



NIGER

RAPPORT D'ANALYSE

DECEMBRE 2022

RÉPUBLIQUE DU NIGER

Fraternité - Travail - Progrès

MINISTÈRE DU PLAN

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

PLATEFORME NATIONALE D'INFORMATION POUR

LA NUTRITION

N°23

NUTRITION



MISE A JOUR : LES TENDANCES DE LA MALNUTRITION
CHRONIQUE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ET
DE SES DÉTERMINANTS AU NIVEAU RÉGIONAL



Institut National
de la Statistique
NIGER



giz Deutsche Gesellschaft
für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH





SIGNALETIQUE



OURS

Unité responsable : **Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition (PNIN)**

Directeur du projet : Mme **TAKOUBAKOYE Aminata Boureima**, Directrice Générale de l'INS

Chargée du suivi du projet : **OUMAROU Sani**, Secrétaire Générale de l'INS

Coordonnateur du projet : **SAMAILA ISSA Ibrahim**

Auteurs :

Analyste Principal PNIN, Institut National de la Statistique (INS) : **THEODORE YATTA Almoustapha**

Chef de Mission, Statisticien Démographe, Assistant Technique PNIN (AT PNIN) : **KEBE Mababou**

Conseiller en Formulation de Politiques et Communication Stratégique en Nutrition, Assistant Technique PNIN (AT/PNIN) : **AG BENDECH Mohamed**

Coordonnateur de la Cellule Nutrition, Haut-Commissariat à l'Initiative 3N (HC3N) : **MAHAMADOU Aboubacar**

Directeur des Statistique des Études Démographiques et Sociales (DSEDS), par intérim, INS : **OUSSEINI LAMOU Youssoufa**

Statisticien nutritionniste : **MAHAMANE Issiak Balarabé**

Contributeurs :

Assistant Technique GIZ (AT C4N/GIZ/PNIN) : **HILLEBRAND Raphael**

Chargé de Programme, DUE : **NKUNZIMANA Tharcisse**

Team Manager Pan African Statistics II: **POIREL Guillaume**

Photos : **Chemonics / Ollivier Girard**

Éditeur de la publication : **INS**

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AGR	Activités Génératrices de Revenu
AMS	Assemblée Mondiale de la Santé
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant
AT	Assistance Technique
BMZ	Ministère Fédérale Allemand de la coopération Economique et du Développement
C4N	Capacity For Nutrition
CE	Commission Européenne
DEP	Directions des Études et de la Programmation
DS	Directions Statistiques
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENAFEME	Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de Moins de Cinq Ans
ENISED	Étude Nationale d'Indicateurs Socio-Économiques et Démographiques
FMR	Fréquence Minimale des Repas
GIZ	Coopération Allemande au Développement
HC3N	Haut-Commissariat à l'Initiative 3N
INS	Institut National de la Statistique
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MSP	Ministère de la Sante Publique
ODD	Objectifs du Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCA	Plan Cadre d'Analyse 2019-2020
PIB	Produit Intérieur Brut
PNIN	Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition
PNP	Politique Nationale de Population
PNSN	Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle
PSNSC	Plan Stratégique National de Sante communautaire 2019-2023
PTFs	Partenaires Techniques et Financiers
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief Transitions
SNDS	Stratégie Nationale de Développement de la Statistique
SOFRECO	Société Française de Réalisation, d'Etudes et de C
UE	Union Européenne
UPA	Unité de Production Agricole



SOMMAIRE

1. Développement du Plan Cadre d'Analyses	9
1.1. Contexte et justifications	9
1.1.1. Contexte du projet.....	9
1.1.2. La PNIN au Niger.....	9
1.1.3. Justifications.....	10
2. TENDANCE DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AU NIGER.....	12
2.1. Prévalence de la Malnutrition Chronique chez les enfants de moins de cinq ans.....	12
2.1.1. Maradi et Zinder : les régions les plus touchées par la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans.....	12
2.1.2. La malnutrition chronique est la plus faible à Niamey	17
3. LES DÉTERMINANTS DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE	19
3.1. Comportements en matière d'utilisation des méthodes contraceptives et de fécondité ...	19
3.1.1. L'utilisation de la contraception moderne est la plus importante à Niamey	19
3.1.2. Près de huit enfants par femme à Maradi	20
3.2. Accessibilité aux services sociaux de base...	21
3.2.1. Accès à une source d'eau améliorée qui se dégrade dans les régions de Zinder et de Tillabéri	21
3.2.2. Accès aux services d'assainissement améliorés qui se dégrade dans les régions de Diffa et de Dosso.....	22
3.3. Incidence de la Pauvreté.....	23
4. habitudes alimentaires : Facteurs de la malnutrition chronique.....	24
4.1. Fréquence minimale des repas, forte augmentation à Agadez	24
4.2. Faible diversité alimentaire à DIFFA et Maradi en 2022.....	26
4.3. Régime Alimentaire Minimum quasi nul à DIFFA en 2022.....	27
4.4. Fréquence de consommation des différents groupes d'aliments	27
Conclusions.....	31
Recommandations.....	32

Avertissement : Les analyses, conclusions et recommandations de ce document sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Institut National de la Statistique (INS), du Haut-Commissariat à l'Initiative 3N « les Nigériens Nourrissent les Nigériens » (HC3N), de la Délégation de l'Union Européenne (DUE) ou de la GIZ au Niger.





LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Évolution de la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 6 à 59 mois par région entre 2006 et 2022	16
Graphique 2: Évolution de la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 6 à 59 mois par région entre 2006 et 2022	17
Graphique 3: Évolution du taux de contraception moderne par région entre 1992 et 2021.....	19
Graphique 4: Évolution de l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) au Niger entre 1992 et 2021	20
Graphique 5: Évolution du taux d'accès des ménages à une source d'eau améliorée (%) par région entre 2012 et 2021	21
Graphique 6: Évolution du taux d'accès des ménages aux installations sanitaires améliorées (%) par région entre 2012 et 2021.....	22
Graphique 7: Évolution de l'incidence de la pauvreté (%) par région entre 2011 et 2018-2019	23
Graphique 8 : Évolution de la fréquence minimale des repas chez les enfants de 6-23 mois par région en 2012 et 2022.....	25
Graphique 9 : Évolution de la diversité alimentaire chez les enfants âgés de 6-23 mois par région entre 1992 et 2022	26
Graphique 10 : Taux de consommation régionale du minimum alimentaire requis en 2012 et 2018 pour les enfants de 6 - 23 mois	27
Graphique 11 : Fréquence (%) de consommation des fruits et légumes chez les enfants de 6-23 mois au Niger	28





RESUME

Dans le cadre de la mise en œuvre du premier Plan Cadre d'Analyses de la PNIN 2019-2020, l'analyse faite a permis de répondre à la question N°1 et à ses huit sous-questions portant sur les tendances de la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq (5) ans et de ses déterminants. Le rapport est présenté sous forme de trois tomes séparés : (1) l'approche méthodologique utilisée pour répondre aux différentes sous-questions ; (2) le rapport d'analyses sur les tendances nationales de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans et de ses déterminants ; (3) le rapport d'analyses sur les disparités régionales, objet du présent rapport. La mise à jour de ces trois rapports a été identifiée comme une des priorités du second Plan Cadre d'Analyse de la PNIN 2022-2023 pour prendre en compte des nouvelles données rendues disponibles après la publication de ces rapports. Il s'agit également d'apprécier les progrès éventuels découlant de cette mise à jour.

Les analyses ont été faites uniquement à partir de l'analyse et de l'interprétation des données existantes, en accordant la priorité aux données nationales accessibles. La constitution des séries des bases de données pour renseigner chacun des indicateurs présélectionnés, a été précédée par l'inventaire des données existantes, le contrôle de leurs qualité et comparabilité sur le plan méthodologique (échantillonnage et groupes cibles par exemple) effectués au niveau de l'Institut National de la Statistique. Des bases de données internationales (issues de la Division Statistiques des Nations Unies pour la Population, de FAOSTAT, de l'UNICEF, par exemple) et des rapports mondiaux ont été également utilisés pour compléter les séries des données nationales ou pour constituer des séries additionnelles. En plus de la présentation classique des résultats d'analyses, la PNIN et l'INS ont réalisé des projections sur différents indicateurs, afin de voir les gaps à combler et d'apprécier si le Niger est sur la voie d'atteindre les cibles de nutrition, relevant de ses engagements. Il s'agit également de mettre en avant les défis à relever pour formuler des messages clefs et des recommandations pertinentes. Sur le plan méthodologique, dans un premier temps, la mise à jour de tous les graphiques et tableaux de présentation des données a été faite et dans un second la révision des commentaires des graphiques et tableaux actualisés et l'interprétation des données en utilisant la revue bibliographique additionnelle.

La région de Niamey se démarque encore des autres régions avec une prévalence de la malnutrition chronique, de niveau moyen, chez les enfants de moins de cinq (5) ans. Toutes les autres régions présentent des prévalences très élevées avec plus de 60% des enfants affectés à Maradi en 2022, une dégradation et un retour au niveau de la prévalence en 2006. . La **tendance à la baisse, régulière**, de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans à **Niamey**, révèle qu'il n'y a **pas de fatalité** dans la lutte contre ce fléau au Niger en dépit des disparités observées chez les différents groupes socio-économiques. Les enfants des familles de niveau intermédiaire sont plus affectés et représentent des freins à l'accélération de la baisse de la malnutrition chronique.

Les tendances de quelques déterminants étudiés, suivent un gradient croissant avec Niamey qui présente les meilleures couvertures et conditions sociodémographiques favorables à une meilleure nutrition des populations et **à l'opposé, Zinder et Maradi** enregistrent les couvertures les plus faibles. Cette tendance et les déterminants sont restés les mêmes relevant l'absence de progrès dans toutes les régions à l'exception de Niamey. La différenciation ethnique a été observée dans la survivance des barrières à l'alimentation adéquate des nourrissons et des jeunes enfants.

Malgré ces disparités régionales fortes, il semble que **la croissance démographique, la forte fécondité**, les barrières au chagement social et comportemental visant l'adoption des pratiques

alimentaires adéquates **et la pauvreté sont parmi les principaux freins** de lutte contre la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans. Cette interprétation semble se confirmer pour les régions de Maradi et d'Agadez. D'ailleurs, malgré les mêmes prédispositions de production économiques pour Maradi et Agadez, la forte prévalence de la malnutrition chronique risque de persister tant que les comportements en matière de reproduction, de consommation alimentaire ne changent pas et tant que les chefs de familles et des Unités de Production Agricole (UPA) ne recentrent pas les dépenses vers la santé et la nutrition des groupes vulnérables au niveau familial.

Il est suggéré de régionaliser le développement inclusif et les programmes de prévention de la malnutrition chronique dans la perspective de réduire les disparités régionales de couverture des interventions. Si la couverture des interventions multisectorielles augmente dans les régions, la vulnérabilité pour la malnutrition diminue et les chances d'atteindre les cibles de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) et de l'Objectif du Développement Durable Deux (ODD2) augmentent. Il faut envisager des approches différentes pour des régions différentes sur le plan des activités socio-économiques en général et des systèmes alimentaires en particulier. Les actions prioritaires destinées à réduire la malnutrition chronique vont probablement différer en fonction du contexte socio-démographique et des systèmes de production et de consommation d'une région à l'autre (Agadez versus Maradi par exemple).







1. DEVELOPPEMENT DU PLAN CADRE D'ANALYSES

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATIONS

1.1.1. CONTEXTE DU PROJET

L'initiative « Plateformes Nationales d'Information pour la Nutrition (PNIN) », portée par la Commission Européenne, vise à aider les pays à renforcer leurs systèmes d'information et leurs capacités d'analyse de données pour la nutrition afin de permettre de mieux orienter les décisions stratégiques auxquelles les décideurs sont confrontés pour prévenir la malnutrition et ses conséquences. L'approche développée par l'initiative PNIN consiste à renforcer les capacités des pays les plus concernés (Côte d'Ivoire, Niger, Burkina, Éthiopie, Laos, Kenya, Zambie, Guatemala) en matière d'exploitation optimale des données et informations existantes en lien avec la nutrition. Ce qui permettra de mettre en œuvre des politiques et programmes efficaces et définir des priorités dans l'allocation des ressources avec l'appui des Délégations locales de la Commission Européenne.

1.1.2. LA PNIN AU NIGER

Au Niger, la plateforme PNIN dans sa phase 2 est mise en œuvre par l'Institut National Statistique (INS), qui coordonne l'ensemble des activités avec les différentes parties prenantes, et le Haut-Commissariat à l'Initiative 3N (HC3N) qui en est le leader stratégique. Le programme PNIN regroupe d'autres bénéficiaires en particulier les Directions Statistiques (DS) et les Directions des Études et de la Programmation (DEP) de certains Ministères sectoriels : Santé, Éducation, Agriculture, Élevage, Hydraulique et Assainissement, Environnement, Action humanitaire et gestion des catastrophes et Promotion de la femme et protection de l'enfant) et deux régions administratives (Agadez et Maradi). La Phase 2 est financée par la Délégation de l'Union européenne (DUE) et la Coopération allemande (BMZ) et le suivi de sa mise en oeuvre est assuré par la GIZ.

L'initiative a pour but de produire de l'information liée à la nutrition, puis d'engendrer des besoins et demandes d'informations, de manière à alimenter le débat public et de reformuler et mettre en oeuvre des plans d'analyses pour les décideurs, les parties prenantes ou les partenaires de la nutrition.

Du point de vue institutionnel et organisationnel, la PNIN est mise en œuvre par l'INS qui est en charge de développer la partie « offre d'informations », grâce à :

- L'organisation des données de bases issues des enquêtes statistiques et autres systèmes de routines dans un entrepôt de données facilement accessible pour les utilisateurs ;
- La conduite des analyses statistiques proprement dites et la mise à disposition de l'information ainsi générée ;
- L'appui à certains Ministères sectoriels et deux régions administratives afin d'améliorer la prise en considération des statistiques « nutriments sensibles » à la fois au niveau des processus de collecte, mais surtout de l'analyse et de la diffusion.

Concernant la formulation de la demande, elle est coordonnée par le HC3N qui est plus particulièrement responsable de :

- L'organisation des fora de concertation permettant l'émergence des questions relatives à la nutrition ;
- La communication des résultats des analyses et de leur utilisation à des fins décisionnelles.

Dans ce contexte, une assistance technique (AT) internationale (SOFRECO et C4N/GIZ) intervient en appui à l'INS et au HC3N.

Les résultats attendus de la phase 2 du programme PNIN sont au nombre de quatre consignés dans l'encadré ci-dessous.

R1 : Une information de qualité est rendue disponible et accessible dans des délais permettant la prise de décision.

R2 : La fiabilité de la plateforme PNIN à produire des informations basées sur des preuves est reconnue et la demande d'informations envers la plateforme est augmentée.

R3 : Les produits et les services délivrés par la plateforme sont intégrés techniquement et financièrement par les parties prenantes de la plateforme.

R4 : La PNIN Niger a contribué au partage d'expérience aux niveaux national, régional, continental et international.

- Les Assistanes Techniques (AT) SOFRECO et GIZ apportent principalement un appui technique et de renforcement de capacités liés aux résultats attendus du programme durant la phase 2 et qui doivent être déployés à différents niveaux institutionnels et décisionnels :
- L'appui à l'INS, vise à développer au sein de l'institution des capacités pérennes d'analyse statistique (aspects méthodologiques, techniques et technologiques, en particulier le développement et l'entretien d'entrepôts de données multisectorielles) ;
- L'appui au HC3N vise le renforcement du leadership de cette institution en matière à la fois de réflexion sur les différentes dimensions de la nutrition, mais aussi d'améliorer, in fine, la qualité des politiques de lutte contre la malnutrition en utilisant entre autres les données et informations probantes produites par la PNIN ;
- L'appui aux Ministères sectoriels et aux deux régions (Agadez et Maradi), impliqués dans la mise en œuvre de l'initiative, est destiné à fournir des outils permettant une meilleure prise en considération de l'information statistique dans la programmation et le suivi des actions de lutte contre la malnutrition.

1.1.3. JUSTIFICATIONS

Dans le cadre du programme PNIN, il est prévu de conduire des analyses statistiques et d'assurer la qualité des résultats. Dans cette optique, **Le Plan Cadre d'Analyses 2019-2020 de la PNIN** a été validé en mai 2019 et comporte cinq (5) questions qui sont :

Comment les déterminants qui expliquent la prévalence élevée et persistante de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans au Niger ont-ils évolués ?

Comment prioriser les interventions en fonction de leur contribution à l'amélioration de l'état nutritionnelle ?

Quelles sont les caractéristiques/profils des populations les plus affectées par la malnutrition chronique ?

Comment identifier les investissements financiers dans le domaine de la nutrition au Niger et ont-ils évolué conformément aux besoins budgétaires définis dans le plan d'action multisectoriel de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (PNSN) ?

Comment identifier et utiliser les indicateurs spécifiques et sensibles à la nutrition dans les secteurs contributifs dans le contexte du Niger et assurer une Système d'Information multisectoriel pour la nutrition ?

Dans le chronogramme d'activité de la PNIN, il est prévu de répondre en 2019 aux questions 1 et



4. Le présent document se propose de répondre aux sous-questions de la Question N°1 du Cadre d'analyses suivante: « *Qu'est-ce qui pourrait expliquer les disparités régionales de la malnutrition chronique ?* ». Les tendances de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans au niveau régional ainsi que des déterminants sous-jacents à la vulnérabilité de la malnutrition sont présentées afin d'essayer de mieux comprendre le phénomène de la malnutrition et les spécificités des régions.

Le Plan Cadre 2021-2022 de la PNIN, validé en mars 2021, a prévu de mettre à jour les trois rapports de la réponse à la question N° 1 du PCA 2019-2020 pour prendre en compte les nouvelles données disponibles. C'est pourquoi, nous proposons cette révision du présent rapport avec la mise en évidence d'éventuels progrès ou regressions et leurs facteurs explicatifs. °

2. TENDANCE DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AU NIGER

2.1. PREVALENCE DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

2.1.1. MARADI ET ZINDER : LES REGIONS LES PLUS TOUCHEES PAR LA MALNUTRITION CHRONIQUE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Les prévalences de la malnutrition chronique chez les enfants âgés de moins de cinq (5) ans se dégradent dans plusieurs régions à l'exception de Diffa, Niamey et Zinder, où elle a baissé entre 2020 et 2021.

Quelque soit l'année, les disparités régionales de la prévalence de la malnutrition chronique sont importantes. Les tendances régionales permettent de catégoriser trois (3) groupes de régions: un premier groupe comprenant **les régions les plus sévèrement affectées**, soit les régions de **Zinder** (51,7 % en 2022) et de **Maradi** (61,7 %), un second groupe de régions avec **des prévalences très élevées, supérieures à 30 %**¹ : **Agadez** (35,5 %), **Diffa** (37,2 %), **Dosso** (38,6 %), **Tillabéri** (41,8 %) et **Tahoua** (43,1 %) et **la région de Niamey avec une prévalence moyenne qui a toujours été inférieure à 25 %**². Le défi majeur est donc de maintenir et d'accélérer la tendance régulière à la baisse de la malnutrition chronique observée à Niamey et de renverser dans le même temps celles observées dans toutes les autres régions³.

Dans la région de Diffa, la stabilisation de la situation sécuritaire et le retour des populations dans leurs zones semblent avoir des effets sur la prévalence de la malnutrition qui a sensiblement baissé entre 2021 et 2022, passant de 45,7 à 37,2 %.

Outre le poids des déterminants sous-jacents de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans analysés au niveau national⁴ et certains étudiés ci-dessous, quelques facteurs additionnels amplifient l'absence de progrès dans les régions hormis Niamey. Plusieurs spécificités pourraient expliquer les disparités des tendances régionales. Un des facteurs serait le faible accès aux soins de santé même si le Niger s'est engagé officiellement pour un régime de gratuité de soins aux enfants des moins de cinq (5) ans à partir 2005⁵. De nombreux goulots d'étranglement dans la mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement ont été documentés par plusieurs enquêtes (non remboursement des coûts engendrés par la gratuité pour les formations sanitaires par exemple⁶). De même, **la couverture sanitaire passe à 52,68 % à l'échelle nationale soit une légère amélioration de 2,55 points de pourcentage qui semble profiter à Agadez (68,41%) et Niamey (99,09%)**⁷. L'apport du niveau communautaire est limité y

1 INS Niger, « Enquêtes Démographique et de Santé (EDS) et Enquêtes Standardized Monitoring and Assessment of Relief Transitions (SMART) ».

2 INS Niger.

3 Brisson, Emile-geay, et Angelo, Systèmes d'approvisionnement et de distribution alimentaires.

4 Institut National de la Statistique, Plateforme Nationale d'Information pour le Nutrition, et Haut-Commissariat à l'Initiative 3N, « Rapport N°02 sur les tendances nationales de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans au Niger. Rapport INS/HC3N, Janvier 2020, Niamey, Niger ».

5 OMS Niger, Rapport annuel 2014.

6 de Sardan et al., Pour une réflexion sur la gratuité des soins au Niger.

7 Ministère du Plan. Plan de Développement Sanitaire et Social (PDES 2022-2026). Diagnostic Stratégique. Volume 1, Mai 2022, Niamey



compris dans les régions de Maradi et Zinder⁸. Le Niger est encore loin de la couverture sanitaire universelle puisque 49 % des populations vivent au-delà de 5 Km d'une formation sanitaire⁹. C'est pourquoi le Ministère de la Sante Publique (MSP), de la Population et des Affaires Sociales a mis en place, en novembre 2019, son Plan Stratégique National de Sante Communautaire (PSNSC) 2019-2023. La mise en œuvre de ce plan a pour but d'améliorer l'accès aux soins aux communautés éloignées mais également celui des services de santé avec la participation de la communauté¹⁰. Toutefois le problème central du secteur est la disparité d'accès aux services et aux soins de qualité dans un contexte de faible financement du secteur. En effet, sur la période de 2015-2020, la part du budget national annuel alloué au secteur de la santé est passée de 6,58% à 6,29% contre 15% correspondant à l'engagement des Chefs d'Etat africains à Abuja en 2001. De même, L'analyse des allocations et des dépenses publiques de la nutrition en 2018 et 2019 révèle des allocations sur ressources propres de 0,7% et 0,6% du PIB nominal National respectivement en 2018 et 2019 contre 0,48% et 0,49% pour les dépenses. Ce qui montre le faible niveau de financement de la nutrition aggravé par la très faible absorption des ressources allouées¹¹. Le financement de la Nutrition est majoritairement assuré par les partenaires au Développement.

A l'inverse, Niamey est une région à forte couverture sanitaire et disposant d'un réseau d'infrastructures plus performant incluant un meilleur système d'approvisionnement et de distribution alimentaire avec moins de fluctuations saisonnières. Une partie importante des aliments importés est distribuée dans les régions à partir de Niamey. La baisse de la proportion d'enfants atteints de malnutrition chronique des ménages « riches » et la hausse de celle des ménages de niveau de vie « moyen » et « pauvre » ont beaucoup influencé cette baisse de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq¹². Ce sont les enfants issus de ménages « pauvres » qui ont contribué le plus à la baisse du niveau de retard de croissance (106,12 %) suivi des enfants des ménages riches (13,48 %). Les ménages pauvres de Niamey ont bénéficié des programmes de lutte contre la pauvreté et d'accès aux services sociaux de base expliquant peut-être ce spectaculaire résultat tandis que ceux issus des menages de niveau socio-économique moyen ont contrarié cette baisse. le retard de ce dernier groupe dans la réduction de la malnutrition chronique à Niamey révèle le besoin d'initier des actions urgentes en sa faveur pour accélérer encore la réduction de la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq ans à Niamey.

Claude Raynault, à travers ses travaux réalisés à Maradi en 1980, parlait du **privilege urbain**¹³. Des travaux réalisés par ailleurs ont démontré que c'est en milieu urbain et dans les zones rurales couvertes par les services de santé que les mères ont tendance à offrir à leurs enfants des aliments plus diversifiés et des bouillies enrichies¹⁴.

Il existe également **des facteurs socio-culturels spécifiques néfastes** engendrant des pratiques

8 UNICEF et Boureima, « Nutrition et santé : place des interventions curatives, préventives et promotionnelles dans la lutte contre la malnutrition ; partenariat et évolution de la Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë sévère au Niger à la veille du forum Nutrition for Growth- Japon 2020 ».

9 Abarchi, « Discours du Ministère de la Sante Publique, atelier de validation du Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC) 2019-2023 ».

10 Illaria, « Discours de l'UNICEF, atelier de validation du Plan Stratégique National de Sante Communautaire (PSNSC) 2019-2023 ».

11 INS/HC3N/UNICEF/MF/SUN/PNIN/ACF/AFD/DUE. Rapport sur l'analyse des allocations budgétaires et des dépenses annuelles de l'Etat dans le secteur nutrition 2016-2017. Rapport d'analyse. <https://pnin-niger.org/pnin-doc/web/uploads/documents/74/Doc-20201125-160822.pdf>

12 INS/HC3N. Baisse de la Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans de 2006 à 2012 au Niger : cas de Niamey. Rapport PNIN N° 09, Janvier 2021. <https://pnin-niger.org/pnin-doc/web/uploads/documents/94/Doc-20210323-111911.pdf>

13 Raynaut, « Le privilege urbain »; Ag Bendeck, Chauliac, et Malvy, « Alimentation de rue, mutations urbaines et différenciations sociales à Bamako (Mali) ».

14 Tefft et Kelly, « Comprendre et Reduire La Malnutrition Au Mali ».

inadéquates d'Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant (ANJE)¹⁵. Il s'agit entre autres du faible niveau d'instruction et d'autonomisation des femmes incluant l'accès à la terre, à l'eau et aux intrants agricoles dans les deux régions les plus affectées par la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq ans. Ceci conduit à l'observation des restrictions alimentaires et des pratiques culinaires obéissant à des règles strictes de préparation et de consommation des repas. À propos de la cuisine, les sauces à base de feuilles vertes par exemple ne doivent pas inclure des légumes et légumineuses comme par exemple la courge, la carotte ou le niébé. En revanche, la sauce tomate peut en contenir. De même, il y a peu ou pas d'attention aux soins non médicaux comme par exemple la stimulation par les jeux, le développement affectif parents-enfant et le suivi continu de la prise des repas de l'enfant indispensables pour sa croissance et son développement.

A Maradi par exemple, la socialisation compte beaucoup comme le partage des repas en famille autour d'un plat commun et la circulation des aliments au sein des réseaux sociaux comme stratégie d'atténuation des risques de pénurie¹⁶. L'enfant et sa mère n'ont pas d'autres choix que de s'adapter aux dépenses et habitudes alimentaires familiales. Des évolutions des pratiques révèlent, cependant, que le chef de ménage consomme souvent à l'extérieur de la famille et laisse dans certains cas une allocation dérisoire pour la consommation familiale destinée principalement à l'achat des condiments, source de diversification de l'alimentation à domicile. La base céréalière est généralement assurée de façon plus ou moins adéquate en fonction des fluctuations saisonnières et interannuelles de la disponibilité et des prix alimentaires. **Cette réclusion volontaire** d'un sujet à son domicile, par crainte des contacts sociaux ou par une certaine « démission » face aux enjeux familiaux ou encore par mimétisme, pourrait être un des déterminants majeurs de la monotonie de l'alimentation chez les enfants de moins de cinq (5) ans dans les régions les plus affectées¹⁷. Toutes ces barrières ont été confirmées par les résultats de l'enquête qualitative conduite en 2021 dans les régions d'Agadez et de Maradi. Les conclusions de cette enquête à Maradi n'ont pas révélées des changements positifs dans les pratiques d'alimentation depuis deux ans voir même depuis 15 ans en dépit d'une amélioration significative des connaissances de mères sur les bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant¹⁸. Selon cette étude qualitative, les mères sont permanentement épuisées par de multiples occupations quotidiennes les empêchant de consacrer suffisamment du temps aux enfants. Elles passent beaucoup de temps à faire des travaux domestiques, à nourrir l'ensemble de la famille, à soigner les enfants en les amenant en consultation, à prendre soin du mari, à décortiquer et à transformer les céréales en aliments (farine de mil, de sorgho), à faire les Activités Génératrices de Revenus (AGR) pour participer à la satisfaction des besoins de la famille. C'est pourquoi l'acquisition des connaissances et la volonté des mères seules ne suffisent pas pour un changement massif en faveur de l'adoption des messages de nutrition véhiculés par les services locaux de santé. D'autres facteurs liés aux comportements et pratiques locales des différents cercles d'influence autour de la duade mère-enfant, à l'organisation et au fonctionnement des structures sociales et publiques sont également des freins additionnels à l'amélioration de

15 Keith et Koné, « Étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des communautés vis-à-vis de la nutrition, des soins primaires de santé pour la femme enceinte et le nourrisson, l'accès à l'eau potable, l'hygiène, l'hygiène et l'assainissement, l'accès aux soins de santé pour le jeune Enfant dans la région de Maradi au Niger ».

16 Raynaud, « Aspects socio-économiques de la préparation et de la circulation des repas dans un village hausa (Niger) ».

17 Plateforme Nationale d'Information pour le Nutrition, « Atelier d'interprétation des données de Maradi, Communication personnelle d'un participant de Maradi sur les pratiques des dépenses d'alimentation ».

18 DUE/HC3N/INS. Enquête qualitative sur les connaissances, les pratiques et les comportements en matière d'alimentation et de nutrition chez les enfants de moins de cinq à Maradi Niger, Rapport Provisoire PNIN N° 20, Décembre 2022



l'alimentation et des soins des enfants dans la région de Maradi beaucoup plus qu' à Agadez¹⁹.

Dans ces écosystèmes familiaux complexes, le désir d'appliquer les meilleures pratiques d'alimentation de l'enfant et de sa mère ne pourrait être comblé que lorsque la mère s'engage, en plus des travaux ménagers, dans des activités génératrices de revenus. A Maradi, 91 % des femmes interrogées gagnent de l'argent et pour pratiquement la moitié d'entre elles à travers le petit commerce²⁰. Elles sont rarement soutenues dans ces activités génératrices par leur environnement social immédiat. Cependant, des programmes de filets sociaux de protection ciblent de plus en plus les femmes vulnérables mais leur portée géographique reste encore timide²¹. L'importance de ce type de programme sur la réduction de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans est prouvée dans d'autres contextes²². Les systèmes de protection sociale, les assurances pour les récoltes et plus d'accès au travail salarié décent permettront de réduire les risques encourus par les femmes et leurs enfants²³.

Les **ressources additionnelles modestes des femmes** (seulement 3 % ont un bénéfice hebdomadaire de 5 000 FCFA et plus tiré du commerce) sont dépensées dans la grande majorité des cas dans l'achat de la nourriture pour l'enfant, soi-même et la famille²⁴. Ainsi, avec cette charge additionnelle de travail de la mère, l'enfant passe plus de temps en journée avec d'autres membres de la famille (mère, belle-mère, co-épouse, aide-ménagère et enfants plus âgés). Leurs capacités à surveiller l'enfant et à lui prodiguer des soins adéquats ou non jouent également un rôle majeur du point de vue des soins et des pratiques alimentaires de l'enfant.

Lorsque par exemple les familles sont en difficulté durant les périodes annuelles de faible disponibilité des aliments ou de crise, la teneur des repas en eau augmente, la quantité de céréales diminue, l'accompagnement en lait chute considérablement ou disparaît, l'accompagnement en sauce baisse en qualité (pas de viande, moins de légumes ou d'ingrédients)²⁵. La fréquence, la quantité et la qualité de ces ingrédients de l'alimentation familiale changent en fonction de leur disponibilité et de leur accessibilité.

Les populations de Zinder semblent avoir des meilleures prédispositions au changement que celles de Maradi en particulier sur les aspects de la diversité et de la consommation alimentaires. A Maradi, il est observé une certaine « rigidité » dans les pratiques et attitudes d'alimentation qui semblent plus prononcées qu'à Zinder. Ce phénomène s'explique peut-être par une plus grande et relative homogénéité de la population de Maradi en dépit des brassages et invasions séculaires depuis plusieurs siècles. A Maradi comme à Zinder, si le commerce est le moyen d'existence dominant en milieu urbain, c'est l'agriculture et l'élevage qui occupent les populations rurales. Les régions de Maradi, Tahoua et Dosso présentent des écarts d'accès à l'éducation (taux brut de scolarisation) entre les sexes les plus importants au Niger. Le taux de scolarisation dans le premier cycle du secondaire reste particulièrement faible. La pauvreté, les pratiques telles que les

19 DUE/HC3N/INS. Enquête qualitative sur les connaissances, les pratiques et les comportements en matière d'alimentation et de nutrition chez les enfants de moins de cinq dans les régions d'Agadez et Maradi au Niger, Version provisoire du Synopsis PNIN, Décembre 2022

20 Keith et Koné, « Étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des communautés vis-à-vis de la nutrition, des soins primaires de santé pour la femme enceinte et le nourrisson, l'accès à l'eau potable, l'hygiène, l'hygiène et l'assainissement, l'accès aux soins de santé pour le jeune Enfant dans la région de Maradi au Niger ».

21 Diakite, « Protection sociale et nutrition. Communication personnelle. »

22 Banque Mondiale, « Gérer les risques, promouvoir la croissance : Développer les systèmes de protection sociale en Afrique : Une stratégie de protection sociale de la Banque Mondiale 2012-2022. »

23 Agnes R. Quisumbing, Meizen-Dick, Ruth Suseela, et Jemimah Njuki, Rapport annuel 2019 sur les tendances et les perspectives. Egalité des genres en Afrique rurale.

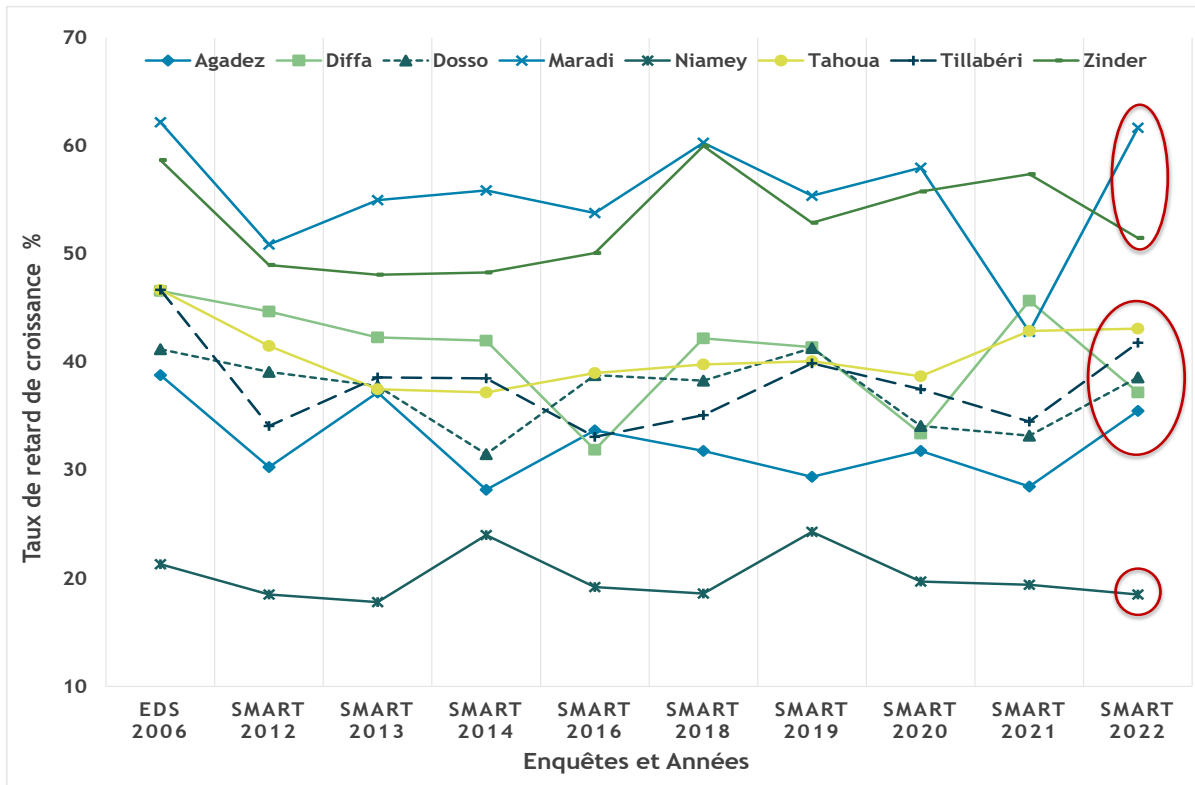
24 Keith et Koné, « Étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des communautés vis-à-vis de la nutrition, des soins primaires de santé pour la femme enceinte et le nourrisson, l'accès à l'eau potable, l'hygiène, l'hygiène et l'assainissement, l'accès aux soins de santé pour le jeune Enfant dans la région de Maradi au Niger ».

25 Koné, « Stratégies des ménages et malnutrition infantile dans la région de Madarounfa ».

mariages d'enfants et les environnements d'apprentissage peu favorables constituent, entre autres, des barrières à l'accès des filles à l'éducation au Niger²⁶.

Il n'y a pas des facteurs socio-anthropologiques ou culturels d'un côté et des facteurs économiques, démographiques, d'alimentation et de santé, d'autonomisation de la femme etc. de l'autre. Il y a plutôt une combinaison, voire un enchevêtrement de toute une série de causes²⁷. Cela doit être pris en compte dans la mise en place des programmes de prévention de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans.

Graphique 1 : Évolution de la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 6 à 59 mois par région entre 2006 et 2022



Source : PNIN, exploitation des enquêtes EDSN 2006 et SMART 2012, 2013, 2014, 2016, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022.

À l'exception de Niamey présentant une prévalence et des tendances moyennes de la malnutrition chronique, toutes les autres régions du Niger montrent des prévalences et des tendances très élevées de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans.

La situation de Niamey est intéressante car elle démontre qu'il n'y a pas de fatalité en ce qui concerne les progrès face à ce problème qui engendre des souffrances humaines et des pertes économiques importantes. Il est donc possible d'inverser les tendances actuelles au prix d'un effort systémique soutenu dans la mise en œuvre des programmes régionaux et locaux de développement inclusif. Selon Claude Raynaut et al., *l'appui aux initiatives et innovations locales est devenu une des lignes de force de bien des projets de développement*²⁸. Il est donc temps, dans le contexte nigérien, d'agir vite en faveur de la prévention de la malnutrition dans cette

26 Tchibindat Félicité, « Discours de l'UNICEF lors du lancement du projet sur l'éducation des filles au Niger sur financement du Canada ».

27 Koné, « Stratégies des ménages et malnutrition infantile dans la région de Madarounfa ».

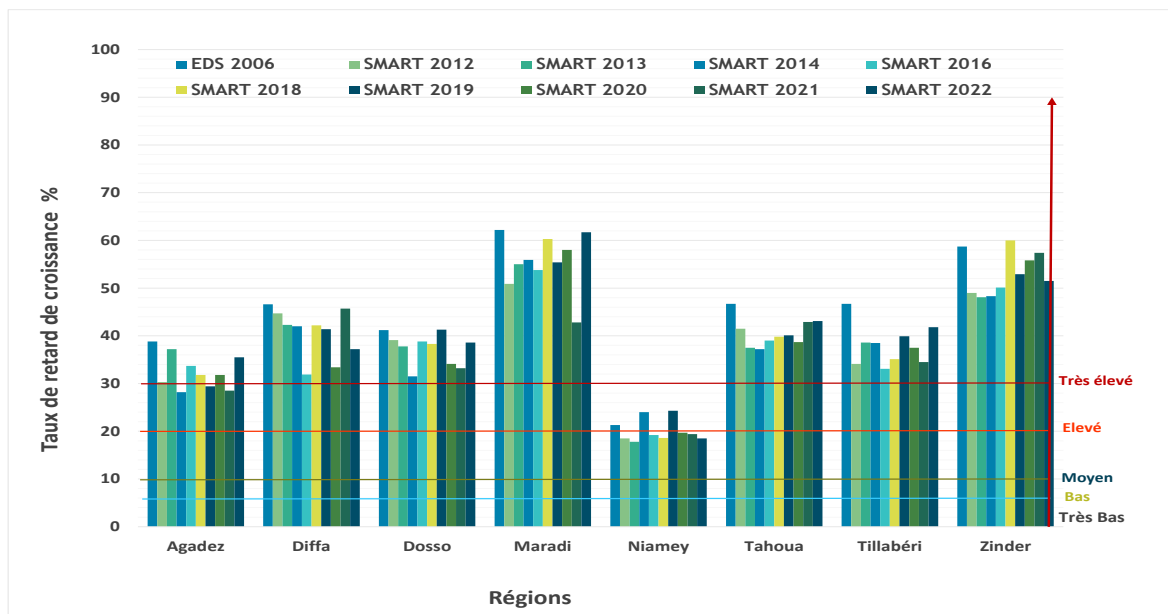
28 Raynaut, Engel Gerhardt, et Nazareno, « Pauvreté, inégalités économiques et disparités de santé »; Raynaut et Grégoire, *Societies and Nature in the Sahel*.



perspective de développement régional et local qui semble encore plus pertinente dans le champ de la nutrition²⁹.

2.1.2. LA MALNUTRITION CHRONIQUE EST LA PLUS FAIBLE A NIAMEY

Graphique 2: Évolution de la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 6 à 59 mois par région entre 2006 et 2022



Source : PNIN, exploitation des enquêtes EDSN 2006 et SMART 2012, 2013, 2014, 2016, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022.

Selon la nouvelle classification des seuils de sévérité chez les enfants de moins de cinq (5) ans³⁰, la prévalence de la malnutrition chronique est très élevée quelque soit l'année considérée dans toutes les régions. La région de Niamey est une exception avec une prévalence moyenne et en baisse régulière. En effet, outre les facteurs précédemment décrits, le système alimentaire dans la capitale subit des transformations avec de nouvelles dynamiques et mutations. En s'urbanisant, Niamey rompt partiellement avec les systèmes d'approvisionnement et de distribution alimentaires ruraux³¹. La croissance rapide de sa population et son développement socio-économique entraînent une demande alimentaire croissante et une offre qui évolue également rapidement, tout en se complexifiant. L'organisation sociale, le pouvoir d'achat et les habitudes de consommation évoluent et se distancient progressivement de ceux du milieu rural. Hormis l'agriculture urbaine, Niamey draine les productions alimentaires des régions et des importations alimentaires. Cette ville, à elle seule, absorbait déjà en 2010, 32 % des importations alimentaires du Niger³².

29 INS/HC3N. DUE/HC3N/INS. Enquête qualitative sur les connaissances, les pratiques et les comportements en matière d'alimentation et de nutrition chez les enfants de moins de cinq à Maradi Niger, Rapport Provisoire PNIN N° 20, Décembre 2022.

30 de Onis et al., « Prevalence Thresholds for Wasting, Overweight and Stunting in Children under 5 Years ».

31 Brisson, Emile-geay, et Angelo, Systèmes d'approvisionnement et de distribution alimentaires.

32 Brisson, Emile-geay, et Angelo.





3. LES DÉTERMINANTS DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE

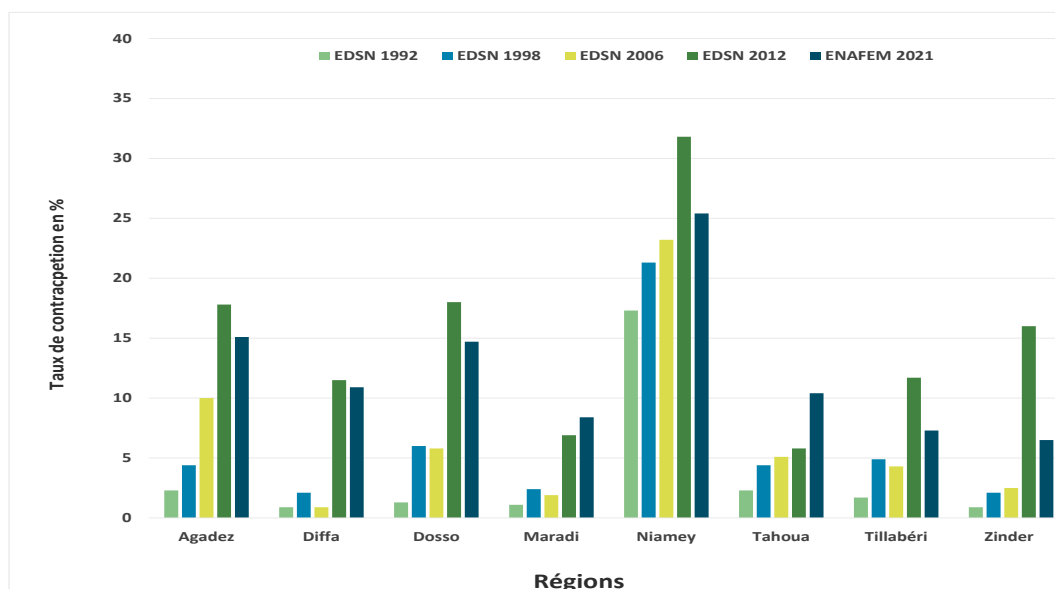
3.1. COMPORTEMENTS EN MATIERE D'UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES ET DE FECONDITE

3.1.1. L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE EST LA PLUS IMPORTANTE A NIAMEY

Depuis 1992, il y a une tendance à l'augmentation du niveau d'utilisation des méthodes contraceptives modernes dans toutes les régions du Niger. Toutefois, la pratique contraceptive semble marquer le pas dans la mesure où une baisse du taux d'utilisation des méthodes modernes est observée entre 2012 et 2021 dans six des huit régions du pays (Agadez, Diffa, Dosso, Niamey, Tillabéri et Zinder). Il est probable que la fréquentation des services de planification familiale a été affectée par les conséquences de la pandémie de la COVID-19.

En 2021, au Niger, 10 % des femmes, en union, utilisent une méthode contraceptive moderne. Bien qu'étant encore à un niveau faible, la tendance à l'augmentation de l'utilisation de la contraception moderne résulte d'une vaste campagne de sensibilisation sur les méthodes contraceptives ayant entraîné une amélioration de la fréquentation des services de planification familiale dans toutes les régions particulièrement à Niamey. Parmi les méthodes modernes, les femmes utilisent plus la pilule (4 %), puis les injectables (3 %) et les implants (3 %). La prévalence contraceptive moderne est environ trois (3) fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (24 % contre 8 %). Cette tendance se constate pour Niamey où le taux d'utilisation est de 25 %. La proportion d'utilisatrices de méthodes contraceptives modernes a tendance à augmenter avec le niveau d'instruction, variant de 8 % pour les femmes sans instruction à 23 % pour celles ayant un niveau d'instruction moyen, secondaire ou plus³³.

Graphique 3: Évolution du taux de contraception moderne par région entre 1992 et 2021



Source : PNIN, exploitation des enquêtes EDSN 2006 et SMART 2012, 2013, 2014, 2016, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022.

33 Institut National de la Statistique du Niger, « Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de moins de cinq ans (ENAFEME) 2021 ».

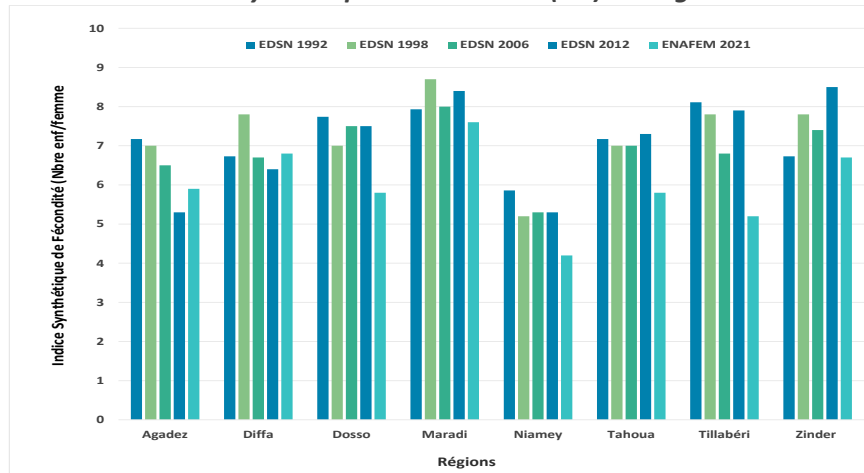
Les dispositifs de planification des naissances sont impopulaires en milieu rural au Sahel en général et au Niger en particulier. Les barrières à l'utilisation de la contraception moderne dans la région de Maradi par exemple, sont par ordre d'importance : la réticence du conjoint, la réticence de la femme elle-même, le besoin d'avoir plus d'enfants, les médicaments considérés comme dangereux, l'utilisation d'une méthode contraceptive traditionnelle et enfin l'absence de connaissance (ne connaissent pas ou n'ont jamais entendus parler)³⁴. Ces barrières observées à Maradi sont probablement les mêmes dans toutes les autres régions hormis Niamey.

3.1.2. PRES DE HUIT ENFANTS PAR FEMME A MARADI

La démographie du Niger est caractérisée par un Indice Synthétique de Fécondité (ISF) qui demeure élevé. Des disparités importantes existent entre les régions, dans la mesure où l'ISF varie de 4,2 à Niamey à 7,6 enfants par femme à Maradi. Les femmes de la région de Maradi ont, en moyenne 3,4 enfants de plus que celles de Niamey. Entre 2012 et 2021, la fécondité a baissé dans toutes les régions du pays à l'exception d'Agadez et de Diffa, régions dans lesquelles le nombre moyen d'enfants par femme a peu changé entre les deux périodes.

L'ISF présente des différences importantes selon le milieu de résidence. Les femmes des milieux urbains ont un niveau de fécondité plus faible que celles des milieux ruraux (en moyenne, 5,0 enfants par femme contre 6,5)³⁵. Entre 2012 et 2021, la baisse de la fécondité a été plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. L'écart entre les deux groupes de femmes semble ainsi se réduire (les femmes rurales avaient 1,5 enfant de plus que leurs homologues urbaines en 2021 comparativement à 2,5 enfants de plus en 2012). **Avec près de 8 enfants par femme**, la région de **de Maradi** se distingue par le niveau de fécondité le plus élevé (7,6 enfants par femme). Elle est suivie par les régions de Diffa et Zinder avec, respectivement 6,8 et 6,7 enfants par femme, en moyenne. D'après l'ENAFEME 2021, les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction ont en moyenne, 1,5 enfant de plus que celles qui ont un niveau moyen, secondaire et plus (respectivement 6,6 et 5,1). L'autonomisation des femmes reste encore un déterminant de vulnérabilité puissant car la fécondité des adolescentes demeure élevée. Toutefois des progrès encourageants sont enregistrés : en 2021, le quart des jeunes filles de 15-19 ans (25 %) ont déjà commencé leur vie procréative comparativement à 40 % en 2012.

Graphique 4: Évolution de l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) au Niger entre 1992 et 2021



Source :PNIN, exploitation des données des EDSN 1992, 1998, 2006, 2012 et l'ENAFEM 2021, INS Niger

³⁴ Illaria, « Discours de l'UNICEF, atelier de validation du Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC) 2019-2023 ».

³⁵ Institut National de la Statistique du Niger, « Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2012 ».



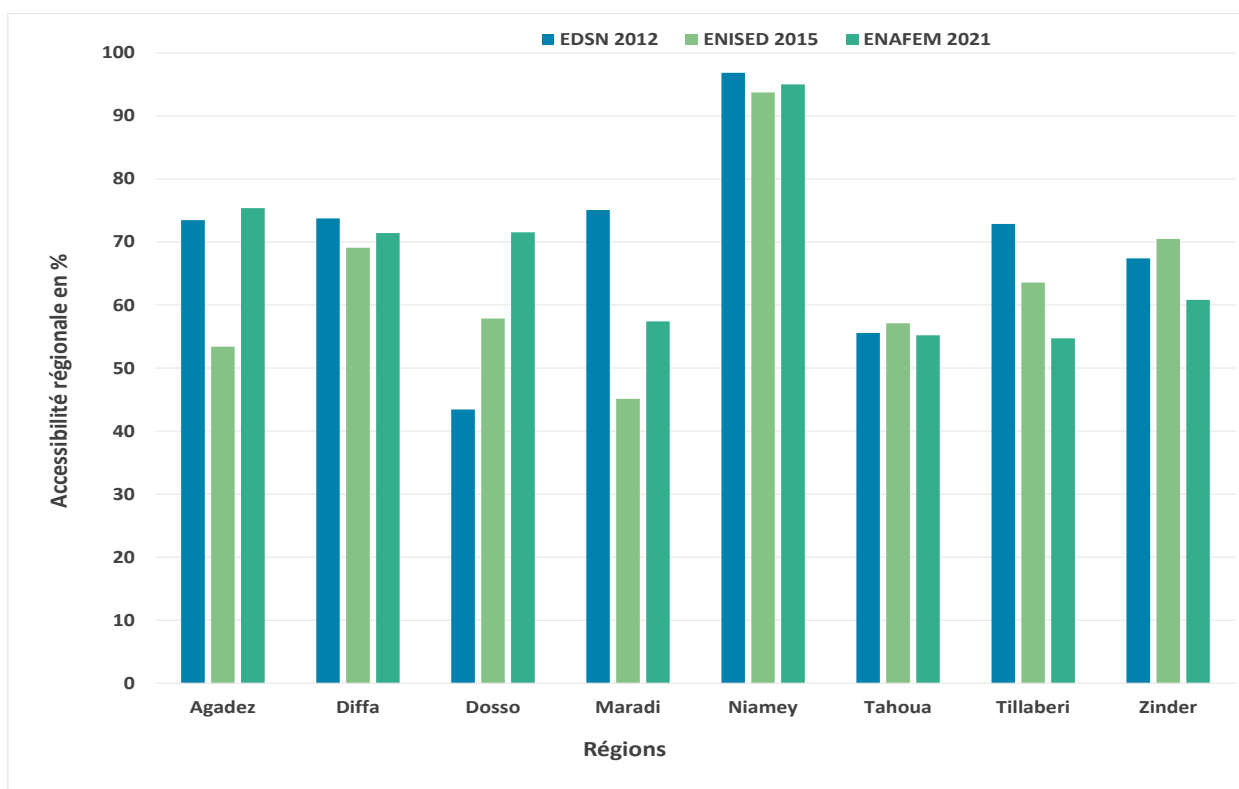
Le faible accès et la faible utilisation des méthodes contraceptives, les croyances (avoir beaucoup d'enfants est un signe de richesse et de considération sociale) ainsi que le faible niveau d'instruction pourraient expliquer les niveaux de fécondité importants dans les régions de Maradi, Diffa et de Zinder. La relation entre l'âge au mariage et l'ISF est forte et l'influence culturelle reste très importante. L'âge au mariage correspond à l'entrée de la femme dans la vie féconde en particulier dans une population « attachée à la tradition » où les relations sexuelles ne devraient pas avoir lieu en dehors de l'union. Plus le mariage est précoce, plus le nombre d'enfants est important en particulier si la femme n'utilise pas de méthodes de contraception.

3.2. ACCESSIBILITE AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE

3.2.1. ACCES A UNE SOURCE D'EAU AMELIOREE QUI SE DEGRADE DANS LES REGIONS DE ZINDER ET DE TILLABERI

La population qui a accès à une eau de source améliorée est celle qui consomme de l'eau provenant du robinet, des fontaines publiques/bornes fontaines, des puits tubes/forages, des puits protégés, d'une source protégée ou de l'eau de pluie recueillie. En 2021, le taux d'accès des ménages à une source améliorée varie de 57 % à Tillabéri à 95 % à Niamey.. Le taux d'accès de la population à une source d'eau améliorée **se dégrade dans les régions de Zinder** (-9,7 points de pourcentage) et de **Tillabéri** (-8,8 points)et dans une moindre mesure à Tahoua (-1,9 point), entre 2015 et 2021. A l'inverse, la proportion de ménages dont l'eau de boisson provient d'une source protégée a sensiblement augmentée dans les régions d'Agadez (+22,0 points), de Dosso (+13,7 points) et de Maradi (+12,3 points).

Graphique 5: Évolution du taux d'accès des ménages à une source d'eau améliorée (%) par région entre 2012 et 2021



Source : PNIN, exploitation des données de l'EDSN 2012, l'ENISED 2015 et l'ENAFEM 2021, INS Niger

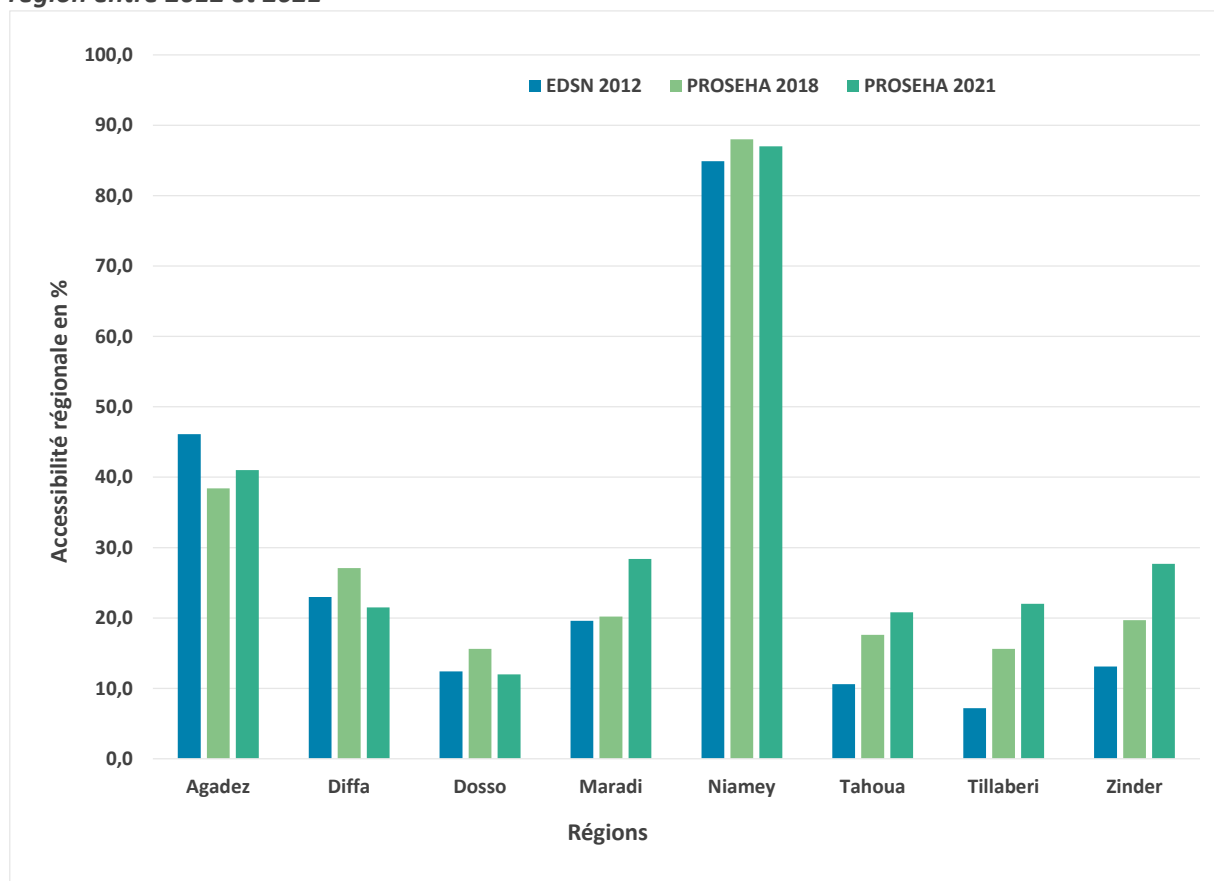
3.2.2. ACCES AUX SERVICES D'ASSAINISSEMENT AMELIORES QUI SE DEGRADE DANS LES REGIONS DE DIFFA ET DE DOSSO

Les installations sanitaires considérées comme améliorées sont les latrines à chasses d'eau avec ou sans réservoir (celles connectées à un système d'égout ou connectée à une fosse septique, reliée à des latrines ou reliée à autre chose), les latrines à fosse ventilée, les latrines à fosse avec dalle et les toilettes à compostage.

En 2021, le taux d'accès des ménages aux installations sanitaires améliorées varie de 12 % à Dosso à 87 % à Niamey. Alors que l'accès aux services d'assainissement s'est fortement amélioré dans les régions de Maradi (+8,2 points de pourcentage), de Zinder (+8,0 points) et de Tillabéri (+6,4 points), il s'est dans le même temps détérioré dans les régions de Diffa (-5,6 points) et de Dosso (-3,6 points), entre 2018 et 2021.

En outre, une relative amélioration est enregistrée dans la région d'Agadez (+2,6 points), tandis que la situation s'est un peu dégradée la région de Niamey (-1,0 point)..

Malgré ces améliorations, la situation reste préoccupante dans toutes les régions, avec des gaps importants qui sont difficilement résorbables avant l'échéance de 2025 (AMS), voir 2030 (ODD). Graphique 6: Évolution du taux d'accès des ménages aux installations sanitaires améliorées (%) par région entre 2012 et 2021



Source : PNIN, exploitation des données de l'EDSN 2012 et des PROSEHA 2018, 2021, INS Niger



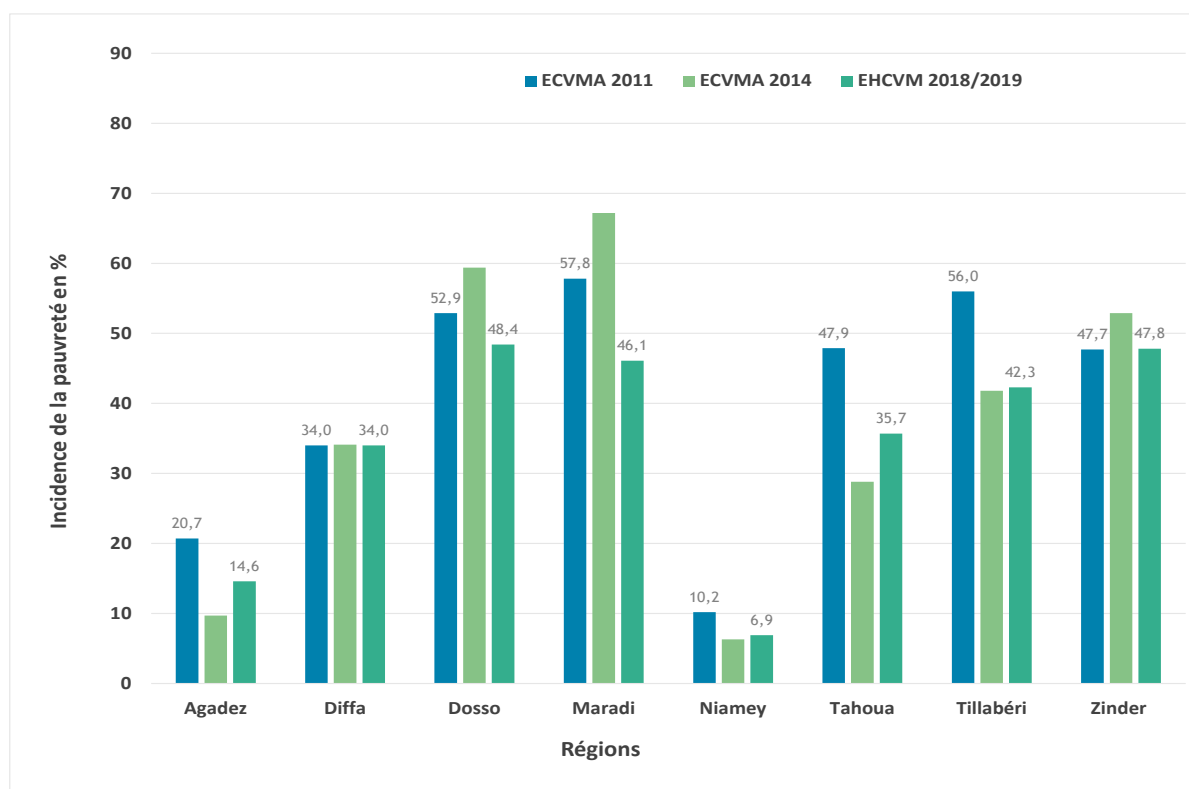
3.3. INCIDENCE DE LA PAUVRETE

Est pauvre, toute personne dont la consommation annuelle est inférieure, en valeur monétaire, au seuil de pauvreté de la période considérée³⁶.

Des disparités importantes sont observées au niveau des régions. Alors que la prévalence de la pauvreté se chiffre à 6,9 % dans la région de Niamey, presque une personne sur deux est considérée comme pauvre dans la région de Dosso (48,4 %). Les régions de Zinder, de Maradi et de Tillabéri affichent une incidence de la pauvreté supérieure à 40 %, avec respectivement, 47,8 %, 46,1 % et 42,3 %.

Les chutes les plus spectaculaires de taux de pauvreté entre 2014 et 2018-2019 ont été observées dans les régions de Maradi (-21,1 points de pourcentage) et de Dosso (-11,0 points). A l'inverse, les régions de Tahoua (+4,9 points) et d'Agadez (+4,9 points) se singularisent par une augmentation de la pauvreté. En revanche, **l'incidence de la pauvreté est restée relativement stable entre 2011 et 2014 dans les régions de Diffa, Tillabéri et Niamey**. La stagnation de l'incidence de la pauvreté dans la région de Diffa serait liée à la situation sécuritaire dégradée en plus des effets du changement climatique entraînant la baisse des activités de pêche et des activités agricoles particulièrement autour du lac Tchad.

Graphique 7: Évolution de l'incidence de la pauvreté (%) par région entre 2011 et 2018-2019



Source : PNIN, exploitation des données des ECVMA 2011 et 2014 et de l'EHCVM 2018-2019, INS, Niger

36 AFRISTAT (Organization), Méthodologie d'élaboration de la ligne de pauvreté sur une base harmonisée.

4. HABITUDES ALIMENTAIRES : FACTEURS DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE

La qualité de l'alimentation des enfants est plus importante avant l'âge de 2 ans qu'à tout autre moment de la vie. C'est pourquoi l'OMS et UNICEF recommande l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois et l'introduction d'une alimentation complémentaire adéquate à partir de six mois. La période d'alimentation complémentaire, de 6 à 23 mois d'âge, est l'une des périodes les plus difficiles pour répondre aux besoins nutritionnels des enfants³⁷. Alors que l'estomac des enfants ne peut contenir qu'une petite quantité de nourriture, leurs besoins en nutriments atteignent un pic de toute la durée de vie. Des aliments de complément et des pratiques alimentaires adéquats contribuent à la survie, à la croissance et au développement de l'enfant. Ils peuvent également prévenir les carences en micronutriments, la morbidité et l'obésité plus tard dans la vie. Entre 6 et 23 mois, ils se caractérisent par la diversité alimentaire, la densité en micro-nutriments, l'inclusion des aliments d'origine animale, des légumes et des fruits, la poursuite de l'allaitement maternel et si nécessaire et l'exposition à des aliments fortifiés/enrichis en micronutriments³⁸.

Les données disponibles ne permettent pas d'explorer par région l'ensemble des caractéristiques d'une alimentation de complément adéquate. Nous avons donc sélectionné quelques caractéristiques ci-dessous documentées.

4.1. FREQUENCE MINIMALE DES REPAS, FORTE AUGMENTATION A AGADEZ

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé comme définition de la Fréquence Minimale des Repas (FMR), la proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant une fréquence de repas minimale, à savoir, 2 repas / collations par jour pour les enfants allaités âgés de 6 à 8 mois, 3 repas / collations par jour pour les enfants nourris au sein âgés de 9 à 23 mois et 4 repas / collations par jour pour les enfants non allaités.

Au cours de la dernière décennie, la fréquence minimale des repas s'est considérablement améliorée. Entre 2012 et 2022, toutes les régions du Niger ont enregistré de fortes hausses de la proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui respectent le nombre minimum de repas par jour recommandé par l'OMS, à l'exception de la région de Tillabéri, dans laquelle la situation semble s'être détériorée.

C'est dans la région d'Agadez que la situation s'est le plus améliorée. Cela pourrait s'expliquer par l'amélioration de la situation sécuritaire et des conditions de vie des personnes, la mise en valeur des oasis et la diversification des activités socio-économiques.

La compréhension et les leçons apprises de ce succès dans toutes les régions particulièrement à Agadez, à Niamey, Zinder et Dosso peuvent permettre de faire progresser les autres indicateurs de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (Cf.graphique 8 sur l'évolution de la proportion d'enfants ayant reçu le nombre de repas comme recommandé par l'OMS).

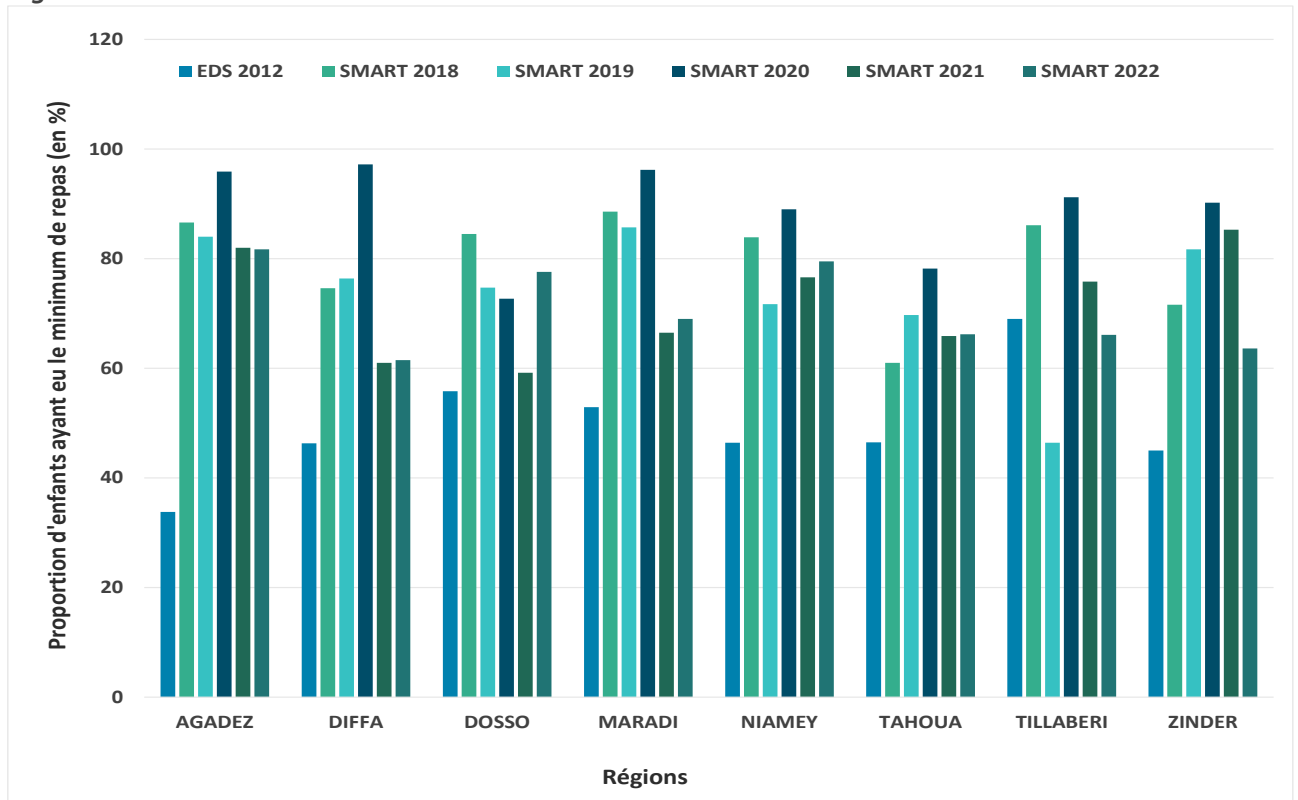
Des disparités importantes sont aussi relevées entre les régions. La région de Diffa (61,5 %) présente le taux de fréquence minimale le plus faible en 2022, suivie par la région de Zinder (63,6 %). A l'inverse, les régions d'Agadez (82,0 %) et de Niamey (76,6 %) affichent les taux les plus élevés.

³⁷ United Nations Children's Fund (UNICEF). Improving Young Children's Diets During the Complementary Feeding Period. UNICEF Programming Guidance. New York: UNICEF, 2020.

³⁸ OMS. Alimentation saine. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>



Graphique 8 : Évolution de la fréquence minimale des repas chez les enfants de 6-23 mois par région en 2012 et 2022



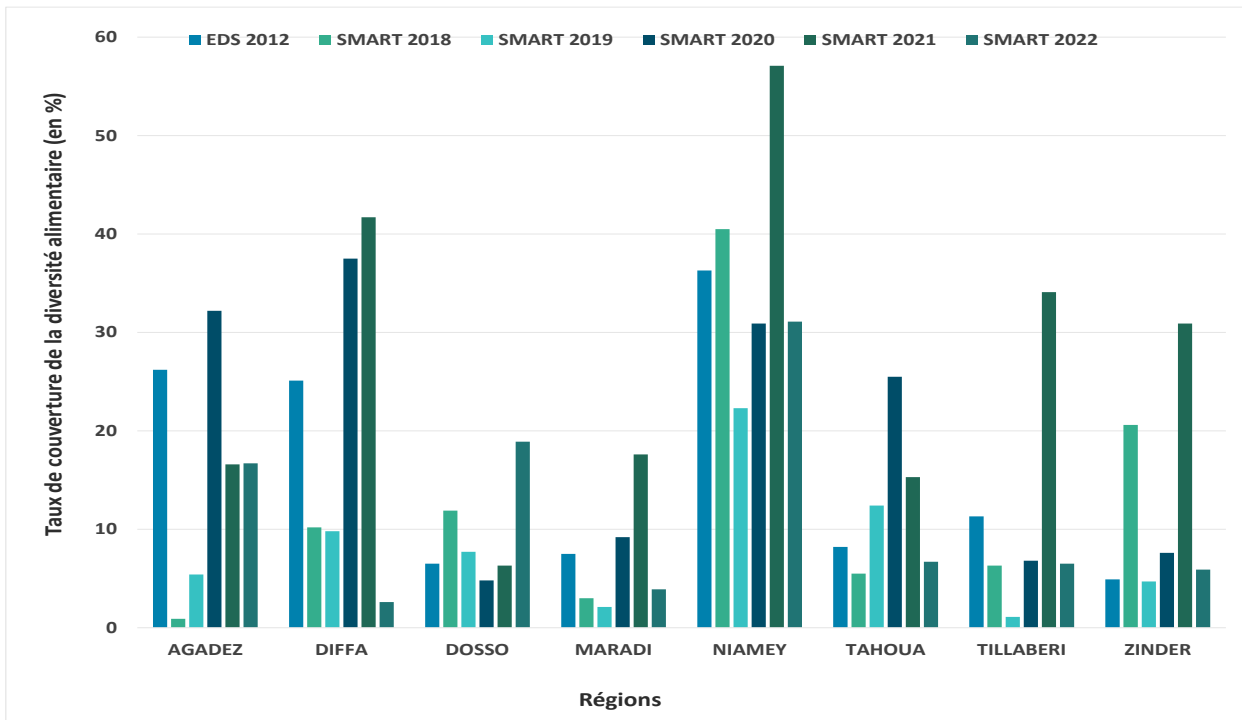
Source : PNIN, exploitation des données de l'EDS 2012 et des SMART 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, INS, Niger.

4.2. FAIBLE DIVERSITE ALIMENTAIRE A DIFFA ET MARADI EN 2022

La diversité alimentaire minimale est la proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui reçoivent des aliments de quatre (4) groupes d'aliments ou plus.

Des écarts importants sont observés entre les régions, Elle est plus faible à Diffa (3 %) et plus élevée à Niamey (31 %), . La diversité alimentaire chez les enfants de 6 à 23 mois s'est détériorée entre 2012 et 2022 dans toutes les régions du Niger, à l'exception de celles de Dosso et de Zinder, La situation s'est particulièrement dégradée dans la région de Diffa (- 23 points de pourcentage) et dans une moindre mesure dans celle d'Agadez (-10 point de pourcentage).

Graphique 9 : Évolution de la diversité alimentaire chez les enfants âgés de 6-23 mois par région entre 1992 et 2022



Source : PNIN, exploitation des données de l'EDS 2012 et des SMART 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, INS, Niger.

- Il est étonnant d'observer les fortes disparités de la diversité alimentaire entre 2012 et 2022 à Agadez dans un contexte normalement favorable sur le plan de la disponibilité et de l'accès à la nourriture. Agadez est l'une des rares régions dans lesquelles l'agriculture majoritairement irriguée (blé, maïs, pomme de terre, ail, dattes et agrumes) et l'élevage (lait et produits laitiers) sont développés et occupent les populations de façon complémentaire. De même, la ville a toujours été un carrefour pour le commerce transfrontalier. L'importance des échanges alimentaires transfrontaliers entre Agadez et l'Algérie d'une part et d'autre part la Libye permet de diversifier les disponibilités alimentaires sur les marchés locaux à des prix relativement bas par rapport aux autres régions du pays³⁹.

Suite à ces constats, Il est suggéré de continuer d'explorer par des études qualitatives additionnelles, les raisons des améliorations de la diversité alimentaire chez les enfants de 6-23 mois dans certaines régions et la dégradation dans d'autres (conduire une enquête spécifique sur la diversité et la consommation alimentaires chez les enfants de 6-23 mois).

³⁹ DUE/HC3N/INS. Enquête qualitative sur les connaissances, les pratiques et les comportements en matière d'alimentation et de nutrition chez les enfants de moins de cinq à Agadez au Niger, Rapport Provisoire PNIN N° 20, Décembre 202

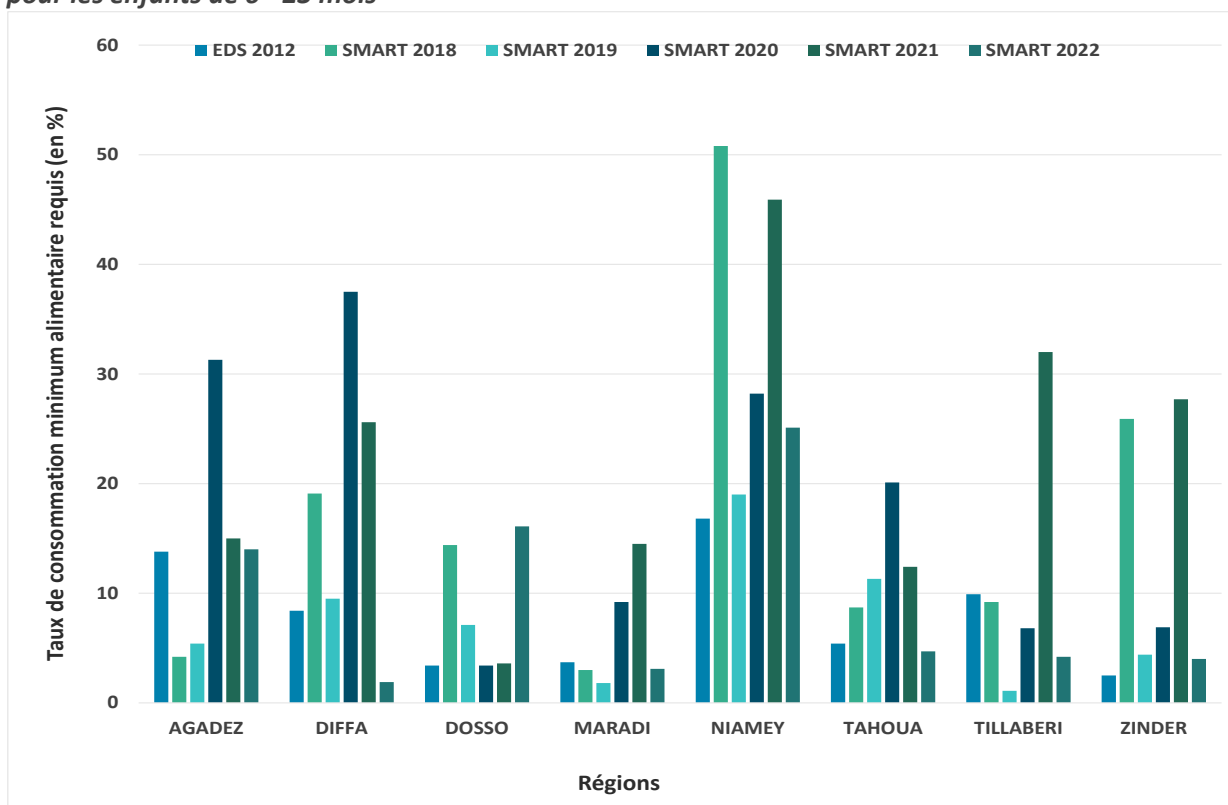


4.3. REGIME ALIMENTAIRE MINIMUM QUASI NUL A DIFFA EN 2022

Le régime minimum acceptable représente la proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui suivent un régime qui présente à la fois une diversité et une fréquence minimale.

Cette proportion varie, en 2022, de 1,9 % à Diffa à 25,1 % à Niamey. Entre 2012 et 2022, le régime minimum alimentaire s'est dégradé dans les régions de Diffa (-7 points de pourcentage) et de Tillabéri (-6 points de pourcentage).. Cependant, le régime minimum alimentaire s'est nettement amélioré dans les régions de Dosso (+ 13 points de pourcentage) et de Niamey (+8 points de pourcentage)..

Graphique 10 : Taux de consommation régionale du minimum alimentaire requis en 2012 et 2018 pour les enfants de 6 - 23 mois



Source : PNIN, exploitation des données des enquêtes EDS 2012 et des SMART 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, INS, Niger.

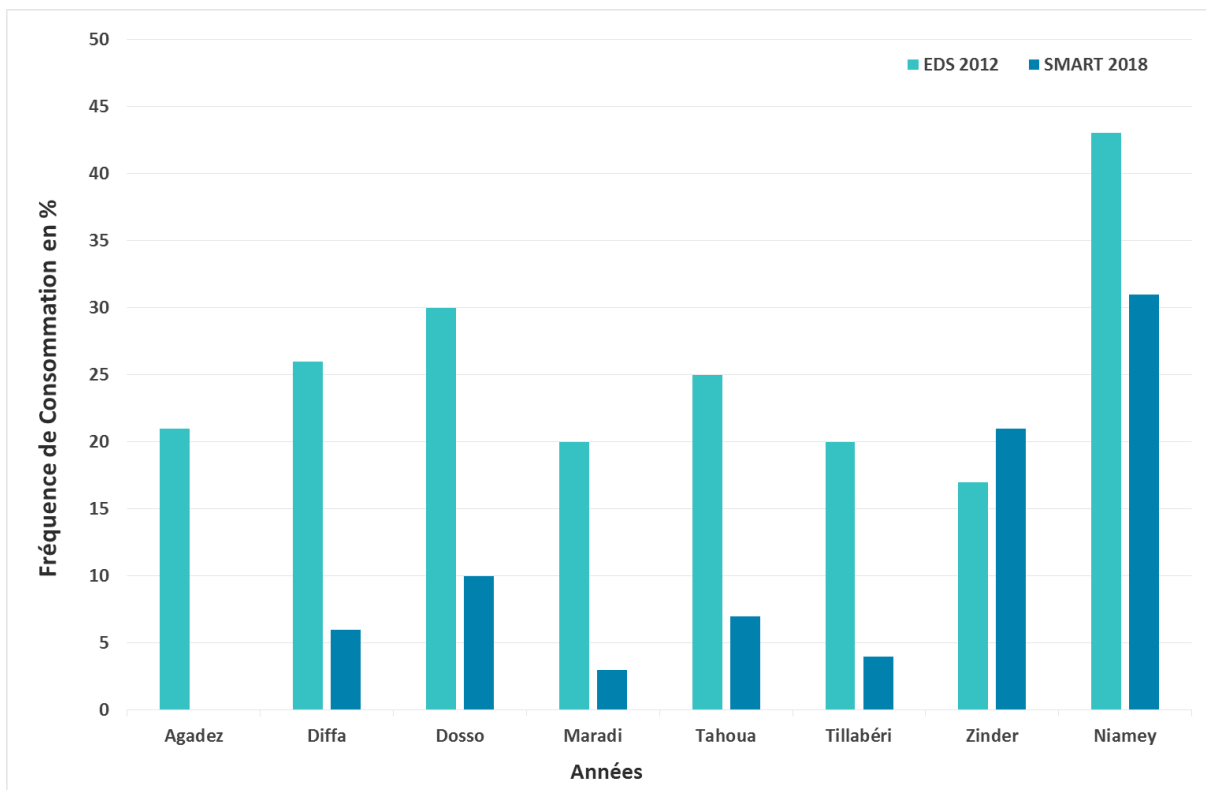
4.4. FREQUENCE DE CONSOMMATION DES DIFFERENTS GROUPES D'ALIMENTS

La présentation et l'analyse des données sur les tendances de la fréquence de consommation des différents groupes d'aliments chez les enfants de 6-23 mois par région, a été faite avec une série courte de seulement deux enquêtes (EDS 2012 et SMART 2018). Les groupes d'aliments étudiés sont les : (1) céréales, tubercules et racines ; (2) produits d'origine animale ; (3) Légumineuses (arachide, niébé, sésame et lentilles) ; (4) Fruits et légumes.

Des incohérences et inconsistances sur les tendances de la fréquence de consommation de ces quatre (4) groupes d'aliments ont été observées et ne peuvent pas être expliquées uniquement par la différence des méthodologies entre les enquêtes (**raison pour laquelle ces données ne sont pas incluses dans ce rapport**). Cependant, la fréquence de consommation des fruits et légumes (Graphique 9) permet d'illustrer ces inconsistances observées également en analysant les données

SMART entre 2019 et 2022. En effet, l'enquête SMART en 2018 par exemple, se focalise prioritairement sur la représentativité et la qualité des données anthropométriques pour fournir une base à l'action humanitaire. Cette enquête a été conduite sur une courte période de temps durant la saison de l'année de relative abondance des fruits et légumes. L'enquête EDS 2012 est en revanche une enquête lourde standardisée avec des composantes dépassant largement le domaine de la santé et nutrition. L'EDS a été conduite sur six (6) mois englobant la période de soudure ou de faible disponibilité de fruits et légumes. Le graphique ci-dessous illustre parfaitement ces incohérences difficilement justifiables à partir des données disponibles. Entre 2012 et 2018, on pourrait s'attendre à une augmentation (à la limite une stagnation) de la consommation de fruits et légumes. Agadez par exemple est une région de forte production de fruits et légumes avec une productivité croissante au fil des années. Il est donc difficile d'expliquer cette tendance atypique qui est également observée dans toutes les autres régions à l'exception de Zinder.

Graphique 11 : Fréquence (%) de consommation des fruits et légumes chez les enfants de 6-23 mois au Niger



Source : PNIN, exploitation des données de l'EDS 2012 et de la SMART 2018, INS

Les incohérences observées de la tendance de la fréquence de consommation des fruits et légumes sont également superposables à celles des autres groupes d'aliments étudiés mais non inclus dans ce rapport. Cette incohérence récurrente des données de consommation a été également observée dans les analyses sur l'anémie et la diversité alimentaire de l'enfant⁴⁰. Dans le rapport sur la prévalence et les facteurs de risque de l'anémie chez les enfants âgés de 06-59 mois, les auteurs ont posé deux questions dont les réponses dans des études d'évaluation futures des enquêtes SMART pourront apporter plus d'éclairage. Les données sur la consommation alimentaire dans les enquêtes SMART sont-elles fiables ? Les enquêtes SMART conduites

40 INS/HC3N/DUE. Prévalence et facteurs de risque de l'enfant âgé de 6-59 mois au Niger. Rapport Provisoire PNIN Niger, Décembre 2022.



annuellement pour une évaluation rapide de la situation nutritionnelle dans la perspective d’orienter l’action humanitaire sont-elles adaptées et robustes pour collecter des données de bonne qualité sur la consommation alimentaire des jeunes enfants ?

Plusieurs initiatives de collecte des données sur la consommation alimentaire ont été réalisées ou sont en cours au Niger . Il s’agit entre autres de l’enquête sur les apports nutritionnels des groupes vulnérables et l’identification d’aliments véhicules pour l’enrichissement en micronutriments au Niger avec la méthodologie FRAT et le rappel quantitatif de 24 heures⁴¹ et l’enquête du Projet Meriem (Mobiliser les Entreprises sahéniennes pour des Réponses innovantes et à large Échelle contre la Malnutrition)⁴². Le rapport sera donc actualisé au fur et à mesure en fonction de la disponibilité de ces nouvelles données, dont les rapports validés sont attendus en 2023, tout en espérant qu’elles vont apporter plus de clarté.

Il est par ailleurs important que l’INS priorise des investissements dans des données comparables, de bonne qualité et à périodicité régulière sur la consommation alimentaire afin de faire des analyses de tendance sur des séries plus longues. Cette production de données permettra de tirer des conclusions et des recommandations pertinentes pour la formulation des politiques et programmes tout en renforçant systématiquement la crédibilité des données collectées. Cette qualité douteuse des données sur la consommation alimentaire des enquêtes SMART n’est pas spécifique au Niger⁴³.

41 Institut National de la Statistique (INS) du Niger et Haut-commissariat à l’Initiative 3N (HC3N), « Apports nutritionnels des groupes vulnérables et identification d’aliments véhicules pour l’enrichissement en micronutriments au Niger. Protocole d’étude. »

42 « Mobiliser les entreprises sahéniennes pour des réponses innovantes à grande échelle contre la malnutrition ».

43 Prevel Yves Martin, « New Nutrition Data needs to add clarity, not confusion: The case of Mali ».





CONCLUSIONS

Cette première mise à jour permet de voir certaines tendances de la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq (5) ans selon les régions et certains de ses déterminants pour lesquels des données sont désagrégées. En effet, plusieurs indicateurs retenus pour l'analyse ne sont renseignés qu'au niveau national.

L'enquête complémentaire qualitative sur les connaissances, les pratiques et les comportements en matière d'alimentation et de nutrition chez les enfants de moins de cinq ans a révélé que le processus de décision dans l'alimentation et les soins donnés aux enfants est **complexe et plus collectif qu'individuel** avec la coexistence de plusieurs cercles d'influence autour de la duade mère-enfant. La complexité du processus est plus accentuée dans les régions à forte prévalence de la malnutrition chronique comme Maradi par exemple. Les nombreuses interférences qui en découlent et la survivance des normes, pratiques culturelles et rites sociaux spécifiques à chaque groupe ethnique, au-delà de la région administrative, sont fortes. Elles retardent les transformations positives attendues dans les soins et l'alimentation de l'enfant. C'est pourquoi, entre autres au cours de ces trois dernières années, il n'y a pas eu de progrès vers l'atteinte des cibles relatives à la réduction de la malnutrition chronique de l'Assemblée Mondiale de la Santé à l'horizon 2025 dans sept régions sur huit. Niamey se démarque encore des autres régions avec une prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans de niveau moyen. Toutes les autres régions présentent des prévalences très élevées avec plus de la moitié des enfants affectés à Maradi et Zinder.

Les tendances de quelques déterminants étudiés suivent un gradient croissant avec Niamey présentant les meilleures couvertures et conditions sociodémographiques favorables à une meilleure nutrition des enfants et **à l'opposé Zinder et Maradi** enregistrant les couvertures les plus faibles.

Malgré des disparités, il semble que **la croissance démographique et la forte fécondité soient parmi les principaux freins additionnels** de lutte contre la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans. Cette interprétation semble se confirmer en comparant les régions de Maradi et d'Agadez. D'ailleurs, malgré les meilleures prédispositions de production économiques pour Maradi, la forte prévalence de la malnutrition chronique risque de durer en l'absence de changement de comportements en matière de reproduction, de consommation alimentaire et de recentrage des dépenses des chefs de familles et d'Unité de Production Agricole (UPA) vers la santé et la nutrition des groupes vulnérables au niveau familial.

La **tendance régulière à la baisse** de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans à **Niamey** révèle qu'il n'y a **pas de fatalité** dans la lutte contre ce fléau au Niger.

La réduction du fardeau de la malnutrition chronique nécessite un changement de paradigme en associant les interventions de prévention centrées sur les nourrissons et les jeunes enfant à celles ciblant leurs mères et les familles et améliorent leur cadre de vie et leur nutrition⁴⁴. **Lorsque la couverture des interventions multisectorielles augmente**, la vulnérabilité pour la malnutrition diminue et les **chances d'atteindre** les cibles de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) et de l'Objectif du Développement Durable Deux (ODD2) augmentent.

44 Danaei G, Andrews KG, Sudfeld CR, Fink G, McCoy DC, Peet E, et al. (2016) Risk Factors for Childhood Stunting in 137 Developing Countries : A Comparative Risk Assessment Analysis at Global, Regional, and Country Levels. PLoS Med 13(11):e1002164.doi:10.1371/journal.pmed.1002164.

RECOMMANDATIONS

Selon cette mise à jour des analyses, il convient **d’orienter les investissements sur la lutte contre la malnutrition chronique** chez les enfants de moins de cinq (5) ans en accordant **la priorité aux régions les plus affectées**. Les investissements risquent, cependant, de ne pas avoir l’effet souhaité si les dimensions « population », « pauvreté » et “représentations sociales et comportementales défavorables à l’alimentation adéquate du nourrisson et du jeune enfant” ne sont pas prises en compte. Ces trois facteurs sont des éléments amplificateurs du fardeau de la malnutrition chronique, agissant à la fois sur ses causes et ses conséquences. La lutte contre la pauvreté est bien prise en compte dans les politiques de développement tandis que l’aspect démographique n’est abordé au Niger qu’avec l’adoption en conseil des Ministres d’une Politique Nationale de Population (PNP) en Août 2019⁴⁵. En dépit des efforts des services locaux de santé et ses partenaires, les barrières au changement social et comportemental visant l’adoption des pratiques alimentaires adéquates sont nombreuses et paraissent dans certaines régions presque “insurmontables” sans un effort massif systemique dans la prise en compte des spécificités socio-antropologiques de chaque groupe ethnique. La malnutrition chronique est causé par un ensemble complexe de facteurs de risque qu’il est important de hiérarchiser afin de les prendre en compte dans les politiques, programmes et interventions de nutrition⁴⁶.

Il semble important de régionaliser⁴⁷le développement inclusif et les programmes de prévention de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans dans la perspective de réduire les disparités régionales. Cette action passe par la prise en compte des spécificités régionales en s’inspirant du modèle de développement du système alimentaire⁴⁸ et d’accès aux services sociaux de base de Niamey⁴⁹. Il faut donc des approches différentes pour des régions selon les spécificités de chacune sur le plan des activités socio-économiques en général et des systèmes alimentaires en particulier. Les actions prioritaires destinées à réduire la malnutrition chronique seront probablement définies en fonction des systèmes de production (Agadez versus Maradi par exemple). Toutes les parties prenantes au niveau national en général et au niveau de chacune des régions en particulier, ont un rôle essentiel à jouer dans les transformations en faveur du développement de la nutrition. La responsabilité du statuquo et des dégradations ciblées en termes de niveau actuel et des tendances des indicateurs de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans est partagée par toutes les parties prenantes, y compris les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs), avec l’État dont la responsabilité primaire et le leadership sont déterminants pour plus de progrès futurs. Un des défis majeurs pour l’État est la gestion de la diversité des situations socio-culturelles et des systèmes alimentaires d’une région à une autre et parfois au sein d’une même région, dans un contexte de partenariats et d’acteurs qui se complexifie au fil de temps. La prise en compte de cette complexité devrait se faire à travers une approche multisectorielle méthodiquement installée en y intégrant des interventions relevant de nombreux secteurs, des partenaires et des groupes d’intérêt différents.

Il importe de faire une revue documentaire et des recherches formatives de type qualitatif dans d’autres régions touchées par exemple par l’insécurité et le rechauffement climatique pour expliquer d’avantage les disparités régionales et suggérer des solutions endogènes et locales. Dans ces régions comme Tillabéri, Diffa et Tahoua, l’opérationnalisation de l’approche Nexus Urgence-

45 République du Niger/Ministère de la Population., « Politique Nationale de Population, 2019-2035 »; Piveteau Alicia, « Expansion démographique : un facteur aggravant des crises au Sahel ? »

46 Siri Hundstad Quamme, Per Ole Iverson. Prevalence of child stunting in sub-saharan Africa and its risk factors. <https://doi.org/10.1016/j.nutos.2022.01.009>

47 Raynaut Claude, « Recherches multidisciplinaires sur la région de Maradi : essai de Synthèse ».

48 Brisson, Emile-geay, et Angelo, Systèmes d’approvisionnement et de distribution alimentaires.

49 OMS Niger, Rapport annuel 2014.



Développement et Paix pour la Nutrition serait plus pertinente⁵⁰. En effet, la contextualisation des déterminants de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans permet de comprendre pourquoi par exemple des pratiques néfastes à l'état de santé et de nutrition persistent de façon dramatique⁵¹. Au Niger, la compréhension et la réponse adéquate pour améliorer de façon systémique l'ensemble des éléments du contexte social, économique, infrastructurel, éducatif, sanitaire, alimentaire et environnemental (eau et assainissement) de la malnutrition chronique des moins de cinq ans, pourrait permettre d'intégrer de façon efficiente l'action humanitaire aux programmes de développement à long terme. L'action humanitaire massive depuis 2005 a été la principale porte d'entrée à la mise en œuvre des programmes de nutrition. L'abondante littérature existante sous différents angles sur les crises alimentaires/actions humanitaires et la faible documentation sur les actions de prévention de la malnutrition chronique au Niger reflètent cette situation. Toutefois, La volonté politique de réduire le retard de croissance est manifeste au Niger à travers la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle et son plan d'action 2021-2025. Des évolutions favorables à la mise en oeuvre des voies de transformation des systèmes alimentaires durables⁵² et à l'opérationnalisation de l'approche nexus-urgence-développement-paix pour la nutrition sont observées au niveau national et dans certaines régions plus affectées par l'insécurité. L'amplification des investissements dans ces deux champs à tous les niveaux (communautaire, infra-national et national), ciblant à la fois les nourrissons et les jeunes enfants, leurs mères et les familles mettra le Niger sur la trajectoire de la réduction de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans. La réduction du retard de croissance chez l'enfant est un levier pour stimuler durablement le développement d'un pays.

⁵⁰ INS/HC3N/DUE. Approche Nexus Urgence-Développement dans le domaine de la nutrition : avancées, Défis, nouveaux enjeux et perspectives. Rapport d'analyse PNIN N° 16, Janvier 2022. <https://pnin-niger.org/pnin-doc/web/uploads/documents/110/Doc-20220504-133346.pdf>

⁵¹ Hampshire K et al., « The Social Context of Childcare Practices and Child Malnutrition in Niger's Recent Food Crisis. »

⁵² HC3N/Nations Unies. Note de synthèse des concertations nationales sur les systèmes alimentaires au Niger. Septembre 2021. <https://pnin-niger.org/pnin-doc/web/uploads/documents/104/Doc-20210908-115353.pdf>





BIBLIOGRAPHIE

Abarchi, Ranaou. « Discours du Ministère de la Sante Publique, atelier de validation du Plan Stratégique National de Sante Communautaire (PSNSC) 2019-2023 ». Niamey, Niger, 2019.

AFRISTAT (Organization). Méthodologie d'élaboration de la ligne de pauvreté sur une base harmonisée : bilan dans les états membres d'AFRISTAT. Bamako, Mali: AFRISTAT, 2009.

Ag Bendeche, Mohamed, Michel Chauliac, et Denis Malvy. « Alimentation de rue, mutations urbaines et différenciations sociales à Bamako (Mali) ». *Sciences Sociales et Santé* 16, n° 2 (1998): 33-59. <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1425>.

Agnes R. Quisumbing, Meizen-Dick, Ruth Suseela, et Jemimah Njuki. Rapport annuel 2019 sur les tendances et les perspectives Egalité des genres en Afrique rurale : des engagements aux résultats: Synopsis. International Food Policy Research Institute (IFPRI);Washington DC, 2019.

Banque Mondiale. « Gérer les risques, promouvoir la croissance : Développer les systèmes de protection sociale en Afrique : Une stratégie de protection sociale de la Banque Mondiale 2012-2022. » Rapport BM IRD. PDC Togo/IRD/UNICEF/BM., novembre 2012.

Brisson, Eduardo, Pauline Emile-geay, et Lou Angelo. *Systèmes d'approvisionnement et de distribution alimentaires*. Agence Française de Développement (AFD). Rapports Techniques 50. Niger, 2019. <https://www.afd.fr/fr/ressources/systemes-dapprovisionnement-et-de-distribution-alimentaires>.

de Sardan, Olivier J.P, V. Ridde, A Diarra, et A Ousseini. *Pour une réflexion sur la gratuité des soins au Niger*. Niamey, Niger: Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL), 2010.

Diakite, Mado. « Protection sociale et nutrition. Communication personnelle. » Atelier de formation sur les concepts de Nutrition organisé par la PNIN, Niamey, Niger, 23 avril 2019.

Hampshire K, Casiday R, Kilpatrick K, et Panter-Brick C. « The Social Context of Childcare Practices and Child Malnutrition in Niger's Recent Food Crisis. » *Disasters* 33, n° 1 (2009): 132-51.

Ilaria, Carnevali. « Discours de l'UNICEF, atelier de validation du Plan Stratégique National de Sante Communautaire (PSNSC) 2019-2023 ». Niamey, Niger, 2019.

Institut National de la Statistique du Niger. « Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2012 », 2012.

Institut National de la Statistique (INS) du Niger, et Haut-commissariat à l'Initiative 3N (HC3N). « Apports nutritionnels des groupes vulnérables et identification d'aliments véhicules pour l'enrichissement en micronutriments au Niger. Protocole d'étude. » INS du Niger, 2019.

Institut National de la Statistique, Plateforme Nationale d'Information pour le Nutrition, et Haut-Commissariat à l'Initiative 3N. « Rapport N°02 sur les tendances nationales de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans au Niger. Rapport INS/HC3N, Janvier 2020, Niamey, Niger », s. d.

Keith, Nancy, et Mariatou Koné. « Étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des communautés vis-à-vis de la nutrition, des soins primaires de santé pour la femme enceinte et le nourrisson, l'accès à l'eau potable, l'hygiène, l'hygiène et l'assainissement, l'accès aux soins de santé pour le jeune Enfant dans la région de Maradi au Niger ». UNICEF Niger, Rapport Final, novembre 2017.

Koné, Mariatou. « Stratégies des ménages et malnutrition infantile dans la région de Madarounfa ». *Afrique contemporaine* n° 225, n° 1 (1 septembre 2008): 161-97.

Gret. « Mobiliser les entreprises sahéniennes pour des réponses innovantes à grande échelle contre la malnutrition ». Consulté le 11 janvier 2020. <https://www.gret.org/projet/entreprises-innovation-malnutrition/>.

OMS Niger. *Rapport annuel 2014*, 2014. <https://www.afro.who.int/publications/rapport-annuel-2014-oms-niger>.

Onis, Mercedes de, Elaine Borghi, Mary Arimond, Patrick Webb, Trevor Croft, Kuntal Saha, Luz Maria De-Regil, et al. « Prevalence Thresholds for Wasting, Overweight and Stunting in Children under 5 Years ». *Public Health Nutr. Public Health Nutrition* 22, n° 1 (2019): 175-79.

Piveteau Alicia. « Expansion démographique : un facteur aggravant des crises au Sahel ? » *Les Yeux du Monde*, 10 décembre 2019. <https://les-yeux-du-monde.fr/actualite/actualite-analysee/42341-expansion-demographique-danger-pays-g5-sahel>.

Plateforme Nationale d'Information pour le Nutrition. « Atelier d'interprétation des données de Maradi, Communication personnelle d'un participant de Maradi sur les pratiques des dépenses d'alimentation ». Maradi Niger, 28 octobre 2019.

Prevel Yves Martin. « New Nutrition Data needs to add clarity, not confusion: The case of Mali », 2015.

https://www.researchgate.net/publication/283639171_The_Global_Nutrition_Report_2015_what_we_need_to_do_to_advance_progress_in_addressing_malnutrition_in_all_its_forms.

Raynaud, Claude. « Aspects socio-économiques de la préparation et de la circulation des repas dans un village hausa (Niger) ». *Cahiers d'études Africaines* 17, n° 4 (1987): 569-97.

Raynaud, Claude. « Le privilège urbain: conditions de vie et santé au Niger ». *Politique africaine*, n° 28 (1987): 42-52.

Raynaud Claude. « Recherches multidisciplinaires sur la région de Maradi : essai de Synthèse ». GRID, Université de Bordeaux II, mars 1980.

Raynaud, Claude, Tatiana Engel Gerhardt, et Eleusis R. Nazareno. « Pauvreté, inégalités économiques et disparités de santé : conditions de vie et stratégies d'acteurs ». *Face à face. Regards sur la santé*, n° 4 (1 juin 2002). <http://journals.openedition.org/faceface/489>.

Raynaud, Claude, et Emmanuel Grégoire. *Societies and Nature in the Sahel*. London; New York: Routledge, 1997. <http://site.ebrary.com/id/10062874>.

République du Niger/Ministère de la Population. « Politique Nationale de Population, 2019-2035 », 23 août 2019.

Tchibindat Félicite. « Discours de l'UNICEF lors du lancement du projet sur l'éducation des filles au Niger sur financement du Canada ». Niamey, Niger, octobre 2019.

Tefft, James F., et Valerie A. Kelly. « Comprendre et Réduire La Malnutrition Au Mali: Resultats de Recherches Preliminaires Du Projet Sur Les Liens Entre La Nutrition Infantile et La Croissance Agricole (LICNAG) ». Food Security International Development Policy Syntheses. Michigan State University, Department of Agricultural, Food, and Resource Economics, 2003. <https://ideas.repec.org/p/ags/midips/11421.html>.

UNICEF, et Hamadou Boureima. « Nutrition et santé : place des interventions curatives,



préventives et promotionnelles dans la lutte contre la malnutrition ; partenariat et évolution de la Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë sévère au Niger à la veille du forum Nutrition for Growth-Japon 2020 ». Forum Nutrition for Growth, 2019.

INS/HC3N. DUE/HC3N/INS. Enquête qualitative sur les connaissances, les pratiques et les comportements en matière d'alimentation et de nutrition chez les enfants de moins de cinq à Maradi Niger, Rapport Provisoire PNIN N° 20, Décembre 2022

Ministère du Plan. Plan de Développement Sanitaire et Social (PDES 2022-2026). Diagnostic Stratégique. Volume 1, Mai 2022, Niamey

INS/HC3N/UNICEF/MF/SUN/PNIN/ACF/AFD/DUE. Rapport sur l'analyse des allocations budgétaires et des dépenses annuelles de l'Etat dans le secteur nutrition 2016-2017. Rapport d'analyse. <https://pnin-niger.org/pnin-doc/web/uploads/documents/74/Doc-20201125-160822.pdf>

INS/HC3N. Baisse de la Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans de 2006 à 2012 au Niger : cas de Niamey. Rapport PNIN N° 09, Janvier 2021. <https://pnin-niger.org/pnin-doc/web/uploads/documents/94/Doc-20210323-111911.pdf>

DUE/HC3N/INS. Enquête qualitative sur les connaissances, les pratiques et les comportements en matière d'alimentation et de nutrition chez les enfants de moins de cinq à Maradi Niger, Rapport Provisoire PNIN N° 20, Décembre 2022

DUE/HC3N/INS. Enquête qualitative sur les connaissances, les pratiques et les comportements en matière d'alimentation et de nutrition chez les enfants de moins de cinq dans les régions d'Agadez et Maradi au Niger, Version provisoire du Synopsis PNIN, Décembre 2022

DUE/HC3N/INS. Enquête qualitative sur les connaissances, les pratiques et les comportements en matière d'alimentation et de nutrition chez les enfants de moins de cinq à Agadez au Niger, Rapport Provisoire PNIN N° 20, Décembre 2022

INS/HC3N/DUE. Prévalence et facteurs de risque de l'anémie chez les enfants âgé de 6-59 mois au Niger. Rapport Provisoire PNIN Niger, Décembre 2022.

Danaei G, Andrews KG, Sudfeld CR, Fink G, McCoy DC, Peet E, et al. (2016) Risk Factors for Childhood Stunting in 137 Developing Countries : A Comparative Risk Assessment Analysis at Global, Regional, and Country Levels. PLoS Med 13(11):

e1002164. doi:10.1371/journal.pmed.1002164

Siri Hundstad Quamme, Per Ole Iverson. Prevalence of child stunting in sub-saharan Africa and its risk factors. <https://doi.org/10.1016/j.nutos.2022.01.009>

INS/HC3N/DUE. Approche Nexus Urgence-Développement dans le domaine de la nutrition : avancées, Défis, nouveaux enjeux et perspectives. Rapport d'analyse PNIN N° 16, Janvier 2022. <https://pnin-niger.org/pnin-doc/web/uploads/documents/110/Doc-20220504-133346.pdf>

HC3N/Nations Unies. Note de synthèse des concertations nationales sur les systèmes alimentaires au Niger. Septembre 2021. <https://pnin-niger.org/pnin-doc/web/uploads/documents/104/Doc-20210908-115353.pdf>

REMERCIEMENTS

Cette version du document a reçu les contributions des personnes présentes à l'atelier d'interprétation de la PNIN du 28 au 30 octobre 2019 à Maradi :

- **Mr. Benedict Tabjojombeng**, Responsable Unité Nutrition au Programme Alimentaire Mondial (PAM)
- **Dr. Gervais Ntandou Bouzitou**, Expert Nutrition et systèmes alimentaires, Assistant Technique FIRST/FAO-HC3N
- **Prof. Haoua Sabo Seyni**, FAST/Université Abdou Moumouni
- **Mr. Lawson Late Crespin**, Direction Régionale de l'INS de Maradi
- **Prof. Mahamane Sani Aminou**, Nutritionniste /FSS/ Université Abdou Moumouni
- **Mr. Maman Aminou Amadou**, Nutritionniste, Société de Transformation Alimentaire (STA)
- **Dr. Marte Diarra**, Experte Genre, Cabinet d'Etudes CRAMS-EXRA
- **Dr. Nassirou Ousmane**, Directeur de la Direction de la Nutrition, Ministère de la Santé Publique (MSP)
- **Dr. Saley Kaka**, Institut National de Recherche Agronomique du Niger (INRAN)
- **Mr. Souley Adamou**, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Maradi





Institut National de la Statistique du Niger

&

Haut-Commissariat à l'Initiative 3N « les Nigériens Nourrissent les Nigériens »