Alimentation des enfants en bas âge

Les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ne sont pas optimales à Madagascar. Seulement 51% des enfants sont exclusivement allaités et 89% des enfants âgés de 6-9 mois reçoivent une alimentation de complément, conformément aux recommandations de l'OMS. Selon l'EDS 2008-2009, 92 % des enfants ont reçu le lait maternel dans les 24 heures qui ont suivi la naissance et 72 % dans l'heure qui a suivi la naissance. Globalement, il semble que la pratique d'allaiter les enfants dans l'heure qui suit leur naissance est moins fréquente dans la capitale (59 %), quand la mère est sans instruction (66 %) et quand l'enfant vit dans un ménage du quintile le plus pauvre (67 %) que dans les autres sous-groupes.

L'utilisation du biberon n'est pas très répandue à Madagascar, Seulement 1 % des enfants de moins de 2 mois étaient nourris de cette manière.

Cette proportion augmentait avec l'âge de l'enfant jusqu'à 6-8 mois (4 %) pour ensuite atteindre 2,5% chez les 9 à 11 (EDS 2008-2009).

Les pratiques de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ne sont pas conformes à la politique nationale et les recommandations de l'OMS. Même si la grande majorité des mères allaitent leurs enfants (évaluée à plus de 95%), sa pratique sous optimale en hypothèque les bénéfices. Les aliments de complément au lait maternel sont non seulement introduits trop tôt mais plus de deux tiers des enfants de moins de 3 ans reçoivent une alimentation de complément insuffisante en qualité et quantité. La mauvaise pratique de l'allaitement maternel et l'inadéquation de l'alimentation de complément expliquent l'augmentation progressive des niveaux de malnutrition chez les enfants de moins de 2 ans.

De plus, les tabous et interdits, touchant particulièrement les groupes nutritionnellement vulnérables (enfants, femmes enceintes et femmes allaitantes), aggravent les carences alimentaires.

Carence en micronutriments

Les carences en micronutriments qui constituent encore à Madagascar un important problème de santé publique accroissent les risques de morbidité et de mortalité. Les principales sont la carence en iode, vitamine A et fer (responsable d'anémie ferriprive). Les données disponibles, même anciennes, démontrent bien l'ampleur du problème. La carence en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaires et les femmes enceintes représentaient en 2000 42,1% et 13,8% respectivement (OMS). La prévalence de l'anémie ferriprive, une des principales de décès materno-infantile affectait en 2003-2004, 68, 3% et 50,1% respectivement des enfants d'âge préscolaire et des femmes enceintes (OMS). Seulement 53% des ménages consommaient du sel adéquatement iodé (EDS 2008-2009).

Concernant la consommation en aliments riches en vitamine A, elle est plus fréquente parmi les enfants de moins de 5 ans en milieu urbain que rural (86% contre 78%, EDS 2008-2009).

Pratiques de soins et facteurs socio- culturelles (dont le genre, les habitudes alimentaire et facteurs culturels)

La femme et les enfants constituent à Madagascar un groupe vulnérable de part leur position sociale, notamment en milieu rural. Même si la valeur de la femme est reconnue dans la tradition en théorie, elle ne participe pas totalement au processus de décision. Elle est plus frappée par la pauvreté et le chômage. En milieu rural, les terres cultivables sont plus attribuées aux hommes. Cette position la rend plus vulnérable à l'insécurité alimentaire de même que les enfants dont elle a souvent la charge.

Face aux stratégies de survie immédiates, de nombreuses familles éclatent : exode rural des hommes laissant les femmes à la tête des ménages.

La féminisation de la pauvreté due à la disparité de développement économique, sociale et politique au détriment de la femme : les femmes ont en effet des difficultés d'accès aux crédits dues à l'insuffisance de garantie liée à la faiblesse de leur base financière et de leur niveau d'éducation -

51% des femmes contre 47% d'hommes sont analphabètes et seulement 47% sont actives. Près de 19% des ménages sont dirigés par des femmes. Par ailleurs, la dévalorisation du statut de la femme due aux us et coutumes liés aux problèmes culturels, la faible éducation de la femme, la faible prise en compte de l'équité entre l'homme et la femme, la faible participation aux décisions politiques, économiques et sociales, la méconnaissance des droits et la discrimination constitue des facteurs de blocage de la femme dans son épanouissement.

Systemes d'information nationaux sur la sécurité alimentaire et la nutrition

A Madagascar, il existe le Programme National de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle

La surveillance de la sécurité alimentaire se fait par le biais des enquêtes auprès des ménages suivant les indicateurs suivants :

- ✓ L'indice de richesse,
- ✓ le score de consommation alimentaire,
- ✓ l'indice de stratégie de survie et
- ✓ les dépenses mensuelles par tête

tandis que la surveillance Nutritionnelle se fait suivant les indicateurs suivants :

- ✓ Insuffisance Pondérale : indicateur de la malnutrition générale
- ✓ Retard de croissance : indicateur de la malnutrition chronique
- ✓ Emaciation : un indicateur de la malnutrition aiguë

Type de surveillance nutritionnelle

- ✓ Surveillance de routine mensuelle,
- ✓ Surveillance au niveau des sites sentinelles: 5 grandes villes
- ✓ Surveillance nutritionnelle intégrée: épidémie, cataclysmes naturels
- ✓ EDS: tous les 5ans,
- ✓ Fiche de surveillance de routine: prise de décision à temps et actions à tous les niveaux

Utilisation des services

- ✓ 5600 sites PNNC/Seecaline:42% des enfants de moins de 5ans (PNAN I)
- ✓ 365 sites communautaires par les autres agences de mise en œuvre
- ✓ Selon Annuaire des statistiques 2009
- ✓ Au niveau CSB: 58 % des enfants de 0 à 11 mois et 9% des enfants de 1 à 5 ans ont utilisé les services de surveillance nutritionnelle

Réalisation significative

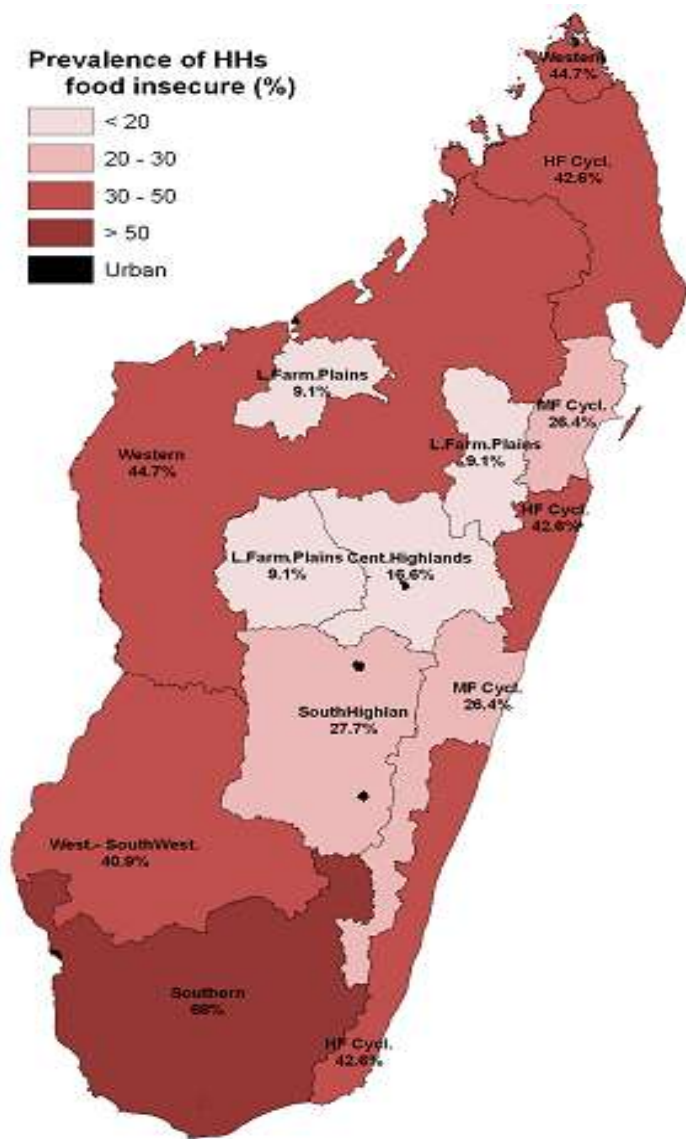
- ✓ Atelier d'analyse des données des sites sentinelles dans les 5 grandes villes
- ✓ 77 agents de santé formés sur les nouvelles normes de croissance OMS dans les régions

Principaux liens entre la malnutrition et les maladies (dont HIV/AIDS)

Madagascar enregistre de taux élevés de maladies infectieuses qui ont un impact l'état nutritionnel de la population.

Principaux causes de la malnutrition en lien avec les pratiques de soins, l'alimentation du nourrisson et des jeunes enfants et les facteurs socioculturels (dont le genre)

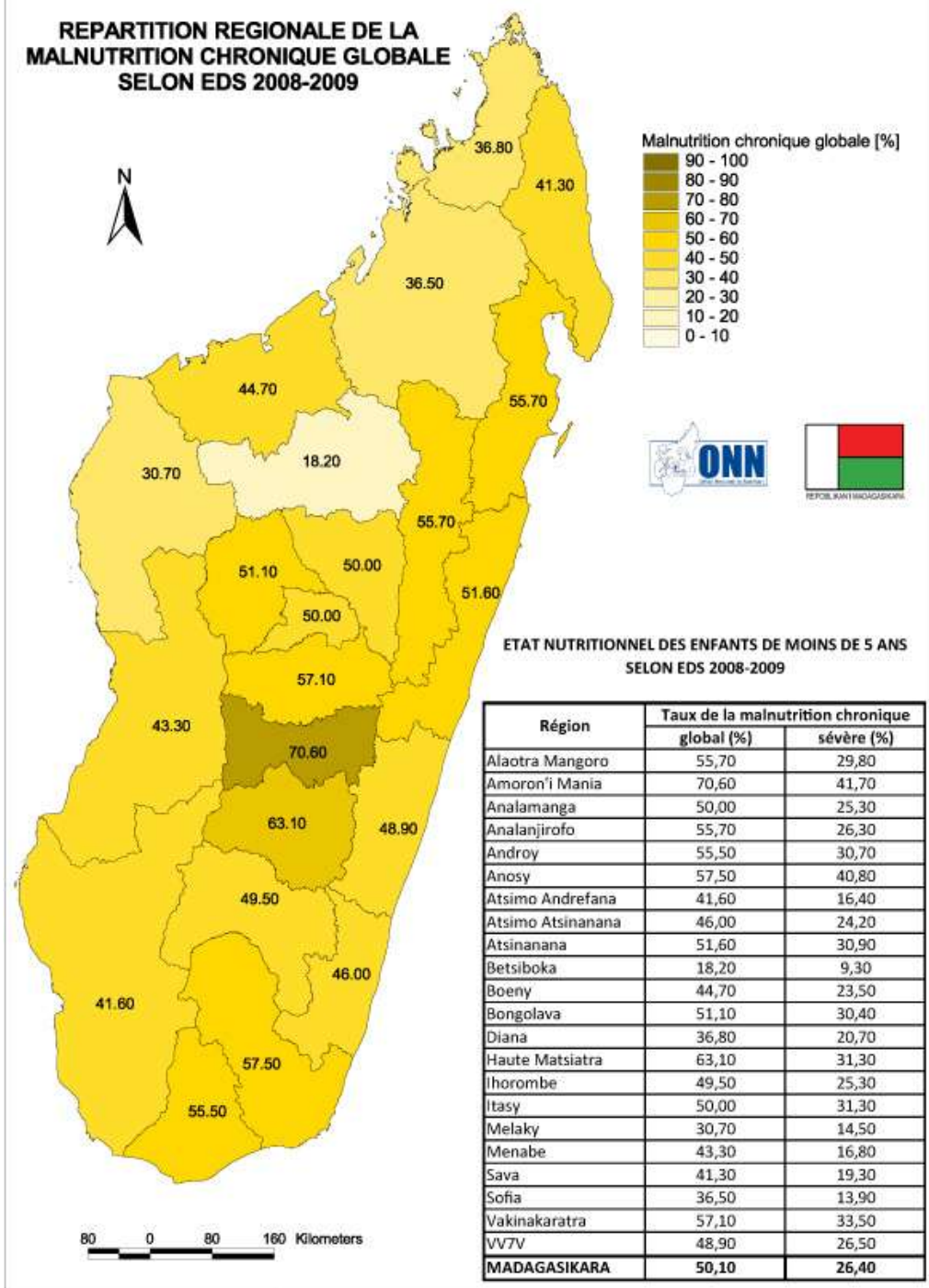
- Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant non optimales
- Le faible statut de la femme
- faible diversité concernant l'alimentation de complément



Répartition de l'insécurité alimentaire

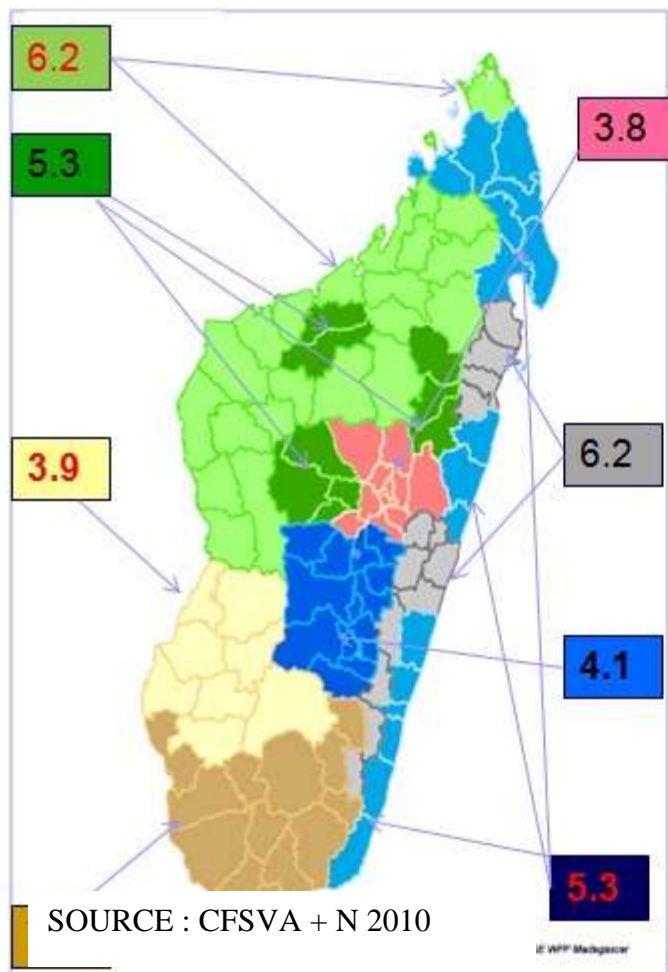
- Le **Sud** est le plus affecté par l'insécurité alimentaire (68%).
- Ensuite l'**Ouest** (44.7%), puis la **Côte-Est à fort risque cyclonique** (42.6%) enfin le **Ouest-SudOuest** (40.9%).
- Le centre de l'île semble être en meilleure sécurité alimentaire (particulièrement la zone des Vastes plaines Agricoles et les Hautes Terres centrales).

REPARTITION REGIONALE DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE GLOBALE SELON EDS 2008-2009



50,1% des enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance

Malnutrition aigüe globale

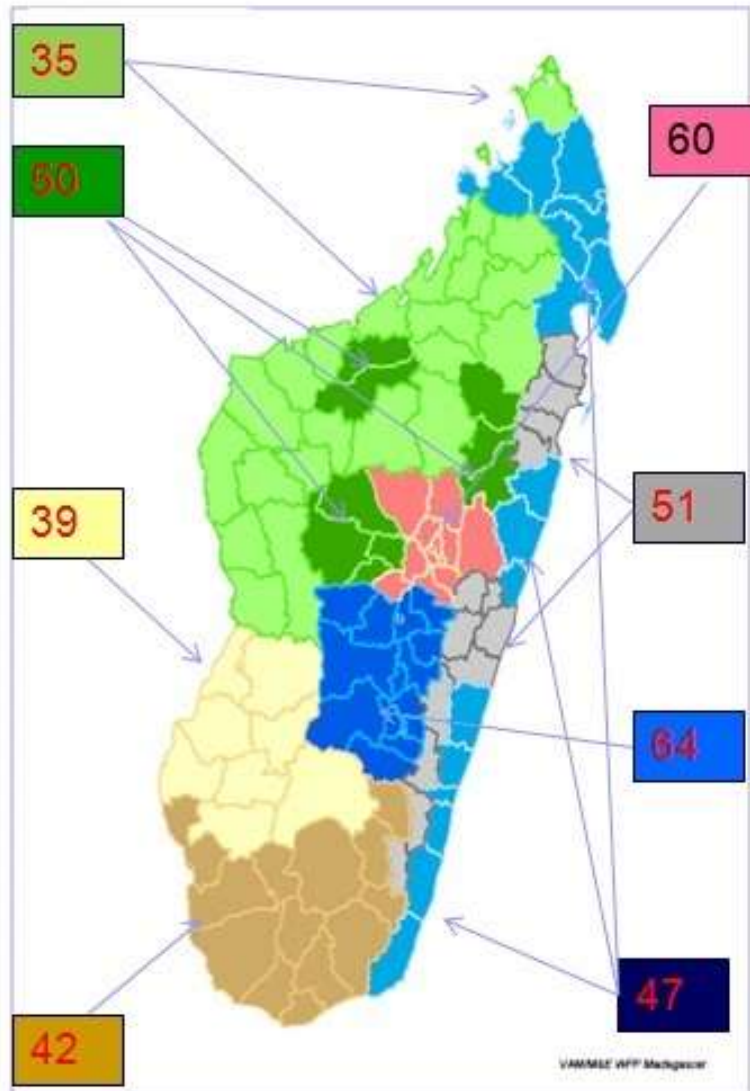


- Total pour le pays = 5.4%

DIFFERENCES

- Par sexe:
 - garçon 6.2%
 - fille 4.6%
- Mais pas partout!
- Age:
 - < 6mois = 4.1%
 - 6-23 mois = 6.4-10.0%
 - >23 mois = 4.4
- Education maternelle: ^{U1}
 - Pas d'éducation = 7.2%
 - Primaire = 5.3 %
 - Secondaire = 1.7%
- Pauvreté
 - Quintile 1-3 ≈ 6%
 - Quintile 4-5 ≈ 3%

Malnutrition chronique




- Total pour le pays= 49%
- DIFFERENCES
- Sexe:
 - fille= 42%
 - garçon = 51 %
- Pauvreté
 - Quintile 1-4 ≈ 50%
 - Quintile 5 ≈ 35%
- Poids à la naissance:
 - <2.5kg = 58%
 - >2.5kg = 43%
- Taille de la mère
 - <150cm = 60.7
 - >150cm = 41.1
- Pas de différence pour le niveau d'éducation de la mère


SOURCE : CFSVA + N 2010



II. Cadre politique et stratégique pour améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle


Stratégies, politiques et principaux programmes mis en place pour améliorer la nutrition

Stratégie / Politique / Programmes	Période de référence	Objectifs et principales activités	Budget / Bailleur	Entités clés impliquées	Points clés	Prise en compte de la nutrition
CADRE STRATÉGIQUE GLOBAL						
Plan d'Action Madagascar (anciennement Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2003)	2007–2012	Le Plan se traduit en plusieurs engagements : -Gouvernance responsable - Infrastructure reliée -Transformation de l'éducation -Développement rural -Santé, Planning familial et lutte contre le VIH/SIDA -Economie à forte croissance -Prendre soin de l'environnement -Solidarité nationale	Fonds Monétaire International	Gouvernement de Madagascar		●
Plan National pour le Développement Rural	2005	Un référentiel pour tous les programmes sectoriels nationaux, un guide pour l'action régionale et locale : - Rendre le cadre institutionnel du secteur plus effectif et plus efficace - Faciliter l'accès au capital et au facteur de production - Améliorer la sécurité alimentaire et augmenter la production et la transformation agricoles - Valoriser les ressources naturelles et préserver les facteurs naturels de production - Développer les marchés et organiser les filières	Banque Mondiale	Gouvernement de Madagascar : Sous l'égide de l'Equipe Permanente de Pilotage du PADR		●



<i>Stratégie / Politique / Programmes</i>	<i>Période de référence</i>	<i>Objectifs et principales activités</i>	<i>Budget / Bailleurs</i>	<i>Entités clés impliquées</i>	<i>Points clés</i>	<i>Prise en compte de la nutrition</i>
Lettre de Politique de Développement Rural	2001	<ul style="list-style-type: none"> - L'amélioration des performances économiques en y faisant participer les pauvres; - Le développement des services essentiels de base (éducation, santé, eau potable, ...) et l'élargissement des filets de sécurité au bénéfice des couches les plus vulnérables de la population; - La mise en place d'un cadre institutionnel favorable à la croissance économique et à la réduction de la pauvreté et le renforcement des capacités pour améliorer la gouvernance et les relations entre l'Administration et les administrés 		Gouvernement de Madagascar : Sous l'égide de l'Equipe Permanent de Pilotage du PADR		
Programme National de Population	1997				composé de 61 actions réparties dans 6 secteurs (Alimentation/Nutrition, Santé, Education/Culture et loisirs, Migration/Environnement/Habitat, Emploi/Industrie, Cadre institutionnel et Planification)	
Stratégie Nationale du Mécanisme de Développement Propre	????	<p>(i) l'amélioration de la gouvernance du développement durable, (ii) le renforcement des capacités nationales pour faire bénéficier au pays les opportunités offertes par le MDP, (iii) le renforcement des synergies institutionnelles, (iv) l'amélioration de la base de données sur l'environnement et (v) la mise en place d'un environnement favorable pour attirer les investisseurs et promouvoir les MDP</p> <p>Cinq (5) activités et secteurs prioritaires ont été identifiés par cette stratégie, à savoir : les énergies renouvelables, la foresterie, les déchets, les combustibles biologiques (biocarburants) et l'efficacité énergétique</p>				



Stratégie / Politique / Programmes	Période de référence	Objectifs et principales activités	Budget / Bailleur	Entités clés impliquées	Points clés	Prise en compte de la nutrition
AGRICULTURE						
Politique Nationale de Développement Rizicole	2004	<p>Les objectifs spécifiques consistent à satisfaire la consommation intérieure et élargir le marché d'exportation, à travers l'augmentation de la production nationale et la professionnalisation des producteurs. Pour y parvenir, les objectifs de production sont présentés dans le tableau suivant</p> <p>Domaines stratégiques d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intensifier et moderniser la production -Améliorer les conditions d'accès et l'infrastructure irriguée -Renforcer l'appui aux producteurs -Préserver les ressources naturelles -Développer les échanges et promouvoir la contractualisation entre producteurs et opérateurs -Promouvoir la monétarisation des échanges 		Ministère de l'Agriculture de l'Élevage et de la Pêche		
Programme sectoriel agricole	2008	Programme abandonné et remplacé par le Programme Sectoriel Agriculture Elevage et Pêche qui est en cours d'élaboration		Ministère de l'Agriculture de l'Élevage et de la Pêche		


<i>Stratégie / Politique / Programmes</i>	<i>Période de référence</i>	<i>Objectifs et principales activités</i>	<i>Budget / Bailleur</i>	<i>Entités clés impliquées</i>	<i>Points clés</i>	<i>Prise en compte de la nutrition</i>
Programme de Formation Professionnelle Et d'Amélioration de la Productivité Agricole	2012	<p>Objectif Général : Contribuer à la lutte contre la pauvreté rurale et à l'augmentation des revenus des groupes cibles à travers la formation professionnelle et l'accroissement et la valorisation de la production</p> <p>Les objectifs spécifiques sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer un meilleur accès des jeunes et des petits producteurs à la formation et l'enseignement agricole en vue de leur insertion professionnelle (comme agriculteurs, techniciens/animateurs et micro-entrepreneurs ruraux) - Accroître la production et mieux la valoriser sur les marchés régionaux et nationaux - Renforcer le dialogue politique, stratégique et opérationnel entre les acteurs de la formation agricole et rurale et du développement régional 	FIDA	Ministère de l'Agriculture de l'Élevage et de la Pêche /FIDA		
Lettre de Politique de Bassins Versants Périmètres Irrigués (LPBVPI)	2006	<ul style="list-style-type: none"> - concevoir et mettre en œuvre une politique orientée vers la durabilité des investissements et la pérennité des capitaux de production - concevoir et mettre en œuvre une politique qui clarifie les rôles et responsabilités des parties prenantes et qui renforce les capacités nécessaires pour assumer ces rôles - concevoir et mettre en œuvre une politique cohérente, qui crée un cadre incitatif et rentable aux producteurs pour investir et moderniser leur mode de production 	Banque Mondiale	Ministère de l'Agriculture de l'Élevage et de la Pêche /FIDA		

Stratégie / Politique / Programmes	Période de référence	Objectifs et principales activités	Budget / Bailleurs	Entités clés impliquées	Points clés	Prise en compte de la nutrition
SECURITE ALIMENTAIRE et NUTRITION						
Lettre de Politique de Sécurité Alimentaire	2006	<p>Objectif Général : améliorer durablement la situation de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle pour les différentes couches de population à Madagascar en cohérence avec l'objectif de Millénaire de Développement</p> <p>Les Objectifs spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atteindre un degré d'auto approvisionnement proche de 100% pour des denrées de base - Concrétiser les options régionales dans l'amélioration de la Sécurité Alimentaire - Abaisser de 50% les effectifs de personnes vulnérables à la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle 		Gouvernement de Madagascar. Sous l'égide de l'Equipe Permanent de Pilotage du PADR		
Plan National d'Action pour la Nutrition	2012-2015	<p><i>les objectifs spécifiques sont:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale (poids/âge<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans, à moins de 28% - Réduire la prévalence de la malnutrition aiguë (poids/taille<-2ET) à moins de 5%, chez les enfants de moins de 5 ans -Réduire la malnutrition aiguë sévère (poids/taille<-3ET) à moins de 1%, chez les enfants de moins de 5 ans - Réduire la prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance (< 2.500 grammes) à moins de 10% - Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois de 51% à 65% et maintenir le taux d'allaitement maternel jusqu'à 2 ans et au-delà, à plus de 98% - Réduire la proportion des victimes de l'insécurité alimentaire, de 65% à 43%. Il s'agit des personnes n'atteignant pas le niveau minimum d'apport calorique de 2 300 kilocalories par jour. 	137 951 692 \$ US	la Primature, le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Agriculture, le Ministère de l'Élevage et de la Pêche, le Ministère de l'Eau et de l'Assainissement, le Ministère de l'Economie et des Finances et du Budget, le Ministère de l'Éducation Nationale, le Ministère de la Population, et le Ministère de la Décentralisation et de l'Aménagement du Territoire	<p>Pour atteindre ces objectifs, 5 axes stratégiques ont été identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prévention de la malnutrition -Sécurité alimentaire et nutritionnelle des groupes vulnérables -Plan National d'Action pour la Nutrition 2012-2015 Page 15 -Prise en charge de la malnutrition -Urgence, réhabilitation et développement pour la réduction de risque de la malnutrition -Coordination et amélioration de l'environnement favorable au développement du secteur nutrition 	


Stratégie / Politique / Programmes	Période de référence	Objectifs et principales activités	Budget / Bailleurs	Entités clés impliquées	Points clés	Prise en compte de la nutrition
Politique Nationale de la Nutrition	2004	<p>OG : D'ici l'an 2015 de :</p> <p>a. Réduire de moitié la prévalence de la malnutrition chronique (poids/taille<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans – c'est-à-dire de 49% (EPM 2000) à 25%.</p> <p>b. Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 156 pour 1000 naissances vivantes à 111 en 2006 (DSRP) et à 56 en 2015 (ODM).</p> <p>OS : D'ici l'an 2015 de :</p> <p>i. Réduire de moitié la prévalence de l'insuffisance pondérale (poids/âge<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans – de 33% (EPM 2000) à 16,5%;</p> <p>ii. Réduire de moitié la prévalence de la malnutrition aiguë (poids/taille<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans – de 14% (EPM 2000) à 7% ;</p> <p>iii. Réduire de trois-quarts la malnutrition aiguë sévère (poids/taille<-3ET) chez les enfants de moins de 5 ans – de 5% (EPM 2000) à 1,25% ;</p> <p>iv. Réduire la prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance (< 2.500 grammes) à moins de 10% ;</p> <p>v. Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois de 50% à 90% et maintenir le taux d'allaitement maternel jusqu'à 2 ans et au-delà à plus de 95%.</p> <p>vi. Réduire de moitié la proportion de la population victime de l'insécurité alimentaire - c à d n'atteignant pas le niveau minimum d'apport calorique de 2.300 kilocalories par personne par jour - c'est-à-dire de 65% à 30%.</p>	Etat Malagasy, PTF	Ministère de la Santé Publique, Ministère de l'Education Nationale, Conseil National de Nutrition (CNN), Office National de Nutrition (ONN), Agence de Mise en Œuvre (AMIO) : les ministères sectorielles et leurs services compétentes, les programmes et projets nationaux, les institutions nationales, la société civile, le secteur privé et les ONG nationales ou internationales. Ministère de l'Intérieur (BNGRC)	<p>(i) Promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire ;</p> <p>(ii) Consolidation et extension des interventions de nutrition communautaire à tous les Fivondronana au niveau national en ciblant les groupes vulnérables ;</p> <p>(ii) Lutte contre les carences en micronutriments (TDCl, avitaminose A et anémie ferriprive);</p> <p>(iii) Intégration des interventions nutritionnelles aux soins de santé primaires et renforcement des liens avec les sites communautaires ;</p> <p>(iv) Prise en charge des enfants sévèrement malnutris au niveau des centres et des sites de nutrition communautaire ;</p> <p>(v) Amélioration de la sécurité alimentaire des ménages (SAM) ;</p> <p>(vi) Intervention de nutrition scolaire sur tout le territoire ;</p> <p>(vii) Stratégie de communication pour le plaidoyer, la sensibilisation et promouvoir le changement de comportement en matière de nutrition ;</p> <p>(viii) Convergence des politiques de développement (surtout en matière de lutte contre la pauvreté et l'insécurité alimentaire) dans les sites de nutrition communautaire ;</p> <p>(ix) Préparation</p>	

<i>Stratégie / Politique / Programmes</i>	<i>Période de référence</i>	<i>Objectifs et principales activités</i>	<i>Budget / Bailleurs</i>	<i>Entités clés impliquées</i>	<i>Points clés</i>	<i>Prise en compte de la nutrition</i>
					à l'urgence et réponses aux urgences nutritionnelles ; (x) Système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle en vue d'assurer une base de données actualisées et d'informer la prise des décisions des responsables ; (xi) Développement de la capacité nationale ; (xii) Élaboration et application des normes et législations relatives à la nutrition et l'alimentation ; et (xiii) Intégration de la nutrition dans la lutte contre les problèmes émergents – les maladies non transmissibles et le VIH/SIDA.	
Programme National de Nutrition Communautaire		Mise en œuvre des stratégies définies dans le Plan National d'Action (PNAN) II et le renforcement des interventions existantes afin d'améliorer leur effectivité.	Banque Mondiale	Service du Premier Ministre	Couverture : Tous les 119 districts à travers le pays	
Stratégie de Communication pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune et Enfant et la Nutrition des Femmes		Appliquer les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF concernant l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire		Ministère de la Santé	Couverture : 7 sur 119 districts	
Protocole de National de Prise en Charge de la Malnutrition Aigue		Vise à maximiser la couverture du programme et à faciliter l'accès aux services.		Ministère de la Santé	Couverture : 33 % de tous les enfants de moins de 5 ans	
Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant		Approvisionner la population et notamment celles vivant dans des zones reculées, avec les services de santé tels que le dépistage de la malnutrition, l'apport complémentaire en Vitamine A, la distribution de fer, de Vitamine B9 et le déparasitage intestinal	UNICEF		Campagne nationale	

<i>Stratégie / Politique / Programmes</i>	<i>Période de référence</i>	<i>Objectifs et principales activités</i>	<i>Budget / Bailleur</i>	<i>Entités clés impliquées</i>	<i>Points clés</i>	<i>Prise en compte de la nutrition</i>
Programme National Alimentation et Nutrition Scolaire et Santé et Stratégie Nationale d'Alimentation et de Nutrition Scolaire		Vise à promouvoir la présence dans les écoles et la performance académique ; renforcer la nutrition et l'éducation à l'hygiène entre les enfants ; et améliorer la nutrition de l'enfant et la santé préventive	Programme Alimentaire Mondial		Couverture : 11 sur 119 écoles de district	
Programme de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle	1989-2004	N'existe plus depuis la création de l'ONN				
Programme National de Lutte contre les Carences Nutritionnelles	1990-1994	N'existe plus depuis la création de l'ONN				
SANTÉ & PROTECTION SOCIALE						
Politique Nationale de Santé	2005	OG : Participer pleinement à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion et de contribuer au développement socio économique global du pays par l'amélioration de l'état de santé de la population. OS : - améliorer l'accès des malgaches aux services de santé tout en les protégeant des maladies et en évoluant vers une éthique utilitariste. - contribuer à l'atteinte des objectifs de développement du millénaire (ODM)	Etat Malagasy, PTF, Participation communautaire (FANOME)	Ministère de la Santé Publique, Ministère de l'Education Nationale, Conseil National de Nutrition (CNN), Office National de Nutrition (ONN), Ministère de l'Eau, Ministère du Travail, Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Population	Axes stratégiques développées ci-après : • Survie de la mère et de l'enfant(Maternité à moindre risque, Santé de l'Enfant, Santé scolaire, Planning Familial, Lutte contre la malnutrition des groupes vulnérables (enfants et femmes en âge de procréer)) • Lutte contre les maladies(Lutte contre les maladies transmissibles) • Protection de la santé et promotion de comportements sains (Eau, Assainissement et Environnement – Contrôle de la sécurité sanitaire et de la qualité des denrées alimentaires- Santé au Travail- Gestion des risques et catastrophes- Lutte anti tabac – Lutte contre la toxicomanie à l'alcool et aux drogues) .	

Stratégie / Politique / Programmes	Période de référence	Objectifs et principales activités	Budget / Bailleur	Entités clés impliquées	Points clés	Prise en compte de la nutrition
					<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du système de santé (: Décentralisation du système de santé et organisation/gestion des différents niveaux, Amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des services, Développement des ressources humaines, Renforcement du financement du secteur santé, Politique Hospitalière, Suivi-évaluation et système d'information et de communication, Développement du partenariat, Recherche en santé,) 	
Plan de Développement du Secteur Santé	2007-2011	<p>OG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations <p>OI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le système national de santé • Améliorer la survie de la mère et de l'enfant • Renforcer la lutte contre les maladies liées à l'environnement • Accroître la protection de la santé ainsi que la promotion des comportements sains <p>OS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Améliorer le cadre juridique et institutionnel du système de santé aux priorités des OMD, du MAP, de la politique nationale de santé et du plan sectoriel santé -Promouvoir la décentralisation de la gestion du système de santé et de la prise de décision au niveau des CTD (Régions, communes) -Améliorer la disponibilité en ressources humaines qualifiées dans au moins 70% des formations sanitaires -Améliorer la couverture sanitaire et la qualité de service -Développer la réforme hospitalière 	Principaux bailleurs de fonds et Etat Malagasy, IDA, BAD/FAD, Agence Française de Développement, SCAC / FAC, USAID, JICA, KFW / GTZ, Union Européenne, UNICEF, OMS, FNUAP, PNUD, PAM, Global Fund, GAVI2 310, (1 222 255 611 USD)	Ministère de la Santé Publique,	<p>4.1. RENFORCER LE SYSTEME NATIONAL DE SANTE</p> <p>4.1.1. Cadre juridique et institutionnel</p> <p>4.1.2. Décentralisation et déconcentration</p> <p>4.1.3. Ressources Humaines</p> <p>4.1.4. Infrastructure, équipement et qualité de service</p> <p>4.1.5. Réforme hospitalière</p> <p>4.1.6. Médicaments</p> <p>4.1.7. Financement du système de santé</p> <p>4.1.8. Organisation et Gestion</p> <p>4.2. AMELIORER LA SURVIE DE LA MERE ET DE L'ENFANT</p> <p>4.2.1 Santé de la Mère</p> <p>4.2.2 Survie de l'enfant</p> <p>4.3. RENFORCER LA LUTTE CONTRE LES MALADIES LIEES A L'ENVIRONNEMENT</p> <p>4.3.1 Lutte contre les Maladies Transmissibles</p> <p>4.3.2 Lutte Contre Les Maladies Non Transmissibles</p>	

Stratégie / Politique / Programmes	Période de référence	Objectifs et principales activités	Budget / Bailleurs	Entités clés impliquées	Points clés	Prise en compte de la nutrition
		<p>-Assurer au moins à 85% la disponibilité et l'accessibilité en médicaments essentiels, en consommables médicaux, en réactifs dans toutes les formations sanitaires</p> <p>-Renforcer le financement de la santé pour répondre aux besoins du secteur public et de la population</p> <p>-Améliorer l'organisation et la gestion du système de santé, d'ici 2011</p> <p>-Accroître le taux d'utilisation des consultations externes des CSB de 45% à 70% d'ici 2012</p> <p>. Réduire le taux de mortalité maternelle de 469 à 156 pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité néonatale de 32 à 20 % d'ici la fin 2011</p> <p>. Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 94 à 73 pour 1000 naissances vivantes d'ici la fin 2011</p> <p>-Réduire de 50% la prévalence des principales endémo-épidémies et les Maladies Tropicales Négligées, d'ici 2011</p> <p>D'ici fin 2011, maintenir la prévalence de l'infection VIH à <1% et réduire de 50% la prévalence des IST dans les groupes cibles</p> <p>. Réduire de 20% la morbidité due aux maladies non transmissibles, d'ici 2011</p> <p>-Promouvoir l'adoption de comportements favorables à la santé par au moins 60% de la population d'ici 2011</p> <p>. Réduire de 10% par an l'incidence des intoxications alimentaires rapportées d'ici fin 2011</p> <p>-Réduire de 5% d'ici 2011 la prévalence du tabagisme d'ici la fin du PDSS et réduire le taux de consommation des boissons alcoolisées et</p>			<p>4.4. ACCROITRE LA PROTECTION DE LA SANTE AINSI QUE LA PROMOTION DES COMPORTEMENTS SAINS</p> <p>4.4.1. Promotion de la santé</p> <p>4.4.2. Sécurité alimentaire et qualité des denrées alimentaires</p> <p>4.4.3. Tabagisme et toxicomanie</p> <p>4.4.4. Hygiène et assainissement</p> <p>4.4.5. Gestion des risques et des catastrophes</p>	

<i>Stratégie / Politique / Programmes</i>	<i>Période de référence</i>	<i>Objectifs et principales activités</i>	<i>Budget / Bailleurs</i>	<i>Entités clés impliquées</i>	<i>Points clés</i>	<i>Prise en compte de la nutrition</i>
		des drogues. . D'ici 2011, tous les hôpitaux et 70% des CSB disposent d'eau potable et des installations d'assainissement adéquates -Augmenter de 60 à 100% la proportion des sinistrés pris en charge en matière de santé d'ici 2011 en cas de situations d'urgences et de catastrophes				
Programme National d'Accès à l'Eau Potable et à l'Assainissement 1 Programme National d'Accès à l'Eau Potable et à l'Assainissement 2	2005-2007 2008-2012	Actions prioritaires : -renforcer la capacité de tous les acteurs -renforcer la capacité de programmation et de suivi-évaluation du ministère chargé de l'eau -finaliser la mise en place du cadre institutionnel et améliorer la coordination au sein du secteur		Ministère de l'eau		
Politique Nationale de Protection Sociale	2007	La politique se décline en 6 axes stratégiques prioritaires, à savoir : - le développement d'outils et stratégies de ciblage pour une meilleure allocation des dépenses ; - des efforts complémentaires pour renforcer le capital humain des groupes vulnérables ; - la prévention, l'atténuation et la réponse face aux catastrophes naturelles ; - l'augmentation des revenus des groupes vulnérables ; - les efforts particuliers pour intégrer les plus vulnérables dans la croissance économique et la réduction de la pauvreté				

III. Programmes et initiatives pays actuellement mis en œuvre et/ou planifiés pour la nutrition

Principaux programmes, interventions et activités mis en place pour améliorer la nutrition dans les différents secteurs (santé, agriculture, sécurité alimentaire, ...)

Plan National d'Action pour la Nutrition :

Axe1 : la prévention de la malnutrition

Axe2 : la sécurité alimentaire des ménages

Axe3 : La prise en charge de la malnutrition

Axe4 : Urgences, réhabilitation et développement pour la réduction de risque de la malnutrition

Axe5 : Coordination et amélioration de l'environnement favorable au développement du secteur nutrition

Détails du PNAN à envoyer en version électronique

Prise en compte des objectifs nutritionnels dans les programmes/activités liés à l'agriculture et à l'alimentation

Le cluster nutrition émet des recommandations après une concertation entre les membres. Chaque entité se charge de la mise en œuvre de la recommandation, suivant le Plan d'action de chacune de ces entités.

Souvent, le problème financier ne permet pas de réaliser toutes les recommandations.

Principaux groupes de population et zones géographiques ciblés

Groupes de population : Enfants de moins de 5ans, Femmes enceintes et Femmes allaitantes, enfants scolarisés.

Zones géographiques ciblés : Littorales Est et Grand Sud de l'île.

Opportunités de financement

En cours de négociation et plaidoyer

Actuellement, l'Etat finance via RPI les activités de l'ONN

Mécanismes de suivi et d'évaluation

Plan de suivi –évaluation effectif pour le secteur nutrition

IV. Acteurs, mécanismes de coordination et capacités au niveau national pour mettre en œuvre les politiques et programmes de sécurité alimentaire et nutritionnelle

Principaux acteurs nationaux impliqués dans la conception et la mise en œuvre du cadre politique et stratégique pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle

L'Office National de la Nutrition (ONN) est l'institution sous tutelle de la Primature qui est chargée de la mise en œuvre de la politique de nutrition du pays.

Les différents Ministères (mise en œuvre), ONG, secteur privé

Capacités managériales et techniques au niveau institutionnel

ONN a des offices régionaux dans les 22 régions de Madagascar.

Les Ministères ont leur Direction Régionale.

Les ministères ont des responsables nutrition (santé, Education nationale, Population)

Structures pour la Prévention / Gestion des désastres

Bureau national de gestion des Risques et des catastrophes

Cellule de Prévention et Gestion des Risques et des catastrophes

Prévention : Système d'Alerte Précoce, Fiche de surveillance nutritionnelle (Min santé Publique)

A faire : renforcer la surveillance nutritionnelle et la communication sur la prévention

Capacités de suivi et d'évaluation

L'ONN se charge du suivi, le CNN (conseil national de Nutrition) valide le rapport et émet des recommandations

Principaux partenaires techniques et financiers

Unicef, OMS, PAM, Union Européenne, FAO

Principaux mécanismes de coordination (Task Force, Cluster, etc.)

Réunion périodique du Task Force Nutrition. Cluster nutrition se réunit en cas de nécessité (cataclysme naturel) et pour mettre en œuvre un plan d'action déterminé.

L'ONN assure la coordination de toutes les activités liées.

Adhésion aux Initiatives globales / régionales en lien avec la nutrition (ex. SUN, REACH, CAADP...)

-CAADP

-SUN

-ECABREN

- PABRA (Pan African Bean Research Alliance)

Principaux enjeux / Perspectives pour améliorer l'intégration et la prise en compte durable de la nutrition au niveau national et régional/international

Définitions

Anémie	Diminution anormale de la quantité d'hémoglobine dans le sang, entraînant une diminution du transport de l'oxygène par le sang, pouvant être due à une malabsorption du fer Source : www.Medterms.com	Malnutrition	Condition physiologique anormale causée par une malabsorption ou des apports inadaptés, excessifs ou déséquilibrés, en macronutriments – glucides, protéines, lipides-, en micronutriments ou en eau. <i>Source : SUN Progress report 2011</i>
Approche pluri disciplinaire	En travaillant ensemble, les intervenants peuvent tirer parti de leurs avantages respectifs, catalyser efficacement les actions menées par les pays et harmoniser leur soutien aux efforts nationaux visant à réduire la faim et la sous-nutrition. Les intervenants proviennent d'autorités nationales, d'organismes donateurs, des Nations Unies, de la société civile et des ONG, du secteur privé et des institutions de recherche.	Malnutrition Chronique	La malnutrition chronique se définit comme un retard du développement de l'enfant, notamment un retard de croissance en taille. La malnutrition chronique est due à des carences nutritionnelles persistantes dans le temps <i>Source : UNICEF</i>
Carence	Absence ou insuffisance d'un ou plusieurs nutriments essentiels pour le métabolisme et le développement de l'organisme <i>Source : www.Medterms.com</i>	Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 1)	Eradiquer la pauvreté extrême et la faim – deux indicateurs existent pour la faim : 1) la prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5ans mesure la sous nutrition à un niveau individuel 2) La proportion de la population en dessous d'un niveau minimum de consommation alimentaire énergétique est une mesure de la faim et de la sécurité alimentaire, portant uniquement sur un niveau national <i>Source : SUN Progress report 2011</i>
Diversification alimentaire	Maximiser le nombre d'aliments ou groupe d'aliment consommés par un individu, et particulièrement les aliments autres que les céréales, considérées comme des aliments de base du régime alimentaire. Plus diverse est l'alimentation, plus l'individu a de bons apports en micro et macronutriment <i>Source : FAO</i>	Retard de croissance	Reflète la petite taille par rapport à l'âge; indicateur de malnutrition chronique, calculé en comparant la taille pour âge d'un enfant à celle d'une population de référence d'enfants en bonne santé. <i>Source : SUN Progress report 2011</i>
Faim Aiguë	La faim aiguë signifie un manque de nourriture à court terme, elle est souvent causée par des chocs comme la sécheresse ou la guerre sur des populations vulnérables.	Sécurité alimentaire	La sécurité alimentaire est assurée quand toutes les personnes, en tout temps, ont économiquement, socialement et physiquement accès à une alimentation suffisante, sûre et nutritive qui satisfait leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires pour leur permettre de mener une vie active et saine <i>Source : SUN Progress report 2011</i>
Faim Chronique	La faim chronique est un manque constant ou récurrent de nourriture ayant pour conséquence chez les enfants un poids insuffisant et une mortalité élevée.	Sécurité Nutritionnelle	Atteint lorsque l'accès sécurisé à une alimentation nutritionnelle et appropriée est couplé à un environnement sain, à des services de santé et à des soins adéquats, et ce afin d'assurer une vie saine et active pour tous les membres du ménage. <i>Source : SUN Progress report 2011</i>
Emaciation	Reflète un processus récent et grave qui a conduit à une perte de poids importante, généralement associée à une famine/maladie. L'émaciation est calculée en comparant le poids / taille d'un enfant à celui d'une population de référence d'enfants en bonne santé. Souvent utilisé pour évaluer la gravité des urgences car elle est fortement liée à la mortalité <i>Source : SUN Progress report 2011</i>	Sous Nutrition	Lorsque le corps ne reçoit pas une quantité adéquate d'un ou plusieurs nutriments, tel que l'indique des tests biochimiques, des indicateurs anthropométriques tels que le retard de croissance et/ou des signes cliniques. <i>Source : SUN Progress report 2011</i>
Insuffisance pondérale	Mesure comparant le poids pour âge d'un enfant à une population de référence d'enfants en bonne santé <i>Source : SUN Progress report 2011</i>		
Interventions nutritionnelles et stratégies nutrition sensibles	Stratégies multisectorielles combinant des interventions nutritionnelles directes et des stratégies nutrition sensibles. Les interventions directes incluent améliorer l'accès à une alimentation nutritive toute l'année et améliorer l'état nutritionnel des personnes les plus à risque (femmes, jeunes enfants, personnes handicapées, ceux qui sont atteints de maladies chroniques).		

Acronymes

CEEAC	Communauté économique des États de l'Afrique centrale
CFSAM	Crop and Food Security Assessment Mission
CFSVA	Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis
COMESA	Common Market for Eastern and Southern Africa
CUA (AUC)	Commission de l'Union Africaine
DHS	Etudes de mesures sur la Démographie et la Santé (<i>Demography and Health Survey</i>)
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EFSA	Emergency Food Security Assessment
ENSA	Enquête Nationale de Sécurité Alimentaire
FAFS	Framework for African Food Security
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (<i>Food and Agriculture Organization for the United Nations</i>)
FSMS	Food Security Monitoring System
IFAD	Fond International pour le Développement Agricole (<i>International Fund for Agricultural Development</i>)
IFPRI	Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (<i>International Food Policy Research Institute</i>)
IMC	Indice de Masse Corporelle
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MICS	Enquête indicateurs multiples (<i>Multiple Indicator Cluster Survey</i>)
NCHS	Centre National des Statistiques Sanitaires (<i>National Center for Health Statistics</i>)
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (<i>New Partnership for Africa's Development</i>)
NPCA	National Planning and Coordinating Agency
OMS (WHO)	Organisation Mondiale de la Santé
PAM (WFP)	Programme Alimentaire Mondial
PDDAA (CAADP)	Programme Détaillé du Développement de l'Agriculture Africaine
PNIA	Plan National D'Investissement Agricole
PNIASA	Programme National D'Investissement Agricole et de Sécurité Alimentaire
PTF	Partenaires techniques et financiers
REACH	Initiative de lutte contre la faim et la malnutrition chez les enfants adoptée par la FAO, l'OMS, le PAM, et l'UNICEF en 2008 (<i>Renewed Efforts Against Child Hunger</i>)

REC	Communauté Economique Régionale (<i>Regional Economic Community</i>)
SADC	Southern African Development Community
SAN	Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle
SCRP	Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
SUN	Mouvement de renforcement de la Nutrition (<i>Scaling-up Nutrition</i>)
UNDP	Programme de Développement des Nations Unies (<i>United Nations Development Program</i>)
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance (<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>)
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international (<i>United States Agency for International Development</i>)

ⁱ En 2006, les normes de références pour les mesure anthropométriques ont été modifiées : passage des normes référence NCHS aux normes référence OMS. Ainsi, pour comparer les évolutions entre avant et après 2006, il est nécessaire de comparer des données selon les normes de référence NCHS.