

AIDE MEMOIRE DE MISSION

**L'information nutritionnelle
dans un contexte de surveillance et d'alerte précoce :
éléments de réflexion**

**mission d'appui régional à Niamey, Niger,
14-19 novembre 2005**

Hervé DELSOL, assistant technique, SCAC/Ambassade de France, Ouagadougou, Burkina Faso
Yves MARTIN-PREVEL, chercheur, IRD Ouagadougou, Burkina Faso

30 Novembre 2005

Table des matières

	Résumé exécutif	2
1.	Préambule.....	3
2.	Éléments d'appréciation du déroulement de la crise nutritionnelle.....	3
3.	État des services et programmes de nutrition au Niger	4
4.	Actions en cours.....	5
5.	Actions en prévision ayant servi à la réflexion	6
6.	Rôle de l'état, des organismes de coopération, des ONG	7
7.	Dispositifs de surveillance ou d'alerte en matière de nutrition	8
8.	Éléments de réflexion sur les aspects nutritionnels.....	9
9.	Prévalence du rôle de l'état dans les actions à soutenir par les partenaires financiers	12
10.	Orientations générales pour le Niger pouvant servir à l'ensemble de la sous-région	13
11.	Modalités d'une intervention française au Niger ou dans la sous-région.....	14
	Annexe 1. Liste des personnes rencontrées.....	15
	Annexe 2. Acronymes courants.....	16
	Annexe 3. Bilan des enquêtes nutritionnelles.....	17

Résumé exécutif

La crise nutritionnelle de 2004-2005 au Niger a montré que les systèmes d'information de surveillance et d'alerte ont fonctionné sans pour autant être clairement orientés sur des réponses préalablement définies dans un plan national des urgences qui, en fait, n'existait pas. Le ciblage des zones à risques a été sujet à controverse entre le dispositif institutionnel de réponse aux crises et les ONG urgentistes. Ces dernières ont mesuré la détérioration de la situation dans les zones de forte production agricole à partir d'enquêtes nutritionnelles et du nombre d'admissions d'enfants dénutris dans les centres thérapeutiques ayant donné lieu à des extrapolations discutables au niveau national. Les données nutritionnelles ont été le principal outil d'appréciation de la sévérité de la situation dans le cadre du protocole état/UNICEF/ONG sans prendre en considération les autres dimensions de la vulnérabilité alimentaire.

Face à ce constat, la mission d'appui régional a émis des propositions d'actions pour le Niger pouvant éventuellement être répliquées dans la sous-région. Celles-ci portent sur la réorientation des priorités du plan de développement sanitaire en faveur de la santé de la mère et de l'enfant dans sa composante suivi de la malnutrition chronique au titre de la surveillance épidémiologique; ce nécessaire recadrage doit être volontairement piloté par les services de l'état avec l'appui financier des partenaires au développement. En ce qui concerne l'alerte précoce, des seuils spécifiques peuvent être établis à partir des informations de centres sentinelles par une cellule opérationnelle légère afin de reverser les analyses dans le dispositif institutionnel de réponse aux crises. En outre, il y a nécessité de différencier le traitement d'urgence curatif de la malnutrition aiguë du problème de la malnutrition chronique dans le cadre d'une politique de santé publique à assise communautaire sur le long terme. Pour terminer, de nouvelles approches sont à développer tels les indicateurs de diversité alimentaire à introduire dans la collecte des informations essentielles pour le suivi des zones à risques.

1. Préambule

Suite à la crise nutritionnelle survenue au Niger au cours de l'année 2004-2005, le Ministère français des affaires étrangères a exprimé le souhait d'accompagner la réflexion du poste de Niamey concernant d'éventuels appuis financiers ou techniques au dispositif national nigérien et éventuellement au niveau sous-régional en matière de surveillance et d'alerte précoce.

Le présent aide mémoire tient lieu de réflexion interne au département mais a vocation à être largement partagé. En aucun cas ce document ne tient lieu d'évaluation d'une situation ou d'un dispositif quelconque.

2. Éléments d'appréciation du déroulement de la crise nutritionnelle

Un élément revient dans la bouche de quasiment tous les interlocuteurs lorsqu'ils commentent la crise récente au Niger : il n'y a pas (pas eu) de correspondance claire entre les indicateurs de la vulnérabilité alimentaire issus du SAP et ceux de la situation nutritionnelle. D'où une certaine cacophonie dans l'appréciation de la situation (à partir du déficit céréalier national estimé à 12% du volume global ou d'une « situation nutritionnelle dramatique ») et l'apparition d'une polémique sur la distribution « mal ciblée » de l'aide alimentaire.

Encadré N°1 : une information disponible mais rendue peu fiable en lecture longitudinale

Une large panoplie d'informations est disponible au Niger sur la situation alimentaire des ménages comme en général dans les pays du CILSS et la collecte des indicateurs sectoriels est ininterrompue depuis une vingtaine d'années (météorologie, prix sur les marchés des céréales et à bétail, productions céréalières, ...). Pourtant, la juxtaposition des données primaires permettant une analyse longitudinale orientée sur la sécurité alimentaire est souvent sujette à caution. Les agrégations de ces informations en données d'alerte précoce posent des problèmes liés à leur fiabilité et à l'analyse en termes d'exposition au risque alimentaire. Parallèlement, les données nutritionnelles issues du suivi des admissions dans les centres thérapeutiques des ONG ont été utilisées pour des extrapolations qui ont donné le chiffre de 3 millions d'enfants victimes de malnutrition (et que l'on retrouve encore dans le relevé de conclusion UN-OCHA de la conférence de Dakar), bien que cette information ne soit pas fondée.

Il est de plus en plus couramment admis de nos jours que la sécurité alimentaire est l'une des conditions d'un bon état nutritionnel mais elle est loin d'en être la seule ; d'où la réticence d'un bon nombre d'interlocuteurs face à des bilans céréaliers (ou plus largement de production agricole) comme seuls éléments d'appréciation et de suivi de la situation alimentaire. Paradoxalement, la plupart d'entre eux semble bien au fait de tous les facteurs pouvant influencer l'état nutritionnel des enfants (pour ne parler que d'eux) et les citent volontiers : problèmes culturels, problèmes d'hygiène, problèmes d'accès aux soins, de démographie, de pauvreté, etc.

Encadré 2 : Limites de l'approche de la vulnérabilité alimentaire par la disponibilité céréalière

La production agricole et l'état nutritionnel des enfants sont des variables non totalement corrélées pour une multitude de raisons. Bon nombre de décideurs ont pourtant tendance encore à privilégier ces associations simples pour la détermination des zones à risque. Les types de ménages (pasteurs, agro pasteurs vivriers, agriculteurs vivriers purs, agriculteurs mixtes vivriers/cultures de rente,...), les niveaux de vie, d'éducation, les stratégies de mobilité et d'exode, etc. déterminent une inégalité devant les risques qui, dans des économies agricoles en déséquilibre partiel, peuvent avoir des effets disparates. Une même situation de disponibilité au sein de ménages pastoraux ou agro pastoraux caractérisés par des économies en déséquilibre constant, donnera une situation complètement différente. La mesure de l'impact d'une situation identique sur une multitude de ménages ne produira qu'une situation médiane ne reflétant pas les effets pervers au niveau des couches les plus pauvres.

Le constat sur la crise nutritionnelle rapporté par les structures interrogées souligne à l'envi la dissociation entre vulnérabilité alimentaire et sécurité nutritionnelle ce qui, de facto, a amené à ce que les indicateurs nutritionnels dans les systèmes de suivi soient expressément pris en compte à compter de mai 2005.

Suite à la publication des résultats de la campagne 2005-06 par le CILSS, les prévisions de récolte céréalière au Niger se montent à 3,7 millions de tonnes (à titre de comparaison, la campagne 2004-05 a été estimée à 2,7 millions de tonnes). Les estimations des pays voisins (Burkina, Mali) sont aussi bonnes, voire excellentes (Burkina), laissant augurer des flux transfrontaliers importants et orientant les prix à la baisse dans l'ensemble de la sous-région. Les résultats de campagne dans les pays côtiers, maintenant associés dans les prévisions céréalières (Côte d'Ivoire, Bénin, Togo, Nigeria ou Ghana), accentuent les effets bénéfiques sur la disponibilité et l'accessibilité des céréales. Cependant, un grand nombre d'interlocuteurs rencontrés semblait circonspects devant les résultats annoncés pour le Niger, préférant préparer lors de la période actuelle qualifiée d'« inter crise », le scénario de pré-crise pour la soudure de 2006. L'analyse ainsi faite est révélatrice de la prise en compte de l'effet mécanique aggravant de la soudure à compter de mars-avril prochain sans pour autant tenir compte de l'effet atténuant des bonnes récoltes généralisées dans la sous-région. Aucune institution rencontrée ne souhaite être « dépassée » en terme d'information par les données nutritionnelles (courbes des admissions en centres thérapeutiques) publiées par les ONG qui prennent le pas sur les données estimées de production céréalière, prix, flux, etc.

Encadré 3 : concurrence « déloyale » entre les données longitudinales du SAP et les données nutritionnelles

L'état de maigreur d'un enfant donné par l'anthropométrie est bien la résultante d'une accumulation de facteurs simples ou complexes provenant d'une privation de nourriture et/ou d'une morbidité ayant entraîné une perte de poids. Il est malheureusement impossible d'en déterminer le facteur principal dans les zones affectées, tout au plus peut-on enregistrer le niveau des admissions afin d'évaluer la situation. Par contre, le SAP tend à renseigner sur les groupes de variables affectant les paramètres liés aux conditions de vie des ménages et provenant de nombreux indicateurs. Il est évidemment plus complexe de déterminer une alerte à partir d'une multitude de données, la cause du risque restant mieux renseignée. Tout dispositif de réponse aux crises recherchant à minima les racines explicatives du mal et non ses conséquences, les réponses appropriées ne sont jamais univoques mais plutôt différenciées en fonction de situations locales variées. Réponses que ne donnent pas les données anthropométriques.

3. État des services et programmes de nutrition au Niger

Comme une grande majorité d'états africains, le Niger a participé à la première Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN, Rome 1992) qui a marqué un tournant important dans la façon de concevoir la nutrition publique. Notamment, la CIN a conduit à la reconnaissance de la causalité complexe des problèmes nutritionnels et, aux côtés du facteur alimentaire, trop souvent considéré comme unique, a souligné le rôle primordial de facteurs non alimentaires (environnement sanitaire, psychosocial, économique, culturel...). Au cours de la CIN puis à l'issue de celle-ci, les états ont été appelés puis incités régulièrement à mettre en oeuvre de véritables politiques nutritionnelles, basées sur des stratégies de prévention et de contrôle de l'ensemble des problèmes nutritionnels (problèmes carenciels, spécifiques ou généraux, comme problèmes des maladies de surcharge). Ainsi, les pays se sont peu à peu dotés de « plans nationaux d'action pour la nutrition » (PNAN). Au Niger, un tel plan a été conçu en 1994 puis révisé au cours d'un atelier de consensus national pendant l'année 2002. Ce plan identifie neuf axes stratégiques principaux (de l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages à la coordination intersectorielle). Nous n'avons pas eu connaissance du document complet, mais à la lecture des objectifs généraux et spécifiques et du bilan des actions 2002-2004 on comprend aisément que : (i) d'une part le PNAN n'a vraisemblablement pas été décliné en

opérations précises et clairement identifiées ; (ii) d'autre part les activités réalisées sont restées très parcellaires et soumises, pour la plupart, à la mise en oeuvre à travers un partenaire ou un autre (principalement lutte contre les carences en micronutriments : distribution de vitamine A et iodation du sel ; suivi des femmes enceintes avec couverture en fer-folate ; promotion de l'allaitement à travers l'initiative Unicef « hôpitaux amis des bébés »). Parmi les obstacles à la mise en oeuvre du PNAN, on notera aussi que ce plan n'a pas été officiellement adopté par le gouvernement et que les services de nutrition sont très faiblement pourvus en personnel comme en moyens.

Dans l'ensemble, rien ne traduit un engagement de l'état nigérien dans ce qui devrait pourtant faire partie de ses priorités, à savoir la mise en oeuvre d'une réelle politique nutritionnelle sur le long terme. La crise que vient de subir le pays remet douloureusement sur le devant de la scène l'absence de programmes nutritionnels spécifiquement tournés vers le problème de fond des malnutritions chroniques. Il est bien entendu que cela ne se résoudra pas en un jour, mais actuellement à peu près tout ce qui est fait en matière de nutrition est le fait de partenaires multilatéraux ou d'ONG.

Encadré 4 : le budget du Ministère de la Santé Publique

Dans la loi des finances 2005, la dotation du MSP a été de 24 milliards F.CFA sur un budget total de 409 milliards F.CFA (soit moins de 6%). 5,1 milliards F.CFA ont été affectés au traitement des fonctionnaires. Les ressources issues des remises de dette appelées fonds PTTE, pour un montant de 1,1 milliards de F.CFA, ont concerné les « appuis à la santé de base, la lutte contre le paludisme et la formation de spécialistes » sur un montant total pour 2005 de 24 milliards de F.CFA. Le programme spécial du président, apparemment non inclus dans le cadre de cette initiative, porte sur 40 milliards de F.CFA par an.

4. Actions en cours

- Actuellement les actions sont principalement tournées vers le dépistage des cas de malnutrition aiguë et leur prise en charge (CRENI¹, CRENAM² ou CRENAS³ selon les cas) ; le travail est fait avec l'appui des ONG selon un protocole « national » élaboré sous l'égide de l'UNICEF en association avec les ONG et adopté par l'état. Ce protocole comprend l'organisation du dépistage, la formation du personnel des Centres de Santé Intégrés (CSI) et un système de suivi centralisé avec rapportage des nombres de cas dépistés ou pris en charge ; environ 25 ONG participent à ce travail, dont la plupart (mais pas toutes) ont signé un « Memorandum of Understanding » ; une fois par semaine (mais la fréquence devrait diminuer) tous les acteurs sont réunis dans les locaux de l'Unicef pour faire le bilan et discuter des évolutions. Un document de bilan à la mi-octobre fait état de l'ouverture de 570 CREN depuis le mois de juillet (dans l'ensemble du pays, mais avec une grande concentration sur les régions de Maradi et Zinder). On note un très faible taux de décès parmi les enfants traités dans ces centres.
- Toutefois, la couverture des actions menées au niveau du pays (zones couvertes et non couvertes, ONG qui ont des activités de nutrition sans faire remonter l'information) n'est pas très facile à déterminer. Notamment, il est fait état de « nombre de cas attendus », ce qui sous-entend une référence à une population et à des taux de malnutrition nécessitant une prise en charge, mais les éléments d'estimation de ces cas attendus sont peu explicites.

¹ CRENI : Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive

² CRENAM : Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire Modérée

³ CRENAS : Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire Sévère

5. Actions en prévision ayant servi à la réflexion

Aide publique

- Un fonds commun doté par la Banque Mondiale et l'Agence Française de Développement (AFD) à hauteur de 40 millions € sur 4 ans, a été créé en tant qu'instrument de soutien au Plan de Développement Sanitaire (PDS) ; 10 millions € sont spécifiquement attribués au VIH/SIDA. Le PDS, décliné en programme quinquennal et plans d'actions sous-sectoriels, pourrait être l'une des options pour le développement d'activités spécifiques en matière de nutrition dans le cadre d'un financement ciblé via une ligne d'activités générales « santé de la mère et de l'enfant ». Toutefois, on note que pour la période 1994-2000 le PDS prévoyait déjà, entre autres objectifs, la promotion de la santé de la mère et de l'enfant (y compris la planification familiale) et la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles. Outre cette politique nationale de santé depuis 1994, le Niger s'est doté d'une politique nationale de population en 1992, de promotion de la femme en 1996, d'éducation en 1998 et d'un programme national de lutte contre la pauvreté depuis 1996. La ligne « santé de la mère et de l'enfant » a toujours été orientée vers des activités liées à l'espacement des naissances, le planning familial (le Niger ayant un indice synthétique de fécondité égal à 8,2 enfants par femme et un taux de mortalité infantile de 280 ‰). Aucune stratégie ne semble avoir été prise en matière de lutte contre la malnutrition en tant qu'axe prioritaire de santé publique. A notre connaissance, aucune mesure corrective dans les plans d'action n'a été demandée suite à la crise nutritionnelle passée.
- L'appui budgétaire, notamment via les modalités effectuées par l'Union Européenne sous forme de décaissement par tranches variables en lien avec les indicateurs de santé et portant sur un montant global de 200 millions € sur 3 années, est aussi une piste structurante et majeure dans le paysage institutionnel. La nutrition n'est pas spécifiquement abordée dans la déclinaison des indicateurs pour les 3 années à venir.

Aide au plan régional ou local

- Sous l'égide d'une coordination Unicef/gouvernement et avec le soutien du PAM et de l'OMS, les divers intervenants préparent dès à présent un appel de fonds pour un prolongement des activités sur le long terme, selon 3 axes : (i) prise en charge des enfants malnutris dans des structures appropriées ; (ii) prévention de la malnutrition modérée (stratégies communautaires et familiales) ; (iii) mise en place d'un système de suivi de la situation nutritionnelle servant d'indicateur de suivi des progrès et d'indicateur d'alerte précoce (avec l'intégration d'indicateurs dans le SAP ou le SNIS). Un document Unicef⁴ présente les grandes lignes de cette proposition de projet conçue pour une durée de 3 ans et soumise au comité français; la zone ciblée couvrira progressivement les 13 districts des régions de Maradi et Zinder (4 districts de Zinder en année 1, puis 4 districts de Maradi en année 2, puis les 5 autres districts de ces deux régions en année 3). Le document développe les différents axes d'intervention de façon assez globale, en évoquant des principes généraux et en énumérant une grande panoplie d'actions dont on ne comprend pas clairement l'intégration ni les méthodes de mise en œuvre (citons par exemple : banques de céréales, activités génératrices de revenus, renforcement du statut des femmes, élevage de chèvres rousses, amélioration des aliments de complément, etc.). Sur le plan des structures pour la prise en charge des malnutris, il s'agit de poursuivre plus ou moins le travail fait dans l'urgence (formation des personnels, équipement des centres, etc.), mais en essayant de l'intégrer davantage dans le tissu des structures sanitaires. Pour ce qui est de la prévention des malnutritions modérées, on trouve essentiellement un catalogue d'actions qui vont du plus « macro » (plaidoyer, sensibilisation par spots radiophoniques...) au plus micro (surveillance de la croissance à assise communautaire par exemple). Le volet « surveillance et suivi » comprend une partie évaluation d'impact (a priori en prenant les

⁴ UNICEF, Proposition de projet : lutter contre la malnutrition au Niger, 8 pages, réf.san/nut/05/17

résultats de la récente enquête Unicef/CDC comme point de référence) et une partie d'évaluation des activités menées (via des supervisions). Mais rien n'est bien défini sur le mode de recueil des informations devant servir au suivi ou à l'alerte. Un budget global d'un peu moins de 3 millions d'euros est présenté, mais il n'est pas assez détaillé pour qu'on sache ce que cela recouvre ; on ne sait pas par ailleurs quelle serait la contribution des ONG.

- Une seconde initiative de l'ONG Aquadev, à une échelle beaucoup plus réduite (une cinquantaine de villages dans 3 communes), met en exergue la nécessité de s'attaquer de façon préventive aux problèmes de malnutrition chronique au Niger, qui sont à la source de l'augmentation récente des cas de malnutrition aiguë mais qui ne bénéficient pas de la même attention, ni du même investissement humain, politique et financier. Cet objectif est pourtant primordial et mériterait amplement d'être soutenu au plan national. Il s'appuie résolument sur une approche communautaire des problèmes de nutrition, intégrée dans un contexte d'intervention se préoccupant également de quelques facteurs indissociables de la malnutrition (hygiène et assainissement, éducation, situation sociale de la femme). Un volet d'actions curatives en milieu villageois vient compléter le dispositif, avec un suivi rigoureux de la situation permettant un recours à des moyens d'urgence en cas de choc provoquant une aggravation aiguë, dans le souci que cette intervention d'urgence ne déstabilise pas le système mis en place
- L'OMS a développé un projet de « fonds de solidarité – santé de proximité » destiné à lever le problème de la participation financière des individus au recouvrement des coûts dans le cadre des situations d'urgence.

6. Rôle de l'état, des organismes de coopération, des ONG

- Paradoxalement, l'état ne semble pas vouloir jouer un rôle central dans le pilotage des opérations et le règlement de la situation est logé, faute de mieux, chez les partenaires techniques (Nations Unies). Aucun changement significatif dans la loi de finance n'est venu traduire les discours politiques du chef de l'état et du premier ministre en actions prioritaires permettant de résoudre le problème de la malnutrition chronique. Cette absence de *leadership* par la partie nationale (aussi bien dans le cadre de la concertation que du suivi des actions) laisse un vide qui met en avant des structures n'ayant pas un mandat pour assurer la coordination des activités. De nombreuses questions sous-jacentes telles que le pilotage des réponses, les choix stratégiques opérés et leur internalisation par l'administration publique, les réorientations nécessaires dans le cadre des politiques nationales, les corrections budgétaires, l'impact global des différents appuis techniques ou financiers ..., ne permettent pas d'affirmer d'un réel engagement de la partie nationale. En fait, les organismes de coopération, notamment multilatéraux et les ONG semblent avoir pris le pas sur l'action gouvernementale et les structures publiques depuis un certain temps dans des domaines aussi larges que les recueils d'information (par exemple, l'EDS de 1998 est réalisée par Macro et Care, avec l'aide de l'Unicef, mais sans intervention des services de l'état), les actions préventives (réflexe de l'approche-projet sans aucune contrepartie nationale) et curatives (centres thérapeutiques nutritionnels hors des CSI).
- L'Unicef a pris le *leadership* des actions en cours de crise faute de réelles capacités opérationnelles (manque de moyens humains et financiers) de la division de la nutrition. Cette coordination « UNICEF » appelée comme telle maintenant par tous, a permis d'établir un protocole thérapeutique commun à tous les intervenants, de réaliser un suivi à partir des admissions quotidiennes des centres mis en place et a servi de plate forme d'échanges lors des réunions hebdomadaires entre les différents opérateurs. On ne peut que regretter l'absence du SAP à ces réunions, l'appréciation de la situation restant orientée sur des bases de protocole d'urgence.

7. Dispositifs de surveillance ou d'alerte en matière de nutrition

- L'OMS a proposé que le SNIS soit mis à contribution pour fournir des informations sur la situation nutritionnelle des populations dans le cadre des relevés hebdomadaires des maladies à déclaration obligatoires (MDO). Toutefois, le SNIS ne bénéficie pas de la même image pour toutes les personnes rencontrées : parfois considéré comme un système efficace, quasiment « modèle » dans la sous-région, il est parfois très décrié... une analyse plus détaillée de son fonctionnement serait nécessaire. Apparemment, l'information circulerait assez bien pour tout ce qui est des maladies à fort potentiel épidémique et le système aurait une certaine capacité de réaction, tandis que la collecte des statistiques sanitaires « courantes » serait beaucoup moins performante. Indéniablement, le SNIS ne peut fournir des informations qu'à partir des consultations dans les CSI, qui enregistrent une baisse de fréquentation régulière depuis quelques années, due vraisemblablement à la mise en œuvre du recouvrement des coûts; un problème évident de couverture des données se pose. En phase test, un recueil de l'information sur les cas de malnutrition aiguë pour deux zones pilotes (Maradi et Zinder) a été mis en place sans pour autant que le directeur du SNIS ne soit vraiment convaincu de la qualité des données recueillies. Il faudra donc attendre la mise en place du système (très prochaine) puis son évaluation (non précisée dans le temps ni dans ses modalités) pour se faire une idée de l'intérêt potentiel.

Encadré 5 : la malnutrition intégrée dans les maladies à déclaration obligatoires du SNIS

La malnutrition aiguë n'est pas considérée comme une maladie. Une mère n'ira pas forcément consulter un infirmier dans un CSI à titre payant pour la malnutrition de son enfant à la différence d'une maladie épidémique grave comme le choléra ou la méningite. De surcroît, la malnutrition sous sa forme aiguë à prendre en charge dans un centre thérapeutique, est parfois l'objet de critiques liées à une forte pression sociale de la communauté sur les soins que la mère porte à son enfant. Quelle sera donc la représentativité des données remontées lorsque l'on sait par ailleurs le rôle important que tient l'attitude d'un infirmier dans la fréquentation d'un CSI ? Les taux de fréquentation risquent de déterminer une prévalence supposée de la malnutrition qui, en valeur absolue, ne sera pas réelle mais liée au dynamisme de l'agent de santé.

- Il semblerait que pour cette phase test les ONG soient mises à contribution pour associer un dépistage actif dans les communautés, mais ces dernières informations remonteraient en fait à la coordination Unicef. Actuellement, les informations figurant dans les bulletins hebdomadaires du SNIS sur le suivi de la malnutrition concernent les nombres de cas enregistrés dans les centres de récupération nutritionnelle (informations fournies en grande partie par les ONG, mais avec un problème de complétude).
- La division de la nutrition a émis le souhait qu'un épidémiologiste puisse travailler avec le SNIS, spécifiquement sur le recueil d'informations nutritionnelles. La surveillance de la croissance à assise communautaire (à travers les cases de santé), qui pourrait fournir également une information de qualité, serait un thème qui mériterait d'être approfondi.
- Le SAP collecte au sein de sa fiche d'identification des zones vulnérables, des informations sur la situation nutritionnelle. Cette dernière se révèle a priori de peu d'utilité car basée, une fois de plus, sur un recueil de données au niveau des services de santé et sur l'appréciation globale de l'agent local. Que ce soit via le SNIS ou directement à la source, ces informations ne peuvent que refléter la fréquentation des structures de santé. Contrainte supplémentaire, la définition des indicateurs n'est pas claire : « taux de malnutrition protéino énergétique (MPE) de l'année en cours » sans préciser si l'on parle de malnutrition aiguë ou chronique, sur quelle base et sur l'origine de la source (CSI, données ONG ou autre). Il en est de même pour l'« avitaminose A » qui n'est pas explicitement définie. L'indicateur des faibles poids de naissance est plus clair mais il faut à nouveau définir l'année en cours. Dans la fiche de suivi permanent des zones vulnérables, les informations sur l'alimentation sont certainement intéressantes : nombre de repas par jour

et utilisation d'aliments de substitution sont a priori de bons indicateurs. Cependant, la source des informations est une question centrale: sur quoi se base l'informateur pour évaluer si « quelques ménages » ou « beaucoup de ménages » ont modifié tel ou tel comportement? Même si un manuel de recueil des données accompagne la fiche, l'information n'est pas vérifiable. Enfin, le système de notation de chaque variable est un élément de fragilité du dispositif car il ne donne aucune marge d'erreur, écart-type ou intervalle de confiance ce qui, dans ce genre de calcul, détermine quand même de façon subséquente la qualité du résultat (cf. concurrence des données longitudinales et nutritionnelles abordées plus haut).

8. Eléments de réflexion sur les aspects nutritionnels

La compréhension des phénomènes de « malnutrition » doit être nécessairement recentrée autour d'un schéma conceptuel, trivial pour les nutritionnistes mais peu connu en dehors de la discipline, notamment chez les décideurs.

- le discours général entendu autour de la « malnutrition » concerne en fait essentiellement la « malnutrition aiguë », c'est-à-dire clinique, « visible », celle qui entraîne le décès des enfants et qui nécessite une intervention de type « médical » (ou tout au moins « sanitaire ») ;
- rares sont les personnes rencontrées (même parmi les nutritionnistes !) qui évoquent le fait que le pays présente tout d'abord des taux de malnutrition chronique records, depuis de nombreuses années, avec semble-t-il une aggravation progressive ; cette malnutrition chronique se traduit notamment par un retard de croissance chez les jeunes enfants (dont la prévalence, au Niger, était de l'ordre de 40% au niveau national en 2000⁵) ;
- dans ce contexte, les enfants sont les premiers fragilisés et leur état nutritionnel précaire se dégrade de façon rapide lors de la moindre perturbation (d'ordre socio-économique au sens large, incluant l'insécurité alimentaire du ménage, mais aussi d'ordre sanitaire ou psychosocial) ;
- au niveau de la population, principalement rurale, la période de soudure alimentaire annuelle est un exemple de perturbation qui donne lieu quasi-systématiquement à une « bouffée » de malnutrition aiguë ; lorsque cette perturbation est plus forte que d'habitude, on se retrouve dans un état de « crise » nutritionnelle d'autant plus prononcée que la situation sous-jacente est fragile.

Il y a donc besoin, à la lumière de ce qui précède, de dissocier malnutrition aiguë et malnutrition chronique en termes de surveillance et d'alerte précoce comme en termes d'intervention : les deux phénomènes sont extrêmement liés, mais nécessitent des approches et méthodologies différentes qui doivent être nettement séparées conceptuellement, même si elles ne doivent pas pour autant être totalement déconnectées sur le terrain. La surveillance renseigne sur les aspects structurels ou chroniques d'une population et sur les résultats des programmes à long terme, l'alerte et l'intervention d'urgence sont orientées vers une dégradation subite d'une situation.

En matière d'intervention, on voit bien que la crise a focalisé l'attention sur le traitement des malnutritions aiguës (et on le comprend très bien !). Il s'agit là d'un problème d'urgence humanitaire qui a mobilisé à peu près 40 millions de dollars sur une période de 8 mois⁶. On peut toujours s'interroger sur le rapport coût-efficacité de ce type de dépenses, en le

⁵ Cf. annexe 3 afin de voir la nécessité de protocole commun pour les enquêtes nutritionnelles.

⁶ Estimation globale du coût de l'intervention des ONG à partir du rapport UNICEF (Principaux résultats de la réponse de l'UNICEF et des partenaires à la crise nutritionnelle au Niger ; période du 1^{er} juillet au 15 octobre 2005, UNICEF, rapport, 15/10/2005) et du budget MSF tel que publié sur son site web. A noter que l'appel de fonds portait sur 14,6 millions de USD et que 19,5 millions de USD ont été reçus. Ne sont pas compris les coûts des autres interventions (PAM, ONU, coopérations bilatérales, autres multi latéraux).

comparant à la faiblesse des investissements de l'état en termes de prévention des malnutritions. Mais il ne s'agit pas ici de faire un mauvais procès aux urgentistes. Car si ces derniers sont amenés à intervenir, c'est bien parce qu'il existe un problème de fond sur lequel il n'est pas porté suffisamment d'attention. Mais, les actions de post crise doivent recentrer les activités vers les services de l'état ; à ce titre, le volet renforcement des capacités de prise en charge (et de dépistage) des malnutritions aiguës doit concerner le plus possible les capacités institutionnelles de prise en charge des malnutritions aiguës. Il s'agit de toute façon d'un élément nécessaire car il n'est malheureusement pas envisageable que des actions de prévention aboutissent en quelques mois, ou même quelques années, à ce que l'on puisse se passer des différents CREN (CRENI, CRENAM, CRENAS). Mais c'est bien là l'objectif, à terme, des actions de prévention. Il est donc nécessaire de dissocier a minima les deux types d'intervention : là où l'urgence appelle une réponse de type essentiellement médical, la prévention demande une intervention beaucoup plus profonde, touchant aux différents piliers de la malnutrition qui sont fondamentalement ancrés dans le tissu économique et social : sécurité alimentaire, hygiène et assainissement, éducation, situation sociale de la femme, pour n'en citer que quelques uns parmi les plus évidents. Comme on l'a évoqué plus haut à propos de la CIN, la causalité complexe des problèmes nutritionnels nécessite la mise en œuvre de véritables politiques de nutrition publique visant une prévention sur le long terme. Il apparaît de plus en plus aujourd'hui que si ces politiques doivent s'appuyer sur un engagement fort des autorités et sur un renforcement du dispositif institutionnel, elles ne peuvent réussir qu'avec la pleine participation des communautés. Une approche communautaire, participative, avec des intervenants de proximité, est donc nécessaire. Il ne peut s'agir que d'un travail de longue haleine, demandant des investissements importants et une certaine ténacité. Il est reconnu actuellement que la malnutrition chronique est un bon indicateur du développement global d'une population, mais il n'est encore pas assez reconnu que les actions de prévention de cette malnutrition chronique sont d'importants facteurs du développement. Il faut reconnaître que depuis une vingtaine d'années au moins, les états concernés et la communauté internationale se sont détournés des interventions de prévention de la malnutrition chronique de type communautaire, dont les bénéfices attendus sont forcément lointains, de surcroît difficilement évaluables et quantifiables. A de rares exceptions près, dans la plupart des pays, les interventions préventives en matière de nutrition se sont focalisées sur la lutte contre les carences spécifiques en certains micronutriments (principalement iode, fer et vitamine A) par l'intermédiaire de programmes généralement « verticaux » et faisant peu appel à la participation communautaire. Ces carences en micronutriments constituent de véritables problèmes de nutrition publique mais les succès obtenus le plus souvent par les programmes spécifiquement tournés vers ces carences avec des résultats plus facilement quantifiables, ont davantage séduit les bailleurs de fonds. Ce faisant ils ont pu, d'une certaine manière, détourner l'attention de la globalité et de la complexité du problème de fond que représente la malnutrition chronique, dont ils font néanmoins partie.

En matière de surveillance nutritionnelle, il y a lieu tout d'abord de distinguer la surveillance proprement dite, qui fournit une information permettant de suivre la situation d'une population à long ou moyen terme (selon les indicateurs choisis) et la fonction d'alerte qui permettrait de déclencher des actions d'urgence. Il faut clairement préciser que l'alerte à partir d'informations sur le statut nutritionnel des populations ne peut pas être véritablement précoce. A partir du moment où l'état nutritionnel des jeunes enfants se dégrade, en termes de malnutrition aiguë, c'est que la situation d'ensemble est déjà mauvaise. Néanmoins, il est évident que plus tôt on reconnaît cette dégradation et mieux on peut y répondre.

Suivre l'état nutritionnel d'une population en termes de malnutrition chronique relève d'informations tirées d'un échantillon suffisamment vaste et représentatif de ladite population, sur une base qui peut être annuelle ou même pluriannuelle. Différents indicateurs peuvent être utilisés, principalement et le plus classiquement la prévalence du retard de croissance chez les jeunes enfants (à partir de l'indice taille-pour-âge, nécessitant donc une certaine technique, un

certain matériel, de l'information assez précise sur l'âge). D'autres indicateurs peuvent être utiles, anthropométriques (état nutritionnel des adultes, poids de naissance...) ou non (indices de qualité des régimes alimentaires par exemple) mais leur recueil en population n'est pas toujours aisé. Si l'on s'en tient à l'anthropométrie des enfants, plusieurs sources d'information peuvent être envisagées :

- réalisation d'enquêtes spécifiques à fréquence régulière (type EDS, MICSS) ; rarement annuelles, assez chères, ayant l'avantage d'une couverture nationale mais l'inconvénient d'une désagrégation limitée ;
- introduction de données nutritionnelles dans d'autres systèmes d'information au sein de dispositifs nationaux (enquête permanente agricole, système type SAP, enquêtes PEV...) ; il peut se poser un problème de couverture (par exemple l'EPER ne concerne pas les ménages urbains ou non agricoles, les enquêtes PEV couvrent une tranche d'âge limitée de 12-23 mois) ; il peut aussi se poser un problème de technicité ou de matériel et de logistique ;
- utilisation secondaire de données recueillies systématiquement, par exemple à travers un SNIS qui rassemblerait l'information des suivis de croissance ; il se pose alors principalement le problème de la couverture de ces activités de suivi de croissance (qu'elles soient réalisées au centre de santé ou à base communautaire).

Si l'on s'intéresse maintenant au déclenchement d'interventions d'urgence, la difficulté est double : d'une part il faut disposer d'informations fiables, obtenues de façon régulière, d'autre part il faut décider de seuils de déclenchement. Si l'on se réfère à la crise récente au Niger, l'alerte « internationale » a été donnée par MSF, essentiellement sur la base de l'évolution des admissions dans un CRENI ouvert depuis plusieurs années. Techniquement, en faisant l'hypothèse d'un recrutement géographiquement stable, cela revient à constater une augmentation suffisante des taux de malnutrition aiguë dans la population couverte pour entraîner une augmentation du recours spontané au CRENI. On peut donc imaginer qu'à partir d'un maillage suffisamment développé d'une région en termes de CREN fonctionnels et d'une collecte régulière du nombre des admissions dans ces centres, un seuil de déclenchement, assorti d'actions adaptées, soit retenu. C'est d'ailleurs plus ou moins le principe qui a été mis en place par la coordination Unicef au cours de la crise récente, à ceci près qu'il y avait très peu de CREN fonctionnels et que l'indicateur était d'abord le nombre d'ouverture de ces centres, qu'il n'y avait pas réellement de plan d'urgence prêt à être mis en œuvre, etc. On note aussi une certaine difficulté à rassembler l'information des diverses ONG impliquées, mais il s'agissait de la mise en place dans l'urgence d'un système dont on peut supposer qu'il fonctionnerait mieux à partir de centres rattachés au système de santé fournissant régulièrement l'information de leurs activités à un organisme centralisateur. Toutefois, la condition première d'efficacité d'un tel système reste celle d'un maillage suffisant du réseau de CREN et d'un recrutement assez homogène (le dépistage actif des cas de malnutrition en population pouvant être plus ou moins réel et efficace selon les acteurs). En outre, on reste toujours dans le cadre d'une réponse à l'urgence plus que dans celui de la prévention.

L'alternative serait donc de disposer d'informations sur l'évolution des taux de malnutrition aiguë en population. Cette dernière se mesure à partir de l'indice poids-pour-taille, avec une limite de -2 z-scores pour définir l'émaciation. Selon les recommandations de l'OMS, un seuil de 10% la qualifie de « sévère ». Or, dans l'ensemble des zones rurales des pays de la sous-région, depuis plusieurs années la prévalence de l'émaciation est supérieure à 10%, quelle que soit la saison, dépassant facilement les 15% en période de soudure. Autrement dit, les seuils d'alerte sont déjà dépassés un peu partout. Il n'est bien entendu pas question que cette situation « habituelle » soit considérée comme « normale » : elle traduit la gravité réelle du problème dans la plupart des pays sahéliens et de tels taux nécessitent que des mesures efficaces soient prises à court terme. Il reste que l'on manque cruellement de repères sur l'évolution des taux de malnutrition aiguë en période de soudure et en période de crise et

que, malheureusement, cette situation n'aide pas à clarifier la notion de « gravité », ni à déclencher des actions d'urgence appropriées.

Sur ce point, la lecture de la récente crise au Niger illustre quelques unes des difficultés : plusieurs ONG ou autres organisations ont effectué, à partir du début de l'année 2005, des enquêtes en population de façon à apprécier la gravité de la situation⁷. Toutes se sont heurtées au double problème (i) de l'existence de points de comparaison pour apprécier l'évolution de la situation et (ii) de l'appréciation « absolue » de la gravité de la situation, sur la base des seuils internationaux, en raison des prévalences « habituelles » dans les zones enquêtées. On ajoutera par ailleurs, même si cela ne change pas le fond de l'appréciation, que toutes les enquêtes n'utilisent pas la même définition de la maigreur/émaciation (certains ajoutent l'existence d'oedèmes, d'autres utilisent le seuil de 80% de la médiane au lieu de -2 z-scores), en plus de ne pas toujours couvrir la tranche 0-59 mois.

Avant même, donc, de discuter de la meilleure méthode de recueil régulier, éventuellement, des indicateurs de la malnutrition aiguë, de façon à permettre une réaction adaptée et la plus précoce possible, il y aurait lieu de définir et d'harmoniser les indicateurs et de réfléchir sur les seuils de déclenchement ainsi que sur les actions appropriées pour chaque situation.

Quant aux méthodes envisageables pour le recueil des indicateurs, les pistes que l'on peut proposer sont :

- l'utilisation d'enquêtes rapides ciblées en cas d'alerte donnée par un autre indicateur (de type vulnérabilité, alimentation...)
- le recours à des sites sentinelles ou sites sentinelles soignants (proposition MSF)
- l'introduction d'un indicateur de malnutrition aiguë dans un système dont la couverture peut être jugée acceptable (à travers les activités du PEV, par exemple ?)

9. Prévalence du rôle de l'état dans les actions à soutenir par les partenaires financiers

Le peu de détermination de la partie nationale à piloter les stratégies de réponse à la crise est un préalable à soulever : est-il confirmé ou non ? Il se peut que la mission n'ait pas relevé, au cours de son bref séjour à Niamey, toutes les informations pertinentes. Il peut aussi y avoir des raisons politiques qui n'ont pas été retenues car hors du champ d'analyse. La traduction des engagements politiques et les priorités retenues devraient ensuite être déclinées par des orientations budgétaires. Les informations collectées tant dans le cadre des appuis budgétaires que des aides projets ou programmes concernent le PEV, le VIH/SIDA et l'espacement des naissances. On observe un certain décalage entre la situation nutritionnelle globale du pays présentant une prévalence supérieure à 40% de malnutrition chronique, phénomène non acceptable et révélateur de la sévérité de la pauvreté au Niger, et les orientations à court terme d'une situation attendue par les partenaires techniques (nouvelle crise nutritionnelle attendue en 2006).

Encadré 6 : malnutrition aiguë et malnutrition chronique

La prévalence de la malnutrition aiguë ne donne qu'une idée partielle de la gravité d'une situation quand l'indicateur est recueilli isolément. Référée à la malnutrition chronique d'une même population, les causes explicatives de la prévalence de l'émaciation seront mieux comprises. En effet, 20% de malnutrition aiguë au sein d'une population ayant un taux de 40% de malnutrition chronique est différent d'une situation montrant un taux identique de malnutrition aiguë en regard d'un taux de malnutrition chronique de 20%. Dans le premier cas, la bouffée de malnutrition aiguë prend ses sources au sein d'une population affectée par un retard de croissance touchant à des causes structurelles alors que le second cas montre une dégradation soudaine de la situation dont les causes conjoncturelles restent à étudier.

⁷ Cf. tableau en annexe 3

Les partenaires financiers du Niger dans le cadre de l'APD sont sollicités sur deux fronts : celui des aides publiques qui draine une bonne partie des financements (aide programme, aide projet, subventions à l'ajustement structurel, annulation de dette) et celui des ONG qui est quand même conséquent cette année pour le Niger (même si une partie des fonds provient de donateurs privés). Certaines priorités doivent être visiblement affichées en fonction des divers instruments de coopération mis à disposition. Ils doivent surtout se compléter à partir de stratégies pays bien définies. La crise nutritionnelle a surtout illustré le fait que derrière des chiffres, se cachait une détresse humaine importante, futur creuset d'une jeunesse en détresse et à l'écart des actions de développement (« terreau idéal pour la propagation du fondamentalisme religieux⁸»). A la lecture de la situation actuelle et des nécessaires réorientations stratégiques, une relecture des priorités et des actions en matière de nutrition semble absolument nécessaire. Faut il encore qu'il y ait une volonté politique affichée de la part des PTF d'ériger ce point en priorité nationale par le gouvernement.

Encadré 7 : les priorités et chiffres de l'APD française en 2004

L'APD française, y compris les allègements de dette, porte annuellement sur 8,5 milliards de USD (chiffres de 2004) avec comme objectifs, un volume financier égal à 0,5% du RNB en 2005 et 0,7% en 2012. Les remises de dettes pour la même année ont été attribuées à hauteur de 2,8 milliards USD (dont 114 millions USD pour le Niger en 2003). Pour le secteur santé, les chiffres de l'APD pour 2004, atteignent 100 millions USD dont 90 millions USD en aide projet. La stratégie sectorielle santé de l'APD soutient les activités de lutte contre la mortalité infantile et maternelle, le développement de l'accès aux soins à prix abordable et la lutte contre le SIDA. Le CICID a décidé d'augmenter de 30% (sur la base des engagements financiers de 2004) les budgets alloués au secteur santé hors dotation au Fonds mondial de lutte contre le SIDA. Cet instrument de coopération n'est pas à négliger pour le financement d'actions de lutte contre la malnutrition dans la sous-région.

De plus, le retrait de l'état a ouvert des brèches dans tous les compartiments de la situation de post crise : le recueil des informations passe par le SAP et par le dispositif du « protocole UNICEF » sans vraiment de complémentarité (option intéressante⁹) mais privilégiant le suivi médical comme mode de ciblage. De plus, le SAP est soumis aux difficultés de déblocage de l'appui budgétaire UE qui, en cette année de crise, n'a pas été alloué dans les temps et a complexifié les procédures de décaissement ; le budget de fonctionnement du SAP a été obtenu sur une avance concédée par le dispositif paritaire de réponse aux crises. La nécessité de soutenir la cellule de coordination SAP est une priorité qui doit être menée même si son alchimie est parfois complexe. Le pays a besoin de se doter d'outils de surveillance réguliers (coûts des systèmes d'information comprenant le SIM céréales et bétail, l'Enquête Permanente sur l'Etat des Récoltes (EPER) et le SAP: 2 millions € par an financés pour moitié par l'UE) et le financement du SAP par l'appui budgétaire a certainement été conçu dans ce sens.

10. Orientations générales pour le Niger pouvant servir à l'ensemble de la sous-région

Elles sont les suivantes :

Recentrer les priorités du plan de développement sanitaire sur les activités de santé de la mère et de l'enfant avec une attention particulière pour la nutrition tant du côté de la partie nationale que des partenaires au développement

- Le plan de développement sanitaire intégrant la santé de la mère et de l'enfant doit s'attaquer aux conséquences à long terme de la malnutrition chronique ; cette dernière doit être placée en priorité de santé publique et doit être traitée comme telle au Niger comme dans tous les pays de la sous-région dépassant le taux de prévalence de 30% de

⁸ Propos recueillis lors de la mission

⁹ A titre pilote, deux ONG (Aquadev et CARE) remontent à la cellule de coordination SAP les données collectées dans leurs zones d'interventions (Konni et Zinder).

malnutrition chronique selon les normes OMS (prévalence dépassée dans la majorité des pays du CILSS). Il y a lieu, en effet, de prendre en considération l'impact irréversible de retard de croissance des jeunes enfants sur le capital humain d'un pays.

- Les partenaires au développement doivent nécessairement orienter leurs appuis autour d'un continuum entre projets et programmes, appuis budgétaires et autres instruments de coopération, afin d'orienter les conditionnalités liées au déblocage des financements externes à partir des indicateurs liés à la santé de la mère et de l'enfant, afin d'exercer une action de plaidoyer en faveur de la lutte contre la malnutrition à court, moyen et long terme auprès du gouvernement;

Adopter un protocole homogène de collecte des indicateurs nutritionnels a minima par pays et, à plus long terme, commun pour la sous-région

- Un protocole homogène de collecte des données sur la malnutrition (plan de sondage, classes d'âge, etc.), transférable aux fins de la surveillance épidémiologique doit être envisagé. Il s'agit de disposer d'un outil fiable de suivi de la situation nutritionnelle sur le moyen ou long terme, à une échelle nationale et régionale, permettant d'apprécier l'impact des politiques et stratégies menées dans les pays. Cet outil de pilotage ne doit pas se concevoir comme un système d'alerte, ni se confondre avec lui. En revanche, il doit permettre d'apprécier les tendances de fond, qui sont à prendre en considération pour l'interprétation de données plus désagrégées et plus ponctuelles sur les bouffées de malnutrition aiguë.

Adopter des outils de surveillance et d'alerte

- Intégrer dans les SAP des éléments de surveillance et d'alerte à une échelle plus fine, totalement dissociés dans la chaîne de transmission de l'information. Il est nécessaire d'étudier au cas par cas les sources possibles et les modalités d'une collecte de données anthropométriques plus spécifiques de la malnutrition aiguë, par exemple à partir du PEV (en fonction de la couverture vaccinale) ou du SNIS (après évaluation préalable du dispositif). L'utilisation de sites sentinelles, qu'il s'agisse de sites soignants ou non, est à envisager dans ce cadre. Des actions pilotes de suivi de la qualité de l'alimentation (avec des indices de type diversité alimentaire) peuvent également être proposées. Il est important de rappeler ici que les indicateurs nutritionnels ne varient pas systématiquement de façon précoce en cas de crise alimentaire. Il est fondamental dans tous les cas de concevoir un système simple et robuste. Cette proposition semble réaliste avec des déclinaisons spécifiques par pays tout en prenant en compte les aspects de pérennité, de non duplication avec des systèmes existants, etc.
- La détermination de seuils d'alerte doit se faire au niveau du dispositif institutionnel, suite à l'intégration des différentes informations évoquées ci-dessus. Une petite cellule opérationnelle d'analyse rapide et d'intégration des différentes informations nutritionnelles pourrait s'intégrer efficacement dans le dispositif. Les enquêtes spécifiques ponctuelles menées à l'initiative de divers intervenants (ONG notamment) sont à reverser dans le dispositif institutionnel de prévention des crises. Ce dernier doit pouvoir lui aussi initier la réalisation d'enquêtes rapides pour affiner et accélérer le déclenchement d'actions spécifiques.

11. Modalités d'une intervention française au Niger ou dans la sous-région

Les modalités d'une intervention de la France seront discutées à Niamey et Paris en fonction des observations portées. En outre, la mission lourde d'évaluation en cours sur le dispositif nigérien de réponse aux crises contribuera certainement à définir les pistes de travail à conduire.

Annexe 1. Liste des personnes rencontrées

AFD	F. Giovalucchi H. Kahane	Directeur Directeur-adjoint
AQUADEV	A. Agnikpé	Coordonnateur régional
CARE	Dr. A. Sayo Dr. S. Hangadoumbo	Directeur-adjoint programme Coordonnateur programme VIH-SIDA
CCA	S. Bakary A. Bakalmale	Coordonnateur Coordonnateur-adjoint
Cellule SAP	H. Amani M. Garavini	Coordonnateur Assistant technique
CILSS/Agrhyment	Dr. B. Sidibe M. Sako A. Samba	Responsable programme majeur information Programme majeur information Programme majeur information
DCE	A. Darthenucq O. Lefay	Chef des opérations de coopération Chargé des programmes de sécurité alimentaire
MPS/DSR	Dr. Amina Yaya Dr. A. A. Bouwaye	Chef de division nutrition Directeur de la santé de la reproduction
MPS/SG	Dr H. Balique	Conseiller du secrétaire général
HKI	P. Adou H. Amani A. Mamadou Taïbou	Représentant Département nutrition Département micronutriments
IRAM	J.P. Vandenbroucke	Représentant régional
MSF/EPICENTRE	B. Moonen	Epidémiologiste
MSF-France	J. Sekkenes	Chef de mission
OMS	Dr E.Feller-Dansockho Dr Dembé Dr Balimi Dr J-J. Kuss	Coordonnatrice cellule de crise Responsable PCIME Nutritionniste Assistant technique PEV/JNV
PAM	G.C. Cirri	Représentant
SCAC	F. Humbert C. Colomb	Conseiller développement rural Conseiller économique
SNIS	Dr. K.K. Kairo Dr I. Komblo Dr L. Kohossi	Directeur Responsable Informatique Chef de projet CCISD
UNICEF	Dr. I. Ould Boukhary K. Coudert N. Zagré	Coordonnateur de programme Assistante de programme Chef de section nutrition
US.AID	Z. Madougou	Coordonnateur des programmes d'assistances

Annexe 2. Acronymes courants

ACF (ACH)	Action Contre la Faim
AFD	Agence Française de Développement
Agrhymet	Centre d'Agronomie, d'Hydrologie et de Météorologie
APD	Aide Publique au Développement
CCA	Cellule des Crises Alimentaires
CICID	Comité Interministériel pour la Coopération Internationale et le Développement
CILSS	Comité Inter états de Lutte contre la Sécheresse au Sahel
CIN	Conférence Internationale sur la Nutrition
CRA	Centre Régional Agrhymet
CRENAM	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Ambulatoire Modéré
CRENAS	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
CRENI	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Intensif
CSI	Centre de Santé Intégré
DCE	Délégation de la Commission Européenne
DSR	Direction de la Santé de la Reproduction
EDS	Enquête de Démographie et de Santé
EPER	Enquête Permanente sur l'Estimation des Récoltes
HKI	Hellen Keller International
JNV	Journées Nationales de Vaccination
MAE	Ministère français des Affaires Etrangères
MICSS	Multiple Indicators Cluster Sample Survey
MPE	Malnutrition Protéino-Energétique (taux de)
MPS	Ministère de la Santé Publique
MSF	Médecins Sans Frontière
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNAN	Programme National de Nutrition
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RGP	Recensement Général de la Population
RNB	Revenu National Brut
SAP	Système d'Alerte Précoce
SCAC	Service de Coopération et d'Action Culturelle, Ambassade de France
SIDA	Syndrome Immunodéficitaire Acquis
SIM	Système d'Information sur les Marchés
SNIS	Système National d'Information sur la Santé
UE	Union Européenne
UN-OCHA	United Nations - Organization for Coordination of Humanitarian Affairs
USD	United States Dollars

Annexe 3. Bilan des enquêtes nutritionnelles

Enquête	Année et Période	Couverture Géographique	Enfants ciblés (age en mois)	Effectif	Malnutrition chronique (taille-pour-âge)		Malnutrition aiguë (poids-pour-taille)		Remarques
					% Globale (<-2 ET)	% Sévère (<-3 ET)	% Globale (<-2 ET)	% Sévère (<-3 ET)	
EDS	1998 mars-juin	Nationale	0-35	4 022	41.1	19.5	20.7	3.7	Chiffres difficiles à apprécier (notamment par rapport aux pays voisins) car tranche d'âge limitée
		Rural seul		3 366	43.0	21.2	22.1	4.0	
		Tillabéri		666	36.1	15.9	22.3	3.7	
		Tahoua/Agadez		772	38.0	16.2	20.2	2.2	
		Maradi		934	52.0	24.4	18.5	3.7	
		Zinder		924	42.8	26.1	24.0	5.7	
MICSS	2000 avril-août	Nationale	0-35	3 057	34.7	16.3	19.5	4.8	Chiffres recalculés
		Nationale	0-59	5 080	39.8	19.5	14.1	3.2	Base de sondage : non totalement homogène avec celle de l'EDS
		Rural seul		4 413	41.8	20.9	14.6	3.5	
		Tillabéri		804	28.4	11.4	15.5	3.0	
		Tahoua		920	40.1	22.2	10.0	2.1	
		Maradi		1 380	47.3	23.8	13.6	2.5	
		Zinder		780	47.8	26.7	17.8	4.6	
HKI / PAM	2005 janvier	Maradi rural	6-59	900	60.4	32.6	13.4	2.2	Tirage = villages et non ZD comme EDS, MICSS
		Zinder rural		900	61.0	31.4	13.4	2.7	
MSF / Epicentre	2005 avril-mai	Maradi rural partiel (Dakoro, Mayahi, Tessaoua)	6-59	951	-	-	19.3	2.4	Tirage = villages ; Couverture partielle des départements cités
		Tahoua rural partiel (Keita)	6-59	906	-	-	19.6	2.9	Tirage = villages ; 1 seul département
MSF / Epicentre	2005 août	Tahoua rural partiel (Keita)	6-59	941	-	-	15.6	1.8	Identique précédente
MSF / Epicentre	2005 août	Zinder rural partiel (Mirriah)	6-59	908	-	-	18.6	3.0	Tirage = villages ; 1 seul département

Enquête	Année et Période	Couverture Géographique	Enfants ciblés (age en mois)	Effectif	Malnutrition chronique (taille-pour-âge)		Malnutrition aiguë (poids-pour-taille)		Remarques
					% Globale (<-2 ET)	% Sévère (<-3 ET)	% Globale (<-2 ET)	% Sévère (<-3 ET)	
MSF / Epicentre	2005 septembre	Tillabéri rural partiel (Ouallam)	6-59	888	-	-	15.3	1.8	Tirage = villages ; 1 seul département
ACF (ACH)	2005	Maradi-Tahoua :	6-59		% mères avec PB < 22 cm				Procédure tirage au sort des villages ? Présence des populations ?
	septembre	Zone Agricole		1 061	7.3	19.2	4.1		
	sept-oct	Zone Agro-pastorale		1 040	6.5	24.7	5.4		
	octobre	Zone Pastorale		746	17.7	16.4	2.8		

Commentaires :

- 1- **Difficultés** : elles proviennent de la comparaison des chiffres en raison de plusieurs différences :
 - a. Couverture géographique : même quand elle est nationale, les subdivisions/regroupements sont différents ; dans les enquêtes régionales, la couverture est également variable (certains départements seulement, etc.) ;
 - b. Type de population : certaines enquêtes excluent les populations urbaines, d'autres non ;
 - c. Tranches d'âge : non seulement les tranches d'âge couvertes ne coïncident pas toujours, mais la désagrégation selon les catégories d'âge présentée dans les rapports n'utilise pas les mêmes catégories (ici des tranches d'1 an, là de 6 mois, individualisation des 6-29 mois par les urgentistes, coupure à 23 ou à 35 mois chez les autres) ;
 - d. Les urgentistes ne donnent pas les chiffres de malnutrition chronique ;
 - e. Les procédures d'échantillonnage et les bases de sondage utilisées ne sont pas toujours identiques, ce qui ne pose pas de problème tant que l'échantillon peut être considéré représentatif de la population cible (ici quasiment toujours le cas, sauf peut-être dans les dernières enquêtes ACF) ;
 - f. Les périodes auxquelles ont été effectuées les enquêtes sont variables ; cela permet évidemment d'apprécier les changements saisonniers, mais à condition que les autres éléments soient identiques (tranches d'âge, régions, etc.) ; seules deux enquêtes répondent à ce critère : MSF dans le département de Keita (première enquête en avril-mai 2005, puis seconde enquête en août 2005).
- 2- **Regrets** : aucune enquête ne donne les informations, pourtant très utiles, que sont les valeurs moyennes des indices anthropométriques et les caractéristiques de leur distribution (avec graphique). Les logiciels utilisés fournissent pourtant ces informations en routine.
- 3- **Constats** : à partir des enquêtes nationales, on constate tout d'abord que la situation nutritionnelle des enfants est globalement mauvaise dans tout le pays. Entre 1998 et 2000, les chiffres obtenus en recalculant les taux de malnutrition pour la tranche d'âge des 0-35 mois, de façon à avoir une tranche d'âge comparable, indiqueraient plutôt une amélioration sensible : de 41.1 à 34.7% de malnutrition chronique et de 20.7 à 19.5% de malnutrition aiguë (cette dernière diminution semble faible, mais compte tenu d'une saison d'enquête moins favorable en 2000 pour

cet indicateur la diminution réelle doit être plus importante et a priori en cohérence avec ce qui est observé pour la malnutrition chronique). Sous réserve de biais méthodologiques non décelés, ou de la différence de base de sondage pour les deux enquêtes, on aurait donc observé en 2000 une situation sensiblement améliorée par rapport à 1998.

4- **Commentaires :**

- Les enquêtes recensées par la suite sont toutes effectuées en 2005 et sont toutes parcellaires (en attendant l'enquête Unicef / CDC de septembre-octobre 2005). La première d'entre elles (HKI/PAM, janvier 2005) concerne toutefois les régions de Maradi et Zinder dans leur ensemble et permet des comparaisons prudentes avec les données de l'enquête MICSS 2000 : la malnutrition chronique a atteint en 2005 un niveau extrêmement élevé de plus de 60%. Les chiffres de 2000 (de l'ordre de 48%) doivent être réévalués pour les rendre comparables, car ils incluent les zones urbaines (moins de malnutrition) et les enfants de moins de 6 mois (qui sont peu touchés). Mais il est illusoire de penser qu'un taux si fort pouvait être atteint. Autrement dit, la situation nutritionnelle « de base », structurelle, s'est nettement dégradée entre 2000 et 2005. Au mois de janvier 2005 les taux de malnutrition aiguë sont élevés (13.4%) pour cette période de l'année qui est généralement la plus favorable. A ce stade, les points de comparaison manquent car il n'y a pas d'enquête précédente à la même époque.
- Les enquêtes MSF d'avril-mai 2005 montraient des taux de malnutrition aiguë de plus de 19% dans certains départements des régions de Maradi et Tahoua. En comparaison avec les chiffres de janvier, l'augmentation est très importante, à condition d'accepter l'hypothèse que les zones enquêtées en avril-mai sont assez représentatives de l'ensemble des régions correspondantes. Ce n'est évidemment pas certain (et on regrette fortement que les rapports ne fournissent pas les taux de malnutrition chronique qui permettraient de comparer un peu les zones). Mais si l'on ne regarde que Maradi, même si les zones sont distinctes, il y a certainement une augmentation très réelle. La question qui reste néanmoins est celle de savoir si la même augmentation n'a pas lieu tous les ans mais sans être observée...
- Le département de Keita a été enquêté en avril-mai puis en août ; cette fois la comparabilité est totale et on voit très clairement l'effet des actions entreprises : les taux auraient dû monter encore au fur et à mesure de l'avancement de la soudure mais ils ont à l'inverse régressé nettement.
- Les autres enquêtes MSF faites en fin de soudure (Ouallam, Mirriah) sont en cohérence avec les observations précédentes : les taux de malnutrition aiguë restent élevés, ce qui est logique vue la saison (même si pas de point de comparaison avec une année « normale »), mais ils auraient sans doute été pires en l'absence d'intervention.
- Les résultats des enquêtes ACF en septembre-octobre dans les régions de Maradi et Tahoua sont très inquiétants pour la zone agro-pastorale. Ils demanderaient à être confirmés et/ou expliqués. Quelques réserves sur l'échantillonnage en zone pastorale sont émises.