

Niger

Validé les 21 et 22 Decembre 2015



REACH

ACCELERATING THE SCALE-UP OF FOOD AND NUTRITION ACTIONS

Acronymes

CRENAM: Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour Modérés

CRENAS: Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour Sévères

CRENI: Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive

EDS: Enquête démographique et de la Santé

INS : Institut National de la Statistique

MAG: Malnutrition Aigue Globale

MAM : Malnutrition Aigue Modérée

MAS : Malnutrition Aigue Sévère

MC: Malnutrition Chronique

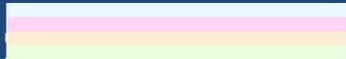
MII: Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide

MSP: Ministère de la Santé Publique

RGP/H: Recensement Général de la Population et de l’Habitat

SAP: Système d’Alerte Précoce

1. Situation nutritionnelle: tendances de la sous-nutrition et groupes de population les plus affectés.



REACH

ACCELERATING THE SCALE-UP OF FOOD AND NUTRITION ACTIONS



Introduction aux données utilisées pour l'analyse de la situation nutritionnelle

- Les enquêtes nationales de nutrition (SMART), réalisées régulièrement au Niger depuis 2006, ont facilité l'analyse des tendances de la malnutrition aiguë et chronique chez les enfants de 6-59 mois.
- *L'insuffisance pondérale globale* (exprimée au moyen de l'indice poids/âge), *l'état nutritionnel des femmes en âge de procréer* (selon l'Indice de Masse Corporelle) et d'autres indicateurs de soins, non déterminés au cours des enquêtes SMART, sont recueillis sur le dernier rapport EDS 2012.
- L'aspect démographique est traité dans le dernier rapport du RGP/H de 2012.
- D'autres références, notamment l'Enquête conjointe sur la Vulnérabilité des Ménages (SAP/INS 2014-2015), et l'enquête Survie de l'Enfant (MSP/INS 2010) ont aussi été utilisées.
- Cette analyse de la situation nutritionnelle, qui combine les principaux déterminants de l'état nutritionnel pour une meilleure orientation des acteurs à tous les niveaux, a aussi permis de constater la nécessité de conduire certaines études dont les données sont soit obsolètes (Vitamine A, fer), soit inexistantes (zinc).

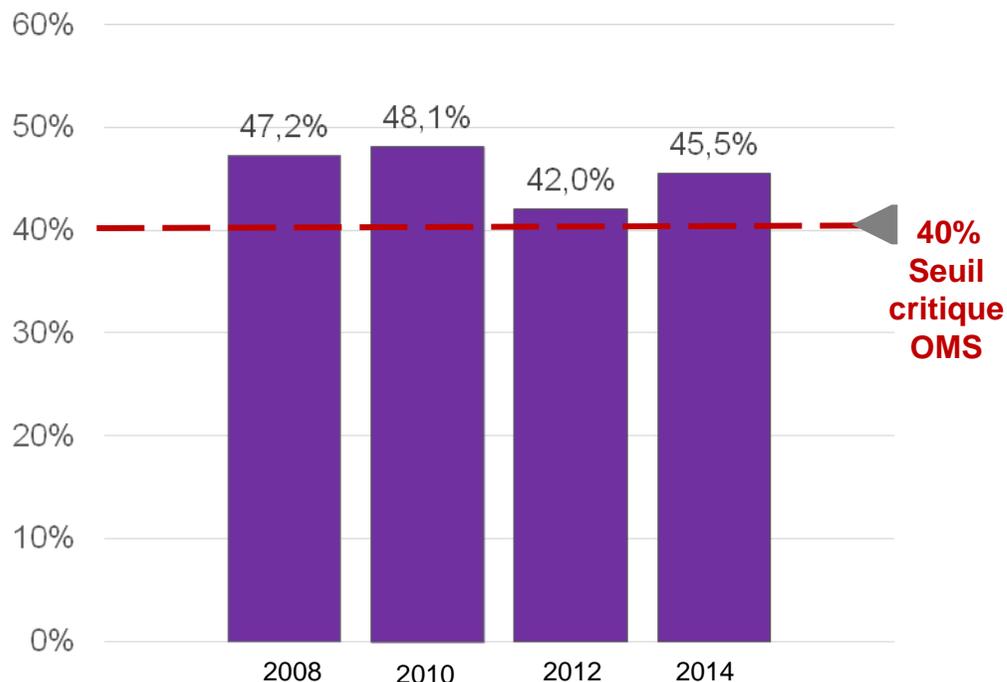
Indicateurs anthropométriques:

Malnutrition chronique, malnutrition aigue et insuffisance pondérale

De 2008 a 2014, les taux de malnutrition sont toujours restés au-dessus des seuils d'alerte fixés par l'OMS

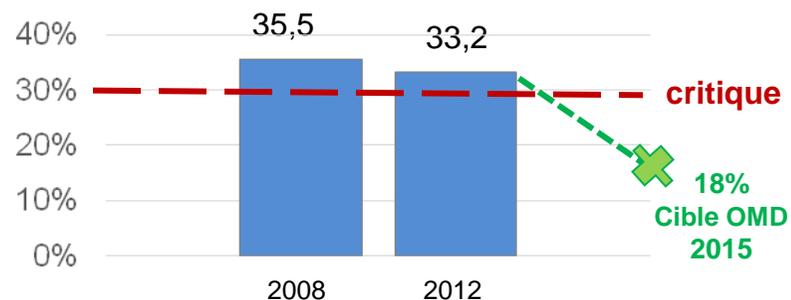
I. Malnutrition chronique globale

% enfants 6-59 mois



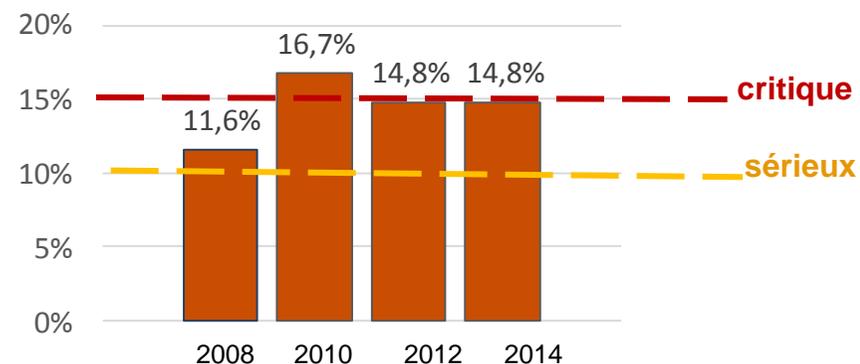
Insuffisance pondérale

% enfants 6-59 mois



Malnutrition aigüe globale

% enfants 6-59 mois

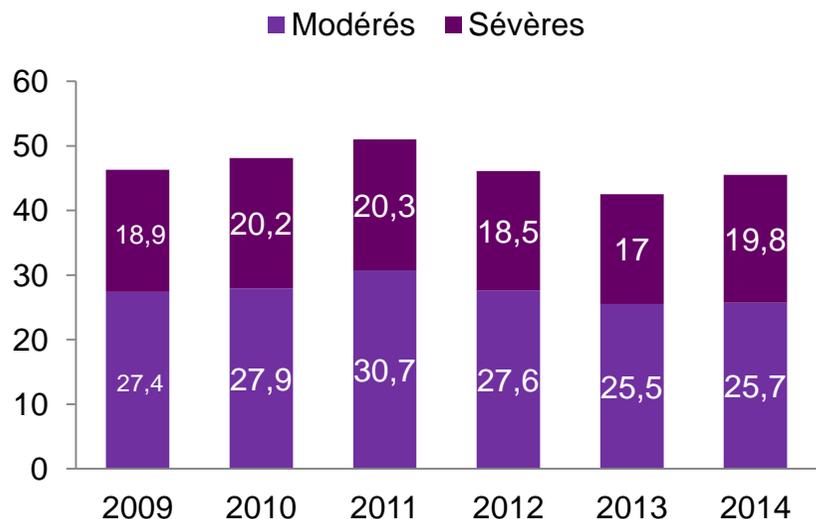


Que ce soit pour la malnutrition chronique ou la malnutrition aigue, il y a systématiquement une grande proportion d'enfants touchés depuis 2009

Parmi les malnutris chroniques une forte proportion des cas sévères: environ 1 enfant sur 5 sur les 6 ans

Le seuil d'urgence de 2% de malnutris aigus sévères est dépassé presque chaque année depuis 2009

% enfants 6-59 mois souffrant de malnutrition chronique

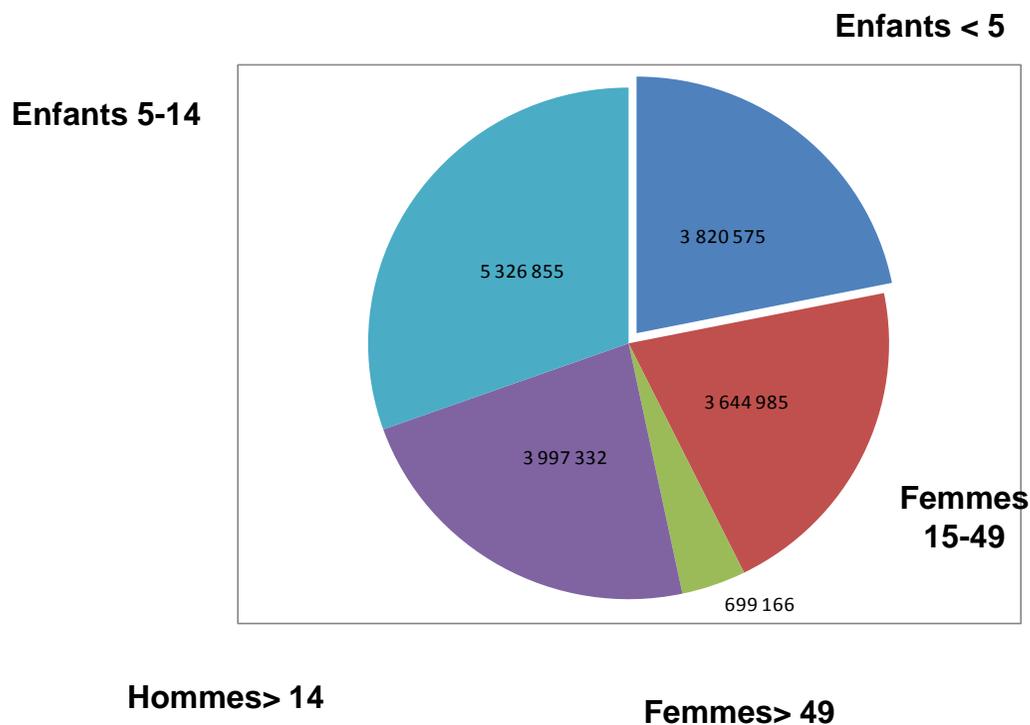


% enfants 6-59 mois souffrant de malnutrition aigue



Le taux de fécondité du Niger est très élevé et les enfants de moins de cinq ans représentent près d'une personne sur cinq

Données démographiques

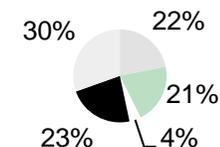


Un pays jeune, avec un taux de fécondité de 7,6 enfants par femme.

Près de 5 millions d'enfants de moins de cinq ans.

Population estimates (2014)

- Children <5
- Women 15-49
- Women > 49
- Men >14
- Children 5-14

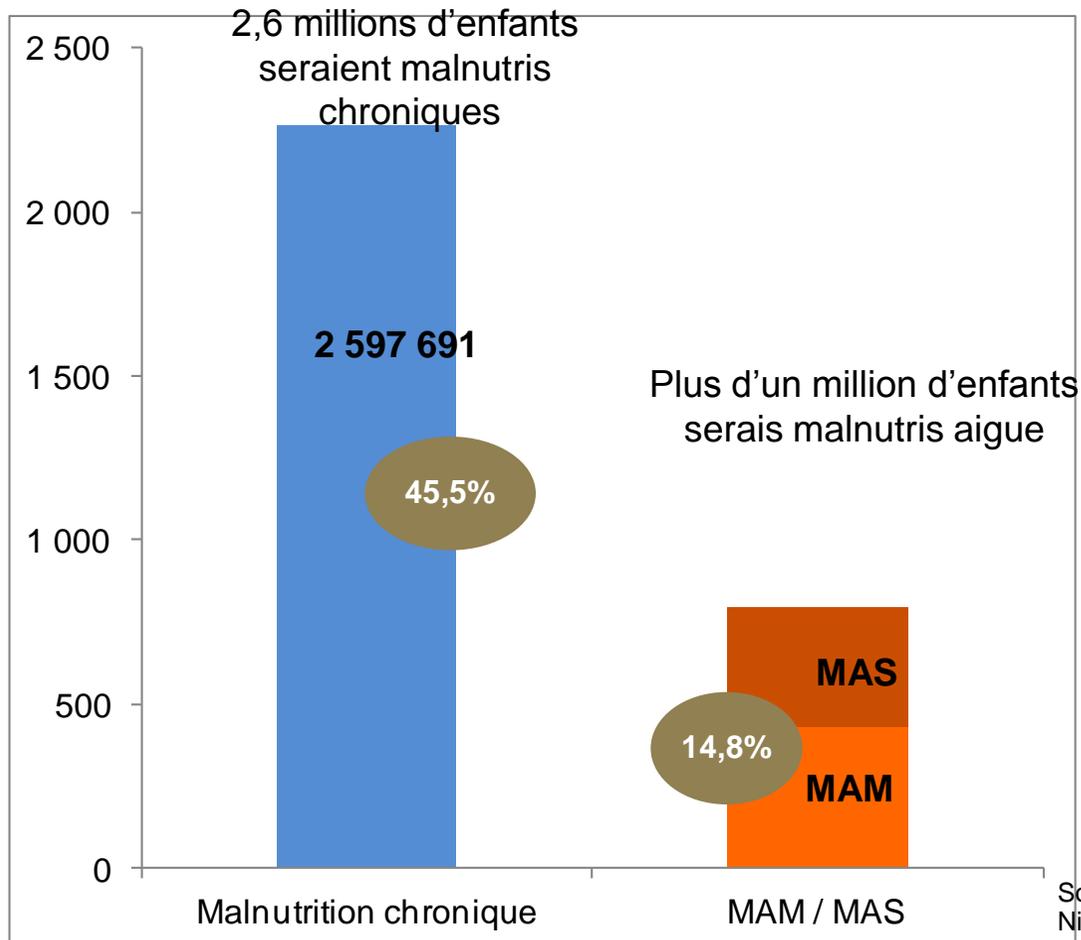


Les hautes prévalences associées à la rapide croissance démographique engendrent des chiffres de la malnutrition qui se comptent en millions

Selon les prévalences issues de la dernière enquête (juillet 2014) au Niger:

Croissance démographique: 3,9%

Enfants 6-59 mois

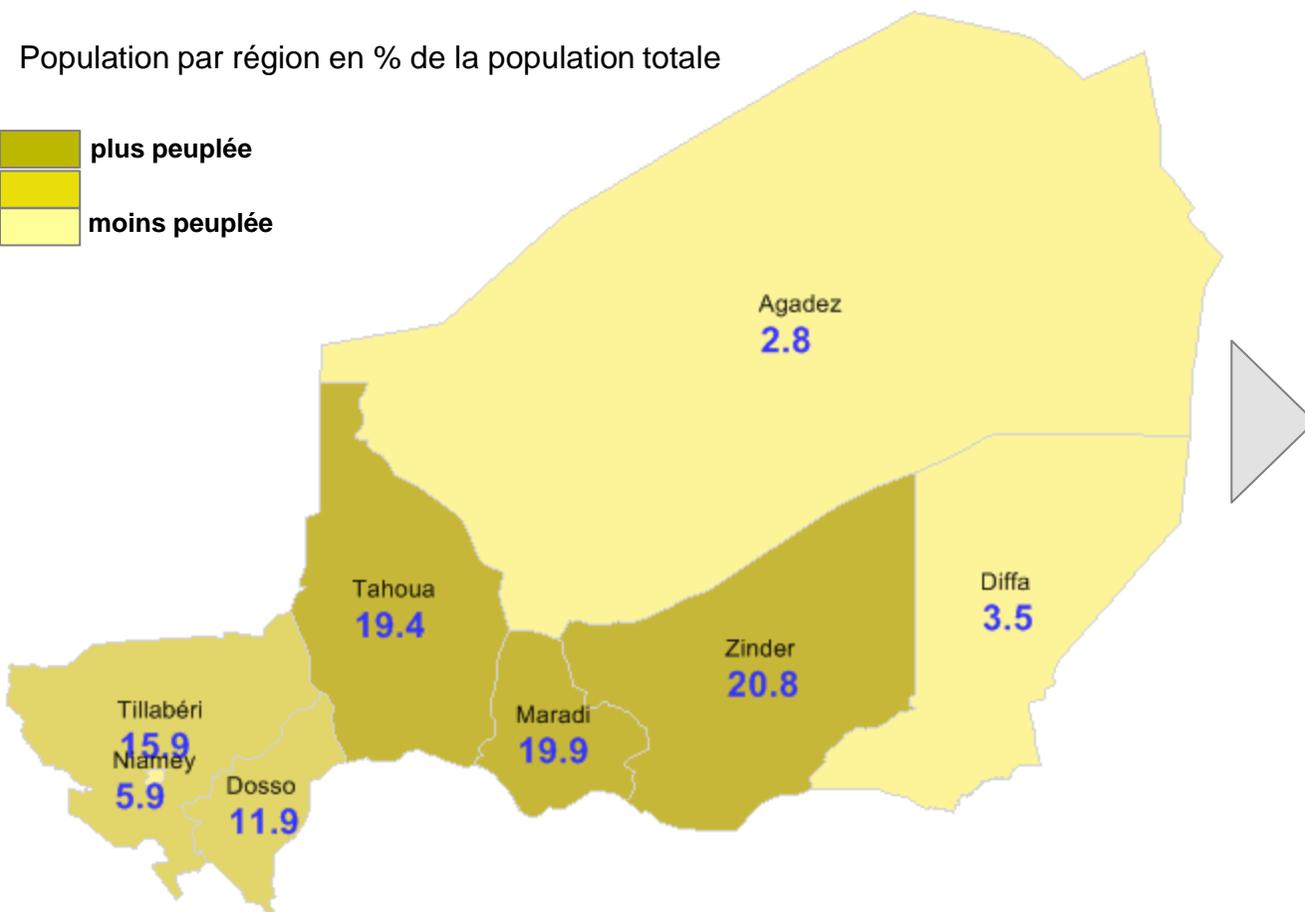


Le Niger est l'un des 24 pays où le nombre d'enfants malnutris chroniques est le plus élevé.

Au total sur l'année 2014, 796927 enfants malnutris aigües ont été admis dans les CRENI/CRENAS/CRENAM, dont 45,78% sont des cas sévères.

Source: Enquête nationale nutrition 2014 INS / Population 2014 INS Niger

Les régions de Tahoua, Maradi et Zinder concentrent les plus forts taux de population

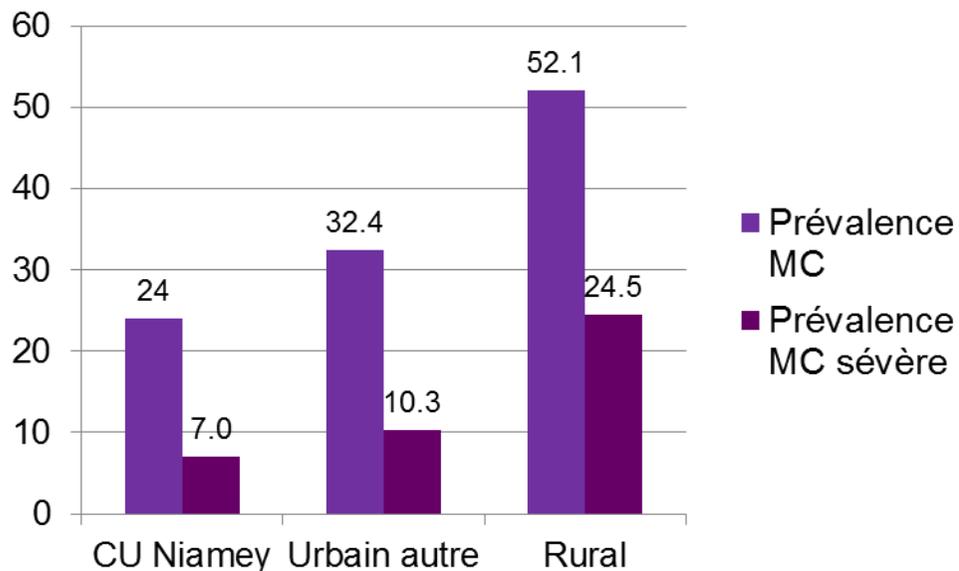


Maradi Tahoua, et Zinder concentrent près de 60% de la population (2012)

En 2014, les enfants malnutris se trouvent plus dans le milieu rural que dans le milieu urbain

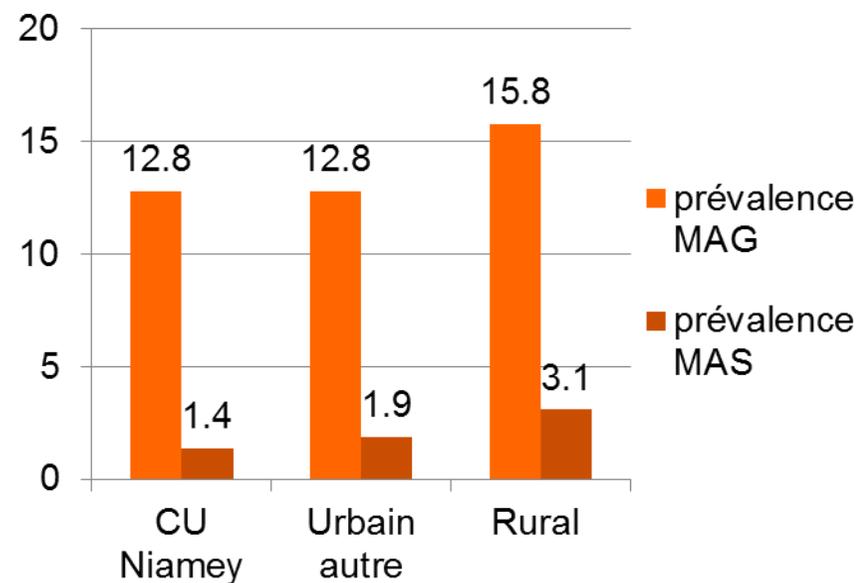
La malnutrition chronique sévère touche plus les enfants du milieu rural que urbain

% enfants 0-59 mois



La prévalence de malnutrition aigue est plus élevée en milieu rural

% enfants 6-59 mois



CU : Centre Urbain

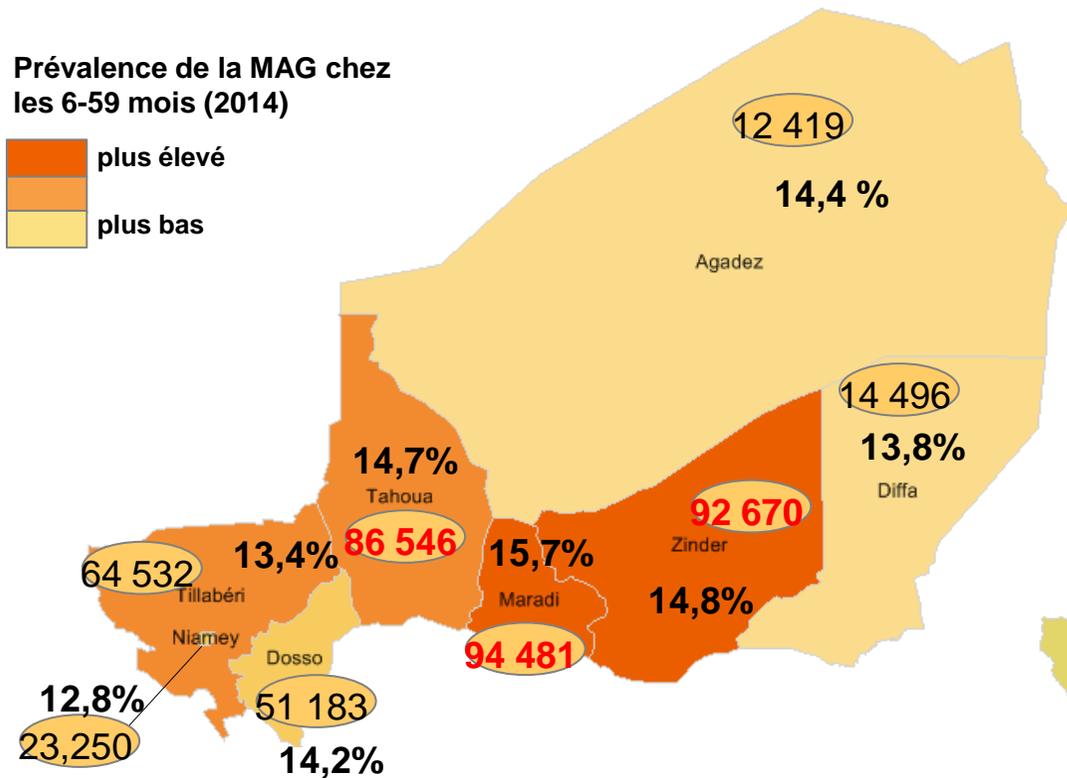
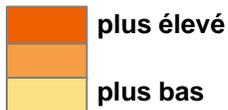
Source: Enquête nationale nutrition-INS-2014

Les régions les plus peuplées (Maradi, Zinder, Tahoua), sont celles qui ont les plus fortes prévalences et qui renferment le plus grand nombre de malnutris aigües (75%)

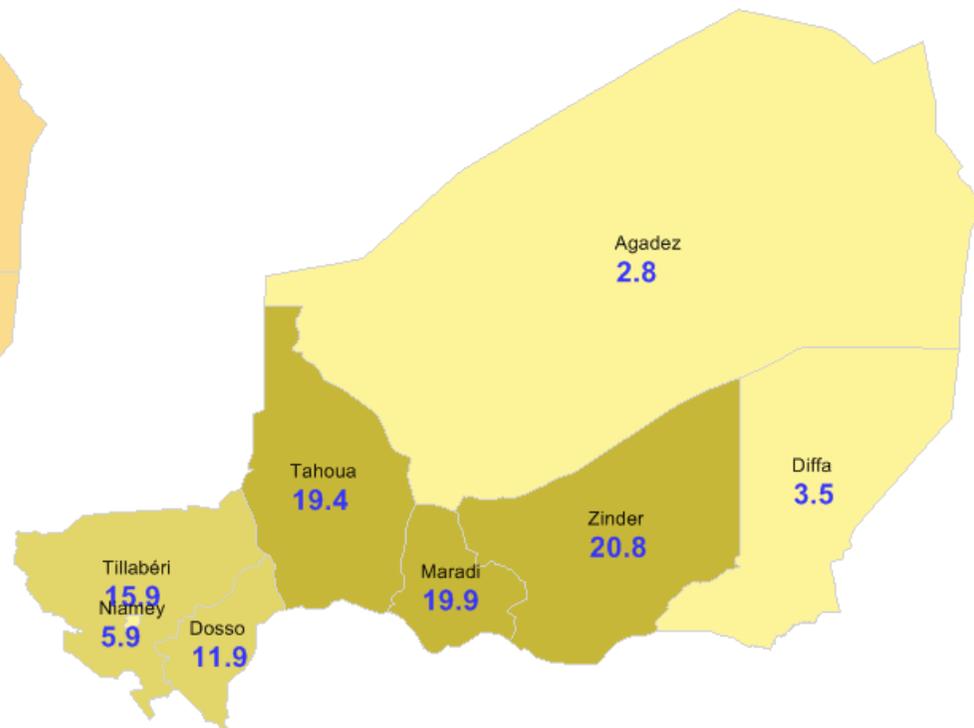
Les régions de Maradi et Zinder ont les plus hautes prévalences de malnutrition aigue ainsi que les plus grand nombres d'enfants malnutris

Nombre de 6-59 mois atteints de MAG (2014)

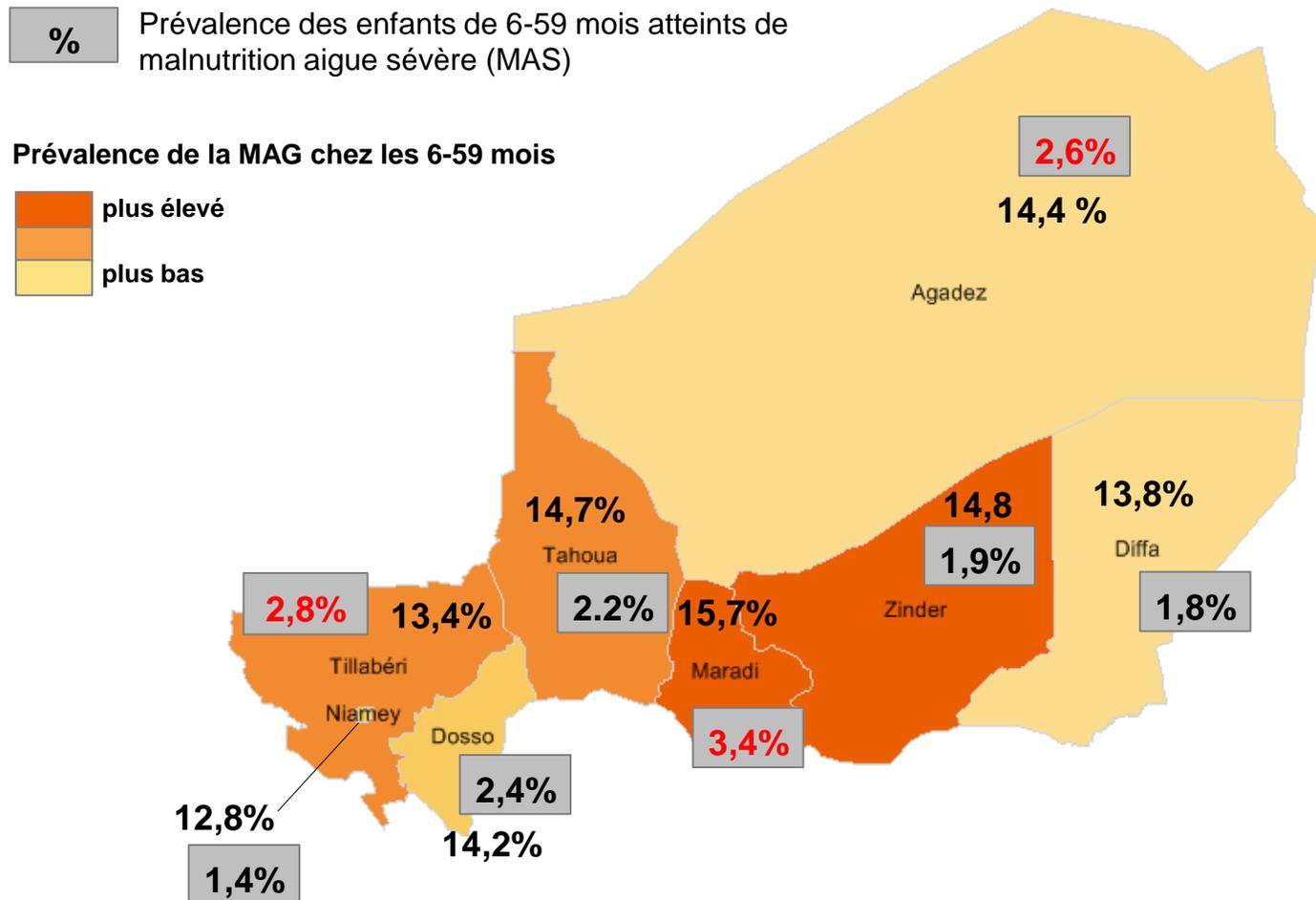
Prévalence de la MAG chez les 6-59 mois (2014)



Population par région en % de la population totale:

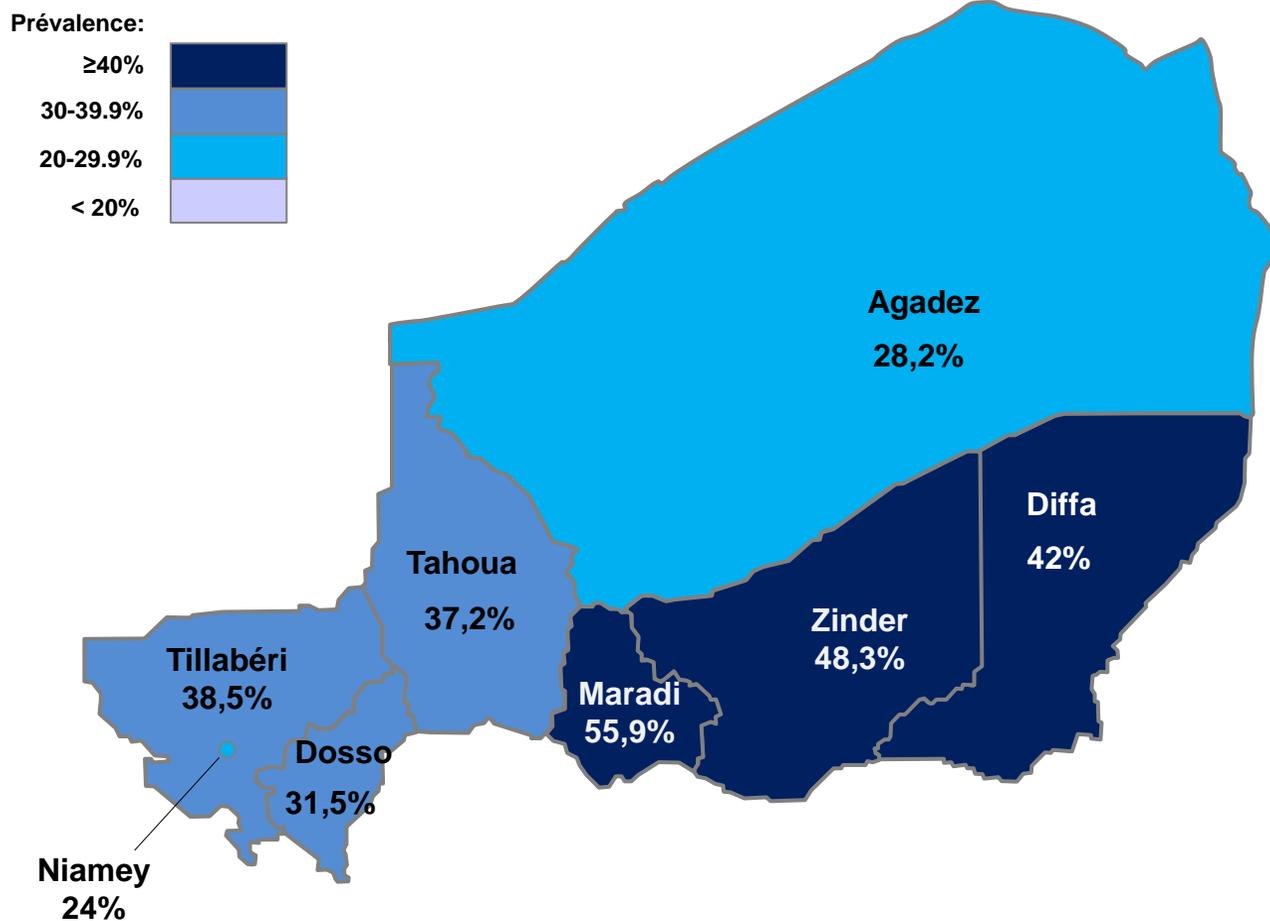


Les régions de Tillabéri et Agadez ont de hautes prévalences de malnutrition aigue sévère (MAS) chez les enfants de 6 à 59 mois, bien que les prévalences de MAG ne sont pas les plus élevées



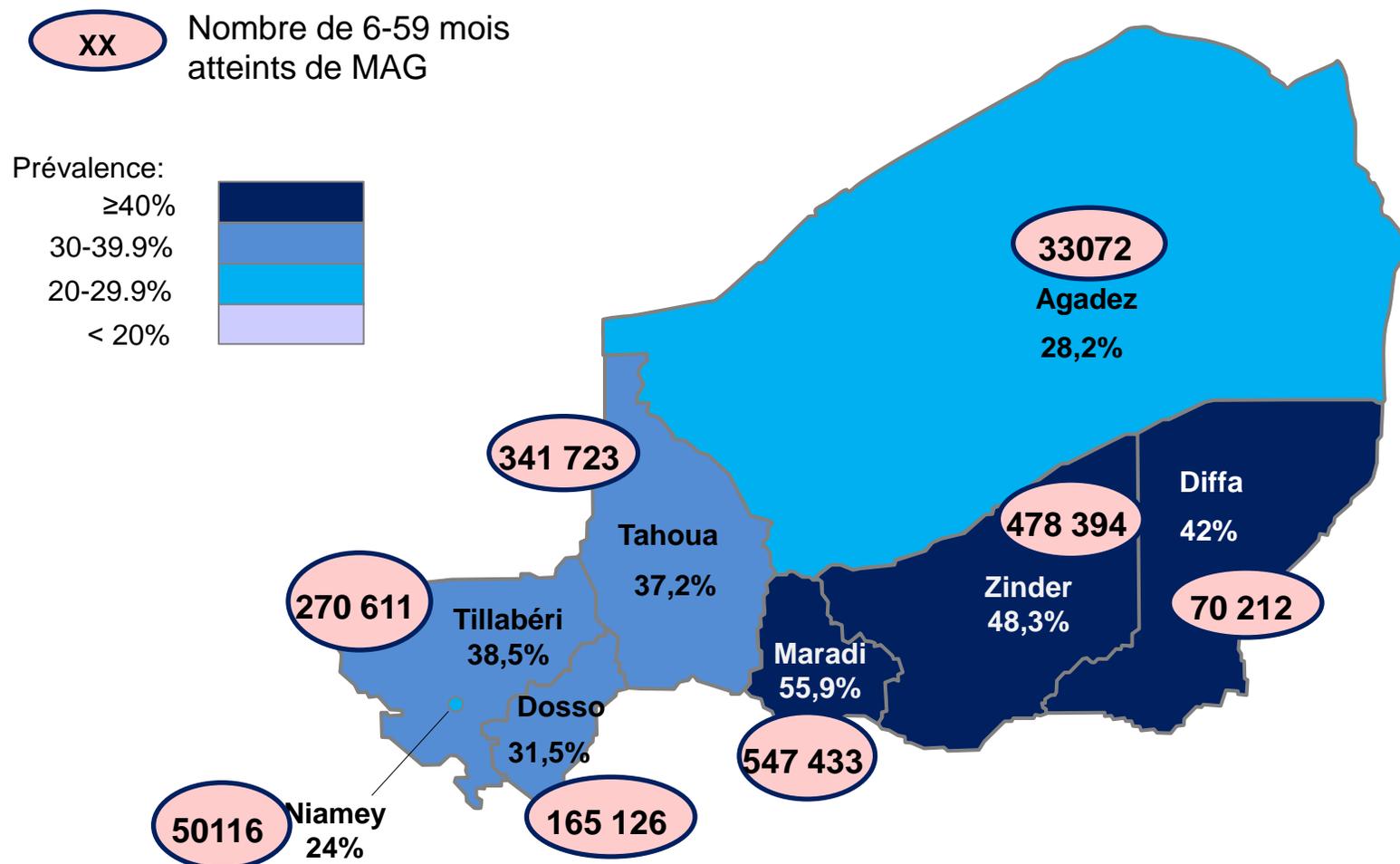
Les taux de malnutrition chronique sont élevés dans toutes les régions. A Maradi, Zinder et Diffa les prévalences dépassent le seuil critique de 40%

Prévalence de la malnutrition chronique



Maradi et Zinder sont les régions les plus peuplées et celles qui ont les plus fortes prévalences. Elles enregistrent à elles seules, plus de la moitié des enfants malnutris chroniques (53%)

Malnutrition chronique: prévalences et nombres absolus



Synthèse en 2014

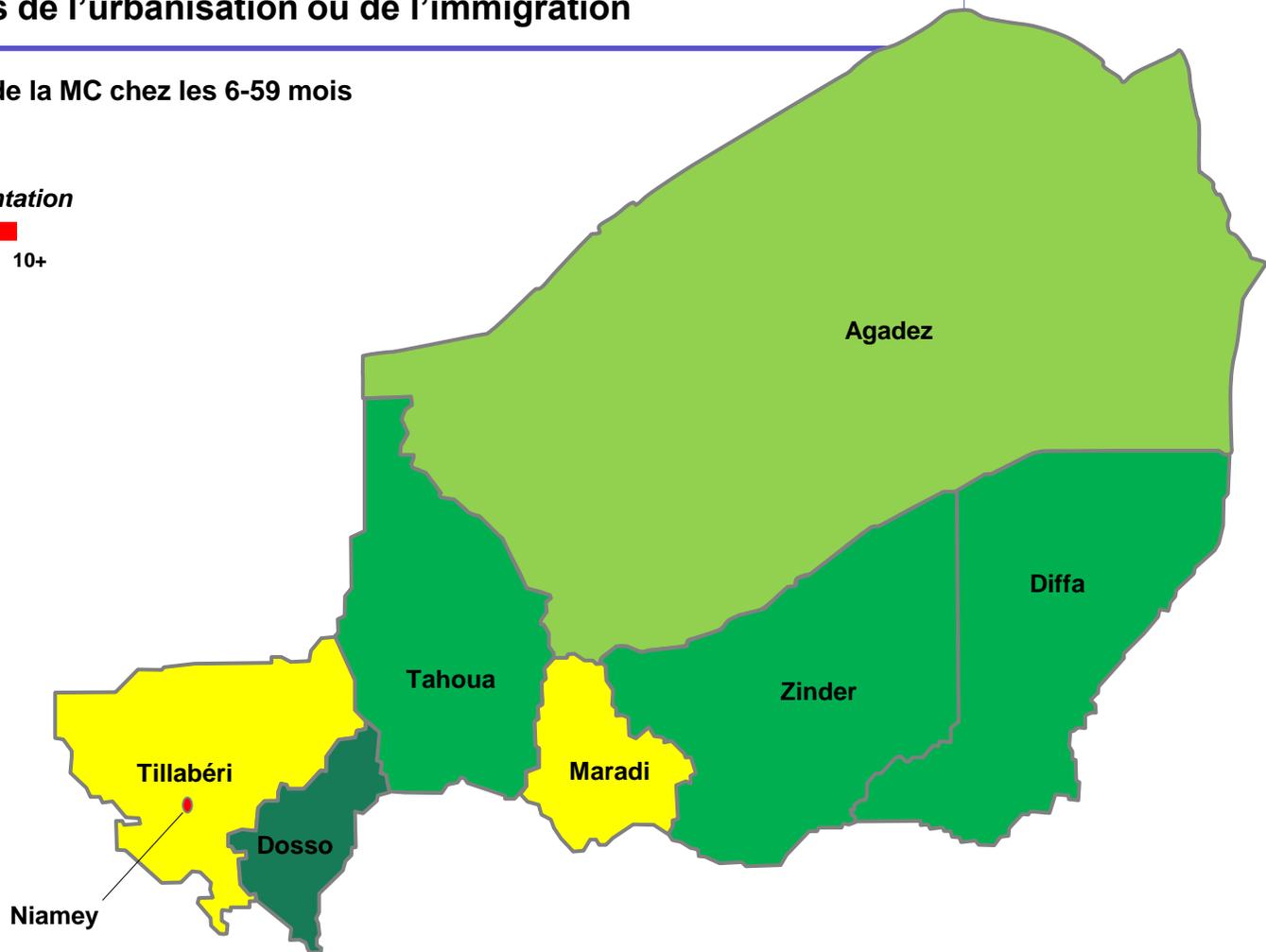
Maradi et Zinder sont les régions les plus touchées par les deux formes de malnutrition

Régions	MAG (prévalence > moyenne nationale)	Nombre d'enfants (>50 000 au moment de l'enquête 2014)	Sévérité (prévalence > moyenne nationale)		MC (prévalence > moyenne nationale)	Nombre d'enfants (<200 000 au moment de l'enquête 2012)	Sévérité (prévalence > moyenne nationale)
Agadez							
Diffa							
Dosso							
Maradi							
Tahoua							
Tillabéri							
Zinder							
Niamey							

Entre 2008 et 2014, la majorité des régions ont vu leurs taux de malnutrition chronique diminuer significativement. Cependant la situation s'est détériorée dans certaines zones urbaines.

La malnutrition chronique a fortement baissé à Tahoua, Dosso, Diffa et Zinder, alors qu'elle a augmenté à Niamey et Tillabéri, ce qui incite à considérer les effets de l'urbanisation ou de l'immigration

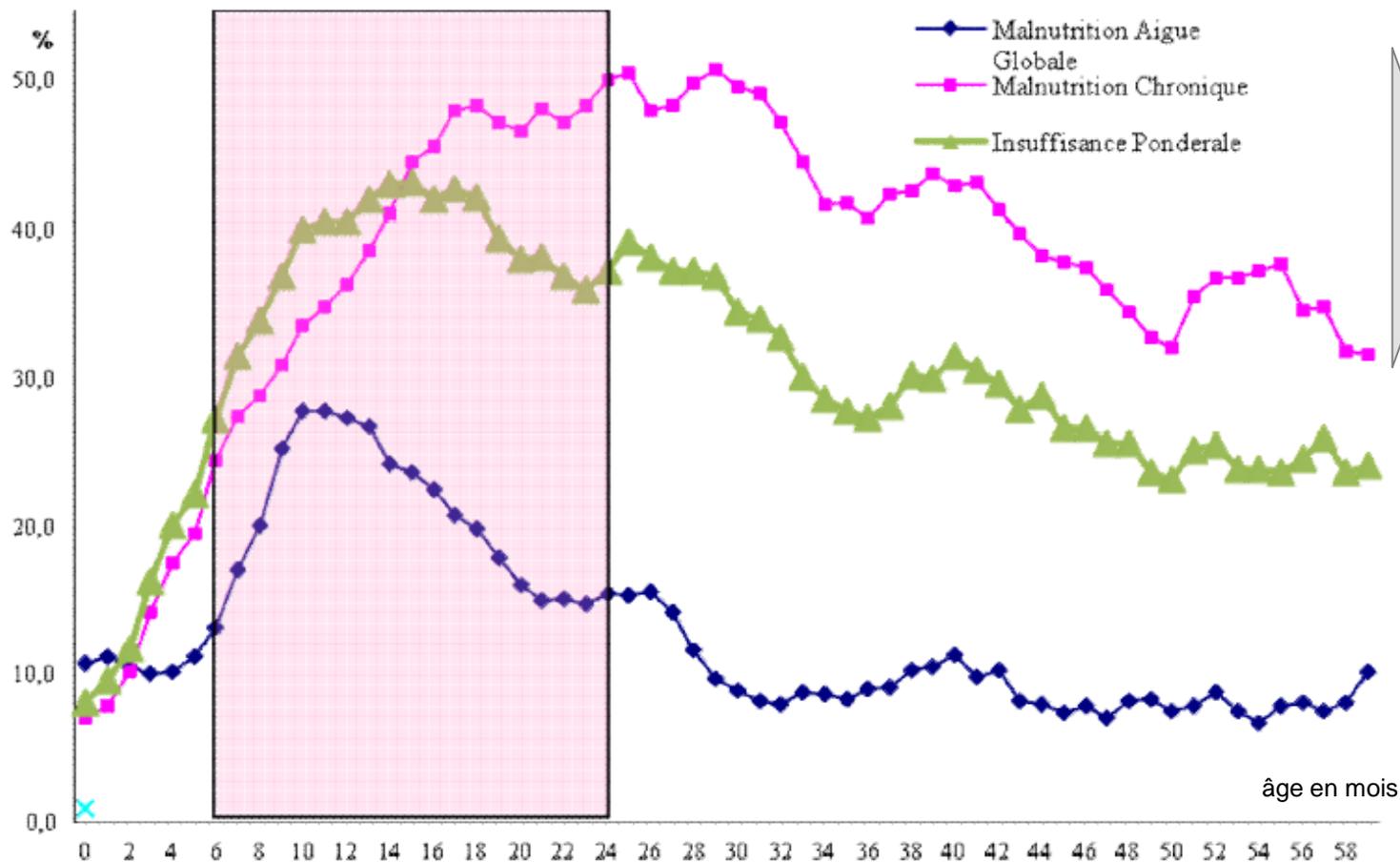
Evolution de la prévalence de la MC chez les 6-59 mois entre 2008 et 2014:



-6,3%

La période d'âge de l'enfant de 6 à 23 mois représente une période critique d'intervention

prévalence

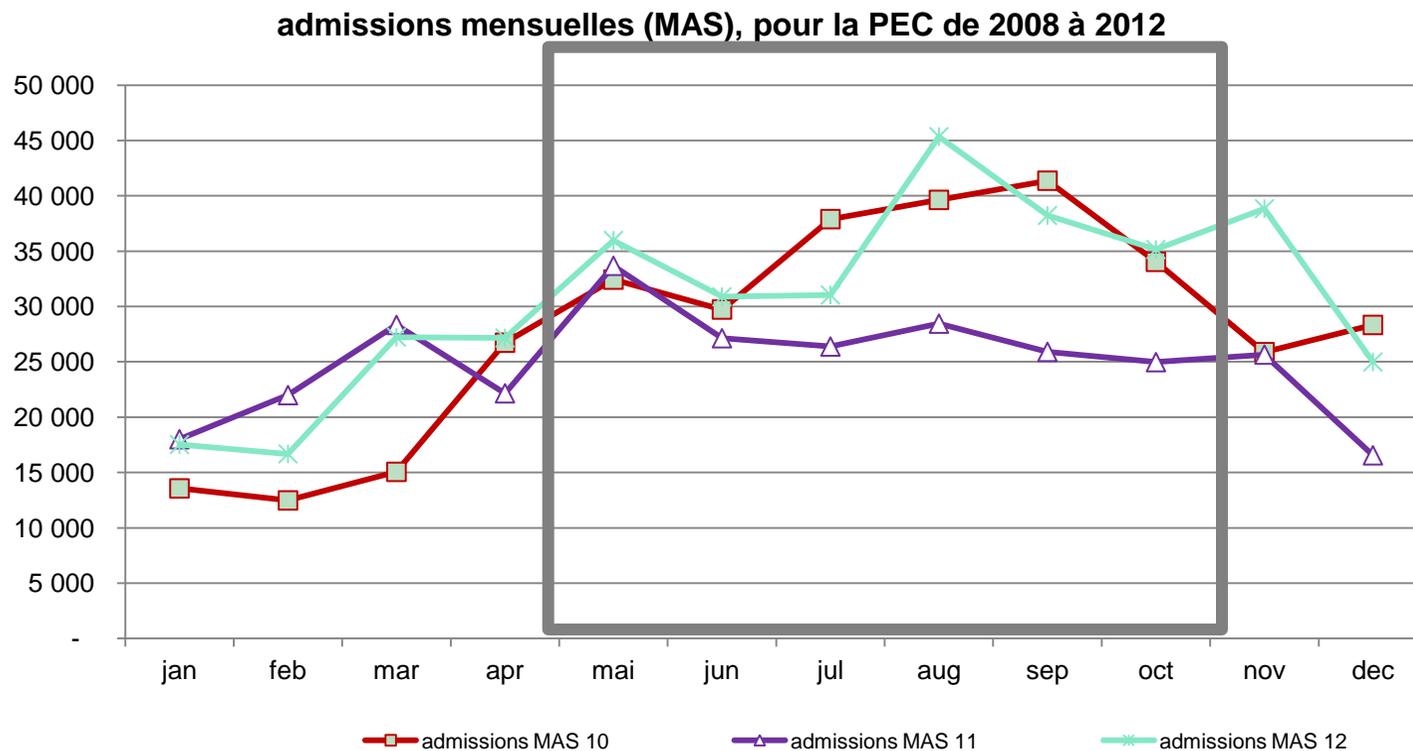


Les enfants âgés de 6 à 23 mois sont 2 fois plus à risque de souffrir de MAG que les 24-59 mois.

La malnutrition chronique s'installe entre 0 et 23 mois.

Les taux de malnutrition aigue présentent une variation saisonnière, avec une augmentation pendant la soudure

Augmentation des cas de MAS entre Mai et Octobre

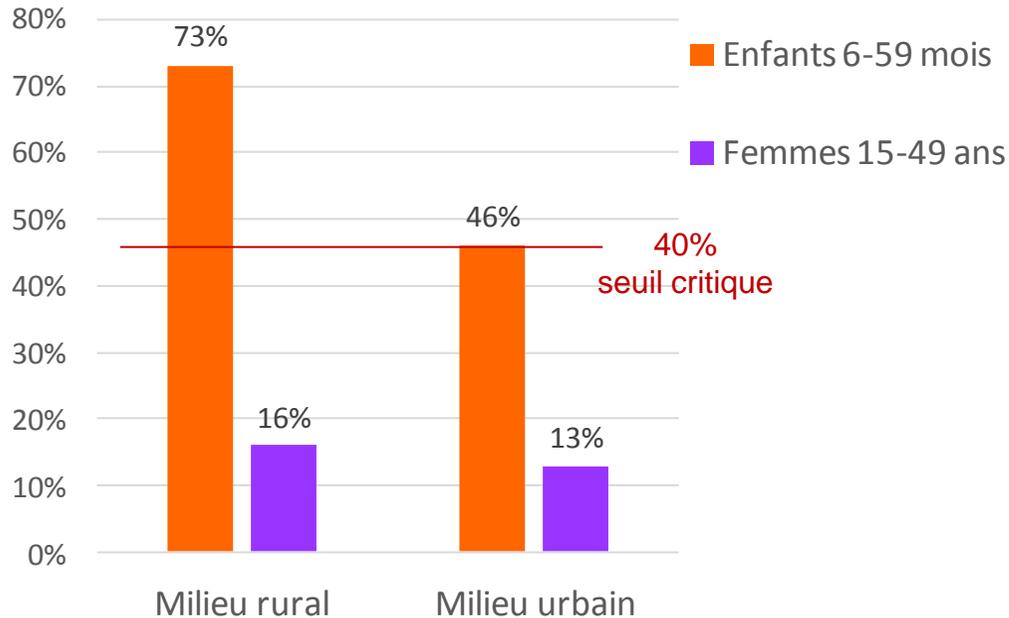


source: Les chiffres admissions hebdo (scaling up) soumis par les DRSP

Carences en micronutriments:
Anémie, carence en vitamine A, carence en iode

La prévalence élevée de l'anémie, chez les femmes et les enfants, constitue un problème de santé publique majeur

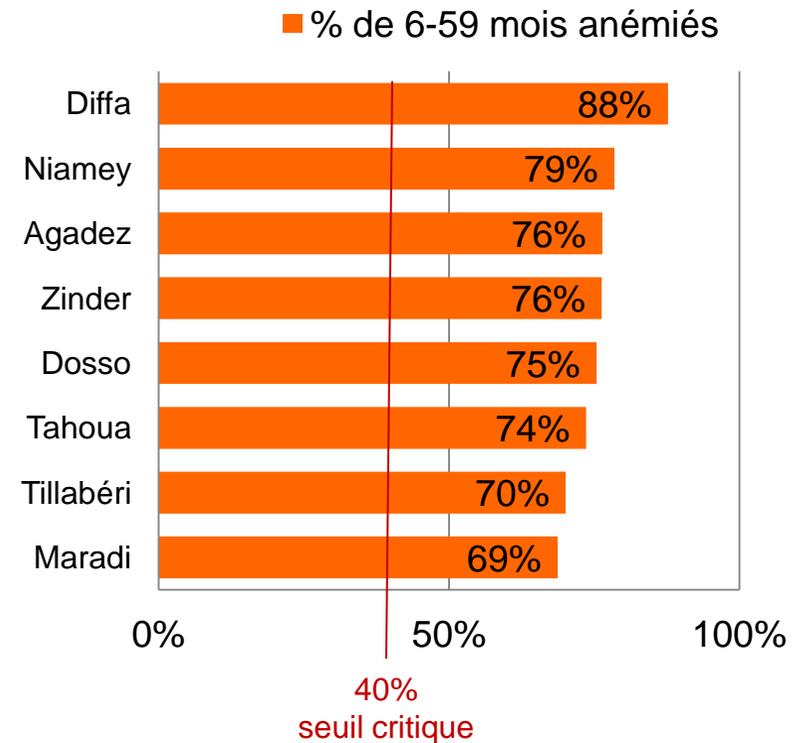
Les enfants de 6-59 mois sont très touchés par l'anémie modérée et sévère



- Les taux d'anémie sont légèrement plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain
- La différence notable se retrouve chez les femmes sévèrement anémiées (rural: 16% contre urbain: 13%)

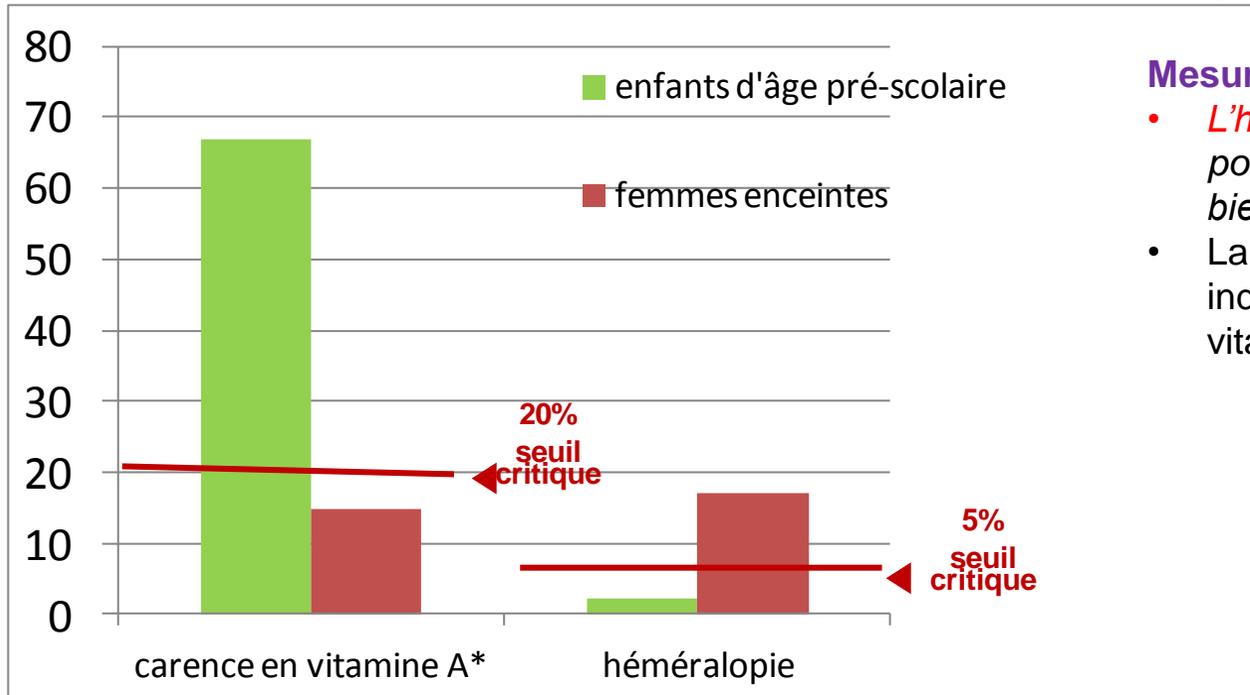
Source: EDSN-MICS IV 2012

Toutes les régions sont au-dessus du seuil critique particulièrement Diffa avec un taux plus élevé



En 2000 la carence en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire était un problème de santé publique majeur : d'où la nécessité d'actualiser les données

Carence en vitamine A chez les enfants et les femmes enceintes



Conséquences:

- Affaiblissement de l'immunité
- Mortalité accrue
- Cécité totale ou partielle
- Complication majeure de la rougeole

Mesures:

- *L'héméralopie* est un signe clinique et un proxy pour évaluer le statut de carence en vitamine A, bien que l'évaluation soit subjective
- La mesure des taux sanguins de rétinol est un indicateur biochimique indiquant une carence en vitamine A pour des taux $<0.70\mu\text{mol/l}$.

* Note: données estimées par régression linéaire (simulation basée sur analyse OMS)

Les dernières données sur la carence en iode datent de 1996

Conséquences:

- Goitre (gonflement de la glande thyroïde)
- Fausses couches et enfants morts nés
- Développement cognitif insuffisant/ arriération
- Sourd muet

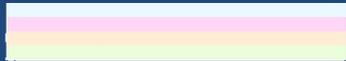
Mesure:

- Le taux d'iode urinaire $<100 \mu\text{g/l}$ est un indicateur biochimique d'une carence en iode.
- **NB: Cependant il existe des données récentes sur l'iodation du sel qui révèlent que 6.2% des ménages au Niger consomment du sel adéquatement iodé .**
(Sources: Enquêtes SMART 2014 par titrimétrie)

Messages clefs

- La malnutrition chronique a affecté 2 enfants sur 5 de manière continue pendant les cinq dernières années.
- Les taux de malnutrition aiguë globale sont constamment au-dessus du seuil d'alerte (de 10%) chez les enfants de 6-59 mois, dépassant parfois le seuil critique de 15%.
- Les régions les plus peuplées (Maradi, Zinder, Tahoua), sont celles qui ont les plus fortes prévalences et qui renferment le plus grand nombre de malnutris aigus (75%) .
- Les prévalences régionales de malnutrition chronique montrent une détérioration de la situation nutritionnelle à Niamey avec 17,80% en 2013 contre 24% en 2014.
- Les taux de malnutrition aiguë présentent une variation saisonnière, avec une augmentation pendant la période de soudure.
- La prévalence élevée de l'anémie chez les femmes (46%) et les enfants (73%), constitue un problème de santé publique majeur. Concernant les enfants, toutes les régions présentent des taux supérieurs au seuil critique de 40%.
- On ne dispose pas de données récentes sur les carences en vitamine A.
- La situation de l'iodation du sel s'est détériorée avec une titrimétrie passant de 32.3% de sel adéquatement iodé en 2012 (EDS) à 6.2% en 2014(SMART2014).

2. Analyse causale basée sur le cadre conceptuel de la malnutrition



REACH

ACCELERATING THE SCALE-UP OF FOOD AND NUTRITION ACTIONS



Pourquoi ces prévalences élevés? → une combinaison multisectorielle de facteurs dont l'impact sur la malnutrition est prouvé

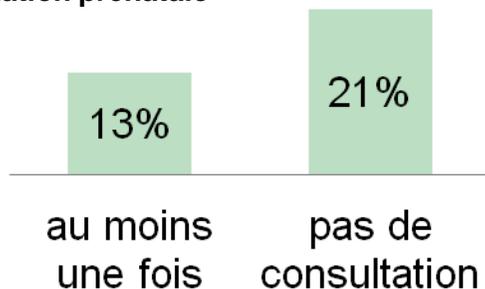
Une analyse statistique à partir des enquêtes MICS-EDSN permet de dégager clairement les relations de cause à effet (après régression linéaire):

L'ensemble de ces variables ont été identifiées comme significatives au moins une fois lors des tests statistiques:	MA	MC
• Paludisme et traitement	Oui	-
• Diarrhée et traitement	Oui	Oui
• Age de l'enfant	Oui	Oui
• Milieu de résidence	-	Oui
• Consultation prénatale	Oui	-
• Poids de l'enfant à la naissance (selon la déclaration de la mère)	Oui	-
• Vitamine A au cours de la période post partum	Oui	-
• Statut Indice de Masse Corporelle de mère	Oui	Oui
• Examen post natal	-	Oui
• Type de lieu d'aisance	-	Oui
• Vitamine A de l'enfant dans les 6 derniers mois précédent l'enquête	-	Oui

L'état de la mère est un facteur déterminant de la vulnérabilité de l'enfant à la malnutrition aigue

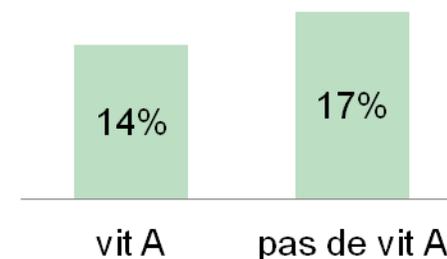
Les enfants dont les mères ne sont pas allées en consultation prénatales sont plus touchés

Prévalence de la MAG en fonction de la tenue d'une consultation prénatale



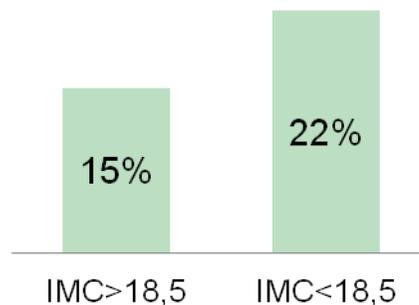
Les enfants dont les mères n'ont pas reçu de vitamine A en post-partum sont plus touchés

Prévalence de la MAG en fonction de la supplémentation en vitamine A de la mère après l'accouchement (NB:L'OMS ne recommande plus l'administration de la vit a en post partum)



Les enfants dont les mères sont atteintes de maigreur sont plus touchés

Prévalence de la MAG en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) de la mère

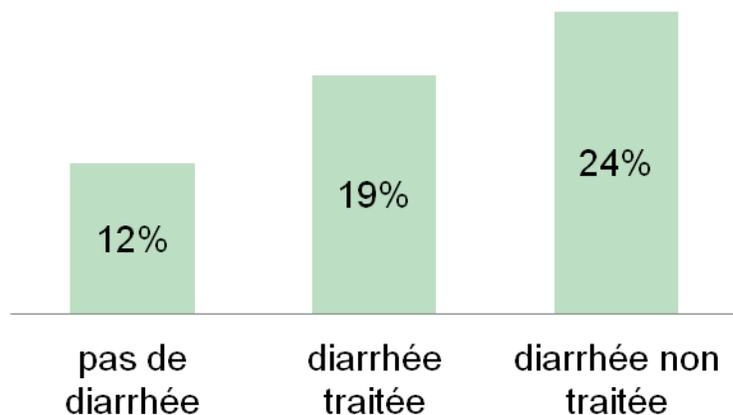


Note: Les % représentent la proportion d'enfants < 5 ans touchés par la malnutrition aigue globale

Les maladies infectieuses exposent l'enfant à la malnutrition aigue

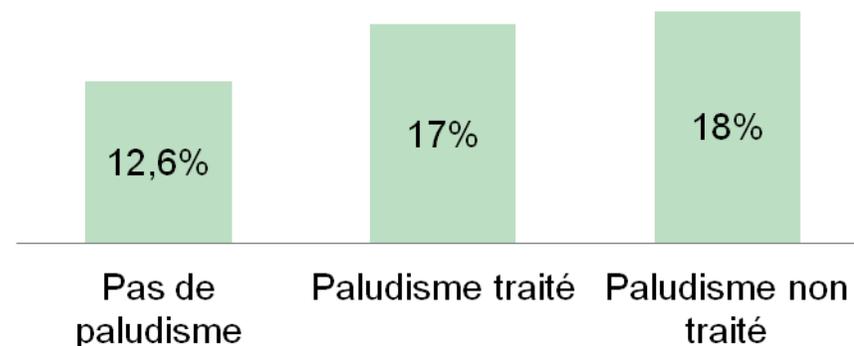
La diarrhée est un facteur de risque majeur

Prévalence de la MAG en fonction de l'incidence et du traitement de la diarrhée



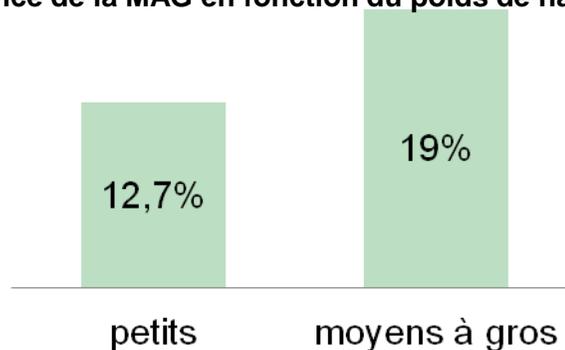
Le paludisme expose les enfants à la malnutrition aigue

Prévalence de la MAG en fonction de l'incidence et du traitement du traitement



Les enfants avec un petit poids de naissance sont plus vulnérables

Prévalence de la MAG en fonction du poids de naissance

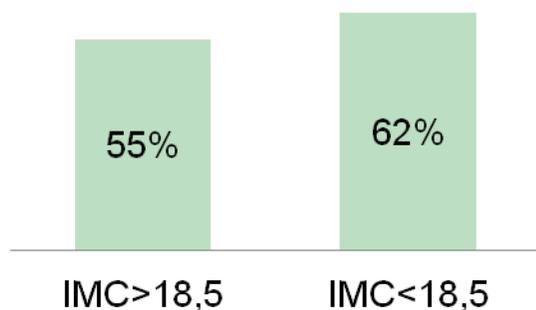


Note: Les % représentent la proportion d'enfants < 5 ans touchés par la malnutrition aigue globale

L'état de la mère et les conditions sanitaires: deux facteurs majeurs dans la vulnérabilité de l'enfant à la malnutrition chronique

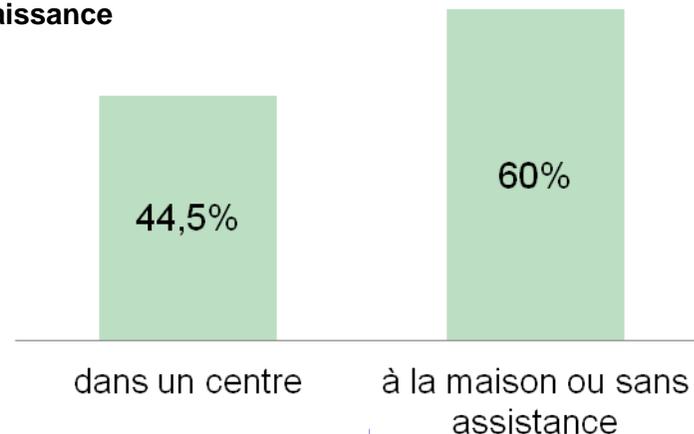
Les enfants dont les mères sont atteintes de maigreur sont plus vulnérables à la malnutrition chronique

Prévalence de la MC en fonction de l'IMC de la mère



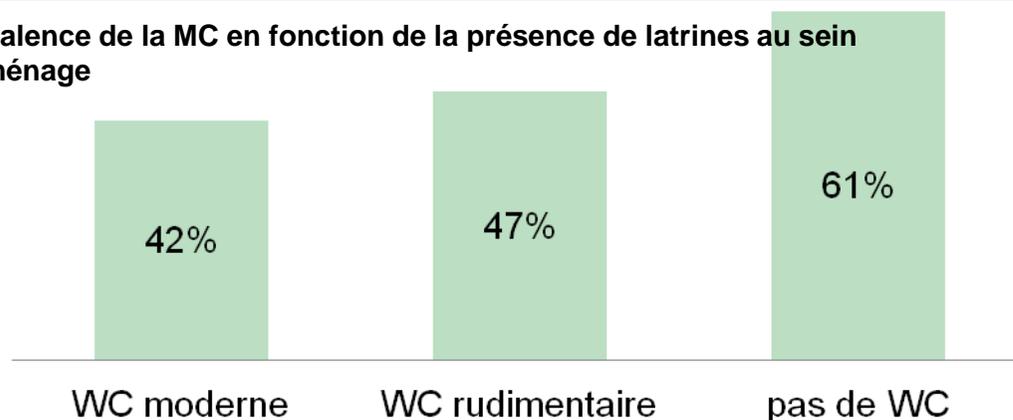
L'accès de la femme enceinte aux services de santé est fondamental

Prévalence de la MC en fonction de l'assistance à la naissance



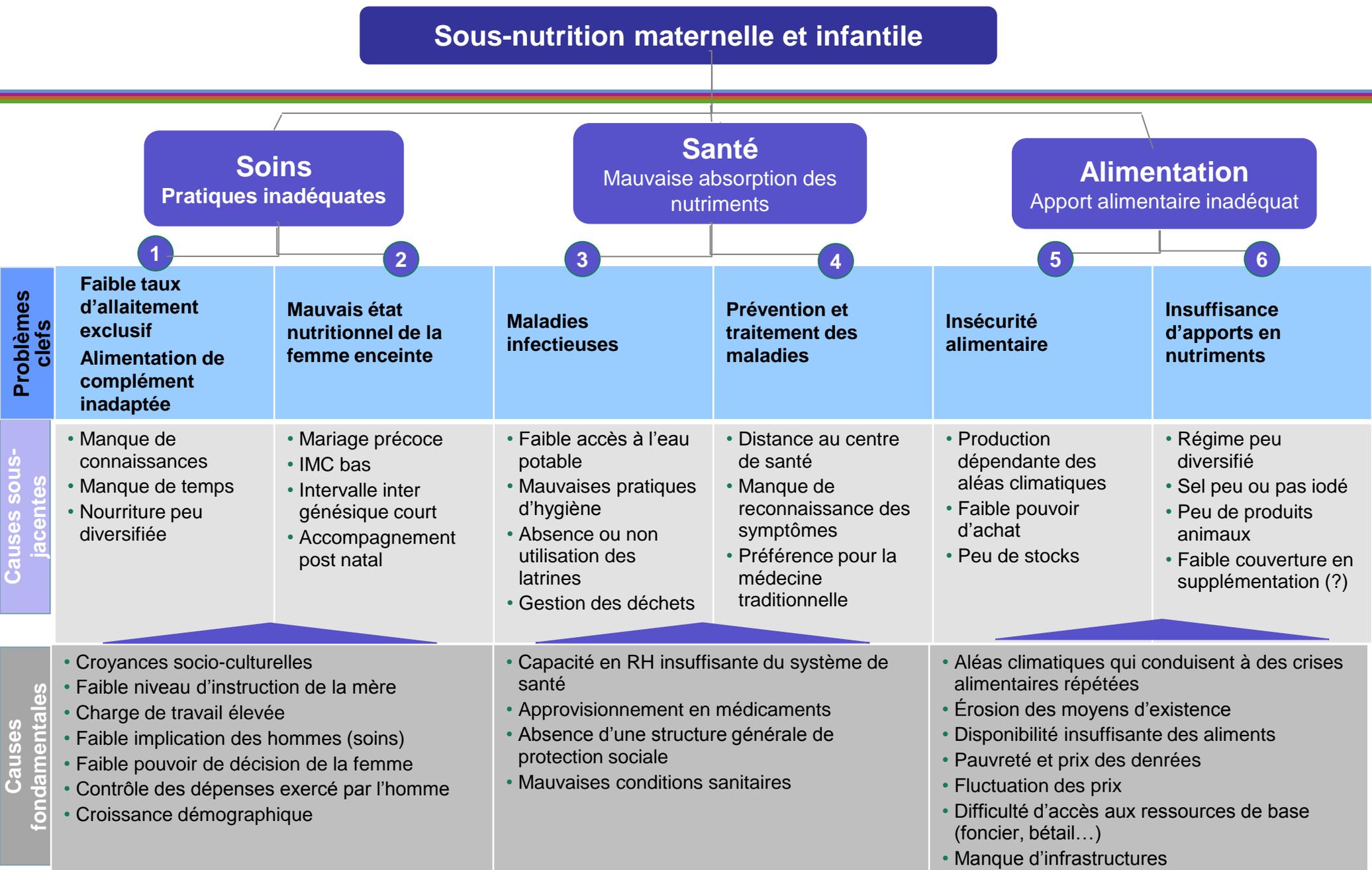
L'absence de latrines augmente le risque de malnutrition

Prévalence de la MC en fonction de la présence de latrines au sein du ménage

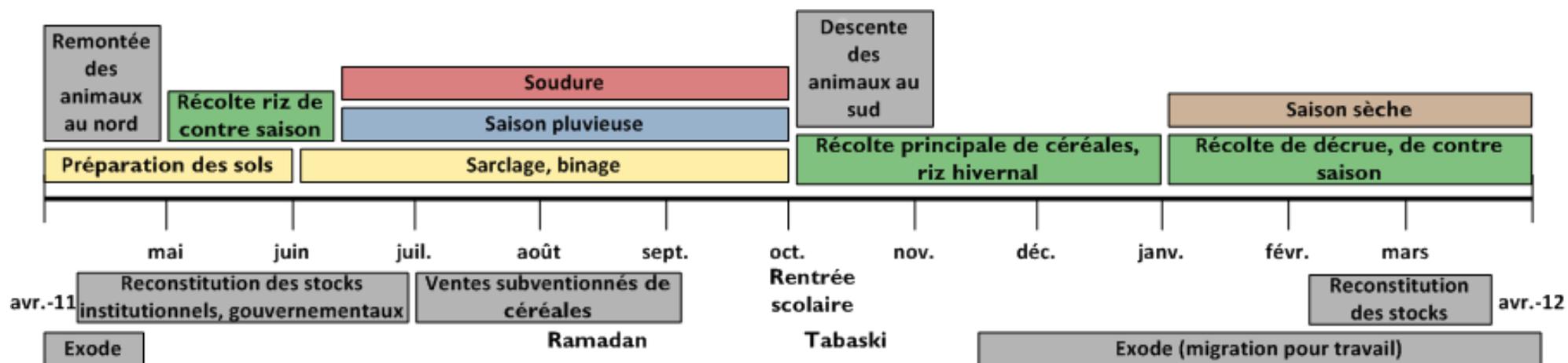


Note: Les % représentent la proportion d'enfants < 5 ans touchés par la malnutrition chronique

Les causes de la sous-nutrition maternelle et infantile au Niger



La variation saisonnière s'explique par une conjonction de facteurs



La période de soudure correspond à la saison pluvieuse, et coïncide avec une augmentation des prévalences de la malnutrition :

Niveaux de stocks bas ou nuls
 Augmentation des prix de la nourriture
 Diminution des prix du bétail

Diminution de la qualité de l'eau

Augmentation de la charge de travail



Insécurité alimentaire

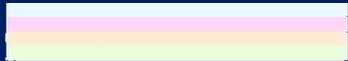


Incidence maladies infectieuses (diarrhée, paludisme...)



Qualité des pratiques de soins (moins de temps disponible)

Alimentation et moyens d'existence



REACH

ACCELERATING THE SCALE-UP OF FOOD AND NUTRITION ACTIONS

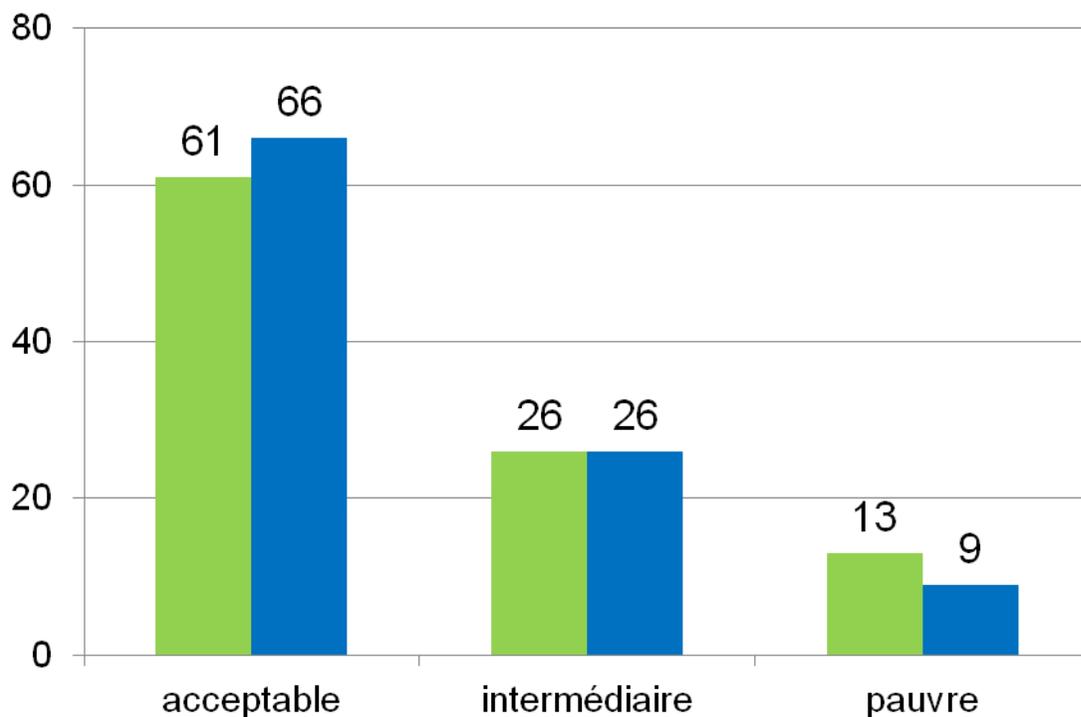


Plus d'un tiers de la population a une alimentation inadéquate (en quantité et en qualité)

Répartition de la population en trois catégories selon le score de consommation

% de ménages

■ rural ■ urbain



Surconsommation de glucides et apports en lipides insuffisants

	Consommation moyenne	Consommation conseillée
Glucides	68%	50-55%
Lipides	19%	30-35%
Protides	13%	11-15%

Le régime alimentaire, peu diversifié, est essentiellement basé sur les céréales, quel que soit le milieu ou le quintile de richesse considéré

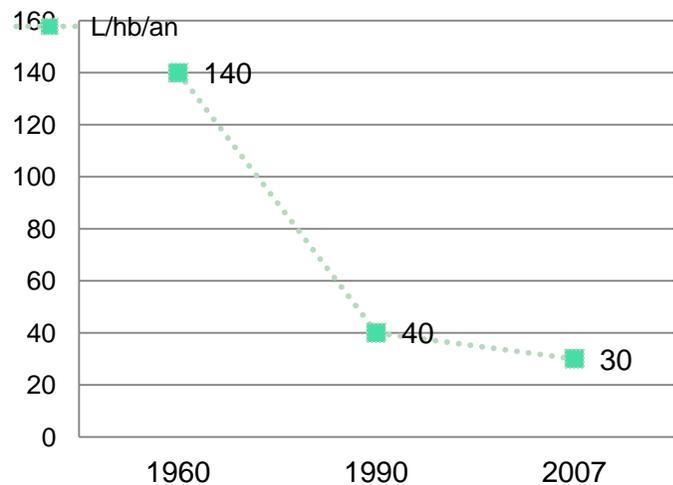
- **Céréales: participent à 60% de la couverture des besoins énergétiques.** Elles sont complétés par des légumineuses en milieu rural/ des légumes en milieu urbain.
- **Mil, aliment de base:** 78% des quantités totales de céréales consommées et 62% des quantités totales d'aliments consommés au Niger
- La consommation alimentaire des céréales (riz, mil, sorgho et maïs) est une habitude alimentaire quasi-générale quelque soit le quintile de richesse considéré.
- 20% des ménages les plus pauvres ont dépensé 65,9% de leur revenu dans la consommation des céréales dont 47,5% en achat de mil par contre chez les 20% des ménages les plus riches cette consommation est estimée à 51,9% de leur revenu.

•
••

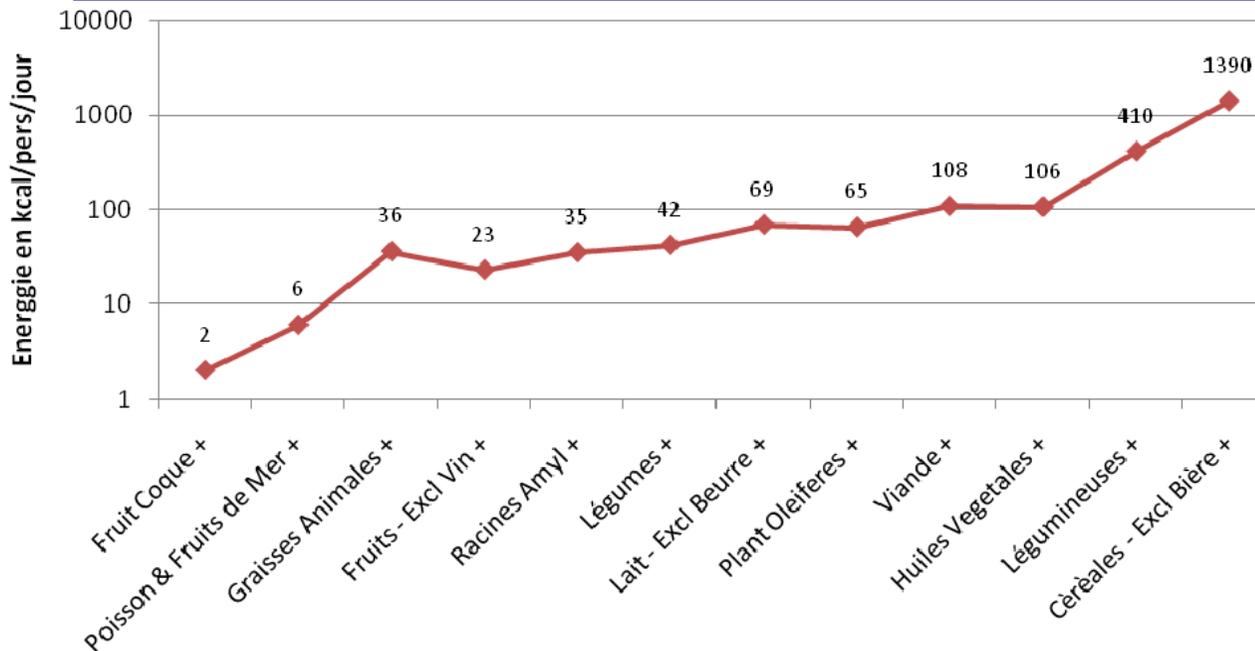
Les fruits, légumes et produits animaux, riches en micronutriments, sont peu consommés

« Ainsi, les populations pauvres vendent les aliments riches en nutriments tels que le lait, le poisson et les œufs pour acheter des céréales par contrainte budgétaire pour certains et pour atteindre les besoins quantitatifs pour d'autres. »

La consommation de lait diminue



Les produits animaux, les fruits et légumes jouent un rôle très faible dans la couverture des besoins énergétiques



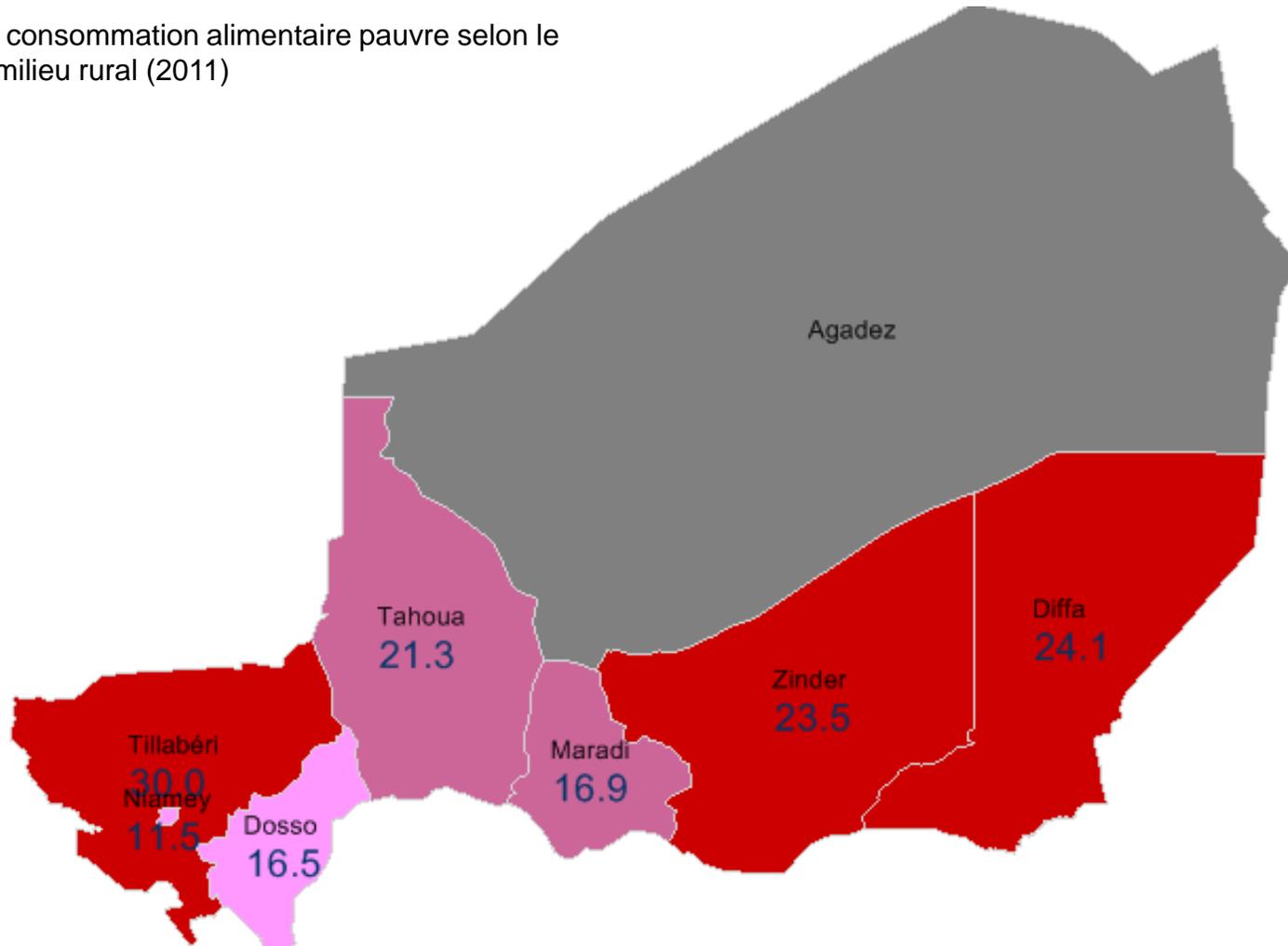
38% des ménages n'ont pas consommé de lait ou produit laitier au cours des 7 jours précédents l'enquête (nov. 2011)

forte réduction du cheptel liée aux sécheresses et à la dégradation des termes de l'échange bétail contre céréales

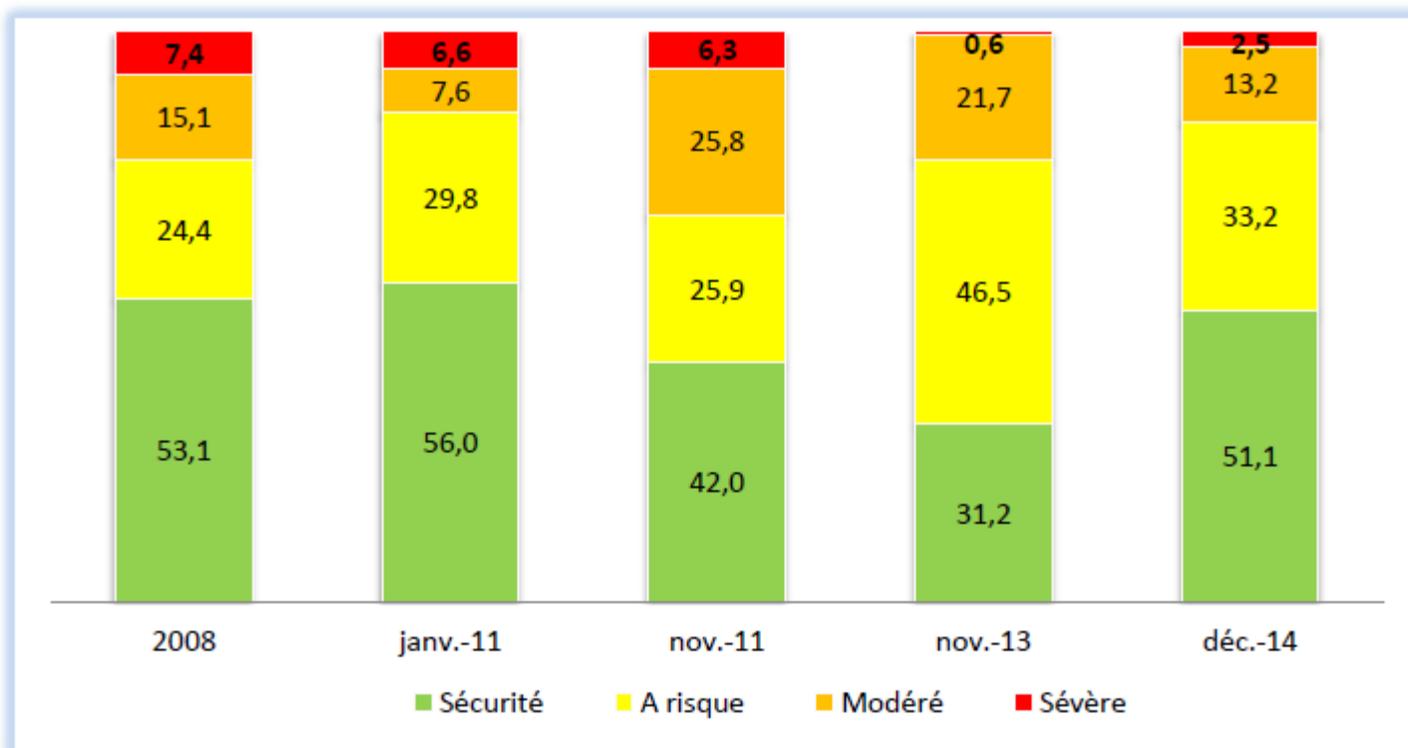
On observe de grandes disparités régionales importantes en terme de pauvreté de l'alimentation

Les ménages dont l'apport alimentaire est insuffisant et faiblement diversifié se retrouvent plus fréquemment dans les régions de Tillabéri, Diffa, Zinder et Tahoua

% de ménages ayant une consommation alimentaire pauvre selon le score de consommation, milieu rural (2011)



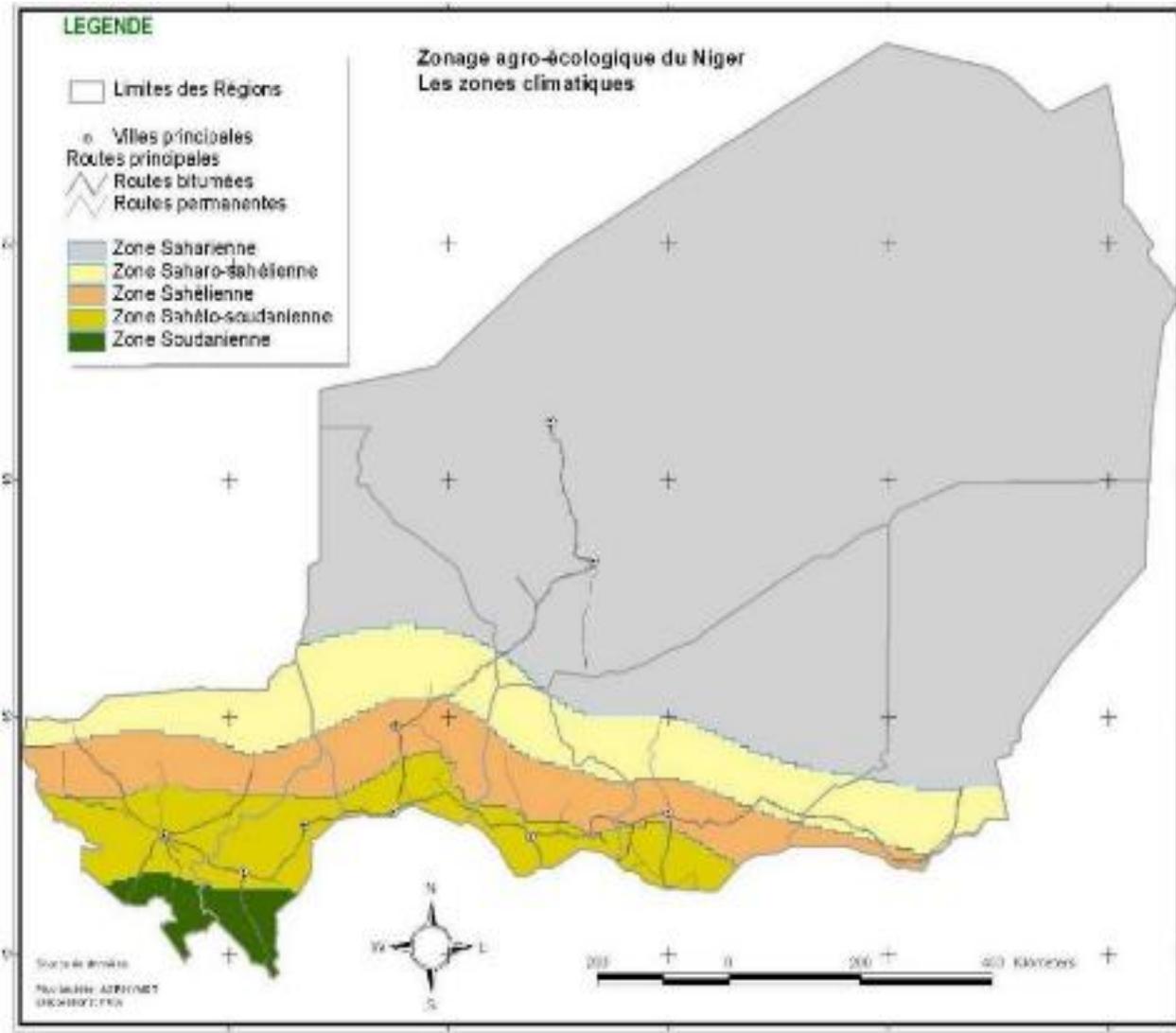
De 2008 à 2014, la sécurité alimentaire des menages s'est nettement améliorée



le nombre de personnes en sécurité alimentaire est passé de 5.599.834 en 2011 à 8.454.766 habitants en 2014, soit une augmentation relative de 51,0% entre 2011 et 2014. Leur proportion au sein de la population rurale est passée de 42,1% en 2011 à 51,1% en 2014 soit une augmentation relative de 21,4%.

Le Niger se divise en 3 grandes zones agro-écologiques plus ou moins sèches, la population est concentrée dans le sud-ouest

% du territoire:



77%

Zone saharienne
désertique
peu peuplée
pastoralisme

22%

Zone sahélienne

la plus peuplée

- Zones saharo-sahélienne (12%)
pastoralisme

précipitations: 150-300mm
- Zones sahélienne et sahélo-soudanaise (10%)
agropastoralisme (300-600mm)

<1%

Zone soudanienne

zone la plus arrosée
(>600mm)

La population, rurale à 78%, tire ses ressources des activités agropastorales

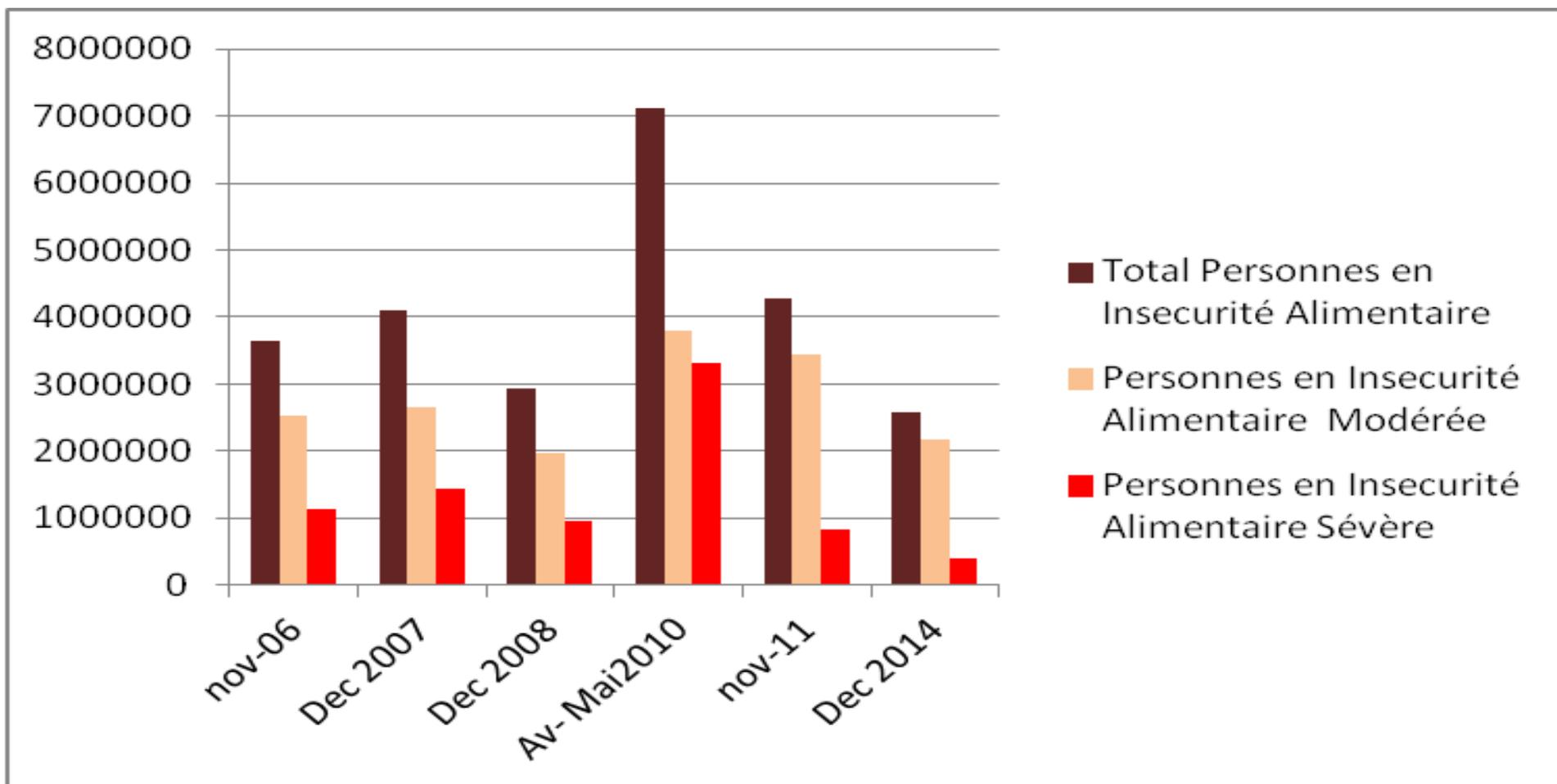
- Secteur primaire: 45,2% du PIB (2010)
- 78% de la population vit en milieu rural (2012)
- 66,5% des chefs de ménages ont comme activité principale l'agriculture (2011)

Agriculture+ élevage= 46% du revenu global des ménages ruraux

- Importance de l'élevage:
 - importance macro-économique considérable
 - pratiqué par 87% de la population active (soit en tant qu'activité principale ou en tant qu'activité secondaire après l'agriculture)
 - participe à hauteur de 11% au revenu des ménages ruraux en moyenne

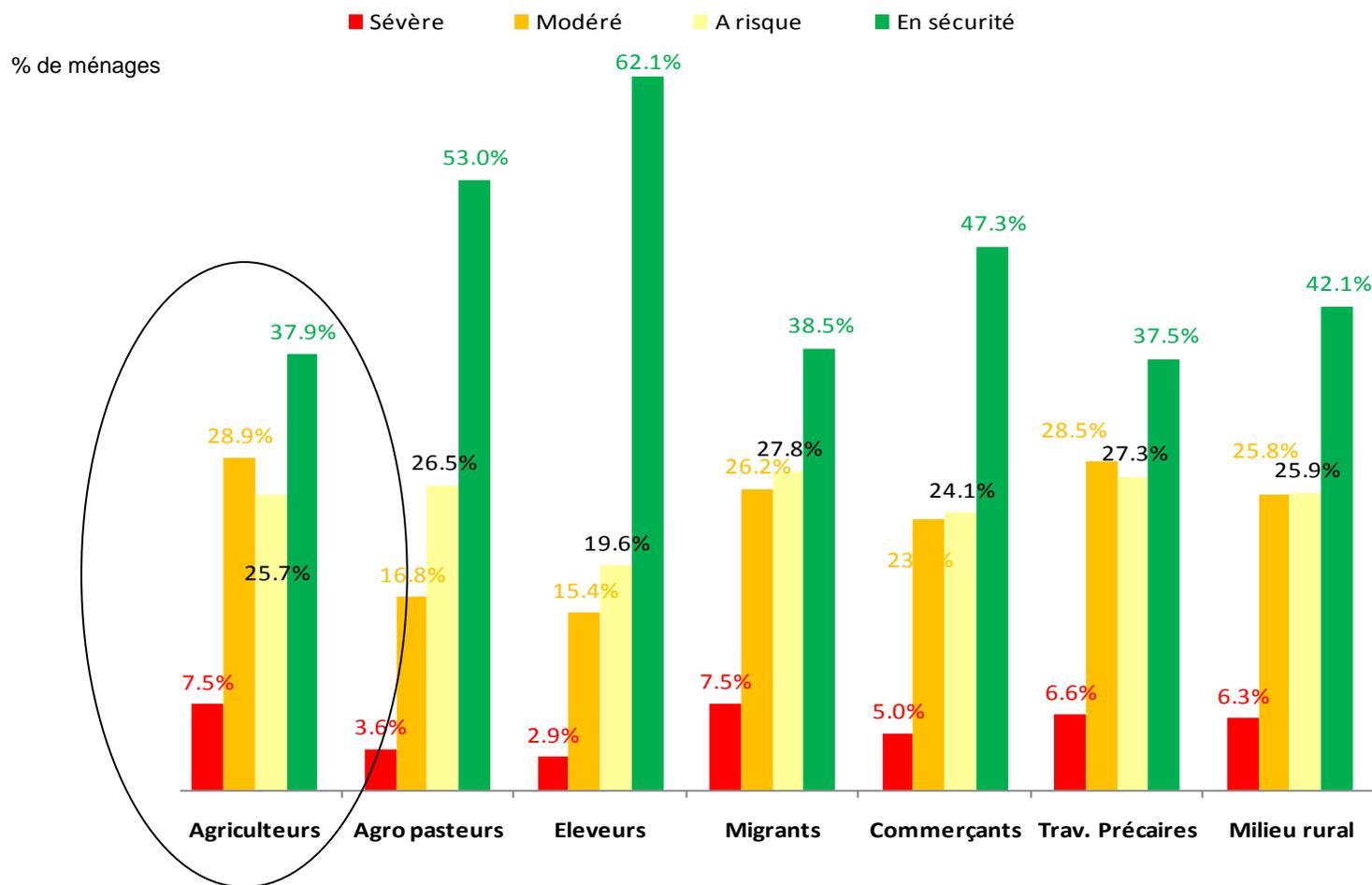
Le Niger est touché par une insécurité alimentaire structurelle

Globalement après 2010 (année de crise), l'insécurité alimentaire sévère et modérée a diminué



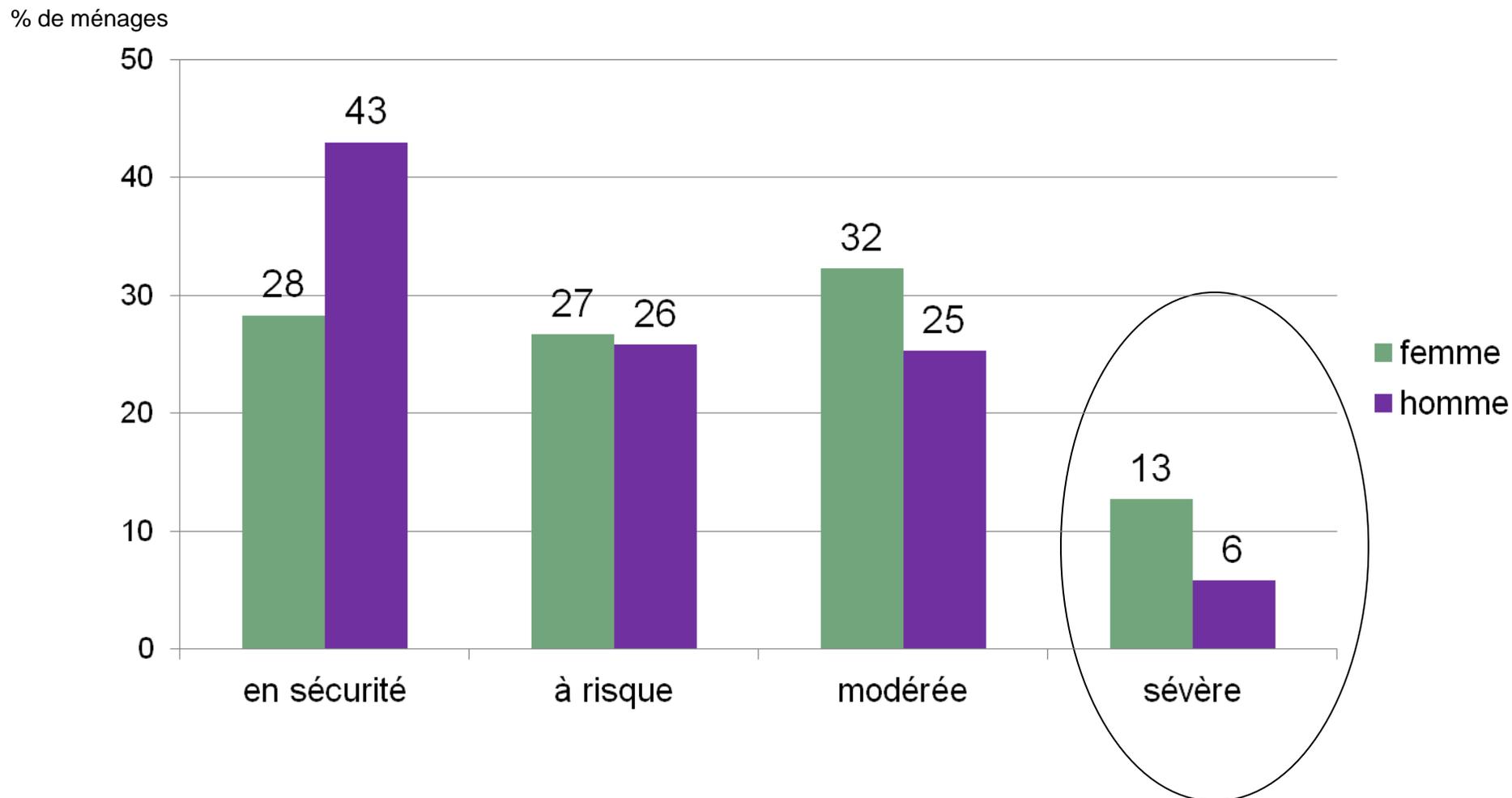
En milieu rural, les foyers les plus touchés sont ceux des agriculteurs...

Prévalence de l'insécurité alimentaire selon le groupe de moyens d'existence



...ainsi que ceux dont le chef de ménage est une femme

Prévalence de l'insécurité alimentaire selon le sexe du chef de ménage

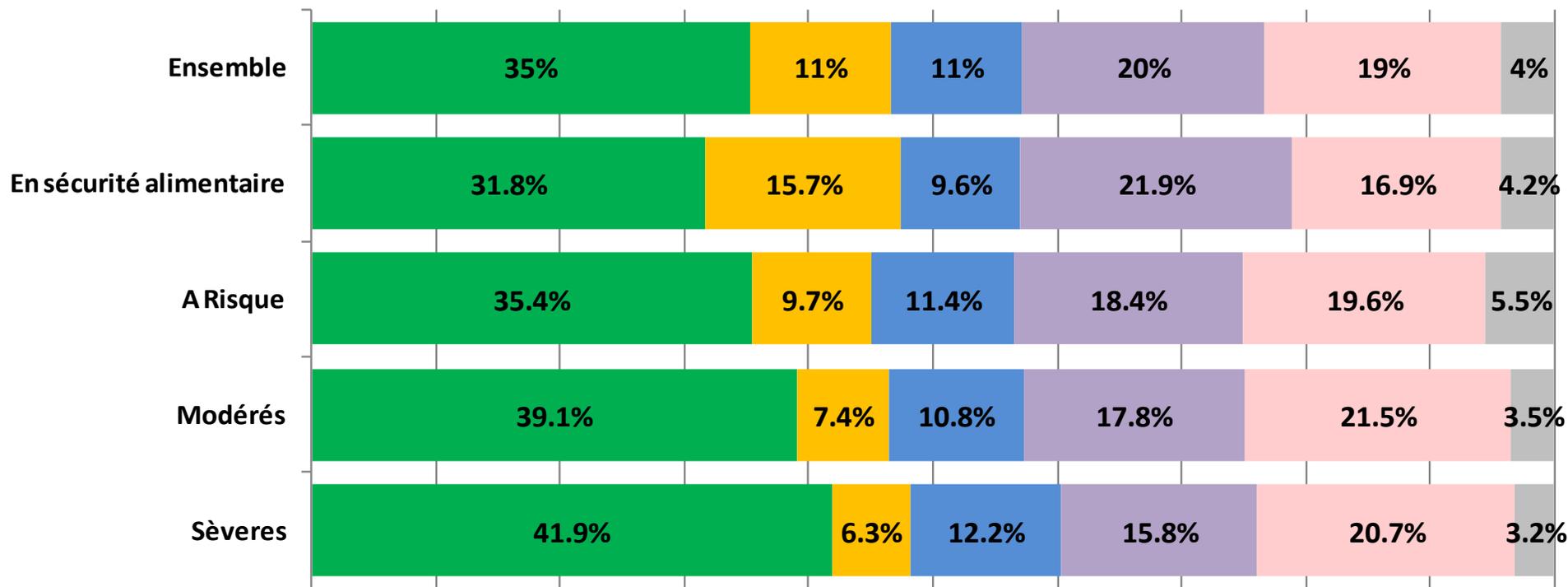


Les ménages en insécurité alimentaire sont plus dépendants des activités agricoles et possèdent moins d'animaux

L'agriculture contribue à 42% du revenu des ménages en insécurité alimentaire sévère (contre 35% pour l'ensemble des ménages) tandis que l'élevage ne participe qu'à 6,5% du revenu (contre 11%)

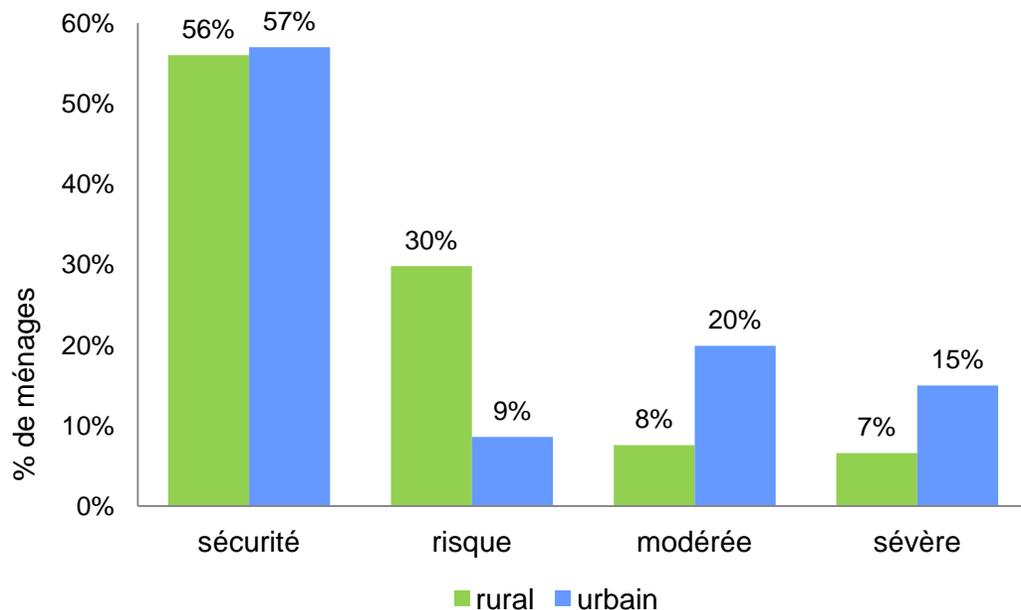
Contribution des sources dans la constitution du revenu des ménages en milieu rural (%):

■ Agriculture
 ■ Elevage
 ■ Transfert et emprunt
 ■ Commerce et emploi
 ■ Travaux précaires
 ■ Autres sources



L'insécurité alimentaire touche aussi le milieu urbain, et le même type de ménages est touché quel que soit le milieu

4 nigériens sur 10 touchés par une insécurité alimentaire sévère ou modérée en milieu urbain



Profil des ménages touchés par l'insécurité alimentaire

rural	urbain
Chef de ménage de sexe féminin	
Chef de ménage veuf ou divorcé	
Ménages pauvres	
Agriculture	Travaux précaires

Les ménages pauvres urbains sont très affectés.

L'insécurité alimentaire réduit la capacité des ménages à assurer à leurs enfants une consommation alimentaire acceptable

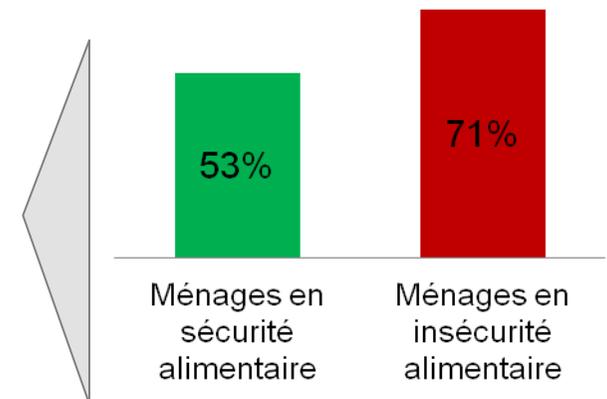
Proportion d'enfants (<5ans) ayant une alimentation acceptable en fonction de la classe de vulnérabilité alimentaire des ménages

Classes (selon food consumption score)	Classe d'insécurité alimentaire			
	Sévère	Modéré	A risque	En sécurité
Consommation alimentaire pauvre	23,2	33,2	12,5	4,7
Consommation alimentaire intermédiaire	32,6	40,2	29,7	15,8
Consommation alimentaire acceptable	44,2	26,6	57,7	79,5

Les enfants des ménages en insécurité alimentaire sévère sont 44% à avoir une consommation alimentaire acceptable contre 80% des enfants en sécurité alimentaire.

Les 6-23 mois des ménages en insécurité alimentaire ont une alimentation beaucoup moins diversifiée que ceux des ménages en sécurité alimentaire.

% ménages avec une faible diversification de l'alimentation des enfants de 6-23 mois, milieu urbain:



L'insécurité alimentaire pousse les familles à se déplacer, ce qui rend les enfants plus vulnérables

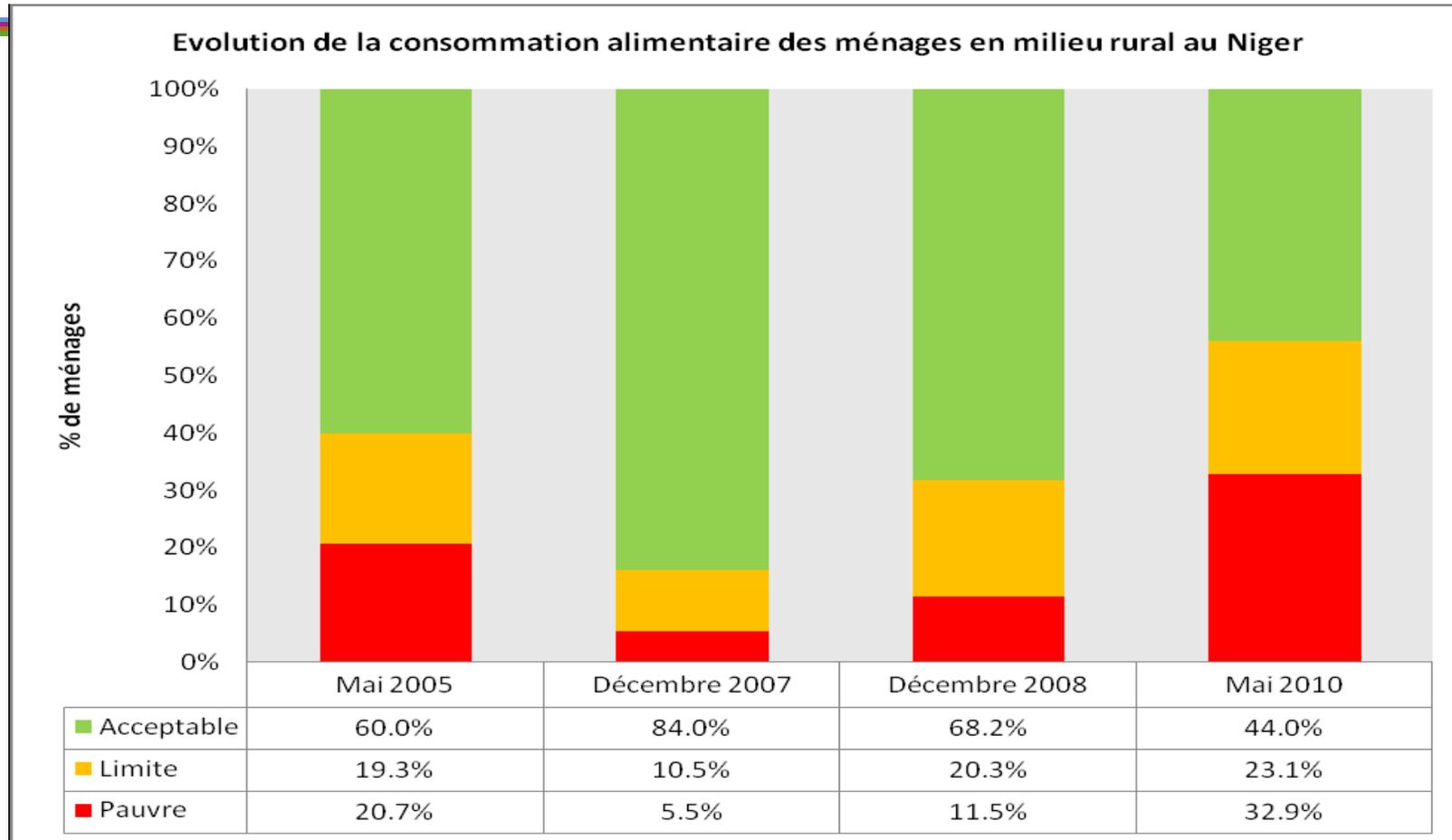
Le phénomène de déplacement mu par l'insécurité alimentaire de Tillabéri en direction de Niamey draine plus d'enfants que d'adultes:

Quelques enfants déplacés vivent séparés de leurs parents temporairement ou définitivement

-
- L'autonomisation précoce des enfants les oblige à être des *"adultes prématurés"*
- Les enfants subissent les effets négatifs des mécanismes et stratégies d'adaptation inappropriés
- Extrême vulnérabilité des enfants des ménages déplacés (déscolarisation massive et non scolarisés, violences et abus), plus marquée chez les filles que chez les garçons
- Faible fréquentation des services sociaux de base par les déplacés
- Certains enfants sont perdus de vue par les parents et d'autres éprouvent des besoins de protection
- La riposte à ces phénomènes est peu ciblée et insuffisamment préventive

La migration vers les centres urbains pour raison d'insécurité alimentaire a touché 3,3% des ménages (Enquête sur la vulnérabilité des ménages de Janvier 2011).

Les périodes de soudure sont marquées par une détérioration de la consommation alimentaire...

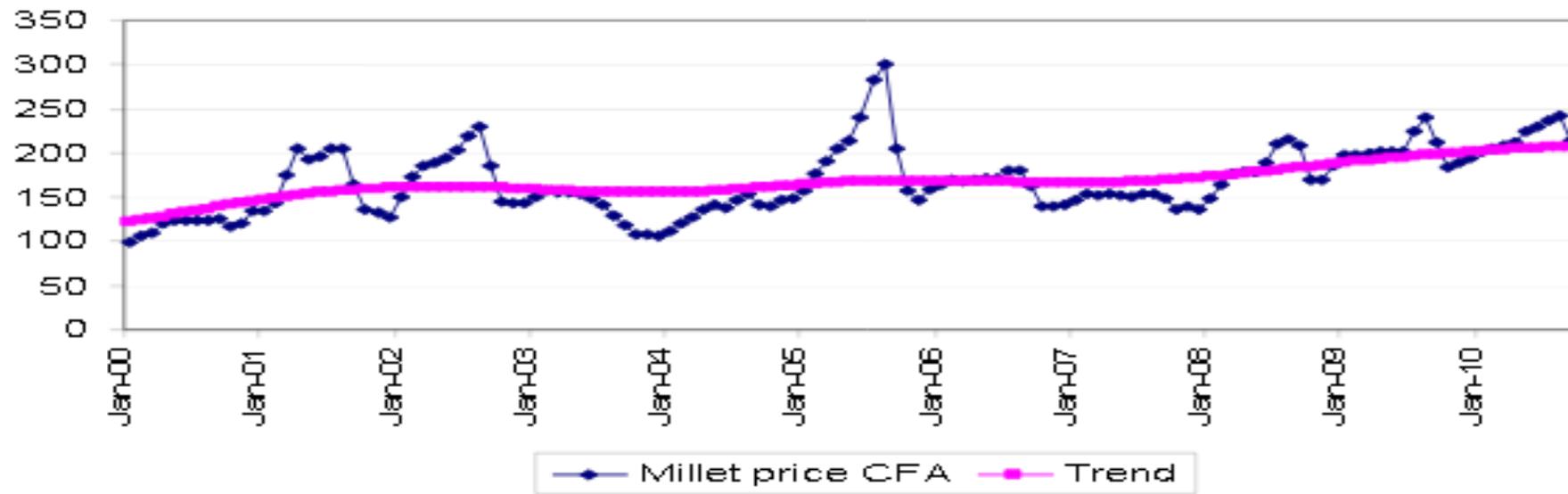


•Périodes post récoltes (décembre): meilleure consommation alimentaire

•Périodes de soudure (à partir du mois de Mai): augmentation de la proportion des ménages avec une consommation alimentaire pauvre.

...et une augmentation des prix

Variations saisonnières importantes du prix du mil (CFA/kg) et tendance globale à la hausse sur la dernière décennie (Janv 2000 – Dec 2010)

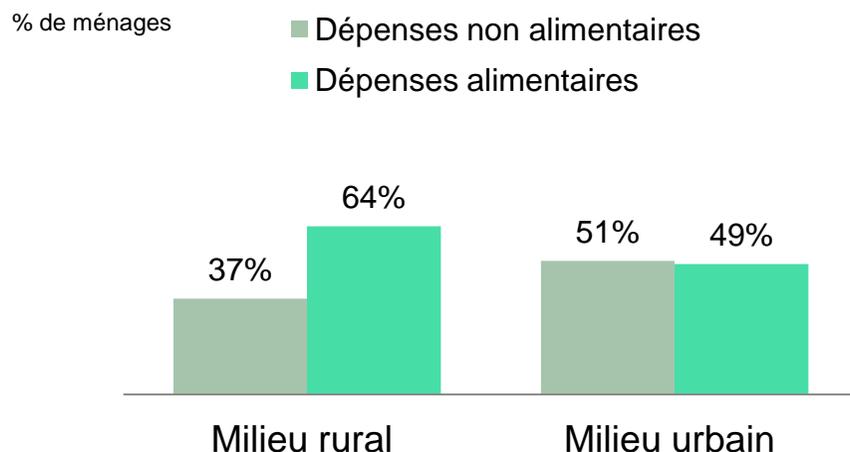


Note: The long-term trend component has been obtained with the Hodrick-Prescott Filter.
Source: Authors' calculation on FewNet data

- Le prix du mil a augmenté sur les dix dernières années.
- Au cours d'une année, le prix du mil connaît des variations importantes avec un pic lors de la soudure.

Les ménages sont très dépendants du marché pour l'approvisionnement en nourriture: la fluctuation des prix des denrées alimentaires les affecte donc très fortement

La majorité des dépenses sont consacrées à l'alimentation



- Les ménages dépendent majoritairement des marchés pour leur alimentation: 81% des aliments consommés au cours des sept derniers jours ont été achetés. Seulement environ 11% des aliments consommés par les ménages sont produits par eux-mêmes.
- Si l'on analyse la distribution selon le niveau d'insécurité alimentaire et de pauvreté, on note que le niveau de dépendance par rapport au marché est très élevé quelque soit le statut du ménage. Cette configuration des résultats reflète la très forte dépendance des ménages par rapport au marché pendant la période de soudure puisque les stocks propres ne couvrent les besoins des ménages que sur une période très courte.

L'augmentation des prix est liée à la hausse du nombre de malnutris aigus

29,4% des ménages ont déclaré que la hausse des prix a engendré un impact très important sur la nutrition des enfants: Cette proportion est supérieure à la moyenne nationale (29,4%) dans quatre régions : Tahoua (38,6%), Zinder (37,1), Diffa (31,7%), Niamey (31,5%).

La variation saisonnière des prix, ainsi que la tendance globale à la hausse sont significativement associées à l'augmentation des admissions dans les centres de récupération nutritionnelle.

(analyse statistique sur la période 2006-2010)

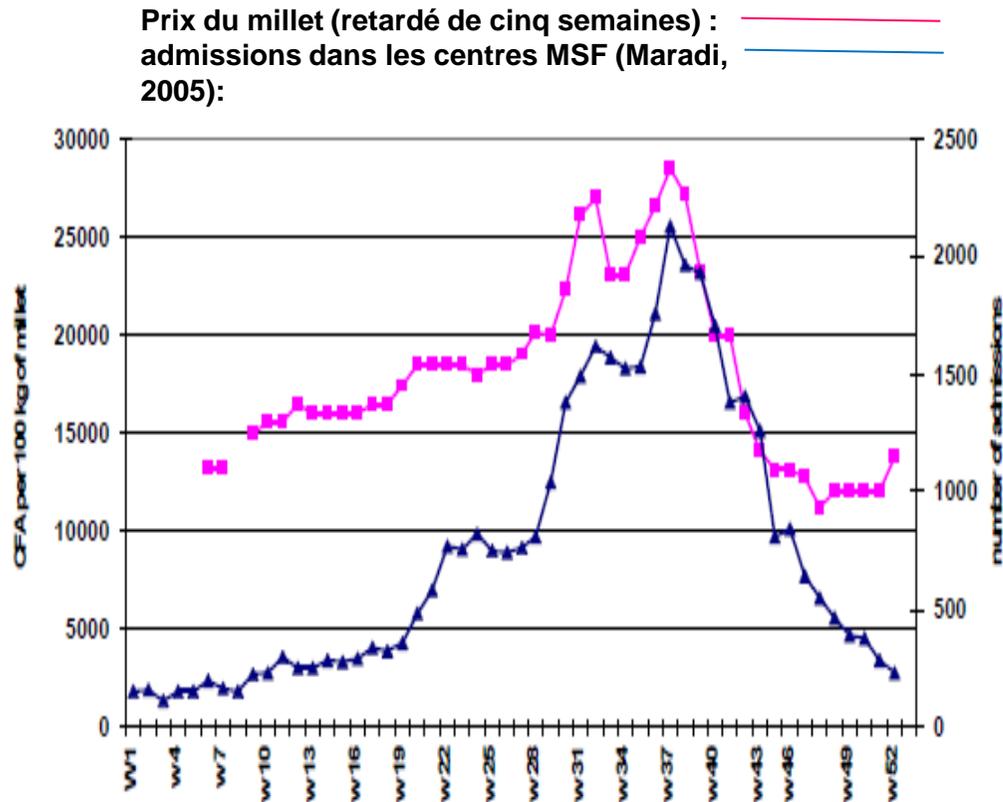


L'augmentation des prix peut affecter la situation nutritionnelle des enfants à travers de nombreux facteurs:

- passage à une nourriture moins chère, qui peut être de moins bonne qualité et moins riche en micronutriments
- achat de moins de nourriture, saut de repas
- modification de l'allocation de la nourriture au sein du foyer
- potentielle augmentation de la charge de travail et donc diminution des temps consacrés aux soins
- ...etc

et la relation augmentation des prix/détérioration de la situation nutritionnelle des enfants est encore plus visible en temps de crise

Un phénomène amplifié les années de crise

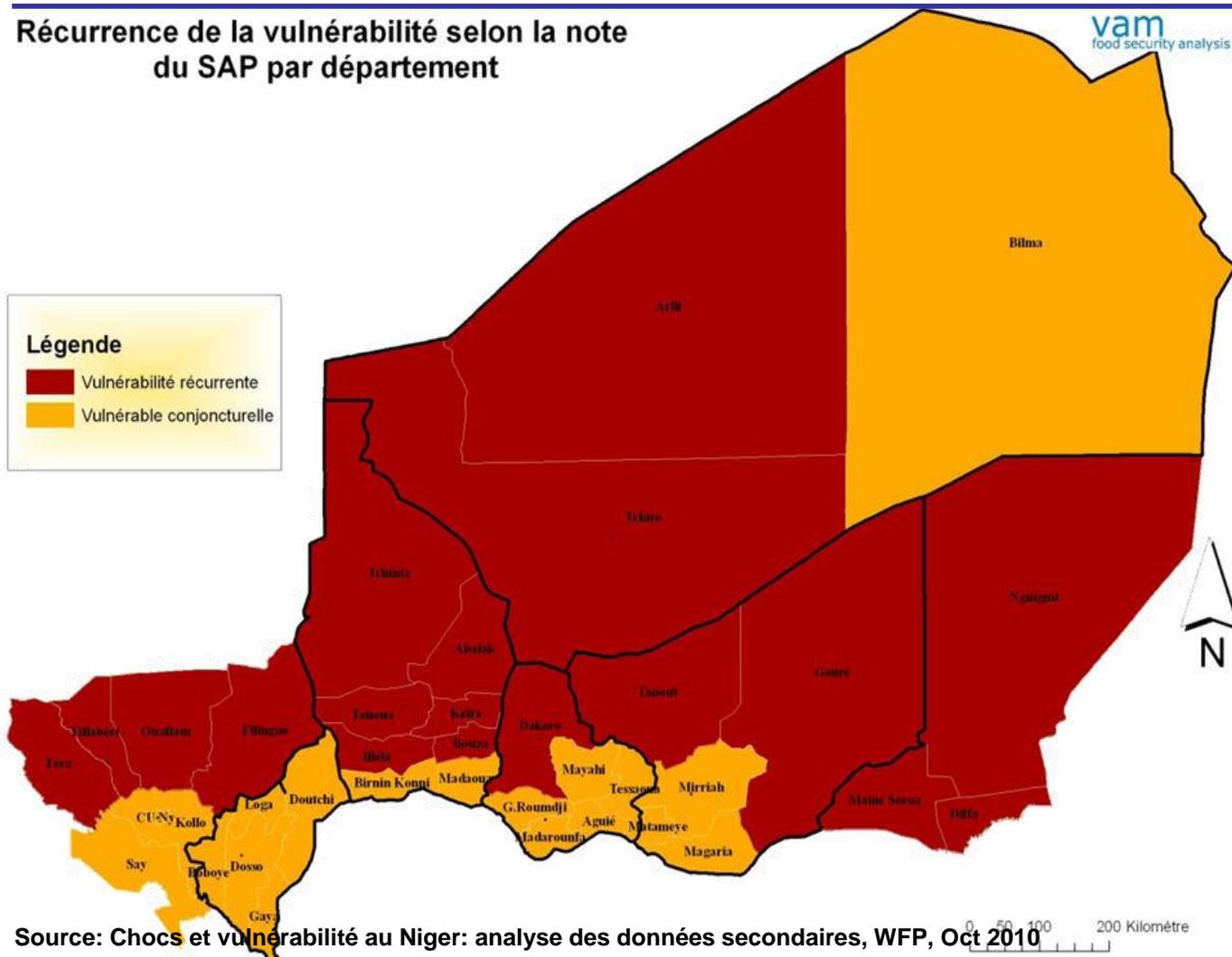


Les variations des prix du mil, chèvres et vaches expliquent 55 à 72% des admissions.

La vulnérabilité alimentaire est chronique et généralisée. Seuls quelques départements sont moins régulièrement touchés

L'ensemble du territoire est touché par l'insécurité alimentaire, dont 16 départements de façon récurrente

Récurrence de la vulnérabilité selon la note du SAP par département



Un département est dit de vulnérabilité récurrente s'il est classé au moins cinq fois vulnérable et au moins une fois extrêmement vulnérable au cours des 9 dernières années (2001-2009).

Variables considérées pour l'indicateur du SAP:

- La situation pluviométrique**
- La situation de l'agriculture vivrière**
- La situation de l'agriculture de rente**
- La situation pastorale**
- Les sources de revenus secondaires (non-agricoles)**
- L'état du marché**
- La situation sanitaire et nutritionnelle**
- Les éléments d'alerte**
- Les capacités d'ajustements**
- Le diagnostic (indice) de l'année précédente**

Facteurs explicatifs: des chocs de production répétés et une difficulté d'accès aux aliments

- Déficit céréalier: une année sur deux en moyenne sur les cinquante dernière années
- Au cours des 14 dernières années: 4 grandes sécheresses dont trois ont débouché sur des crises alimentaires
- Agriculture peu modernisée très dépendante des aléas climatiques
- Production agricole peu diversifiée
- Accessibilité physique: insuffisance des infrastructures et des moyens de transports: fortes variations de l'approvisionnement des marchés
- Accessibilité économique: faible pouvoir d'achat et forte volatilité des prix

Un enfoncement au fil des années dans une situation de précarité alimentaire avec un affaiblissement continu de la capacité de résistance aux chocs

Utilisation répétée de stratégies d'adaptation+ faible intervalle entre deux chocs → érosion des moyens d'existence

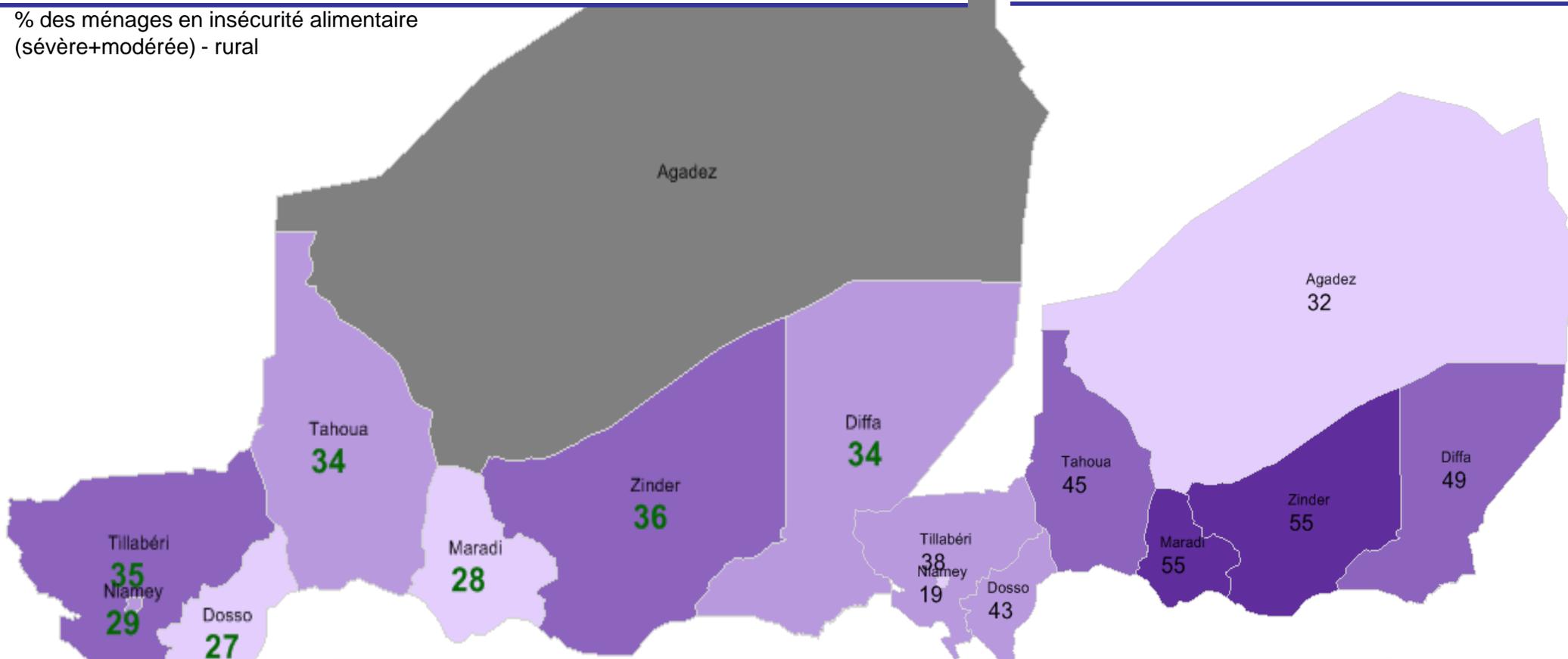
« *La consommation alimentaire des ménages s'est considérablement dégradée entre 2005 et 2010 dans toutes les régions. Si l'on analyse globalement la proportion de ménages avec une consommation alimentaire pauvre et limite, on note **une plus forte dégradation de la consommation alimentaire dans les régions de Maradi, Zinder, Tillabéri et Tahoua.** Dans l'ensemble, on note une différence allant de 11 à 31 points de pourcentage entre la situation en 2005 et celle de 2010 traduisant aussi bien la sévérité et l'ampleur de la situation alimentaire et nutritionnelle actuelle. »*

L'insécurité alimentaire n'explique pas à elle seule les taux élevés de malnutrition: les régions les plus touchées ne sont pas forcément celles qui présentent les prévalences de malnutrition les plus élevées.

L'insécurité alimentaire est élevée partout mais particulièrement à Zinder et Tillabéri

% des ménages en insécurité alimentaire (sévère+modérée) - rural

Prévalences de la malnutrition chronique (6-59 mois)



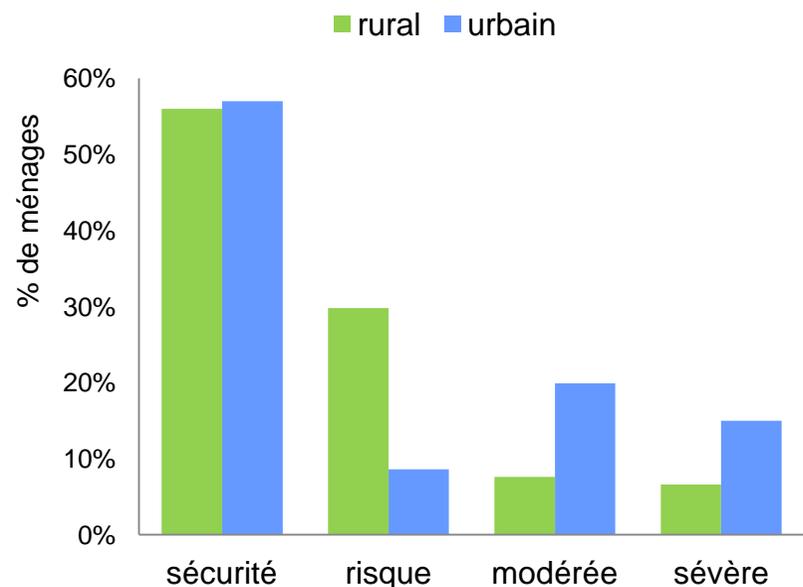
Exemple: Maradi présente un des taux d'insécurité alimentaire les plus bas mais la prévalence de MC la plus élevée

Source: Enquête conjointe sur la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire des ménages au Niger, INS-SAP (Nov 2011)

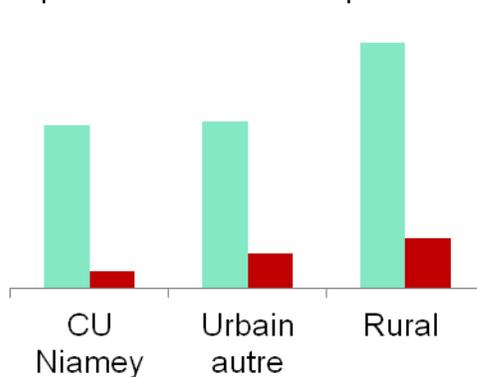
De plus, le milieu urbain, plus touché par l'insécurité alimentaire, présente des prévalences de malnutrition inférieures à celles du milieu rural. Les soins et la santé jouent un rôle déterminant sur la situation nutritionnelle des enfants

L'insécurité alimentaire modérée et sévère frappe davantage le milieu urbain

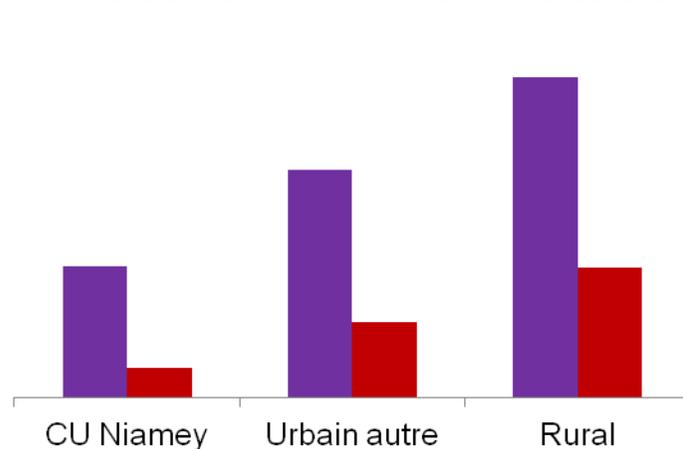
Alors que la malnutrition (aigüe ou chronique) frappe beaucoup plus le milieu rural



prévalence MAG (light green) prévalence MAS (red)



Prévalence MC (purple) Prévalence MC sévère (red)



L'insécurité alimentaire n'explique pas, à elle seule, les taux de malnutrition. Les soins, l'environnement sanitaire et l'accès aux services de santé, qui sont très inégaux selon le milieu (urbain ou rural), jouent un rôle majeur.

Alimentation & moyens d'existence

Messages clés (1)

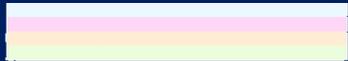
- Plus d'un tiers de la population a une alimentation inadéquate, que ce soit en termes de quantité et/ou en qualité
- Le régime alimentaire, peu diversifié, est essentiellement basé sur les céréales, quel que soit le milieu ou le quintile de richesse considéré. Les céréales participent à 60% de la couverture des besoins énergétiques. Les fruits, légumes et produits animaux, riches en micronutriments, sont peu consommés
- 78% de la population vit en milieu rural, 67% des chefs de ménage ont comme activité principale l'agriculture, l'élevage est pratiqué par 87% de la population
- Le Niger est affecté par une insécurité alimentaire structurelle, qui touche plus fréquemment les ménages dont le chef est une femme, les agriculteurs en milieu rural et les travailleurs précaires en milieu urbain.
- 4 nigériens sur 10 sont en insécurité alimentaire sévère ou modérée en milieu urbain, les ménages pauvres sont très affectés..
- L'insécurité alimentaire réduit la capacité des ménages à assurer une consommation alimentaire acceptable à leurs enfants, et pousse les familles à se déplacer, ce qui rend les enfants plus vulnérables.

Alimentation & moyens d'existence

Messages clés (2)

- 81% des aliments consommés sont achetés, et il n'y a pas de différences significatives selon le quintile de richesse ou la classe de sécurité alimentaire: tous les ménages sont très dépendants des marchés.
- La période de soudure est critique et correspond à une détérioration de la consommation alimentaire et à une augmentation du prix des denrées de base. L'augmentation des prix est corrélée à l'augmentation des admissions d'enfants malnutris aigus dans les centres de récupération.
- Un enfoncement au fil des années dans une situation de précarité alimentaire avec un affaiblissement continu de la capacité de résistance aux chocs avec une plus forte dégradation de la consommation alimentaire dans les régions de Maradi, Zinder, Tillabéri et Tahoua.
- **L'insécurité alimentaire est loin d'expliquer à elle seule les taux élevés de malnutrition: les régions les plus touchées par l'insécurité alimentaire ne sont pas forcément les régions qui présentent les prévalences de malnutrition les plus élevées. De plus, le milieu urbain, qui est le plus touché par l'insécurité alimentaire, présente des prévalences de malnutrition bien inférieures à celle du milieu rural: les soins et la santé jouent un rôle déterminant sur la situation nutritionnelle des enfants.**

Soins (mère et enfant)



REACH

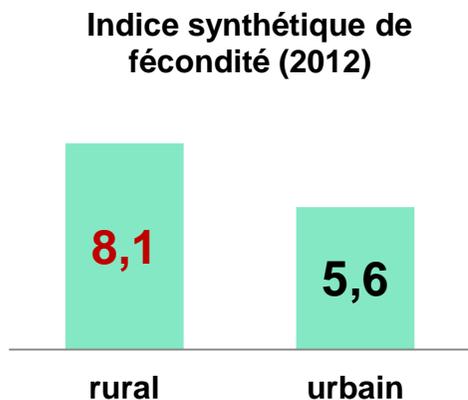
ACCELERATING THE SCALE-UP OF FOOD AND NUTRITION ACTIONS



L'indice synthétique de fécondité au Niger est le plus élevé au monde. Il a augmenté de 2006 à 2012

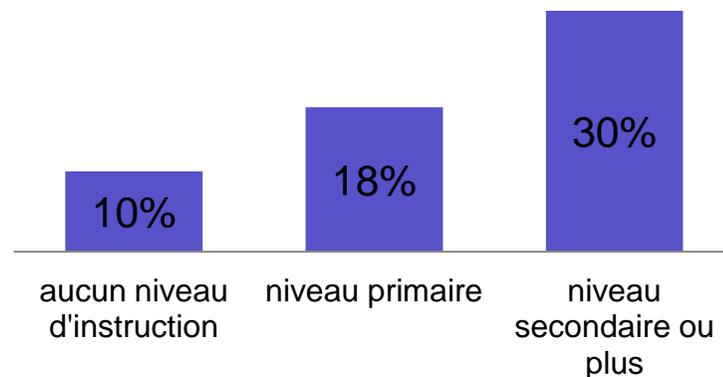
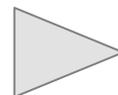
Indice synthétique de fécondité: 7,6 enfants par femme en 2012, en augmentation par rapport à 2006 (7,1).

Les femmes rurales ont plus d'enfants en moyenne



L'utilisation de la contraception augmente significativement avec le niveau d'instruction

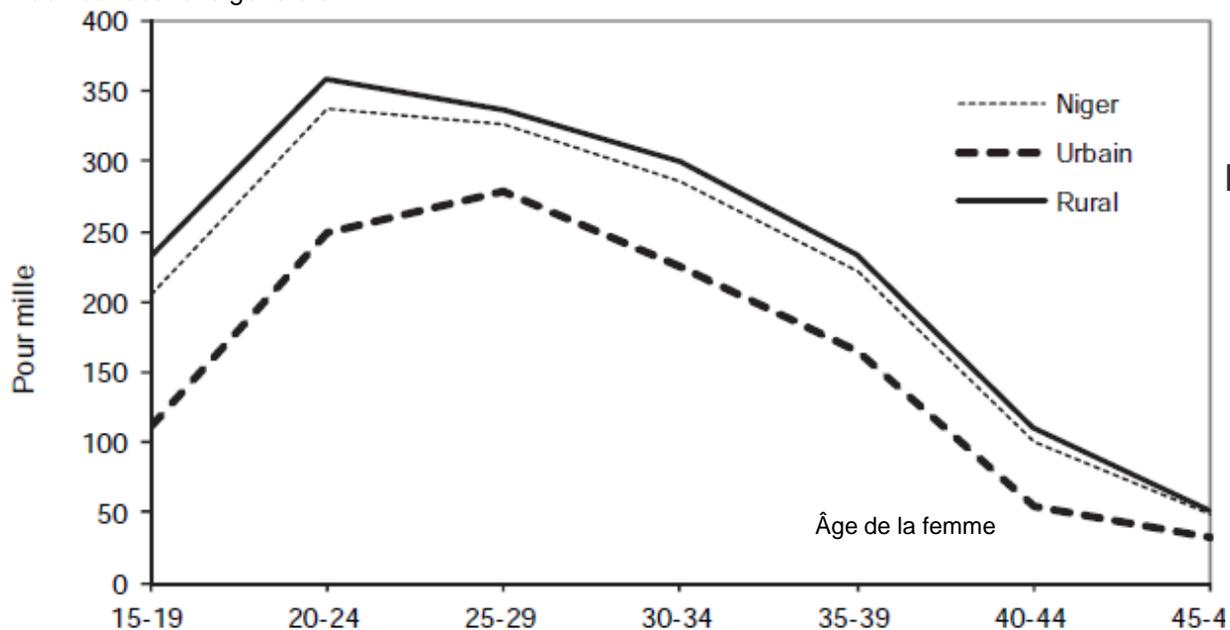
Seul 14% des femmes utilisent une méthode contraceptive.



Les femmes commencent leur vie féconde jeunes

Le taux de fécondité maximal est atteint dans la tranche d'âge de 20-24 ans

Taux de fécondité générale



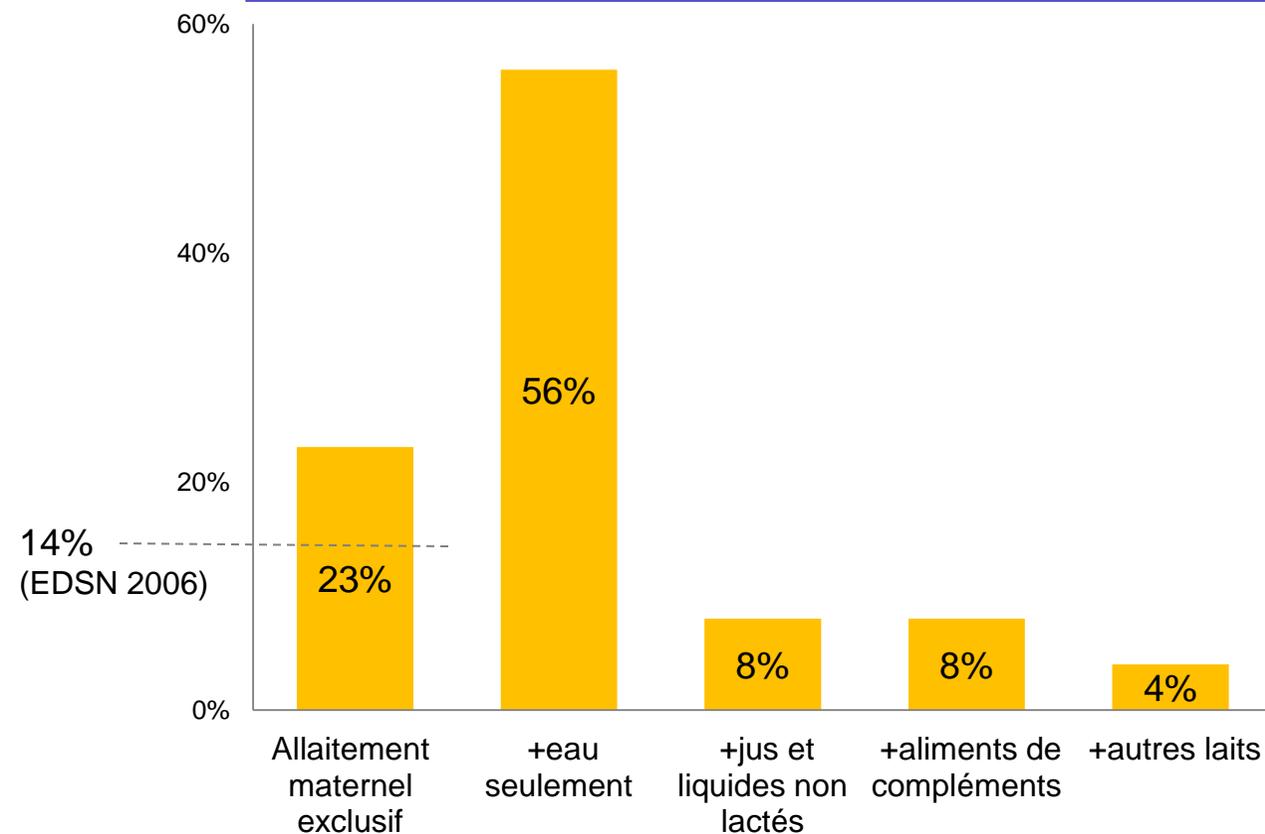
La moitié des femmes de 25-49 ans ont eu leur premier enfant avant l'âge de 18 ans (2006).

Les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour 14 % à la fécondité totale du milieu rural.

L'allaitement exclusif progresse lentement: Seul un nourrisson sur cinq est allaité exclusivement au sein

L'association de l'allaitement à l'eau demeure une pratique très courante

% nourrissons de 0-5 mois



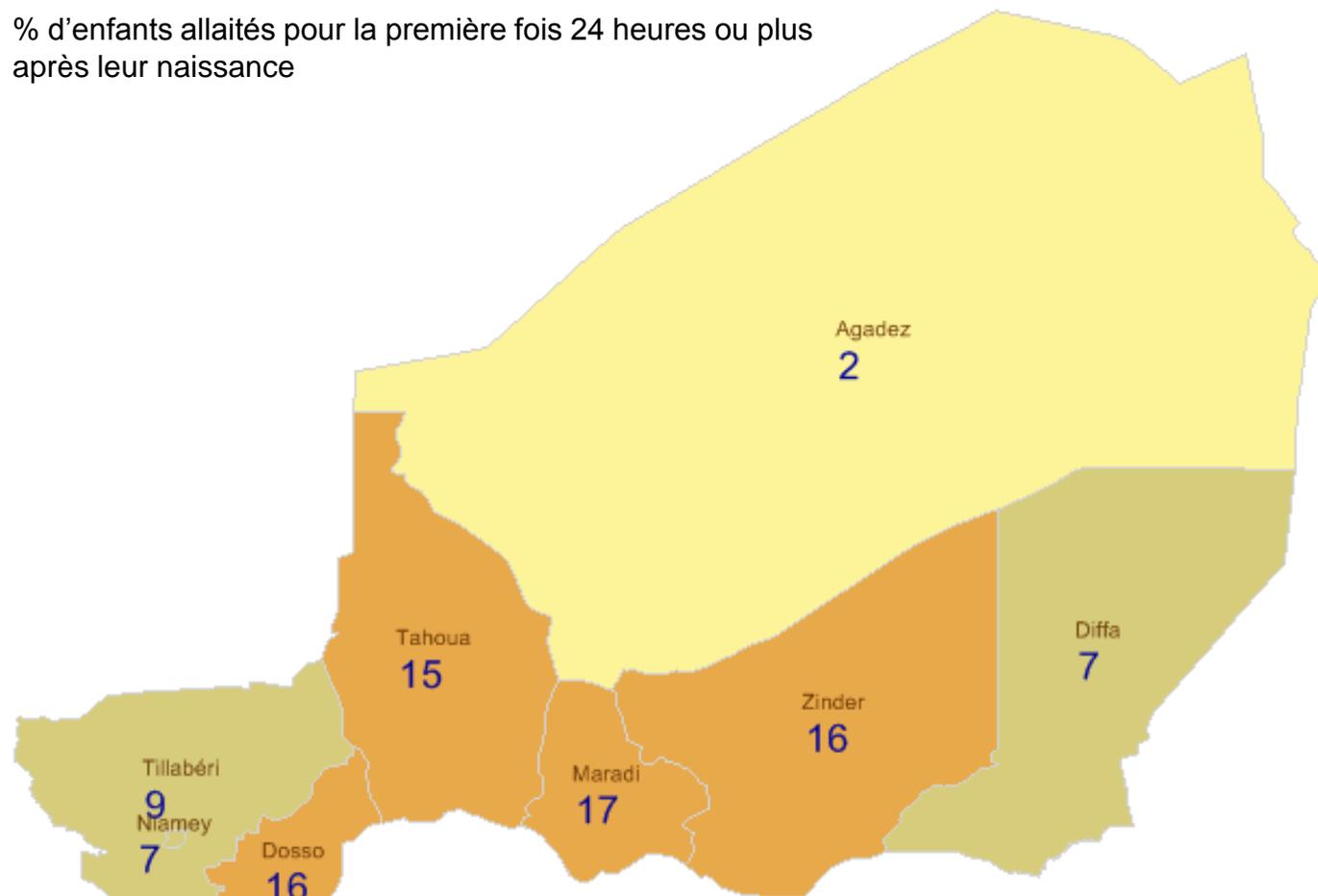
Les croyances culturelles empêchent l'appropriation des bonnes pratiques:

- Crainte que l'enfant aie soif
- Enfant confié aux grandes sœurs
- Influence des personnes âgées
- Magico-religieux: breuvages protecteurs

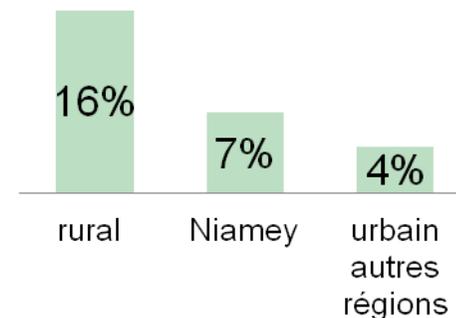
L'initiation précoce de l'allaitement est en baisse et concerne moins de la moitié des enfants

Plus de 15% des enfants à Maradi, Zinder, Dosso et Tahoua sont allaités pour la première fois plus de 24h après leur naissance

% d'enfants allaités pour la première fois 24 heures ou plus après leur naissance



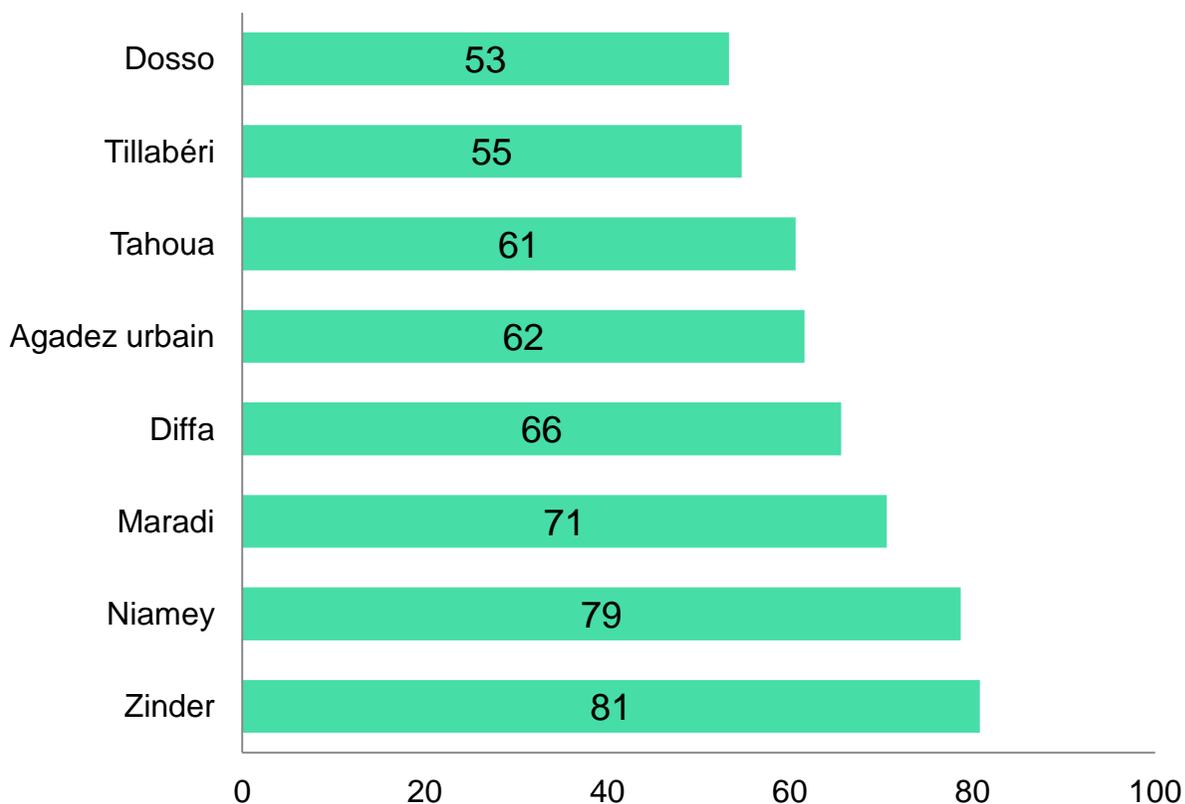
Seuls 42% des enfants sont allaités moins d'une heure après leur naissance, contre 48% en 2006.



35% des enfants de 6 à 8 mois ne reçoivent aucun aliment de complément en plus du lait maternel. Il n'y a pas de progression depuis 2010

Fortes disparités régionales (2010)

% de 6-8 mois recevant une alimentation de complément:



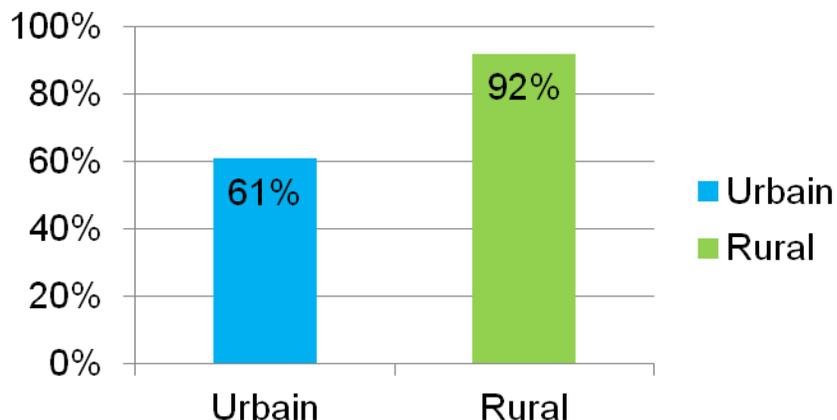
Donnée enquête survie
2010: 35% des 6 à 8 mois
Donnée EDSN-MICS 2012:
35% des 6 à 9 mois

A partir de six mois, le lait maternel ne couvre plus tous les besoins nutritionnels de l'enfant, et des aliments de compléments doivent être introduit progressivement.

L'alimentation de complément est insuffisamment diversifiée, surtout en milieu rural

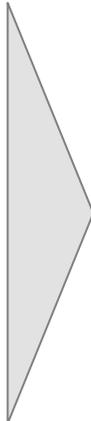
La faible diversification de l'alimentation des enfants de 6-23 mois touche majoritairement ceux du milieu rural :

% de 6-23 mois ayant une alimentation faiblement diversifiée (score de diversification alimentaire)



% d'enfants de 6-24 mois qui ont consommé un ou des aliments parmi les groupes suivants (24h précédant l'enquête):

groupe d'aliments	milieu urbain	milieu rural
Produits laitiers	62,0	72,5
Céréales et tubercules	100,0	100,0
Légumineuses	87,0	81,7
Fruits	54,7	20,6
Protéine animale	60,0	51,2
Huiles	99,2	79,4



L'alimentation de complément est plus diversifiée en milieu urbain qu'en milieu rural, mais les enfants en milieu rural sont plus nombreux à avoir consommé du lait.

De nombreux obstacles à l'alimentation de complément même lorsque la théorie des bonnes pratiques est connue:

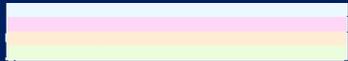
- La prégnance des représentations et les habitudes
- Le niveau de revenu des ménages et le contrôle des ressources. Les femmes n'ont souvent pas l'accès aux ressources financières et les maris sont moins sensibilisés à l'importance de l'alimentation de complément.
- Le faible accès physique aux aliments de complément
- La charge de travail des femmes
- La décontextualisation du discours sur l'alimentation complémentaire
- Les recettes de l'alimentation de complément sont générales, elles ne tiennent pas compte des spécificités et contraintes locales.

Soins (mère et enfant)

Messages clés

- Le Niger a l'indice de fécondité le plus élevé au monde. (7,6 enfants par femme), avec 8,1 en milieu rural contre 5,6 en milieu urbain.
- L'allaitement exclusif progresse lentement, et concerne seulement un nourrisson sur cinq.
- L'initiation précoce de l'allaitement concerne seulement 42% des enfants et est en baisse.
- 35% des enfants de 6 à 8 mois ne reçoivent aucun aliment de complément en plus du lait maternel. On n'observe pas de progression depuis 2010.
- L'alimentation de complément est peu diversifiée, surtout en milieu rural (92% des 6-23 mois).
- Il existe de nombreux obstacles à l'alimentation de complément même lorsque les bonnes pratiques sont connues
- De façon générale, il y a de fortes disparités en fonction du milieu (urbain/rural) et en fonction du niveau d'instruction de la mère, concernant la mise en œuvre des bonnes pratiques de soins.

Santé, hygiène et assainissement



REACH

ACCELERATING THE SCALE-UP OF FOOD AND NUTRITION ACTIONS



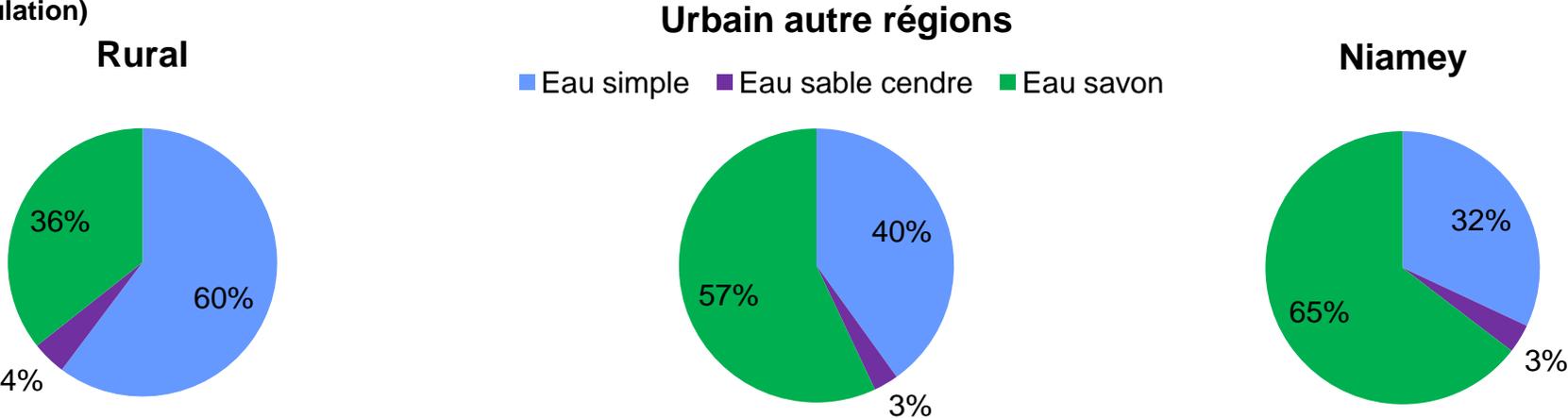
Un nigérien sur deux n'a pas accès à l'eau potable en milieu rural

- En milieu rural, le taux d'accès théorique à l'eau potable (2012) est de 49%, avec des variations entre 43 et 49% sauf a Dosso qui se démarque avec 62% .
- La progression est faible (48% en 2009).
- Le taux de desserte en milieu urbain est de 73,8% . Ce taux masque de grandes disparités).
- Au niveau national: 53,5% (taux d'accès national).

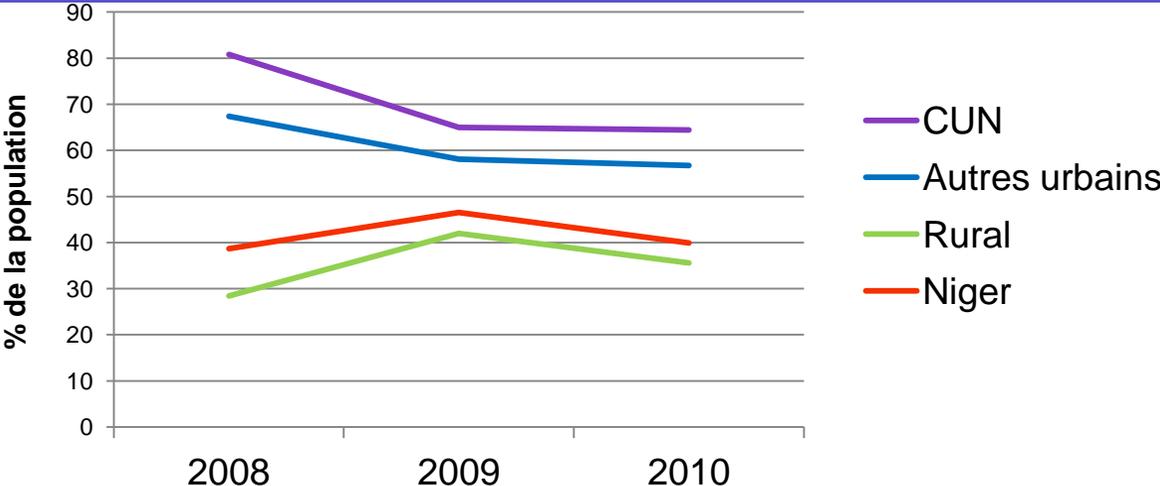
Le lavage des mains au savon n'est pratiqué que par un tiers de la population rurale. Il n'y a pas de progression depuis 2008, avec même une diminution en milieu urbain

Le lavage des mains au savon est beaucoup plus fréquent en milieu urbain...

(% de la population)



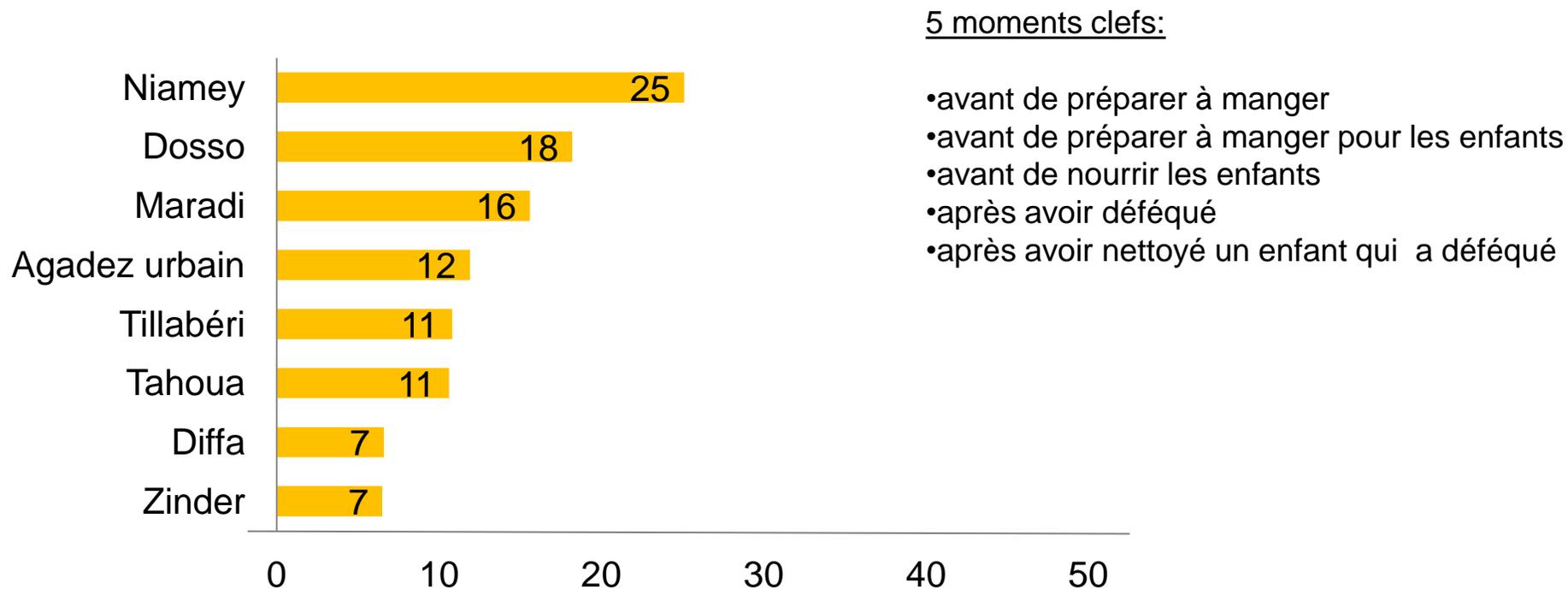
...où il a néanmoins diminué depuis 2008, avec une évolution en dents de scie au niveau national



Source: Enquête nationale sur la survie des enfants de 0 à 59 mois et la mortalité au Niger, INS (2010)
Niger. Child Survival at a Glance. 2012

Cette proportion est encore plus basse si on s'intéresse au lavage des mains aux 5 moments clés, avec de fortes disparités régionales

% de mères qui se lavent les mains aux 5 moments clefs définis par l'OMS



Contraintes identifiées dans les zones PFE déjà sensibilisées:

- accès à l'eau potable
- prix du savon

A peine 19% des individus ont accès à des latrines hygiéniques et la défécation en plein air concerne 79% de la population. Il y a de très fortes disparités selon le milieu.

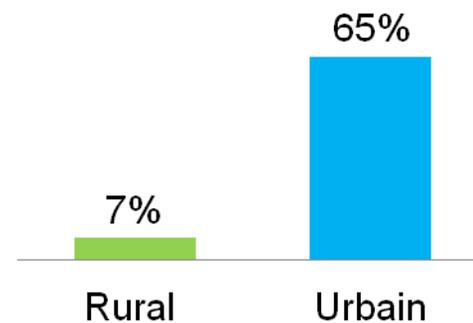
Dans six régions sur huit, moins d'une personne sur cinq bénéficie de latrines hygiéniques, avec un taux d'à peine 3% à Diffa

Estimation de la défécation en plein air

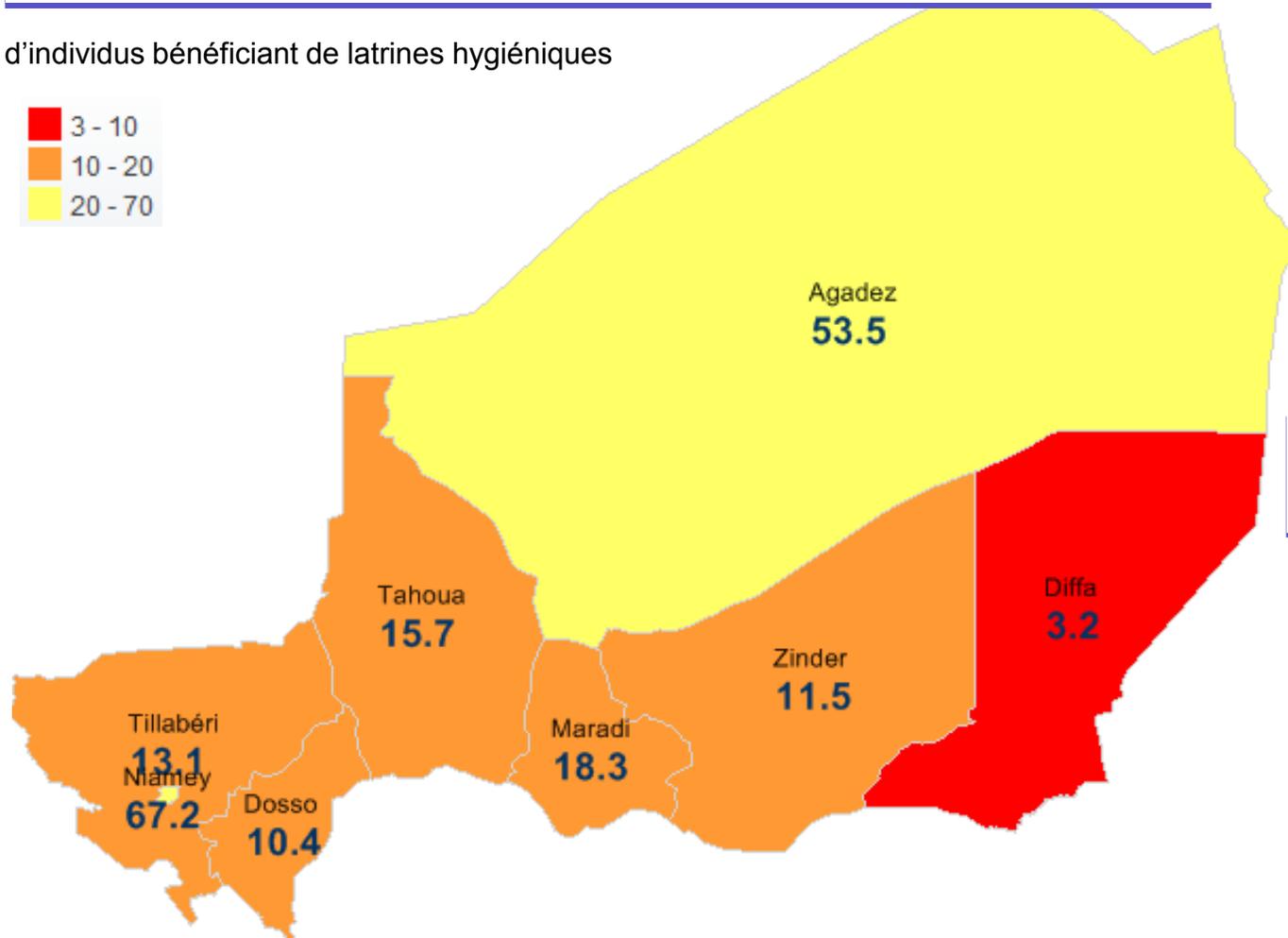
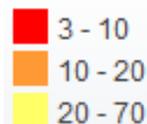
Année	Urbaine	Rurale	Niger
1990	26%	95%	84%
1995	24%	94%	83%
2000	22%	93%	82%
2005	21%	91%	79%
2010	20%	91%	79%

Source: OMS/UNICEF JMP, 2012

Les urbains ont 9 fois plus accès aux latrines hygiéniques que les ruraux



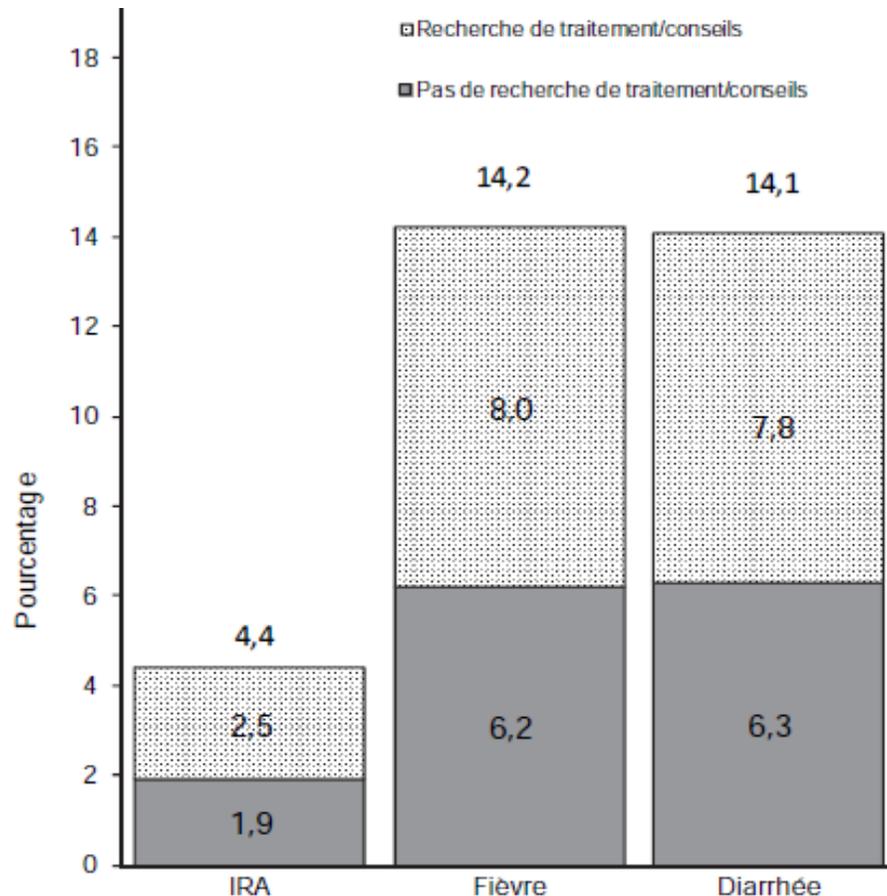
% d'individus bénéficiant de latrines hygiéniques



Les maladies infectieuses touchent de nombreux enfants et la recherche de traitement n'est pas systématique

Dans près de la moitié des cas d'infections respiratoires, diarrhée, ou fièvre, il n'y a pas une recherche de traitement auprès d'un professionnel de santé

Incidence des maladies des enfants de moins de cinq ans et recherche de traitement auprès d'un prestataire/établissement de santé



Parmi les obstacles cités:

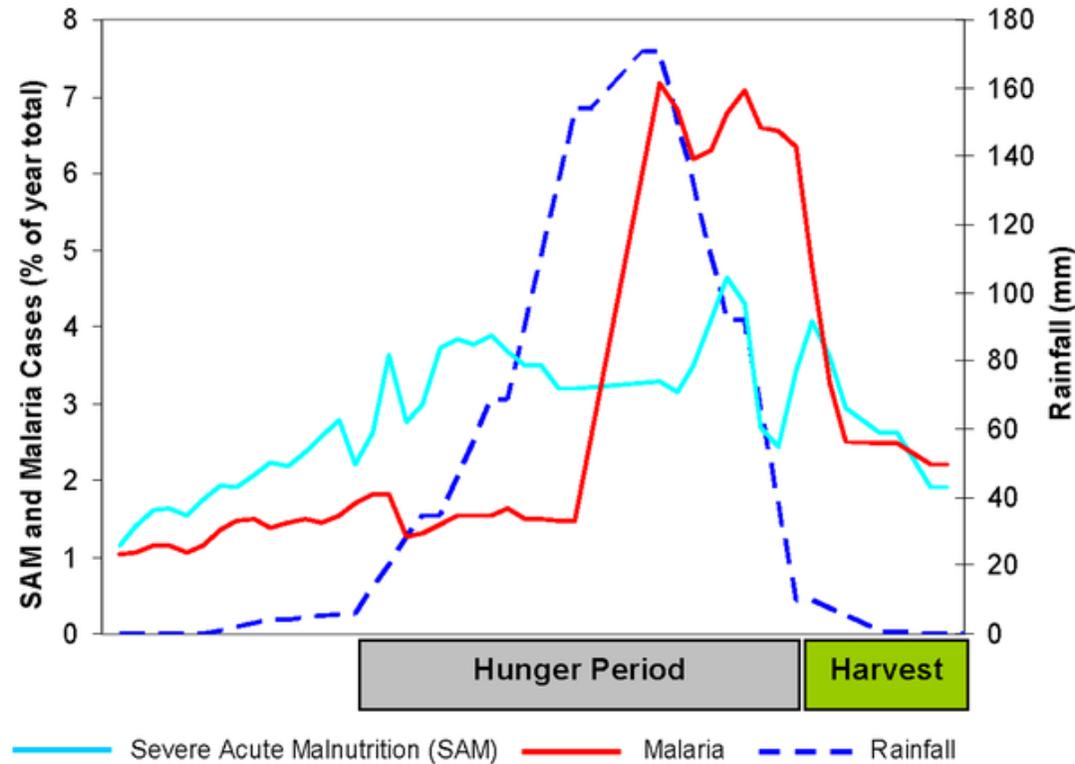
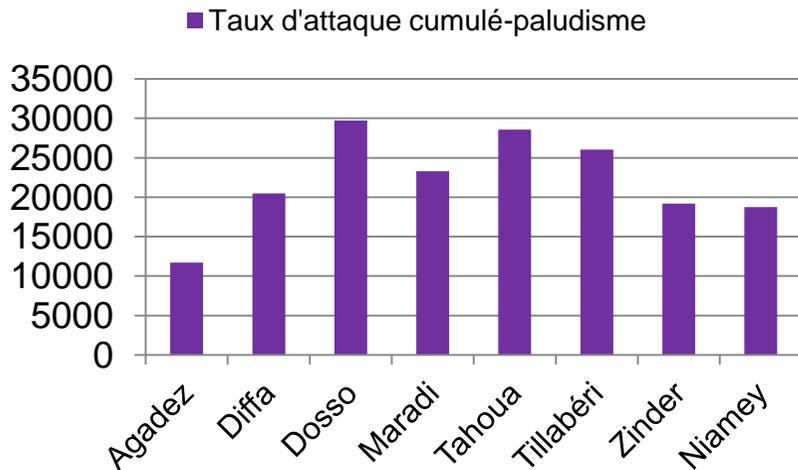
- La distance
- L'accueil des personnels de santé
- La disponibilité des médicaments
- L'absentéisme des personnels de santé

24% seulement des diarrhées sont traitées avec du zinc (2010)

Le paludisme est une des principales causes de morbidité et un facteur de risque important pour la malnutrition. Les malnutris sont plus vulnérables au paludisme

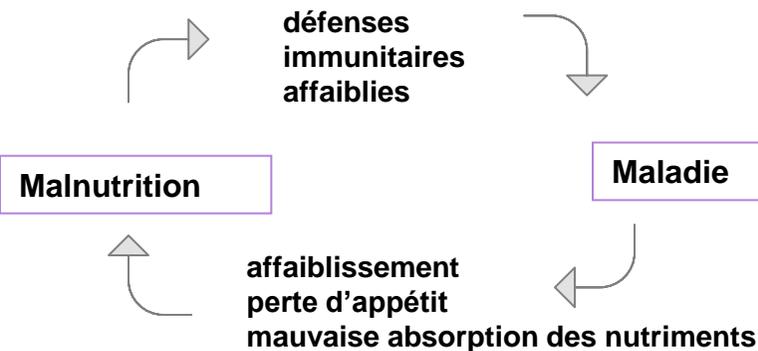
Le paludisme sévit partout avec les taux d'attaque les plus élevés à Dosso, Tahoua et Tillabéri

La période de soudure qui enregistre les taux de MAG les plus élevés, coïncide avec l'augmentation des cas de paludisme



Saisonnalité de la MAS, du paludisme et des pluies au Niger (2007)

Cycle malnutrition-paludisme très dangereux.



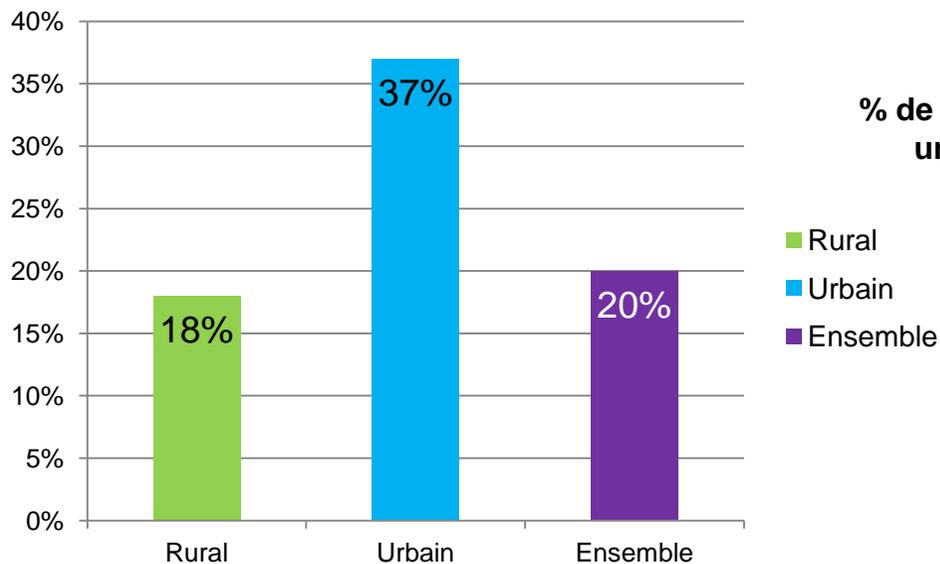
Source: Surveillance du paludisme, OMS 2012

Vaitla B, Devereux S, Swan SH(2009) Seasonal Hunger: A Neglected Problem with Proven Solutions.

61% des ménages possèdent une moustiquaire imprégnée mais ils ne l'utilisent pas systématiquement

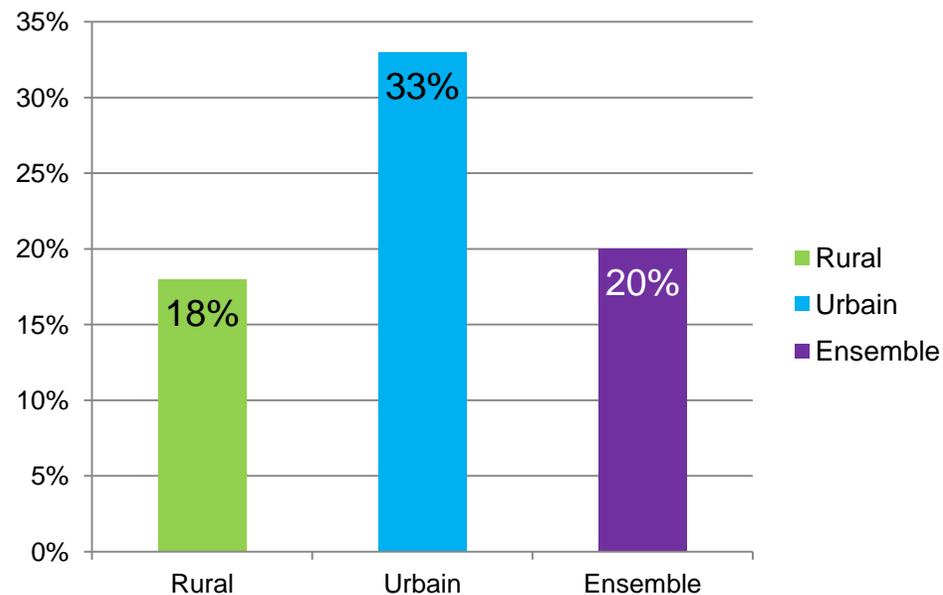
Moins d'un enfant sur cinq dormant sous moustiquaire imprégnée en milieu rural

% d'enfants <5 ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête



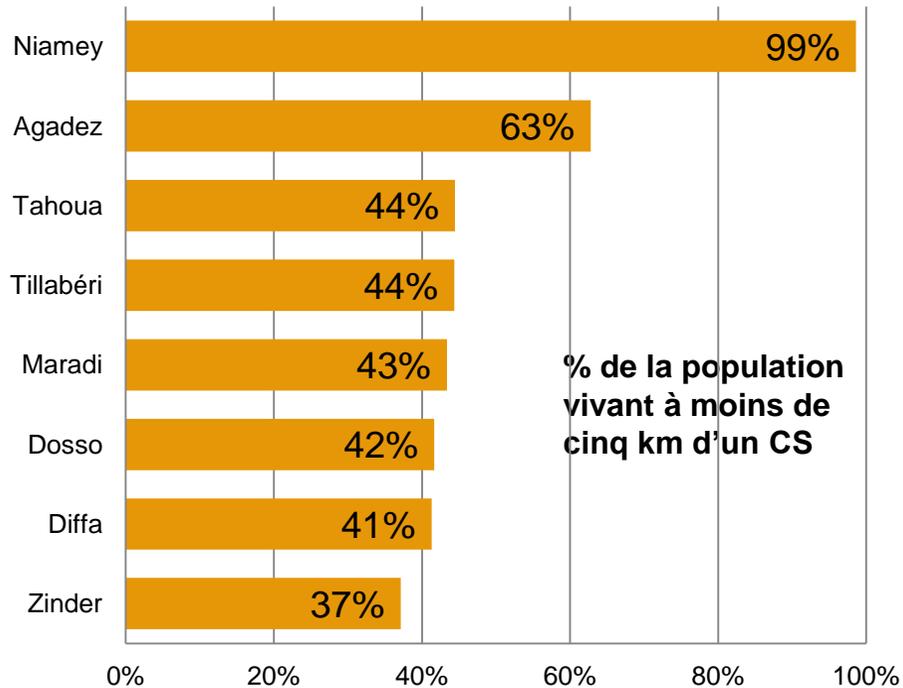
Et moins d'une femme sur cinq en milieu rural

% de femmes enceintes ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête

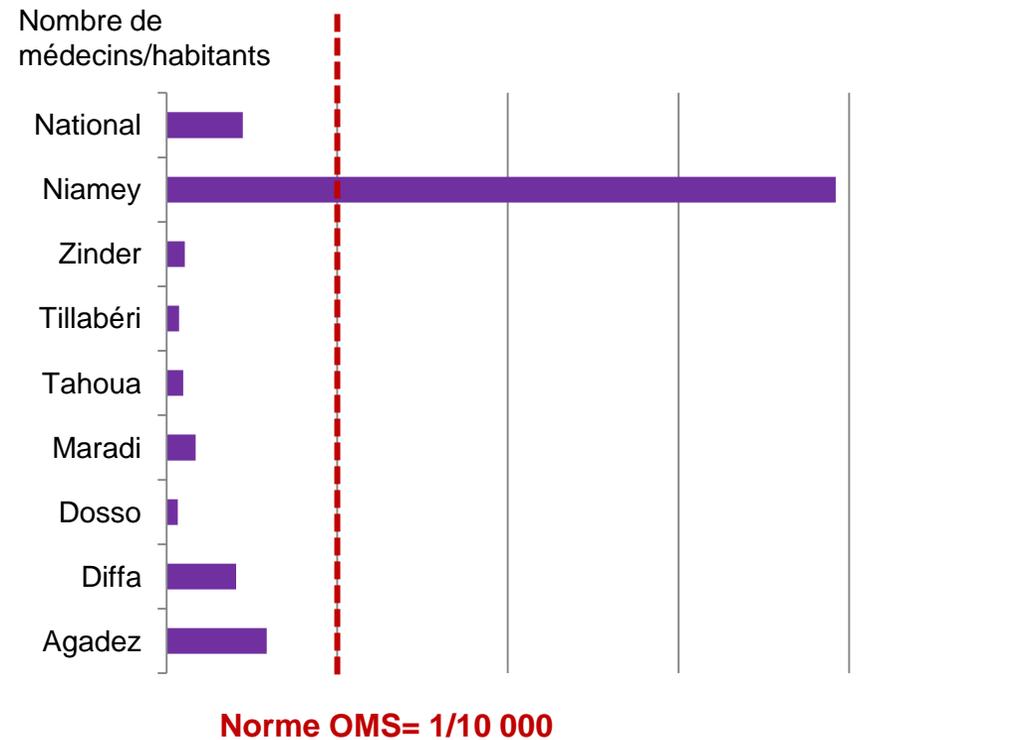


La couverture du système de santé est encore faible et ne permet pas de répondre à tous les besoins

Un accès très limité aux centres de santé



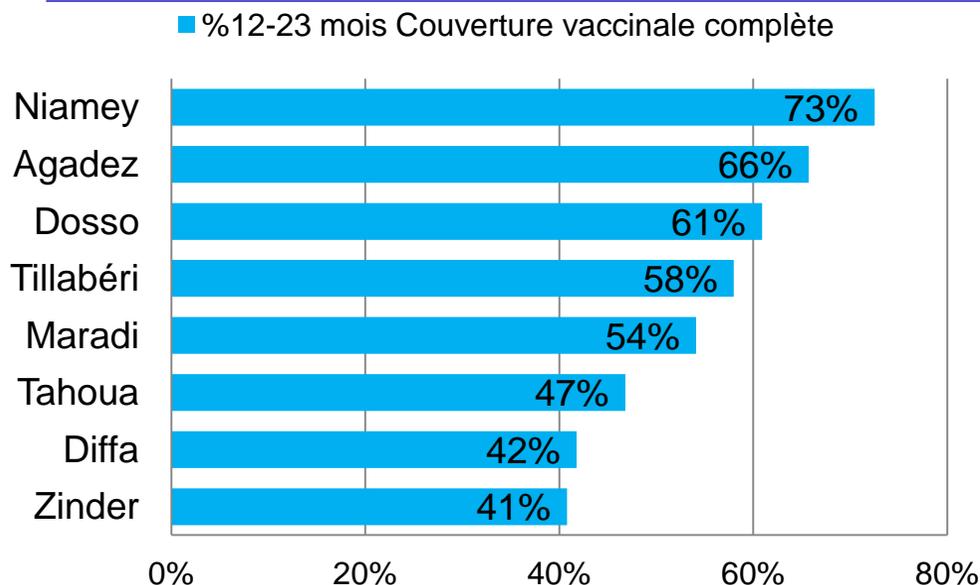
Un personnel de santé en nombre insuffisant pour faire face aux besoins



La couverture est de 47% au niveau national (2011) et cache des disparités urbain/rural très importante.

La proportion d'enfants complètement vaccinés (52%) est en augmentation mais reste insuffisante. Elle augmente avec le niveau d'instruction de la mère et est supérieure en milieu urbain

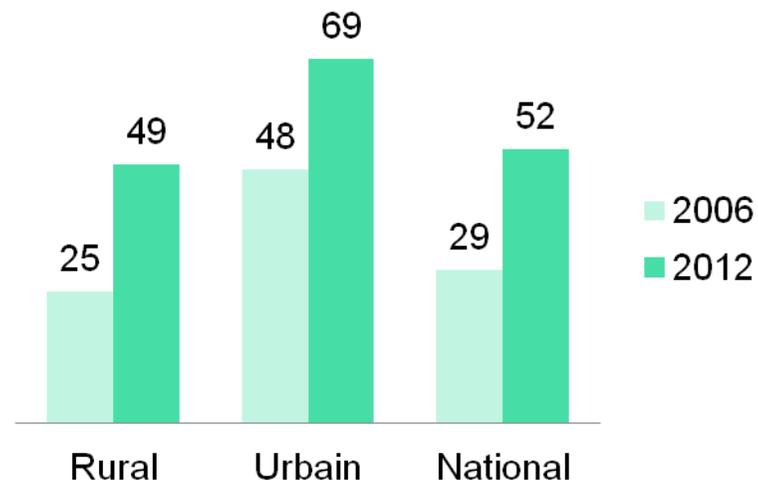
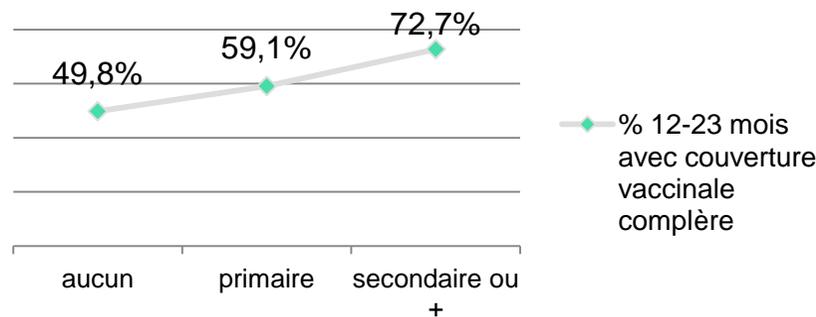
La couverture vaccinale des enfants reste insuffisante particulièrement à Diffa, Zinder, et Tahoua



A Diffa, 22% des 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin.

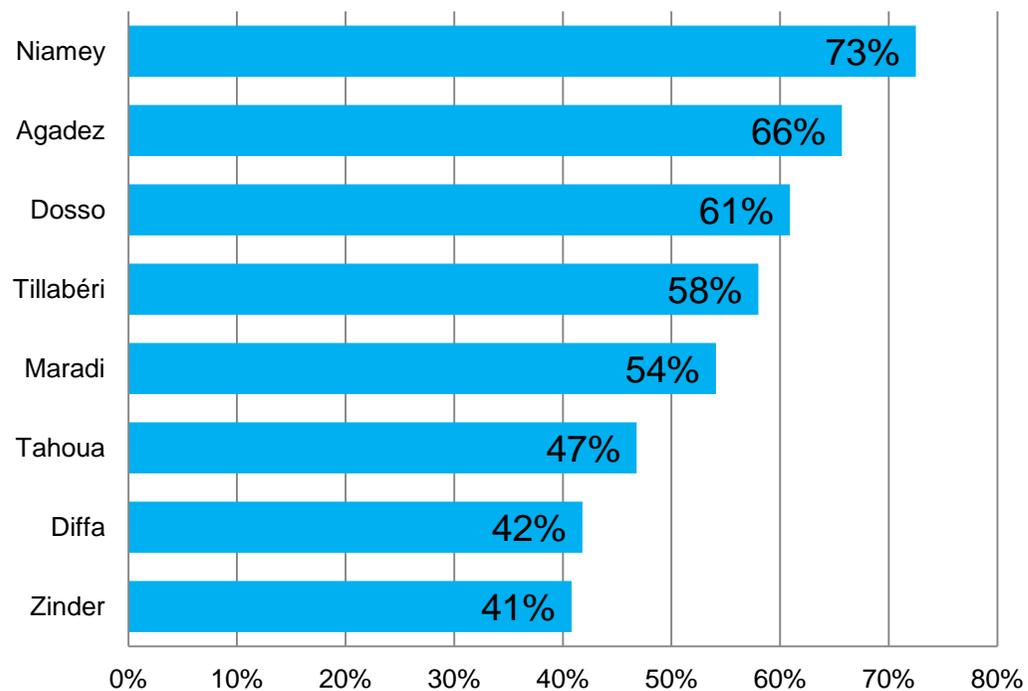
Un % en augmentation mais une disparité qui reste forte selon le milieu

La couverture vaccinale augmente avec le niveau d'instruction de la mère

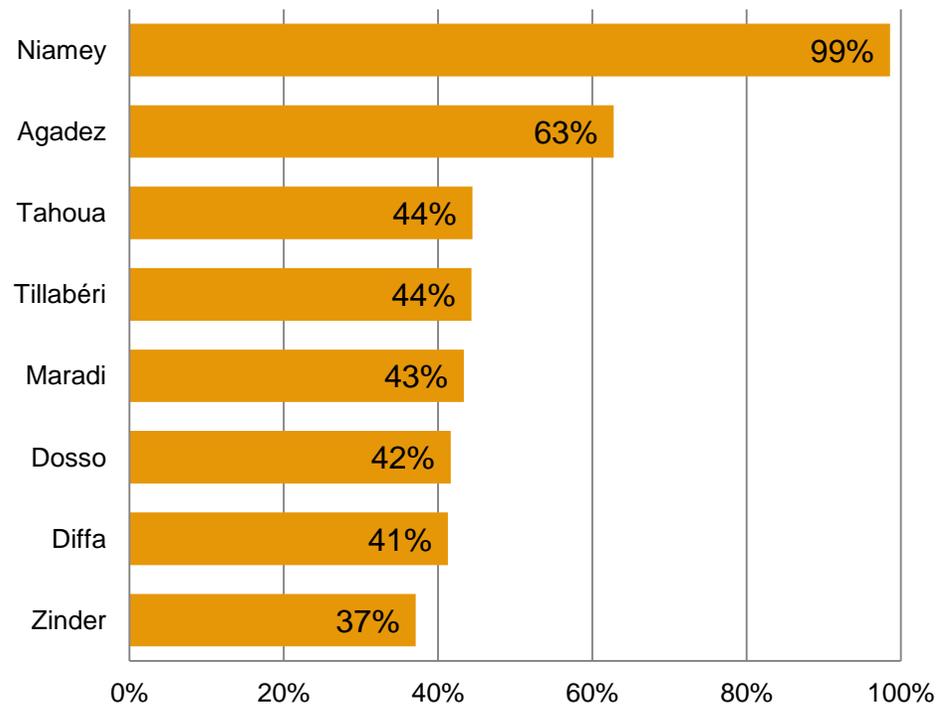


Les taux de taux de couverture vaccinale complète et de couverture sanitaire ont les mêmes tendances

% de 12-23 mois ayant reçu une couverture vaccinale complète



% de la population vivant à moins de cinq km d'un CS



Couverture en vitamine A et déparasitage

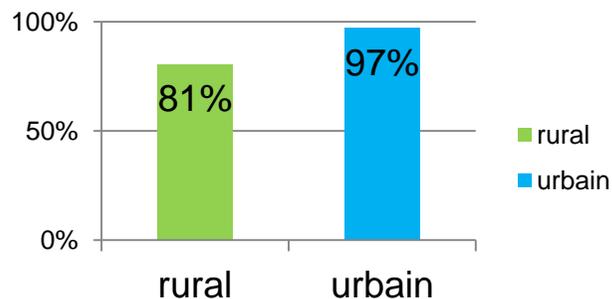
« La couverture en vitamine A et le pourcentage d'enfants déparasités en activités de routine sont très faibles au niveau national avec respectivement 15,76% et 8,37%. » (Annuaire statistique Ministère de la Santé 2011)

Cependant les campagnes bisannuelles de supplémentation font état de taux de couverture à 96% (Childinfo UNICEF 2011)

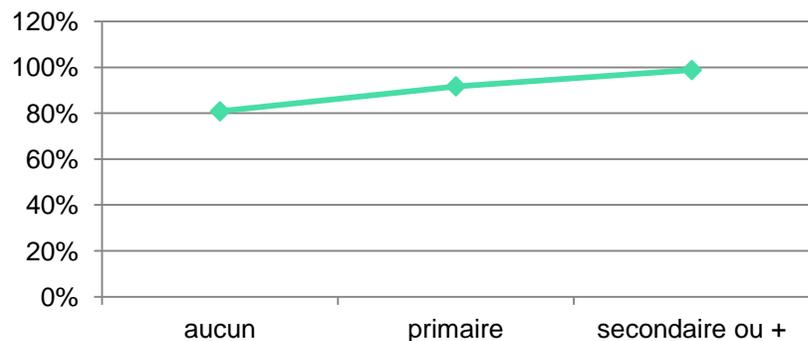
La proportion de femmes ayant reçu des soins prénataux a presque doublé depuis 2006. Elle est de plus de 75% dans toutes les régions sauf à Diffa

Moyenne nationale: 46% en 2006 contre 83% en 2012

Toujours une disparité urbain/rural

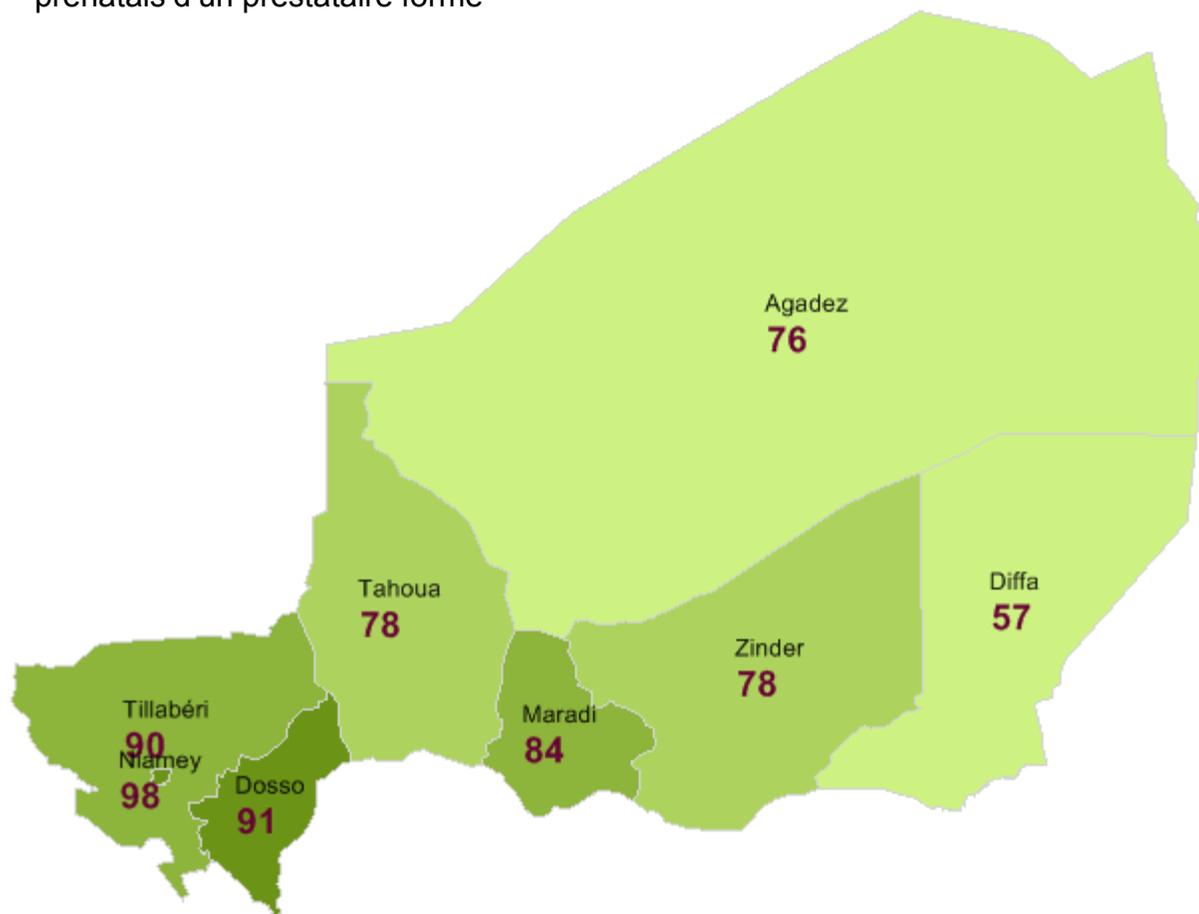


Et une augmentation avec le niveau d'instruction de la mère



La totalité des régions présentent des taux > 75% excepté Diffa

% de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé

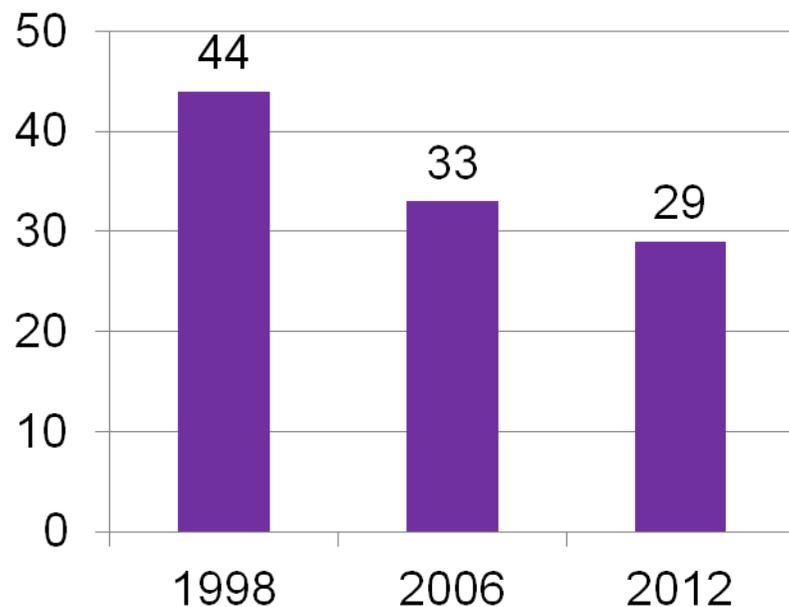
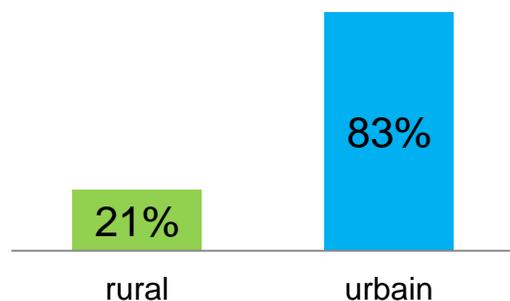


Moins d'un tiers des naissances (29%) sont assistées par un prestataire formé, avec une forte disparité selon le milieu. Cette proportion est en diminution

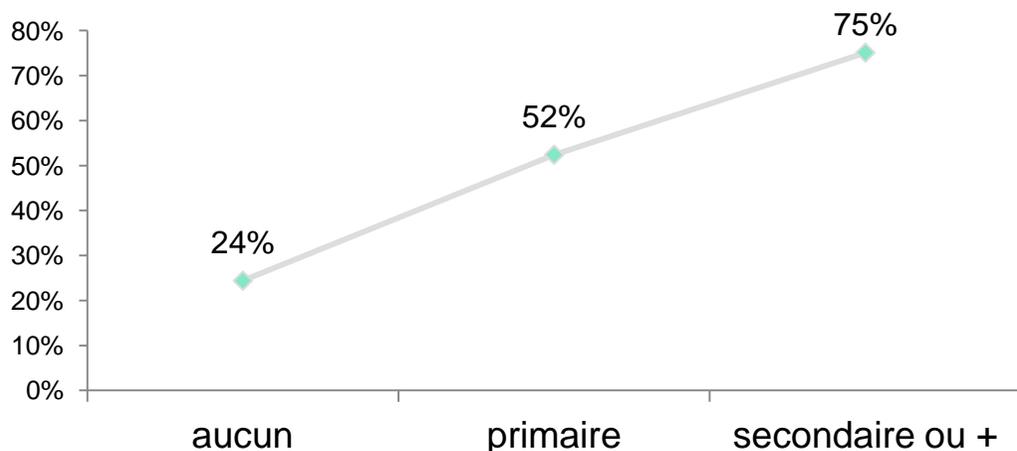
Près de 80% des naissances en milieu rural surviennent sans assistance qualifiée

On observe une diminution depuis 1998

% de naissances assistées par un prestataire formé

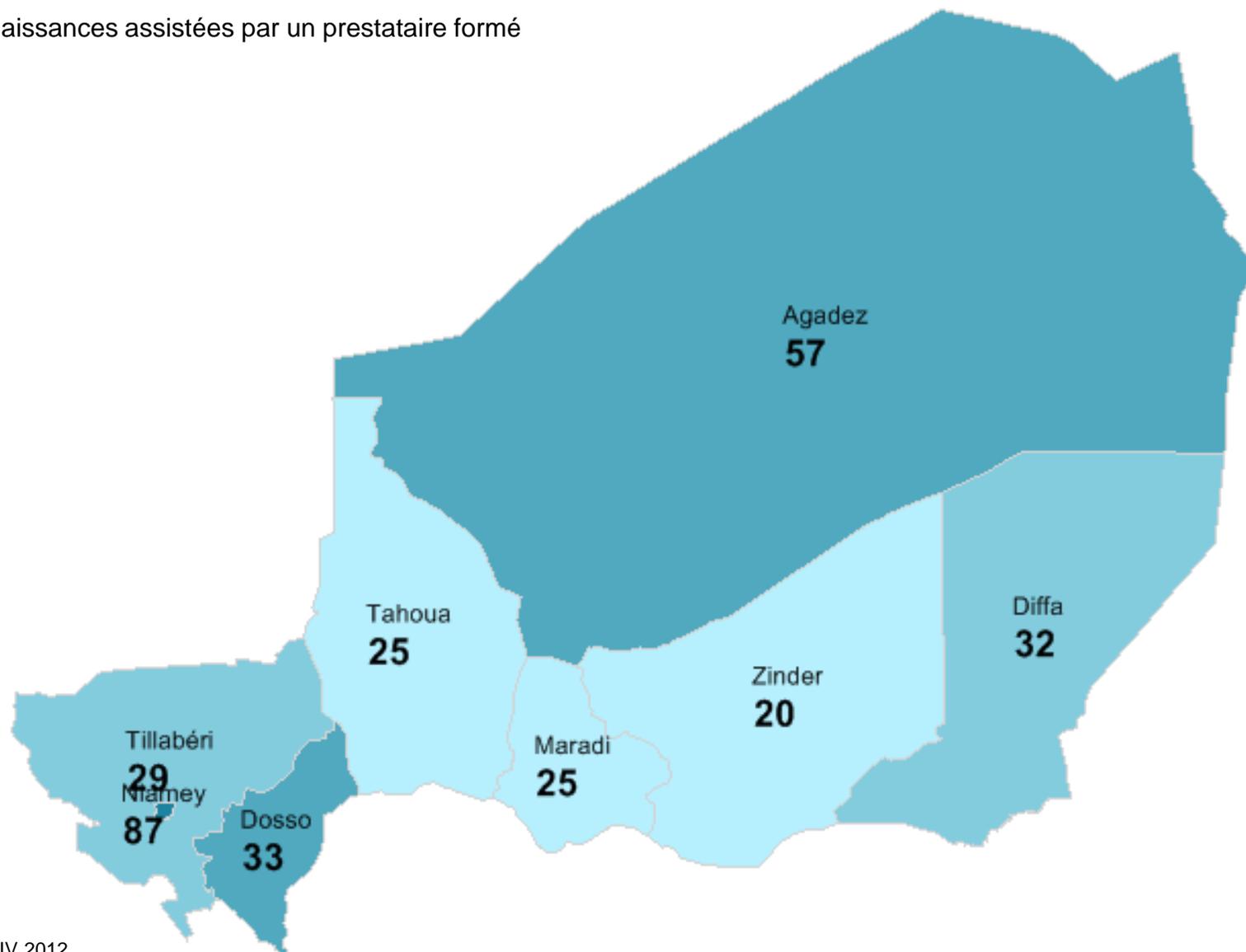


Le niveau d'instruction des mères est un facteur discriminant



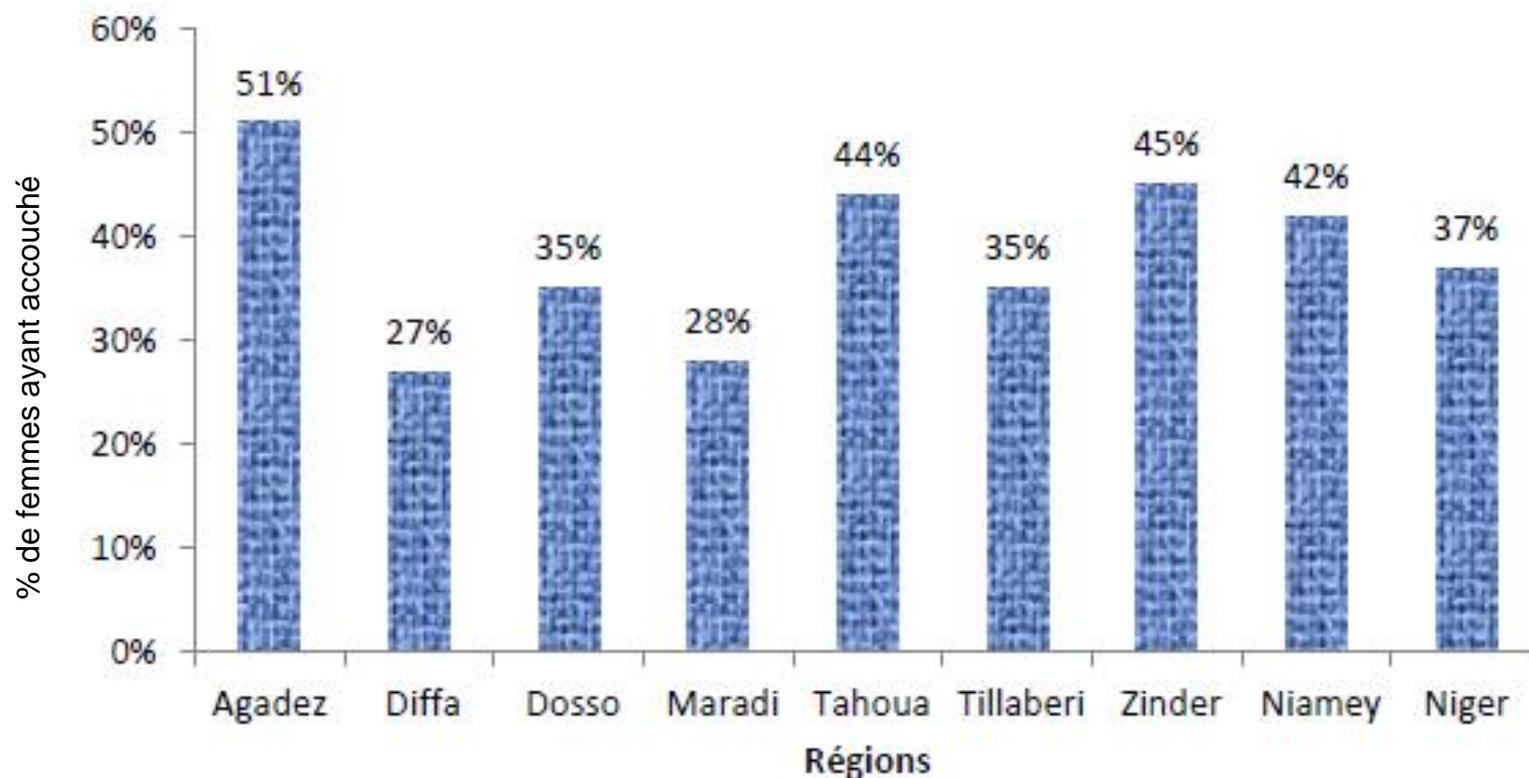
Les plus bas taux de naissances assistées par un prestataire formé sont enregistrés dans les régions de Tahoua, Maradi et Zinder

% de naissances assistées par un prestataire formé

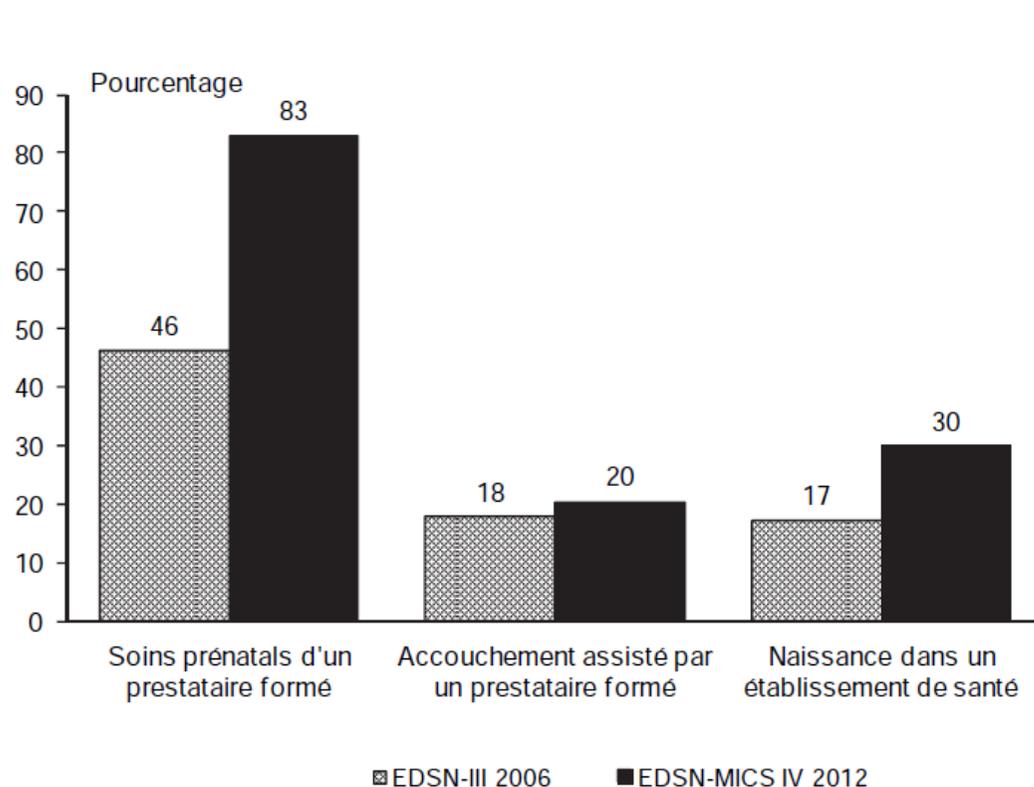


Le taux de couverture en consultation post natale est faible pour toutes les régions (moins de 51%)

94% des femmes vues en consultation post natale ont reçu de la vitamine A. Cependant, plus de la moitié des femmes enceintes ne bénéficient pas de consultation post natale, avec des disparités régionales



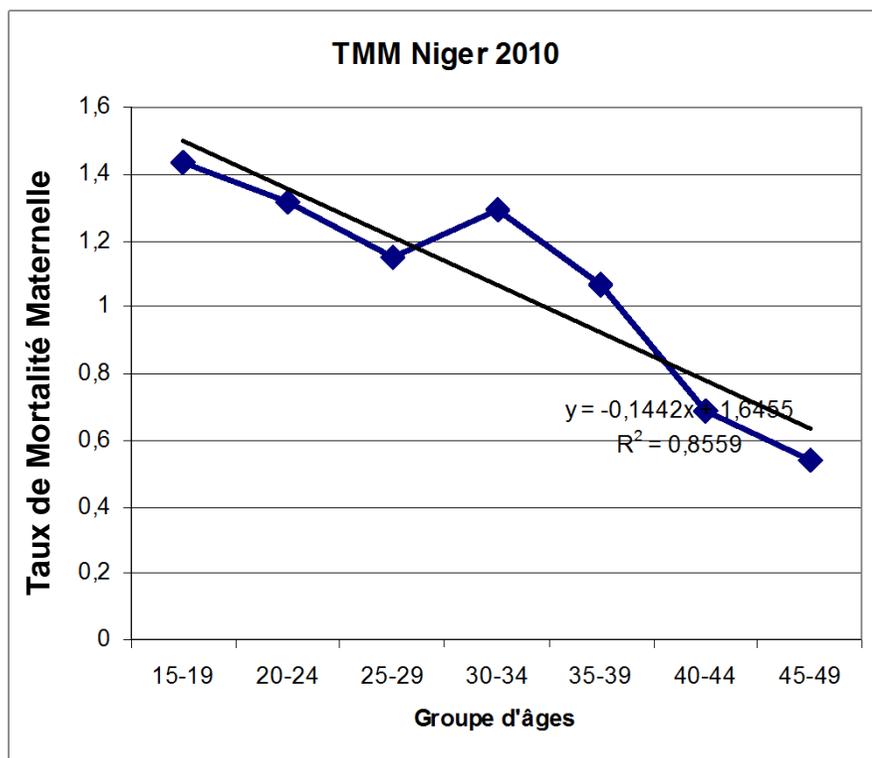
Bilan de l'évolution des trois indicateurs de santé maternelle et infantile précédents



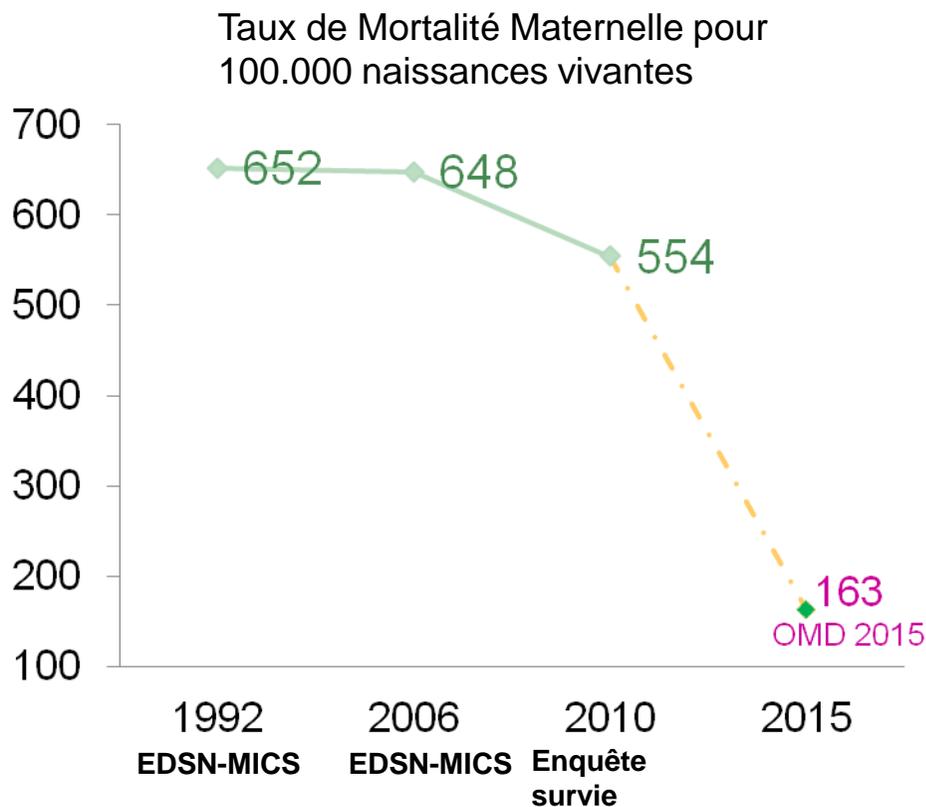
Le taux d'accouchements assistés par un prestataire formé n'a quasiment pas évolué depuis 2006, tandis que les deux autres indicateurs ont connu une amélioration significative

Au cours de sa vie, une femme nigérienne encourt un risque sur 25 de mourir de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement

Les 15-19 ans sont les plus vulnérables



La mortalité maternelle a diminué entre 2006 et 2010 mais reste très élevée



Environ un tiers des décès de femmes nigériennes de 15-49 ans est dû à des causes maternelles.

Santé, hygiène et assainissement

Messages clés (1)

- Un nigérien sur deux n'a pas accès à l'eau potable en milieu rural.
- Le lavage des mains au savon est pratiqué par 30% de la population rurale. Cet taux est encore plus bas pour le lavage des mains aux 5 moments clefs, et ne progresse pas depuis 2008.
- A peine 19% des individus ont accès à des latrines hygiéniques
- 79% de la population défèque en plein air, avec de fortes disparités (91% en milieu rural contre 20% en milieu urbain). Les urbains ont 9 fois plus accès à des latrines hygiéniques que les ruraux.
- Les principales maladies infectieuses (infections respiratoires, diarrhée ou fièvre) touchent de nombreux enfants. Dans près de 50% des cas, il n'y a pas de recours à un professionnel de santé
- Le paludisme est un facteur de risque important pour la malnutrition. 61% des ménages possèdent une moustiquaire imprégnée mais ne l'utilisent pas systématiquement. Seuls 20% des enfants de moins de 5 ans dorment sous moustiquaire imprégnée.
- La couverture du système de santé est encore faible (47% de la population vivant dans un rayon de 5 km d'un centre de santé) et ne permet pas de répondre aux besoins. Le nombre de médecins par habitant est inférieur aux normes de l'OMS.

Santé, hygiène et assainissement

Messages clés (2)

La région de Diffa présente des taux alarmants, très en dessous des moyennes nationales, pour la plupart des indicateurs présentés.

La proportion d'enfants ayant reçu une couverture vaccinale complète (52%) augmente mais reste insuffisante. Elle augmente avec le niveau d'instruction de la mère et est supérieure en milieu urbain.

Plus la couverture sanitaire régionale est élevée, plus les taux de couverture vaccinale complète sont meilleurs.

La proportion de femmes ayant reçu des soins prénataux a presque doublé depuis 2006, et est de plus de 75% sauf à Diffa

Moins d'un tiers des naissances (29%) sont assistées par un prestataire formé, avec une forte disparité selon le milieu. De plus, cette proportion a diminué depuis 1998.

Santé, hygiène et assainissement

Messages clés (3)

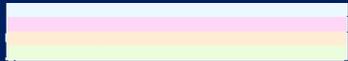
Le taux de couverture en consultation post natale est faible dans toutes les régions (moins de 51%).

Au cours de sa vie, une femme nigérienne encourt 1 risque sur 25 de mourir de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement.

De façon générale, les conditions d'hygiène, de santé et d'assainissement sont moins bonnes en milieu rural qu'en milieu urbain.

Le niveau d'instruction de la mère est également un facteur déterminant pour les indicateurs considérés ci-après.

Quelques causes fondamentales...



REACH

ACCELERATING THE SCALE-UP OF FOOD AND NUTRITION ACTIONS



La discrimination à l'égard des femmes et des jeunes filles est une des causes fondamentales de la malnutrition

« Traditionnellement, c'est l'homme qui incarne l'autorité au sein du ménage ; il fixe les règles et le code de conduite ; il assure le contrôle et la gestion des biens familiaux ; il prend les décisions capitales et fournit les moyens de subsistance aux membres du ménage. » Analyse de la situation de la femme et de l'enfant, UNICEF, 2008

- Le Niger est classé 146ème sur 148 pays pour l'indice d'inégalité de genre (2012)
- Trois femmes sur cinq et 75% des foyers dont le chef est une femme sont pauvres
- 80% des femmes (15-49 ans) n'ont aucun niveau d'instruction (2012). 9% seulement ont un niveau secondaire ou plus, contre 20% chez les hommes
- L'accès à l'éducation s'est significativement amélioré (taux d'inscription 76% en 2008), mais l'école reste hors de portée en particulier les filles, les nomades, et les enfants vivant dans les zones reculées.

Facteurs fondamentaux: la pauvreté des enfants (approche par la méthode des privations, 2008)

9 enfants sur 10 (92,8%) sont privés d'au moins l'une des 7 dimensions essentielles du bien-être

- 3 dimensions pour lesquelles les enfants sont les plus sévèrement privés : logement, assainissement et éducation.
- privations sévères aussi importantes dans les domaines de l'alimentation , de la santé, et de l'eau.

Enfants les plus touchés par les privations: Tillabéri, Tahoua et Maradi

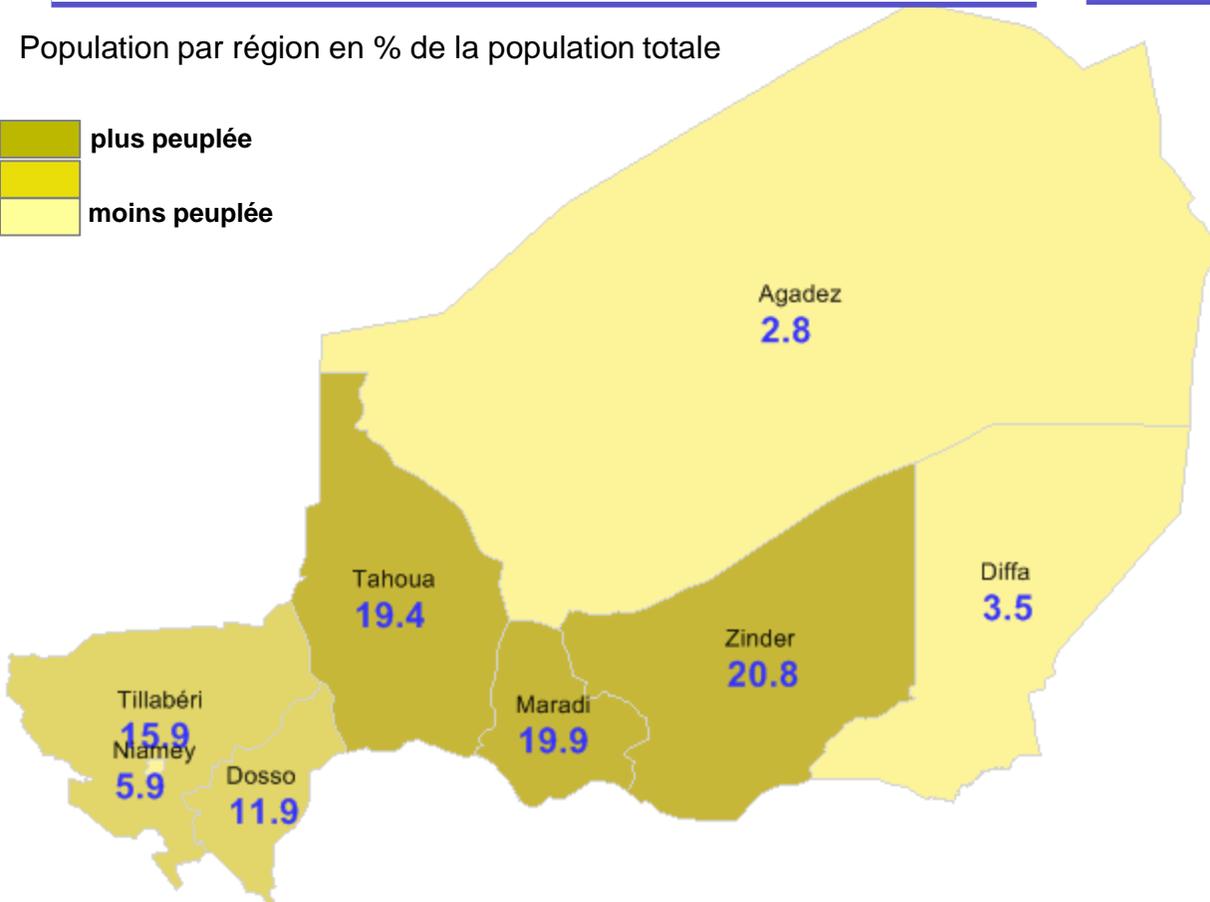
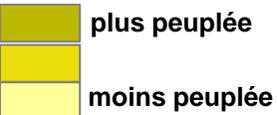
La richesse en termes de revenu ou de possession des biens des ménages n'est pas suffisante pour que les enfants soient à l'abri de la pauvreté → l'incidence de la pauvreté des enfants est significative même dans les ménages les plus riches.

En 2012 : Les régions de Tahoua, Maradi et Zinder concentrent a la fois les plus forts taux de population et de pauvreté

Tahoua, Maradi et Zinder concentrent près de 60% de la population (2012)

6 nigériens sur 10 touchés par la pauvreté (2008)

Population par région en % de la population totale



A Maradi, Dosso et Tillabéri, plus de 2 personnes sur 3 sont pauvres. Niamey et Diffa sont les moins pauvres du pays.

Maradi concentre 1/5ème de la population et 1/4 de la population pauvre.

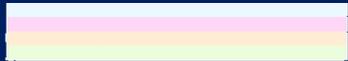
Tillabéri et Dosso: 1/4 de la population et 1/3 de la population pauvre.

Zinder et Tahoua: prévalence de la pauvreté moins élevée mais régions très peuplées: 40% de la population et 40% des pauvres

La pauvreté chez les enfants : plus en milieu rural qu'en milieu urbain (66,7% contre 40,5%)

Enfants pauvres vivent surtout dans des familles nombreuses et dans les ménages dont le chef a un faible niveau d'instruction.

Bilan de quelques indicateurs clefs par région



REACH

ACCELERATING THE SCALE-UP OF FOOD AND NUTRITION ACTIONS



Recommandations

RECOMMANDATIONS DU COMITE DE VALIDATION

Au HC3N

- REDIGER L'ANALYSE SOUS FORME DE RAPPORT (TEXTE WORD) AVEC COMMENTAIRES ET ANALYSE APPROFONDIE
 - DISPOSER D'UNE BASE DE DONNEES DYNAMIQUE
 - REPRODUIRE ET PARTAGER DANS LES MEILLEURS DELAIS LES DOCUMENTS FINAUX
- MINISTÈRES SECTORIELS:
- PROGRAMMER ET CONDUIRE LES ENQUETES ET ETUDES COMPLEMENTAIRES (VIT A, IODE....)

PTF:

- ASSURER L'APPUI FINANCIER ET TECHNIQUE POUR LA REPRODUCTION , LE PARTAGE , L'APPROFONDISSEMENT DE L'ANALYSE ET LA MISE A JOUR REGULIERE DE L'ANALYSE SITUATIONNELLE