

**EVALUATION RAPIDE DE LA SITUATION  
NUTRITIONNELLE DES ENFANTS DE 0-5 ANS DANS LES  
REGIONS DE DIFFA, ZINDER ET MARADI, FRONTALIERES  
DU NIGERIA**

Rapport mission du 4 au 15 aout 2007

Présenté par :  
- Yacouba Hama Abdou, DFNR, FEWS NET Niger,  
- Halimatou Niandou, Nutritionniste, FEWS NET Niger

Septembre 2007

## INTRODUCTION

Le 18 août 2007, sur la base des informations fournies par l'ONG Médecins Sans frontières (MSF), l'Agence France Presse (AFP) diffusaient une dépêche tirant la sonnette d'alarme sur la malnutrition des enfants au Niger, en qualifiant de critique la situation au sud de la région de Zinder, le long de la frontière Niger-Nigeria. Par la suite, d'autres médias se sont intéressés à l'alerte, tout en soulignant que la forte fréquentation des centres de récupération des enfants malnutris constatée au sud du Niger, n'est que la face cachée d'une mauvaise situation nutritionnelle qui est en cours au Nigeria.

Or, tous les acteurs de suivi de la situation alimentaire et nutritionnelle sont unanimes pour dire que la malnutrition est un problème structurel au Niger, et qu'elle n'évolue pas juste selon les saisons et les années de bonnes ou mauvaises conditions d'accès aux denrées alimentaires. La situation nutritionnelle actuelle au Niger se dégrade malgré que 2007 constitue une deuxième année de bonnes productions céréalières dans la région du Sahel. Aussi, durant ces deux années, les approvisionnements des marchés ont été suffisants et réguliers, et se sont traduits par des prix très stables à bas, favorables aux ménages à faibles revenus. Outre ces aspects positifs liés à la production agricole et aux marchés, il faut noter le renforcement des stocks publics d'intervention (stock national de sécurité alimentaire) et privés (banques céréalières), qui ont constitué l'essentiel des stratégies de prévention de crises alimentaires au Niger. En dépit de tout de ça, la malnutrition persiste au Niger.

Après avoir participé dans une évaluation rapide de la situation nutritionnelle des enfants, on peut constater que la situation de la malnutrition qui prévaut actuellement dans les régions de Zinder, Maradi et Diffa n'a rien d'inhabituel, contrairement à sa caractérisation faite par MSF. D'autre part, la fréquentation des centres de récupération nutritionnelle du Niger par les populations en provenance du Nigeria n'est nullement un indicateur de crise nutritionnelle majeure au Nigeria. Il s'agit, par contre, de mouvements de populations qui sont toujours observés à travers la frontière et qui se font en fonction des opportunités et des facilités d'accès qu'offrent les zones frontalières des deux pays.

## CONTEXTE DE LA MALNUTRITION AU NIGER

Les informations de MSF se sont basées sur les taux d'admission dans les Centres de Récupération Nutritionnelle (CREN). Mais, il faut noter que ce sont les enfants malades, aussi bien que malnutris (et, fréquemment, les deux en même temps), qui sont présentés dans ces centres, et leur nombre est loin de refléter l'état exact de la malnutrition au sein des populations. Cela a amené les acteurs à conduire des enquêtes périodiques dont trois ont été actuellement conduites au Niger :

- octobre-novembre 2005 ;
- octobre 2006 et

- juin 2007.

Les enseignements des enquêtes sont très pertinents, vu les périodes de leur réalisation et le contexte qui prévaut.

**1. L'enquête menée en octobre-novembre 2005** a montré que le taux de malnutrition globale de 15.3 pour cent, confirmant toutes les inquiétudes du caractère alarmant de la mauvaise situation nutritionnelle dans le pays. Le contexte de l'époque, marqué par des disponibilités alimentaires céréalières insuffisantes et des prix très élevés sur le marché, a tout de suite été indexé comme étant la cause principale de la crise nutritionnelle que vit le pays. Plusieurs actions curatives ont été alors engagées par le gouvernement et les donateurs afin de ramener le taux à un seuil acceptable.

**2. En octobre 2006, en pleine période de bonnes récoltes,** la même enquête fut reconduite à l'échelle nationale. Le taux observé était de 10.3 pour cent pour la malnutrition aigue globale (MAG), un taux qui était mieux qu'en 2005. Les explications données d'un si haut taux de MAG sont relatives à la persistance des arrières effets de la crise de 2005. Il faut, toutefois, remarquer que les deux enquêtes ont été conduites à des périodes comparables ; le taux est passé de 15.3 pour cent à 10.3 pour cent en un an, à la même période.

**3. La dernière étude réalisée a été faite en début de la période de soudure, en Juin 2007.** Elle fut financée par l'UNICEF et le Programme Alimentaire Mondiale et conduite par l'Institut National des Statistiques, FEWS NET, Hellen Keller International (un ONG), AGRHYMET, Vision Mondiale (un ONG) et le Ministère de la Santé. Elle a montré que les taux de malnutrition sont encore très élevés au Niger avec 11.2 pour cent de malnutrition aigue globale. Cela dénote de la persistance du problème, notamment durant la période de soudure, et ce malgré les bonnes disponibilités alimentaires existant dans le pays.

Aussi, les différentes études réalisées ont montré une disparité régionale notoire et très souvent indépendante de la situation des disponibilités, ce qui renforce cette autre dimension de la problématique. C'est ainsi qu'une situation d'urgence a été notée en juin 2007 dans les régions de Diffa et Agadez, avec les taux de MAG respectivement 19.6 pour cent et 17.5 pour cent, une situation sérieuse avec des taux en forte hausse dans les régions de Zinder (14.2 pour cent), Maradi (11.8 pour cent), contre, respectivement 9.7 pour cent et 6.8 pour cent en Octobre 2006.

Ainsi, tout en admettant que les deux périodes (octobre et juin) mises en comparaison dans le cadre de l'étude de juin sont mal choisies, compte tenu du caractère saisonnier des événements alimentaires et nutritionnels, les taux actuels de malnutrition sont très élevés et traduisent une situation très préoccupante, principalement dans les régions de Diffa, Agadez, Zinder et Maradi.

D'autres facteurs non directement liés aux disponibilités doivent rentrer en jeu pour maintenir ces taux de malnutrition à un niveau préoccupant même en période de bonnes disponibilités alimentaires et les amener à un niveau de crise dès lors qu'on observe une diminution des disponibilités ou des difficultés d'accès.

C'est pour apprécier l'ampleur de la dégradation de la situation et ses causes dans les régions de Diffa, Zinder et Maradi que FEWS NET Niger a conduit une mission d'évaluation rapide dans ces régions. La mission a davantage été motivée par l'annonce d'un afflux d'enfants malnutris en provenance du Nigeria ce qui a fait craindre l'occurrence d'une catastrophe nutritionnelle en gestation dans la zone.

## **OBJECTIFS, METHODOLOGIES ET LIMITES DE L'EVALUATION**

### **1. Objectif**

L'objectif de cette évaluation est de faire le point sur l'état réel de la situation dans les zones incriminées et les facteurs en cause et obtenir des informations sur les stratégies de prise en charge de la malnutrition dans les structures de santé surtout en cette période de soudure. Il s'agit aussi, d'analyser les activités au niveau des centres de réhabilitation nutritionnelle, identifier les différents obstacles de la mise en œuvre des activités et proposer des solutions adaptées avec les différents acteurs.

De manière spécifique, il s'agit de collecter des informations qui permettront de faire le point sur :

- La prévalence réelle de la malnutrition
- La provenance géographique, sociale et la nationalité des enfants malades
- La situation alimentaire, le niveau d'accès aux aliments et les stratégies d'adaptation des ménages et leur impact sur la situation nutritionnelle qui est en cours
- Les causes probables de la malnutrition
- Les besoins d'assistance si nécessaires
- Les actions à recommander pour contenir la situation.

### **2. Méthodologie**

La collecte des données s'est déroulée selon la démarche et les outils ci-après

- Recherche documentaire sur les implications directes et indirectes de la situation nutrition
- Conduite de séances d'entretien avec les ONGs intervenant et les agents des formations sanitaires ;
- Rencontre d'échange avec les leaders d'opinions et des personnes ressources pour vérifier l'exactitude des renseignements diffusés
- Collecte directe de données, sur la base de questionnaires, auprès des ménages, des villages et des intervenants.

La mission a rencontré plusieurs responsables notamment des Organisations Internationales et ONG telles que (UNICEF, OCHA, HKI, Save the Children, MSF-Belgique et France, Croix Rouge Française, World Vision, Care, Aquadev Nouvelle Nutrition Niger, CRS, des Directions Régionales de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies (DRSP/LCE), des Districts Sanitaires, des Directions Régionales de Développement Agricole et des Directions Régionales de Ressources Animales.

Les supports de collecte sont constitués de quatre documents :

- Un guide d'entretien
- Un questionnaire adressé aux mères des enfants malnutris
- Un questionnaire village
- Un questionnaire adressé aux institutions intervenantes, ONGs et services gouvernementaux.

La mission s'est déroulée dans les villes et villages situés le long de la frontière Niger-Nigéria sur l'axe Maradi, Zinder et Diffa comme le montre la figure 1. Elle a duré 12 jours allant du 4 au 15 Août 2007.

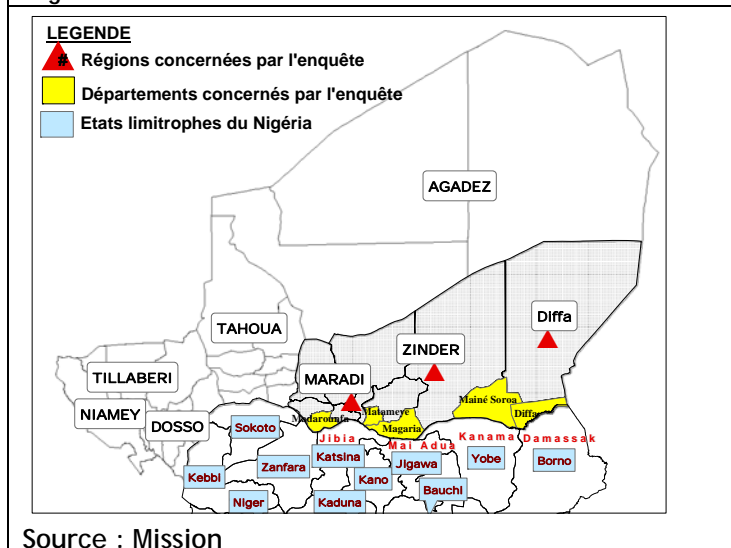
### Limites

Comme difficultés de cette évaluation, il faut dire que les données collectées ne permettent pas de faire une analyse au niveau département compte tenu du fait que l'enquête ne s'est pas déroulée dans tous les départements et même dans les départements visités le caractère ambulatoire de certains centres de récupération nutritionnelle fait que la collecte des données n'a pas coïncidé dans certains cas avec les activités qui se tiennent une à deux fois par semaine.

Aussi, Il faut retenir qu'à tous les niveaux nous ne disposons que du nombre d'admissions des enfants malnutris dans les centres de récupération nutritionnelle et cet indicateur à lui seul ne permet pas d'estimer une prévalence réelle de la malnutrition dans les zones visitées.

Aussi, Il faut retenir qu'à tous les niveaux nous ne disposons que du nombre d'admissions des enfants malnutris dans les centres de récupération nutritionnelle et cet indicateur à lui seul ne permet pas d'estimer une prévalence réelle de la malnutrition dans les zones visitées.

**Figure 1:** Régions, départements du Niger et Etats du Nigéria visités



## RESULTAT DE L'EVALUATION

### 1. SITUATION NUTRITIONNELLE COURANTE

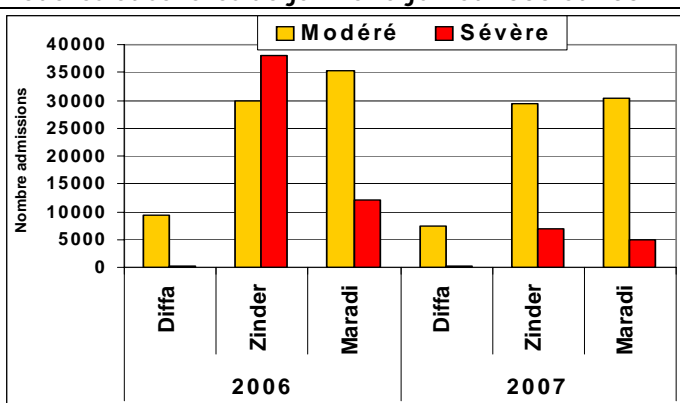
Le cumul des admissions en juillet 2007 par rapport à 2006 à la même période est en baisse dans les trois régions. Le nombre de cas d'enfants malnutris admis dans les centres nutritionnels pour la période de janvier à juillet 2007 est de 7 650 à Diffa, 36 431 à Zinder et 35 282 à Maradi contre respectivement 9 647, 67 921 et 47 394 cas en 2006, soit une diminution de 21 pour cent pour Diffa, 46 pour cent pour Zinder et 26 pour cent pour Maradi (Graphique 1).

Aussi, la malnutrition sous sa forme modérée en 2007, appréciée à travers les admissions, a baissé dans ces régions comparativement à 2006 sauf à Zinder où la situation est stable. La baisse varie respectivement de 14 à 20 pour cent à Maradi et Diffa.

Les cas sévères enregistrés à Diffa sont faibles en 2007 tout comme en 2006. Cependant ils sont très élevés à Zinder en 2006 dépassant de loin les cas modérés. La baisse des cas sévères entre 2006 et 2007 à même est de 40 pour cent à Diffa, 82 pour cent à Zinder et 60 pour cent à Maradi (Graphique 1).

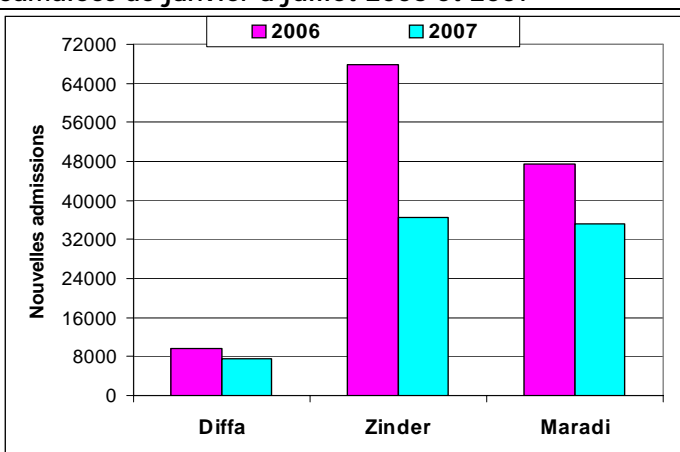
Ainsi, malgré que la situation nutritionnelle soit encore critique en 2007, elle reste globalement meilleure à celle de 2006 à la même période surtout pour les cas sévères (Graphiques 1 et 2).

Graphique 1 : Evolution comparée des admissions des cas modérés et sévères de janvier à juillet 2006 et 2007



Source: Mission

Graphique 2 : Evolution comparée des admissions cumulées de janvier à juillet 2006 et 2007



Source: Mission

## 2. CARACTERISTIQUES DES ZONES ET POPULATIONS AFFECTEES PAR LA MALNUTRITION

### 2.1 Caractéristiques sociales des mères des enfants

Les mères des enfants malnutris trouvées au niveau des centres de récupération sont pour la plupart des adultes issues des ménages polygames où elles occupent généralement le rang de premières épouses. Elles ont plus de 7 enfants dans la

plupart des cas et appartiennent à des familles relativement peuplées. Dans ces familles, le mari se préoccupe plus de l'équilibre alimentaire de l'ensemble du ménage que des cas spécifique d'un quelconque. C'est à la mère de s'en charger, ce qu'elle ne peut pas faire faute de moyens financiers suffisants vu les besoins issus du nombre important de ses propres enfants à élever. Au niveau de ce groupe de femmes, il a été relevé un nombre notoire de mortalité infantile (2 à 3 sur 7 à 9 enfants) sans que les causes soient clairement identifiées.

Le deuxième groupe trouvé est celui de jeunes mères appartenant à des foyers monogames, mais pour la plupart avec un maximum d'un à trois enfants. Dans ce cas le premier facteur à mettre en cause est l'inexpérience des jeunes mères dans la prise en charge des enfants, souvent le complexe culturel du premier enfant auquel on ne doit pas manifester son amour, les grossesses rapprochées et le mauvais sevrage.

**Tableau 1** : Caractéristiques sociales des mères des enfants malnutris

| NIVEAU D'INSTRUCTION                             | % de cas |
|--------------------------------------------------|----------|
| Aucun niveau                                     | 85%      |
| Ecole coranique                                  | 15%      |
| <b>STATUT MATRIMONIAL</b>                        |          |
| 1ère épouse dans une famille monogame            | 15%      |
| 1ère épouse dans une famille polygame            | 85%      |
| <b>NOMBRE D'ENFANTS NES DE LA MERE</b>           |          |
| 1 à 3 enfants                                    | 15%      |
| 4 à 6 enfants                                    | 0%       |
| 7 enfants et plus                                | 85%      |
| <b>NOMBRE DES MEMBRES DU MENAGE</b>              |          |
| 1 à 3 personnes                                  | 0%       |
| 4 à 6 personnes                                  | 50%      |
| 7 personnes et plus                              | 50%      |
| <b>ACCES AUX SOURCES ALTERNATIVES DE REVENUS</b> |          |
| Agriculture                                      | 100%     |
| Elevage                                          | 100%     |
| Petit commerce                                   | 100%     |
| Artisanat                                        | 100%     |

Source: Mission

Dans tous les deux cas, les mères n'ont aucun niveau d'instruction, aucune notion sur la malnutrition. Elles ont cependant un accès libre aux activités génératrices de revenu qu'elles soient agricoles, pastorale, artisanales ou de petit commerce.

La plupart des mères rencontrées dans les centres, 100 pour cent, sont à leur premier cas d'enfant malnutri. Cette situation dénote trois aspects :

- la surprise des ménages dans la survenue de la situation ;
- l'absence d'expérience pour gérer la situation ;
- le manque de moyens pour y faire face.

Cependant il convient de noter que l'environnement socioculturel est surtout dominé par une faible couverture sanitaire et un faible taux d'alphabétisation qui font des populations des victimes quotidiennes des maladies et de l'ignorance.

## 2.2 Disponibilités alimentaires des ménages et villages d'enfants malnutris

Sur la base des renseignements obtenus dans les villages et auprès des mères des enfants malnutris, la plupart des ménages sont situés dans des zones à hautes potentialités de culture de contre saison et de décrue avec des bonnes productions d'oignon, d'oseille, de poivron, de niébé, de la laitue, choux et tomate ainsi que la canne à sucre une principale source de revenu notamment dans le sud de Zinder. Cependant ce potentiel ne contribue pas à améliorer le régime alimentaire des ménages et des enfants.

Comme le montre le tableau 2, la situation alimentaire des populations affectées se caractérise par une disponibilité de stocks dans 50 pour cent des cas suite à une campagne agricole qu'elles ont jugée globalement moyenne.

Tableau 2 : Evaluation des disponibilités alimentaires par les populations concernées.

|                                        | Niveau supérieur aux besoins | Niveau équivalent aux besoins | Niveau inférieur aux besoins faible |
|----------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Production agricole 2006/07            | 0%                           | 80%                           | 20%                                 |
| Disponibilités de stocks               | 0%                           | 0%                            | 100%                                |
| Potentialités culture de contre saison | 100%                         | 0%                            | 0%                                  |
| Production cultures de rente           | 50%                          | 50%                           | 0%                                  |
| Possession d'animaux                   | 0%                           | 50%                           | 50%                                 |
| Possession de volaille                 | 0%                           | 50%                           | 50%                                 |

Source: Mission

Ainsi, dans la plupart part des cas, le contexte alimentaire est caractérisé par une situation favorable suite à des productions moyennes à bonnes et la disponibilité des marchés de proximité. A priori, il n'est pas le principal facteur à mettre en cause dans l'état relevé en juillet 2007 de la malnutrition dans la région.

## 3. CAUSES DE LA MALNUTRITION

Pour prévenir la malnutrition, il est important de connaître ses causes premières et secondaires, afin d'en faire l'analyse de possibilités d'atténuation. Une analyse approfondie des informations collectées auprès des femmes concernées, nous révèlent que les premières causes incriminées sont les maladies. Les disponibilités alimentaires viennent en seconde place. Cependant, il convient de noter un fort poids du socioculturel à tous les niveaux. Globalement les différentes causes peuvent se subdiviser en trois niveaux :

- les causes premières ou causes immédiates ;

- les causes secondaires ;
- et les causes tertiaires.

### Les causes premières ou causes immédiates

Les causes premières sont entre autres celles liées à l'occurrence des maladies telles que la rougeole, la coqueluche, la diarrhée et le paludisme grave. Elles ont comme raisons explicatives ou amplificatrices, toutes les attitudes néfastes en matière de nutrition notamment le sevrage précoce, l'allaitement insuffisant, la non diversification du régime alimentaire.

A ce niveau, il ne faut pas sous-estimer l'influence des facteurs socioculturels, y compris les pratiques de soins et d'alimentation sur l'état sanitaire et nutritionnel des enfants. Selon les interviews conduites, l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans est courant mais c'est l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois qui est extrêmement rare.

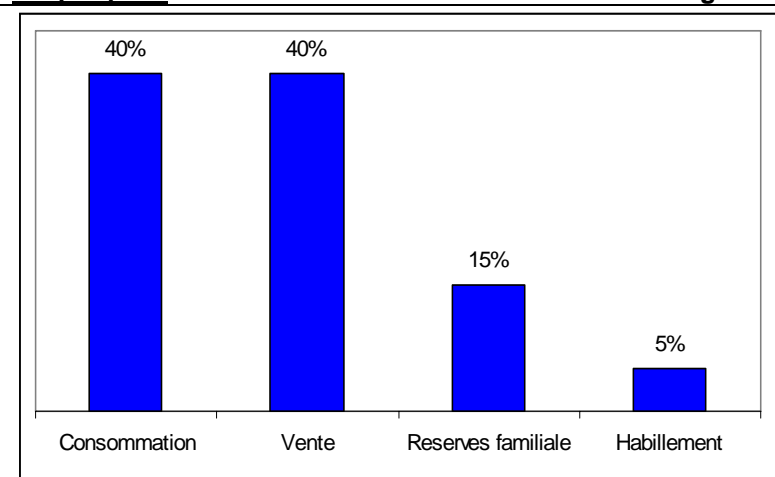
Aussi, les grand-mères et les belles-mères ont une énorme influence sur les situations alimentaires des nouveaux nés et des jeunes enfants dans cette culture, surtout pour les primipares et les jeunes femmes. Ces grand-mères sont souvent les personnes apportant principalement les soins aux enfants en raison d'un taux de mortalité maternelle très élevé et du travail et des responsabilités des femmes plus jeunes dans le ménage ou du complexe social qui empêche à une jeune mère primipare de manifester ouvertement son amour en public à son premier enfant.

### Les causes secondaires

Ce sont plutôt celles liées à l'insécurité alimentaire (alimentation insuffisante).

Selon les appréciations à tous les niveaux, la malnutrition des enfants n'est pas principalement causée par une trop faible disponibilité des aliments dans les ménages. La question du partage des ressources alimentaires au sein du ménage et la prise en compte des besoins spécifiques des enfants est une question

**Graphique 3 : Utilisation des ressources dans le ménage**



Source: Mission

essentielle à ce niveau. Là aussi on se trouve buter aux questions socioculturelles. Dans la plupart des cas, l'ignorance liée à une faible alphabétisation, le poids de la

société constituent des problèmes sociaux qui ne permettent pas une alimentation adéquate des jeunes enfants. Le chef de ménage utilise les ressources à sa guise pour satisfaire ses propres besoins au détriment d'une bonne alimentation du ménage.

Ainsi, la prise en charge de l'alimentation des membres du ménage notamment les enfants, repose essentiellement sur la mère qui ne reçoit qu'un tiers des réserves familiales et les deux tiers sont stockés par le chef de ménage qui ne les utilise que pour l'entretien de la force de travail. Le stock engrangé par la mère ne peut couvrir que un à deux mois de besoins de consommation et pour faire face aux besoins alimentaires, elle développe des stratégies dont entre autres le recours aux centres nutritionnels.

Le régime alimentaire est très pauvre, les enfants sont essentiellement nourris chaque jour comme les adultes sans qu'on tienne compte de leur besoin spécifique ce qui n'est pas normal (cf tableau 3). Ceci crée un manque de quantité (énergie) et de qualité (oligo-éléments) du régime alimentaire qui débouche souvent sur l'anorexie (manque d'appétit) et la perte de poids qui l'accompagne.

**Tableau 3 :** Régime alimentaire pour adultes et enfants du ménage

|                                                         | Saison sèche | Saison des pluies | Saison froide |
|---------------------------------------------------------|--------------|-------------------|---------------|
| <b>Composition régime alimentaire adultes et enfant</b> |              |                   |               |
| Céréales+sauce gombo ou baobab                          | 100%         | 100%              | 100%          |
| <b>Composition régime alimentaire enfant</b>            |              |                   |               |
| Céréales+sauce gombo ou baobab+oeuf+ bouillie+poisson   | 0%           | 0%                | 25%           |

Source: Mission

Le régime alimentaire en plus d'être pauvre, est essentiellement constitué de céréales et de sauce à base de gombo ou de feuilles de baobab sans diversification selon les saisons et toutes les tranches d'âge.

### Les causes tertiaires

La faiblesse de couverture en termes de prestation de services de santé (manque de soins maternels et infantiles), le manque d'eau potable (source d'eau contaminée), constituent des facteurs aggravant de la malnutrition dans la région.

A cet effet, il convient de remarquer que l'accès est très faible (en moyenne 50 pour cent) à un traitement de santé formel de même que le nombre de personnes recherchant un traitement même lorsqu'il y en a. De ce fait, la consultation de première ligne en cas de maladie et de malnutrition est le guérisseur traditionnel.

Le tableau 4 présente ces différentes causes et les raisons sous-jacentes.

Tableau 4: Causes et raisons de la malnutrition des enfants évoquées par les populations concernées

| Causes de la malnutrition | Causes de l'état de malnutrition                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Raisons évoquées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Economiques                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Sociales et Culturelles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Environnementales                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 1 <sup>ère</sup> causes   | <p><b>Maladies :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paludisme,</li> <li>• Diarrhée,</li> <li>• Vomissement,</li> <li>• Fièvre,</li> <li>• Toux</li> <li>• Hémorroïde</li> <li>• Manque de sang (anémie)</li> </ul>                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant ne mange pas bien (perte d'appétit)</li> <li>• Insuffisance de moyens financiers pour acheter les médicaments</li> <li>• Maladies saisonnières</li> <li>• Consommation des eaux des mares</li> <li>• Insuffisance infrastructures eaux potables</li> </ul>                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grossesses et accouchements rapprochés</li> <li>• Sevrage précoce ou tardif</li> <li>• Insuffisance de l'hygiène des aliments</li> <li>• Non scolarisation des femmes</li> <li>• Inexpérience des jeunes mères dans le sevrage</li> <li>• Non manifestation de l'amour parental au premier enfant</li> <li>• Honte de la survenue d'une grossesse dont l'âge entre les frères est inférieur ou égale à un an.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saison des pluies périodes favorables au développement des maladies</li> <li>• Saison des pluies périodes d'intenses activités et les femmes n'ont pas de temps pour les enfants.</li> <li>• Non assainissement du milieu</li> </ul>                |
| 2 <sup>ème</sup> causes   | <p><b>Faible consommation et diversification alimentaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible consommation de lait et produits laitiers</li> <li>• Manque de diversification alimentaire</li> <li>• Stocks alimentaires au plus bas niveau ou inexistant ce qui entraîne un rationnement par les hommes</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faiblesse des revenus</li> <li>• Prix élevés des aliments</li> <li>• Insuffisances des productions animales</li> <li>• Faibles récoltes</li> <li>• Faible fréquentation des marchés car tout le monde est dans les champs ce qui limite l'approvisionnement des marchés en aliments variés</li> <li>• Insuffisance de moyens financiers des grand-mères pour le sevrage des enfants des jeunes mères.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les mères et les enfants ne mangent pas bien parce que les hommes leur donnent très peu d'aliments, pour traverser la soudure</li> <li>• Bétail parti en transhumance</li> <li>• Les aliments sont sous la gestion des hommes et le partage est fait selon une base sociale qui ne se soucie pas de satisfaire les besoins de tous mais de juste traverser la soudure.</li> <li>• Enfants ne boivent pas le 1<sup>er</sup> lait de la mère (colostrum)</li> <li>• Introduction de tisane et décoction de plantes</li> <li>• Introduction précoce ou tardive d'aliments de complément (inappropriés)</li> <li>• Tabous alimentaires (Enfants ne doivent pas manger les œufs, le foie, la viande, le lait au risque de devenir voleur).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Juin-juillet période de faible développement des pâturages</li> <li>• Enclavement avec rupture des routes</li> <li>• Beaucoup de production de légumineuse ne sont pas cultivables en saison des pluies ce qui limite la diversification</li> </ul> |
| 3 <sup>ème</sup> causes   | <p><b>Difficultés d'accès aux services de santé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recours aux médicaments traditionnels</li> <li>• Pas d'achats de médicaments</li> <li>• Pas de suivi rapide du technicien</li> </ul>                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible couverture des services techniques de santé</li> <li>• Pas de possibilités d'achat de médicament</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution entraide sociale</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre de santé parfois très éloignés</li> <li>• Pas de moyens de transports fréquents à un moment où les femmes sont coincées par les travaux champêtres.</li> </ul>                                                                               |

Source: Mission

#### 4. FREQUENTATION DES POPULATIONS DU NIGERIA

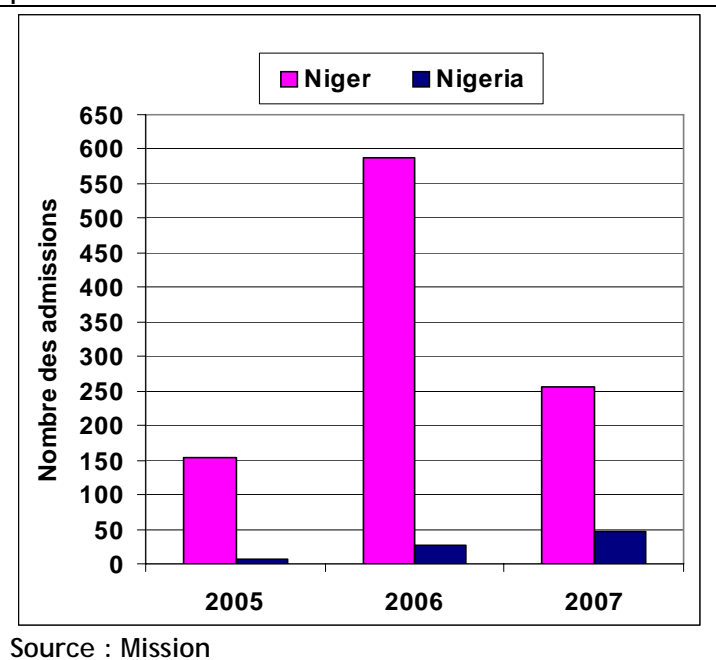
La plupart des gens des villages nigériens fréquentant les centres du Niger sont situés dans un rayon de 10 à 15 km le long de la frontière. Il s'agit de Damassak, Assaga, Barmatolo, Katchalatoro et Abar tous de la zone de la Komadougou (Diffa) ; Tochia et Kanama du côté de Mainé Soroa ; Djibia et Magma au tour de Dan Issa (Madarounfa, région de Maradi) ; Mai Adua situé à 10 Km de Dan Barto (Matameye, Zinder).

Le pourcentage des enfants venant du Nigeria varie de 4 à 15 pour cent globalement au niveau des régions selon les années.

Cependant, cette proportion est très élevée au niveau de certains centres comme Dan Barto dans la région de Zinder où elle peut atteindre 70 pour cent et Dan Issa dans la région de Maradi avec 40 pour cent comme le montre le tableau 5.

Il faut noter qu'au niveau du CSI de Dan Issa il y'a un jour de consultation réservé uniquement aux villages du Nigeria et il s'agit du mercredi qui est le jour de marché.

Graphique 4: Répartition des enfants par pays de provenance



**Tableau 5 : Identification de la provenance physique et sociale des enfants admis dans les centres de récupération nutritionnelle :**

| Localités                                                             | 2005  |         |      | 2006  |         |       | 2007  |         |       | Villages de provenance                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------|-------|---------|------|-------|---------|-------|-------|---------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                       | Total | Nigeria | %    | Total | Nigeria | %     | Total | Nigeria | %     |                                                                                            |
| CRENI du CHR de Diffa                                                 | 55    | 3       | 5.45 | 192   | 12      | 6.25  | 114   | 10      | 8.77  | Damassak, Assaga qui se situés dans un rayon d'environ 10 Km                               |
| CRENAM du CSI de Bagara (Diffa),                                      | 69    | 2       | 2.89 | 360   | 5       | 1.38  | 118   | 6       | 5.08  | Barmatolo (10 Km), Katchalatorori (15 Km) et Abar (2 Km) tous de la zone de la Komadougou. |
| CRENI du HD de Mainé Soroa (Diffa) CRENI du HD de Mainé Soroa (Diffa) | 37    | 2       | 5.41 | 62    | 10      | 16.13 | 33    | 10      | 30.30 | Tochia et Kanama qui sont dans un rayon de 15 Km                                           |
| CRENAM/CRENAS du CSI de Dan Barto (Matamey - Zinder)                  | ND    | ND      | ND   | ND    | ND      | ND    | 20    | 14      | 70    |                                                                                            |
| CRENAS du CSI de Dan Issa (Madarounfa - Maradi)                       | ND    | ND      | ND   | ND    | ND      | ND    | 15    | 6       | 40    | Djibia et Magma                                                                            |

Source: Mission

***NB :*** Au niveau du CRENAM/CRENAS du CSI de Dan Barto (Matamey - Zinder) et du CRENAS du CSI de Dan Issa (Madarounfa - Maradi) nous n'avons pas pu disposer des chiffres de 2005 et 2006.

Toutefois il a été remarqué que les enfants en provenance du Nigeria et qui sont pris en charge dans les programmes nutritionnels sont en général ceux des nigériens installés définitivement au Nigeria ou ceux des nigériens vivant à proximité de ces centres. Les raisons avancées pour leur fréquentation, sont l'accessibilité et la proximité des centres, le faible coût des prestations au Niger et une meilleure qualité de la prise en charge des malades notamment en 2007 avec la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans.

Compte tenu du contexte géographique et des réalités socioculturelles de la zone, ce phénomène sera toujours fréquent et les services de santé de la zone doivent les considérer à l'instar du CSI de Dan Issa dans la région de Maradi. Un mécanisme de coopération transfrontalière peut être envisagé à cet effet à grande échelle à l'image de toutes les initiatives d'intégration régionale.

## **5. DISPOSITIF INSTITUTIONNEL**

Au niveau de chaque région, la DRSP/LCE assure la coordination des interventions sur la base du protocole national de prise en charge de la malnutrition. En effet le Ministère de la Santé Publique a saisi l'occasion de la crise nutritionnelle de 2005 pour harmoniser la prise en charge de la malnutrition aiguë et revitaliser les centres de récupération nutritionnelle en élaborant et validant un protocole avec l'appui de ses partenaires (UNICEF, OMS, ONG) qui est l'outil de référence national en matière d'activités de récupération nutritionnelle et de formation du personnel. Il est centre sur le dépistage systématique au niveau communautaire et des formations sanitaires, la mobilisation communautaire (sensibilisation de la communauté, le suivi des enfants admis dans les programmes, la recherche des absents et abandons, l'évaluation et la surveillance, le volontariat et l'éducation pour la santé), les interventions nutritionnelles (prise en charge de la malnutrition aiguë modérée, sévères, les complications médicales, les cas spéciaux (nourrissons de moins de 6 mois ou de moins de 3 kg, malnutrition sévère associée à tuberculose, VIH/SIDA et drépanocytose), les stimulations émotionnelles et physiques et afin la coordination et le partenariat).

Ainsi, au niveau des DRSP, un point focale nutrition est désigné pour veiller au respect de protocole, coordonner, suivre et évaluer les interventions des partenaires et gérer la base de données sur la nutrition.

Au niveau sous-régional le travail de coordination, de suivi et de rapportage est assuré par les hôpitaux de district qui rendent à la région.

Dans la région de Maradi, il a été institué au tour de la DRSP et en collaboration avec tous les acteurs en matière de prise en charge de la malnutrition, un système de coordination des interventions dans le domaine nutritionnel. Une réunion est tenue à la fin de chaque mois pour faire le point de la situation nutritionnelle dans la région et élaborer les programmes de riposte.

Dans la région de Diffa, il est créé au tour du Gouvernorat, un Cadre Régional de Concertation et de Synergie (CRCS) qui regroupe tous les acteurs du développement de la région de Diffa de partager leurs expériences en matière de développement, d'améliorer la collaboration et harmoniser les approches méthodologiques d'intervention sur des pistes de synergies bien identifiées dont entre autres la piste « santé nutrition et VIH/SIDA ».

## **6. LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION**

Le dispositif de prise en charge de la malnutrition comprend trois types de programmes en fonction du niveau de gravité de la situation nutritionnelle : 1) CRENI ; 2) CRENAS et 3) CRENAM.

**Centre de Récupération Nutritionnelle Intensif (CRENI) : pour les enfants souffrant d'une malnutrition aiguë sévère avec un appétit médiocre et/ou présentant des complications.** L'objectif est de corriger la malnutrition sévère dans le but de promouvoir le meilleur traitement possible pour réduire le risque de décès, raccourcir la durée de l'hospitalisation et faciliter la récupération et le plein rétablissement. L'enfant est admis en milieu hospitalier et il va rester dans ce milieu d'hospitalisation jusqu'à sa sortie.

Tout enfant de 6 à 59 mois remplissant un des critères ci-dessous doit être pris en charge comme un cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) au CRENI :

- Test de l'appétit médiocre et
- P/T < 70% avec la taille prise en position couchée (< 85 cm ou moins de 2 ans) ou debout pour les autres ou
- PB < 110 mm avec une taille couchée > 65 cm ou
- Présence d'oedèmes bilatéraux

L'enfant est hospitalisé dans un CRENI les premiers jours pour cas de complications associées. La prise en charge se fait avec des aliments thérapeutiques : le F75 et le F100 et aussi du Aliments Thérapeutiques Prêts A l'Emploi (ATPE). Après les premiers jours, si l'enfant va mieux, il a repris l'appétit et que les pathologies associées sont sous contrôle et si la mère ne souhaite pas rester au centre, il est possible de mettre l'enfant en schéma externe. Avant de le mettre en schéma externe l'enfant reçoit pendant quelques jours en alternance du F100 et du ATPE.

**Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire en Charge de la Malnutrition Sévère (CRENAS) : pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et avec appétit modéré ou bon et ne présentant pas de complications médicales.** L'enfant est sévèrement malnutri, sans pathologie grave associée et le test de l'appétit est bon. Il est pris en charge à 100 pour cent en externe par le CRENAS (ou l'équipe ambulatoire). L'enfant doit revenir toutes les semaines pour un suivi de son état, jusqu'à sa sortie. La prise en charge diététique se fait avec un ATPE approprié.

**Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire en Charge de la Malnutrition Modérée (CRENAM) : pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée.** L'objectif du CRENAM est de corriger la malnutrition modérée chez les groupes cibles vulnérables (enfants de 6 à 59 mois<sup>1</sup> ; femmes enceintes et allaitantes ; personnes vivant avec le VIH/SIDA ; tuberculeux ; drépanocytaires).

Les critères d'admissions des enfants sont :

- Les enfants de 6 à 59 mois dont le P/T est compris de 70% et < 80% de la médiane de la population de référence (NCHS) et avec absence d'oedèmes bilatéraux.

---

<sup>1</sup> Dans le cas d'enfant âgé de moins de 6 mois avec un rapport P/T (70 - <80%), c'est la mère allaitante qui devra bénéficier de la supplémentation pour stimuler la lactation, le bébé ne mangeant pas de bouillie. Il doit être exclusivement allaité.

- Les enfants sévèrement malnutris sortant guéris des CRENAS et ayant un P/T compris entre 80 et < 85% de la médiane de référence (NCHS).

Ce programme incite à une meilleure prise en charge sanitaire, préventive et curative. De plus, en étant à proximité des services de consultations, il permet un meilleur suivi des enfants.

Les bénéficiaires du CRENAM reçoivent un supplément en ration sèche pour compléter la ration journalière et non une ration alimentaire pour subvenir aux besoins nutritionnels. Ce supplément est doublé en rations sèches car il est très souvent partagé au sein de la famille. Il correspond à environ 1200 kcal/bénéficiaire/jour. Les rations pour le CRENAM sont à base d'Unimix ou de CSB.

Aussi, une ration de protection est servie pour les autres enfants de la famille ce qui en principe permet d'éviter que la ration de traitement du sujet malnutri ne soit partagée. La ration de décharge est donnée à la sortie du programme afin d'éviter la rechute de l'enfant. Cette ration n'est servie pendant la période de soudure et ou en cas de crise si la disponibilité des produits le permet. Il est recommandé que cette ration soit donnée en plusieurs tranches tout au long du suivi après la sortie. La distribution de la ration est suivi : d'un examen médical pour la vérification de l'état vaccinal du bénéficiaire et la mise à jour si besoin par le CSI. Et en cas de problème de santé et complications médicales, le bénéficiaire doit être vu par un agent de santé qualifié (CSI).

Le suivi de l'état nutritionnel se fera pour chaque bénéficiaire à chaque visite, une fois par semaine ou une fois toutes les 2 semaines. La mesure de la taille des enfants doit être étroitement supervisée. Les patients souffrant de malnutrition aiguë modérée et présentant des complications médicales doivent être pris en charge pour leurs complications médicales dans les structures de santé (CSI ou hôpitaux) existant les plus proches et les plus appropriés.

Le tableau 6 fait ressortir une forte concentration des interventions dans les zones situées au Sud et une faible présence des partenaires au Nord. Sur les CSI dans le département de Gouré, un (seul) est couvert par Vision Mondiale, tout comme à Diffa, N'Guigmi et Mainé Soroa où la prise en charge de la malnutrition est assurée par un seul partenaire, HKI avec une approche intégrée.

Toutefois, on peut aussi relever que l'année 2007 marquée par une amélioration de la mobilisation des acteurs en faveur de la prise en charge de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans grâce à l'arrivée de nouveaux intervenants notamment Save Children, ACF et Goal. Ce l'effort de prise en charge n'a certes pas significativement contribué à la diminution de la prévalence de la malnutrition, mais a eu le mérite de répondre efficacement à l'urgence à travers un renforcement significatif des structures et infrastructures d'accueil des enfants malnutris.

**Tableau 6: Répartition des acteurs de la prise en charge de la malnutrition par départements et par types de programmes**

| Districts Sanitaires | ONGs intervenants           | Types de programmes en place          | Observation                                                                |
|----------------------|-----------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Gouré                | Word Vision                 | CRENAM/CRENAS                         | CSI Kazoé, 1 CSI sur 18                                                    |
| Magaria              | Croix Rouge Française (CRF) | CRENAM, 14 CSI sur 14                 | Magaria, Kakitama, Dogo Dogo, Dan Tchiao, Wacha, Dungass, Gayi             |
|                      | Save the Cheldren           | CRENAM/CRENAS                         | Bandé, S/Broum,                                                            |
|                      | MSF - Suisse                | CRENI                                 | Magaria commune                                                            |
| Matameye             | Save the Cheldren           | 8 CRENAM/CRENAS                       | Dans tous les CSI du DS                                                    |
| Mirriah              | GOAL                        | 12 CRENAM et 1 CRENAS                 | 1 CRENAS à Takeita                                                         |
|                      | URC                         | 1 CRENI au HD                         | Intégré                                                                    |
|                      | Word vision                 | 3 CRENAM/CRENAS                       | KASSAMA, RAFFA, MaZamni                                                    |
|                      | MSF-CH                      | 4 centres                             |                                                                            |
| Tanout               | CRF                         | 8 CRENAM/CRENAS                       | Yagazi, kokaram, Belbedji, Sabon kafi, Falonco, Tanout, Olelewa et Gangara |
|                      | HKI                         | 15 CRENAM/CRENAS                      | -                                                                          |
|                      | HAI                         | 4 CRENAM                              | -                                                                          |
| Zinder CU            | CRF                         | 2 CCRENAM/CRENAS                      |                                                                            |
|                      | CADEV                       | 2CRENAM et 1 CRENAS                   | KARA KARA et Saint J                                                       |
|                      | MSF - Suisse                | 1 CRENI                               | Charé Zamna                                                                |
| Diffa                | HKI                         | 1 CRENI et plusieurs CRENAS et CRENAM |                                                                            |
| Maine Soroa          | HKI                         | 1 CRENI et plusieurs CRENAS et CRENAM |                                                                            |
| N'Guigmi             | HKI                         | 1 CRENI et plusieurs CRENAS et CRENAM |                                                                            |
| Aguié                | Save the children           | 8 centres                             |                                                                            |
|                      | MSF Belgique                | 1 CRENI                               |                                                                            |
| Dakoro               | MSF Belgique                | 7 centres et 1 CRENI                  |                                                                            |
|                      | Vision Mondiale             | 10 centres                            |                                                                            |
|                      | Cadev                       |                                       |                                                                            |
| Guidan Roundji       | MSF France                  | 8 centres                             |                                                                            |
|                      | URC                         | 1 CRENI                               |                                                                            |
|                      | Vision Mondiale             | 5 centres                             |                                                                            |
|                      | Cadev                       | 5 centres                             |                                                                            |
| Madarounfa           | MSF France                  | 3 centres                             |                                                                            |
|                      | URC                         | 1 CRENI                               |                                                                            |
| Maradi CU            | MSF France                  | 1 CRENI et CRENAM                     |                                                                            |
| Mayahi               | ACF                         | 20 centres                            |                                                                            |
|                      | Help                        |                                       |                                                                            |
| Tessaoua             | Save the children           | 9 centres                             |                                                                            |

Source: Mission

## CONCLUSION

Les résultats de cette évaluation ont mis en évidence que le niveau de prévalence de la malnutrition, sous toutes ses formes, est encore élevé dans la zone visitée et malgré les interventions multiformes menées par l'Etat et ses partenaires. Malgré une amélioration constatée en 2007 comparativement à 2006, l'évolution du nombre des admissions des enfants malnutris traduit un niveau de prévalence encore supérieur au niveau d'alerte reconnu internationalement compte tenu du caractère systémique et multidimensionnel de la situation du problème et de ses implications socio-économiques et culturelles. La qualité des aliments consommés constitue un problème crucial, l'alimentation est peu variée et essentiellement composée de céréales.

Face à l'ampleur du problème, on a constaté une forte mobilisation de la communautaire humanitaire appuyant l'Etat, mais les actions de réhabilitation conduites jusqu'ici sont essentiellement orientées vers l'aspect curatif avec de fortes disparités dans la couverture géographique et une faible intégration dans les structures sanitaires de l'Etat. Les actions de prévention et de responsabilisation des communautés sont très timidement exécutées dans un contexte marqué par des problèmes de faible couverture sanitaire, d'hygiène et d'assainissement et faible taux d'alphabétisation.

Les bénéficiaires des interventions sont dans leur grande majorité des enfants du Niger et dans une moindre mesure des enfants du Nigéria. Ils ont comme caractéristiques communes une bonne production agricole mais dont les fruits sont mal partagés et mal utilisés au sein des ménages. La plupart des enfants malnutris sont nés de jeunes mères analphabètes sur lesquelles repose toute la responsabilité en matière d'éducation et d'alimentation des enfants qui sont souvent nombreux par mère.

## RECOMMANDATIONS

Le niveau de prévalence de la malnutrition est encore une préoccupation qui nécessite une mobilisation continue et à grande échelle de l'Etat et de ses partenaires qui doivent conséquemment adopter de nouvelles stratégies pour gérer au mieux la situation nutritionnelle des enfants.

Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de la malnutrition, les défis à relever sont entre autres :

- La promotion des actions préventives de développement et d'accompagnement axée sur l'aménagement des terroirs et la valorisation de leurs potentialités pour une amélioration de la sécurité alimentaire (volets crédits, agriculture, élevage; etc.), une amélioration de la couverture sanitaire, une réduction du taux d'analphabétisme (éducation de jeunes filles, alphabétisation ; etc.) ;

- Le renforcement des activités et l'amélioration de la couverture géographique des actions;
- Le renforcement du partenariat en faveur d'une prise en charge de la malnutrition
- L'intégration des actions de réhabilitation dans les structures sanitaires
- L'implication des communautés dans les activités de prévention, de prise en charge et suivi de la malnutrition
- La mise en oeuvre d'activités IEC pour améliorer les comportements des ménages en matière d'allaitement maternel et d'hygiène et assainissement.
- L'institutionnalisation de la dynamique communautaire de coopération transfrontalière observée entre le Niger et le Nigéria en matière de prise en charge des cas de malnutrition.
- La création d'un cadre institutionnel efficace de coordination et de suivi-évaluation des actions de réhabilitation.