



NIGER
RAPPORT D'ANALYSE

JANVIER 2022

RÉPUBLIQUE DU NIGER

Fraternité - Travail - Progrès

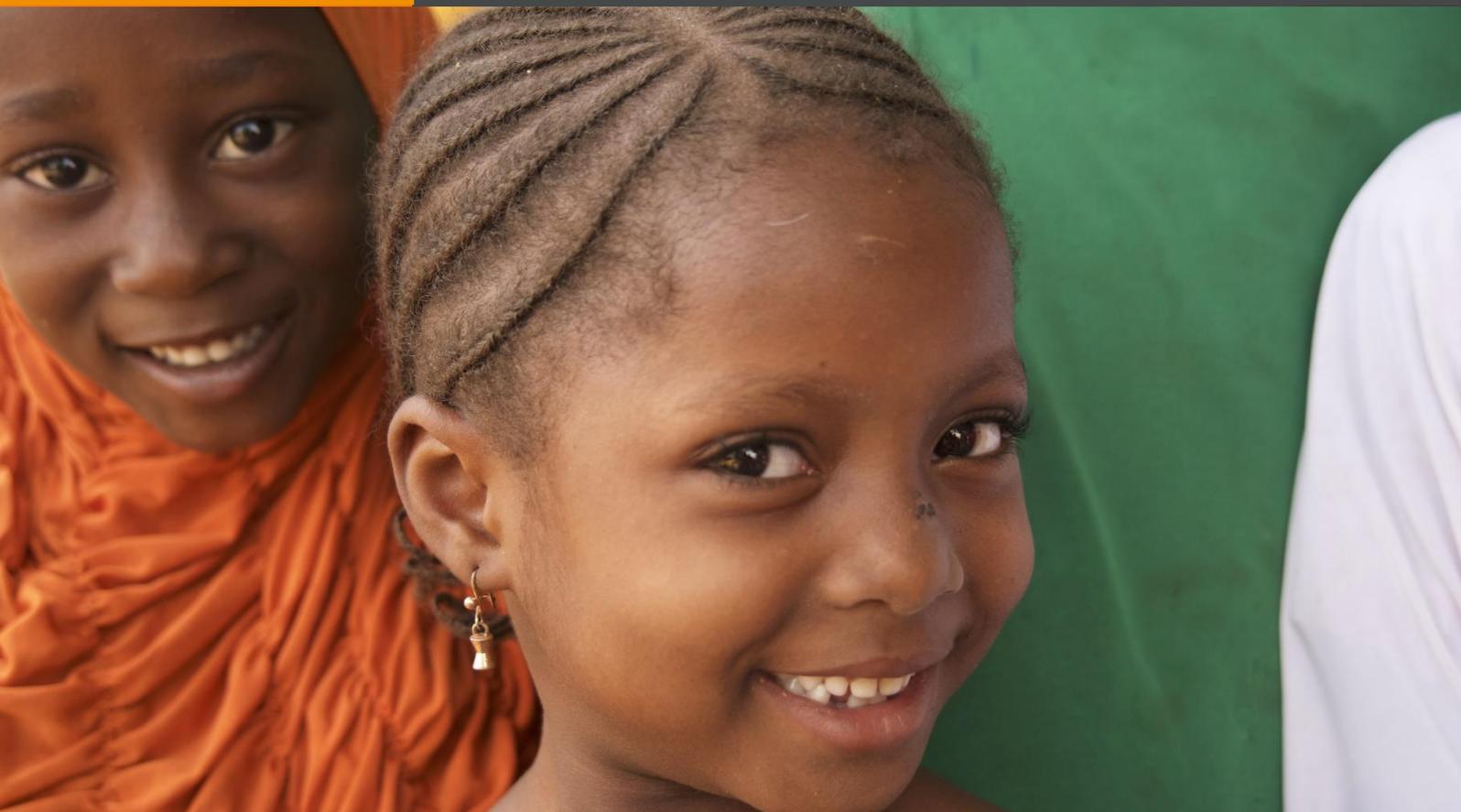
MINISTÈRE DU PLAN

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

PLATEFORME NATIONALE D'INFORMATION POUR LA NUTRITION

N°16

NUTRITION



**APPROCHE NEXUS URGENCE-DEVELOPPEMENT DANS
LE DOMAINE DE LA NUTRITION – AVANCEES, DEFIS,
NOUVEAUX ENJEUX, PERSPECTIVES**







AVANT-PROPOS



Depuis quelques années, le Niger est pleinement engagé dans la promotion de pratiques permettant l'opérationnalisation d'un Nexus Urgence Humanitaire-Développement-Paix. Tous les acteurs cherchent désormais à s'inscrire dans des approches qui améliorent les synergies entre les interventions de court, moyen et long termes, en brisant les silos habituels, pour assurer des solutions holistiques et des effets durables.

Afin d'animer ces réflexions et évolutions vertueuses, le Gouvernement a mis en place des instances de concertation avec un Comité Tripartite de Haut-Niveau sur le Nexus Urgence-Développement¹ présidé par SEM le Premier Ministre et un Comité Tripartite Technique sur le Nexus Urgence-Développement, co-présidé par le Ministère de l'Action Humanitaire et de la Gestion des Catastrophes et le Haut-Commissariat à l'Initiative 3N. Il ressort des orientations préconisées dans le cadre de ses instances que l'approche Nexus HDP est aujourd'hui une nécessité absolue pour nous permettre de faire face aux défis multiformes auxquels le Niger est confronté. En effet, nous devons faire face à la fois à des contraintes structurelles aggravées par les effets du changement climatique (sécheresses, inondations) et la croissance démographique et à des facteurs de crises et chocs plus récents

tels que les pandémies ou encore l'insécurité civile dans les pays voisins qui affectent désormais notre territoire.

Nous devons savoir nous adapter à ce contexte sans pour autant nous détourner des efforts de développement. Ceux-ci sont seuls à même de construire des solutions durables et structurantes et d'atténuer les risques et les effets des divers types de crises afin d'améliorer durablement le bien-être des populations.

Le chemin parcouru depuis une quinzaine d'année dans le domaine de la Nutrition apporte un éclairage particulièrement intéressant sur les enjeux de l'articulation Urgence Développement-Paix. Nous avons su faire évoluer la manière d'adresser le défi de la lutte contre la malnutrition jusqu'à en faire une préoccupation de développement dotée d'une politique multisectorielle dans laquelle tous les acteurs, dans tous les secteurs, doivent s'inscrire pour sauver des vies mais également pour maximiser la pleine contribution de tous les citoyens à la vie économique et au développement du pays.

Les avancées et les défis persistants sur la voie de la réduction des différentes formes de sous-nutrition, tant dans les domaines du développement que de la réponse aux chocs et de la délivrance des services dans les zones fragiles sont étudiées. Nous espérons ainsi alimenter des échanges fructueux et une fertilisation croisée entre les acteurs de la nutrition et la dynamique Nexus HDP dans divers secteurs.

Ce rapport d'analyse est une contribution à la mise en œuvre du Plan Cadre d'Analyse 2021-2022 de la Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition (PNIN/INS/HC3N) et répond à la question et aux deux sous-questions suivantes :

1 Dans le présent rapport les termes Urgence-Développement-Paix (UDP) ou Humanitaire-Développement-Paix (HDP) sont interchangeables.

Comment soutenir la gouvernance multisectorielle de la dynamique du Nexus Urgence-Développement, en particulier dans le domaine de la nutrition ?

- En quoi l'évolution de l'analyse des déterminants de la sous-nutrition et la réponse politique associée illustrent-elles une approche Nexus qui allie et articule mieux les efforts à court, moyen et long terme ?
- Comment articuler davantage les réponses d'urgence à la malnutrition et les investissements structurants pour sa prévention ?

Ce rapport N°16 complète le rapport N°15² portant sur l'illustration de l'approche

Urgence-Développement (UD) dans le domaine de la Nutrition à partir de l'analyse de données quantitatives disponibles sur la nutrition³.



Ali BETY
Haut-Commissaire
Haut-Commissariat à l'Initiative 3N – Les Nigériens Nourrissent les Nigériens



² PNIN, Rapport N°15, Les données et indicateurs de la sous-nutrition permettant de caractériser les enjeux du Nexus Urgence-Développement pour la Nutrition au Niger, 40 p., Novembre 2021

³ PNIN, Les données et indicateurs de la sous-nutrition permettant de caractériser les enjeux du Nexus Urgence-Développement pour la Nutrition au Niger, 38 p., Décembre 2011



RESUME EXECUTIF

Globalement les apports de l'approche Nexus Humanitaire-Développement, désormais souvent élargis aux enjeux de Paix⁴, dans les contextes d'instabilité et de crise sécuritaire, semblent particulièrement adaptés au contexte du Niger (et plus largement du Sahel). La région est en effet historiquement confrontée à des facteurs d'insécurité alimentaire et nutritionnelle saisonnière rendus encore plus aigus par la pression démographique et les effets des changements climatiques. Mais elle fait également face à de nouveaux défis résultants de conflits armés et de crises complexes prolongées dans plusieurs pays et qui affectent désormais directement le territoire national (incidents sécuritaires, mouvements de population et présence de personnes réfugiées et déplacées internes, zones instables où la délivrance des services sociaux de base et la présence de l'État sont rendus particulièrement difficiles) nécessitant des réponses adaptées.

La Nutrition est un domaine où l'enjeu de l'articulation entre les réponses aux besoins immédiats à travers la prise en charge médicale de la malnutrition aigüe, et les interventions de prévention et d'amélioration de l'état nutritionnel, apparaît particulièrement crucial et est promu à tous les niveaux. La notion de résilience visait déjà à renforcer l'articulation entre réponses aux chocs et réponses plus durables aux causes sous-jacentes des crises. L'approche Nexus Humanitaire-Développement, semble quant à elle particulièrement pertinente pour accélérer la collaboration et la complémentarité stratégiques et opérationnelles entre différents acteurs et entre différentes interventions, en vue de contribuer à des résultats communs, notamment dans le domaine de la Nutrition.

Les avancées, tant au niveau stratégique, institutionnel que dans la domestication et pérennisation des services nutritionnels dans le secteur de la santé (en termes de prise en charge et de prévention) sont indéniables. Ils sont le résultat d'un dialogue à la fois technique et stratégique fructueux entre acteurs étatiques et non-étatiques, humanitaires et de développement. A l'heure actuelle ces progrès doivent encore être renforcés. Tout d'abord, ils pâtissent d'une intégration de la nutrition dans le système de santé encore non aboutie en raison de pratiques parfois héritées d'approche fondée sur la substitution en contexte humanitaire. Enfin, ces progrès supportent également les conséquences de cette intégration déjà bien amorcée qui font peser sur elle les contraintes structurelles auxquelles est confronté le système de santé (défis du financement global du système de santé, de l'effectivité de la gratuité des soins, de la couverture des services, des circuits d'approvisionnement en intrants, de la déconcentration des moyens humains et financiers, etc.). D'où l'enjeu de poursuivre les efforts des acteurs opérationnels non-étatiques pour adopter des pratiques conformes aux principes de développement et aux approches systémiques, et de continuer à sensibiliser les partenaires du secteur de la santé aux enjeux de la nutrition et de son intégration aux mécanismes sectoriels structurants, en particulier financiers (budget-programme, fonds commun, appui budgétaire...).

Ceci doit permettre d'insérer toujours davantage les initiatives et appuis en nutrition dans une vision plus globale afin d'assurer que les interventions, compétences, moyens techniques et humains contribuent non seulement au renforcement du système de santé mais aussi au déploiement d'interventions sensibles à la nutrition en lien avec d'autres stratégies et programmes sectoriels. La traçabilité et le suivi de la contribution des interventions sensibles à la nutrition dans les secteurs contributifs (systèmes alimentaires, environnement, éducation,

⁴ Malgré les questions particulières que le concept de triple Nexus HDP soulève (en particulier du fait de la sensibilité du sujet de la collaboration ou de la coexistence entre acteurs humanitaires et de sécurité), il est généralement fait référence dans ce document au Nexus HDP. La notion est en effet désormais assumée dans le cadre des travaux du CTTNUD qui explore des pistes concrètes de complémentarité entre les acteurs et interventions d'urgence, de développement et de « stabilité », ces derniers constituant une composante importante des investissements dans les zones dites « fragiles » du pays.

hydraulique, protection sociale, etc.) doivent être améliorés, tant au niveau des financements en jeu que des effets concrets sur l'amélioration de l'état nutritionnel. Par ailleurs il existe des marges de progrès, malgré le contexte de contraintes sur les ressources humaines et financières, en développant davantage de synergies opérationnelles dans la délivrance de services multisectoriels, convergents vers des groupes cibles et des zones géographiques particulièrement exposés.

Enfin au-delà des acteurs humanitaires et de développement dans le domaine de la santé, la situation dans les zones fragiles « sous-gouvernées » et en proie à l'insécurité mobilise d'autres types d'acteurs tels que les forces de défense et de sécurité ou encore des acteurs dits de stabilisation dont la particularité est de travailler au renforcement / restauration des services publics et de la présence de l'État. L'action de la Haute-Autorité à la Consolidation de la Paix (HACP) est emblématique à travers la mise en œuvre d'interventions multisectorielles dans ces zones de manières plus ou moins connectées avec les acteurs locaux et les services techniques. Dans le cadre du dialogue civilo-militaire, de nouvelles complémentarités se dessinent, par exemple autour des échanges sur l'accès humanitaires grâce à des modalités de couloirs humanitaires ou d'actions de sécurisation en amont des opérations d'assistance. La problématique de la gestion des crises et chocs, qui génèrent des pics saisonniers ou des pics exceptionnels de besoins, est cruciale dans le domaine de la nutrition. Elle répond d'ailleurs pleinement aux préoccupations d'une approche Nexus Humanitaire-Développement qui valoriserait d'une part des efforts structurants pour répondre durablement aux besoins de PCIMA (tout en adressant ses causes à travers la prévention), et en même temps anticiper et intégrer les risques de chocs et de pics pour limiter la perturbation du système et encadrer le recours à des moyens exogènes lorsque nécessaire. Au-delà de l'enjeu d'adresser la prise en charge de ces situations de manière systémique, le contexte d'instabilité et de crise complexe prolongée qui prévaut dans certaines zones du Niger, affectent également la possibilité pour le système sanitaire de se déployer pleinement. Ceci ne soulève donc non plus seulement la question humanitaire des pics de besoins mais également de la réduction drastique de l'offre et de l'accès aux services dans des territoires où les acteurs humanitaires même éprouvent d'énormes contraintes d'accès. Démontrant ainsi toute la pertinence d'une approche non plus uniquement Nexus Humanitaire-Développement, mais bien Humanitaire-Développement-Paix.

Dans ce contexte les acteurs de la nutrition et plus largement de la santé, déploient des efforts importants d'adaptation et de collaboration pour définir de nouvelles modalités d'intervention. Le contexte doit susciter sans doute encore davantage de remise en question et d'innovations, par exemple en misant sur la délivrance de services intégrés et multisectoriels et aussi en soutenant davantage la disponibilité, la continuité et la qualité des services de base, et en particulier des services de santé (incluant la PCIMA), dans les zones d'accueil de personnes déplacées et dans les zones « tampons » où l'accès et les investissements sont possibles. Ces investissements suscités par une situation humanitaire particulière, peuvent contribuer à adresser les problèmes structurels que connaissaient ces zones au préalable et ainsi laisser des traces durables.

Globalement le domaine de la nutrition et les acteurs qui le constituent, ont adopté avant l'heure une approche qui s'inspire du Nexus. Ils démontrent aujourd'hui encore une capacité à s'adapter en valorisant et s'appuyant sur l'expérience acquise au cours des 15 années passées.



SIGNALETIQUE



agriculture



climatologie



commerce



conditions de vie
des ménages



conjuncture



économie



éducation



élevage



emploi et
revenus



énergie



environnement



habitat



industrie



justice



nutrition



population



poste et
télécommunications



santé



services



société



territoire



tourisme



transports

OURS

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

Directeur du projet : ALCHINA KOURGUENI Idrissa, Directeur Général de l'INS

Haut-Commissaire à « l'Initiative 3N » : Ali BETY, Haut-Commissaire à l'Initiative 3N « les Nigériens Nourrissent les Nigériens »

Coordonnateur : SAMAILA ISSA Ibrahim, Coordonnateur de la Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition (PNIN) à l'Institut Nationale de la Statistique (INS)

Chargé du suivi de l'étude : Dr MAHAMADOU Aboubacar, Coordonnateur Cellule Nutrition HC3N, Haut-Commissariat à l'Initiative 3N, « les Nigériens Nourrissent les Nigériens », Intitulé de Poste, Institution

Auteur

DIAKITE Madeleine, Experte en Planification stratégique et analyse des politiques et programmes portant sur l'approche Nexus Urgence-Développement, AT/PNIN

Photos : Jérôme LABEUR

Éditeur de la publication : PNIN/INS





SIGLES ET ABREVIATIONS

AGIR	Alliance Globale pour la Résilience
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BOOST	Outil d'analyse et de transparence budgétaire développé par la Banque Mondiale
CAD	Comité d'Aide au Développement
CEDEAO	Communauté Économique Des États d'Afrique de l'Ouest
CILSS	Comité Inter-États de Lutte contre la Sécheresse au Sahel
CMAM Surge	Community Management of Acute Malnutrition and Surge capacities (Prise en charge communautaire de la Malnutrition et capacités de réponse aux urgences)
CPS	Chimio-prévention saisonnière du paludisme
CRENAM	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire en charge de la Malnutrition Aigüe Modérée
CRENAS	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire en charge de la Malnutrition Aigüe Sévère
CRENI	Centre de Récupération Nutritionnelle Intensif
CS	Case de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CT PNSN	Comité Technique de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle
CTHN	Comité Tripartite de Haut-Niveau sur le Nexus Urgence-Développement
CTR I3N	Comité Technique Régional de l'Initiative 3N
CTTNUD	Comité Tripartite Technique sur le Nexus Urgence-Développement
DHIS	Data Health Information System 2
DN	Direction de la Nutrition
DNPGCA	Dispositif National de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaires
DPPD	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
ENN	Emergency Nutrition Network
EVIDHAF	Evidence for Sustainable Human Development Systems in Africa
GFF	Global Financing Facility (Fonds Mondial)
GNC	Global Nutrition Cluster
GTN	Groupe Technique Nutrition
GTNS	Groupe Technique Nutrition Sensible
HACP	Haute-Autorité à la Consolidation de la Paix
HC3N	Haut-Commissariat à l'Initiative 3N
INS	Institut National de la Statistique
IPC	Integrated Phase Classification
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère

MDO	Maladie à Déclaration Obligatoire
MQSUN+	Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition Plus
MSP	Ministère de la Santé Publique
Nexus HDP	Nexus Humanitaire-Développement-Paix
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPPS	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
ONU	Organisation des Nations Unies
PA PNSN	Plan d'Action de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle
PAA	Plan d'Action Annuel
PAP	Projet Annuel de Performance
PB	Périmètre Brachial
PCIMA(S)	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe (Sévère)
PNIN	Plateforme Nationale d'Information sur la Nutrition
PNSN	Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RRM	Rapid Response Mechanism (Mécanisme de Réponse Rapide)
SLEAC	Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (Evaluation de l'Accessibilité et de la Couverture à base de LQAS Simplifié)
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (suivi et évaluation standardisés des situations d'urgence et de transition)
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
SQUEAC	Semi-QUantitative Evaluation of Access and Coverage
SUN	Scaling Up Nutrition
UEMOA	Union Économique et Monétaire d'Afrique de l'Ouest



SOMMAIRE

Avant-propos.....	i	2.2 Dans le domaine des activités promotionnelles et préventives	21
Résumé exécutif	3	2.3 Des pratiques innovantes et un dialogue technique et stratégique déterminants	22
Sigles et Abréviations	vii	2.4 Des défis persistants	24
Sommaire	1	3. Prise en compte grandissante de la nutrition dans les secteurs contributifs mais des contraintes encore importantes	26
Introduction.....	5	Enjeu de la prise en compte des crises et chocs dans le domaine de la nutrition : avancées et nouveaux défis	31
Émergence et apports de la notion de Nexus Humanitaire-Développement-Paix et enjeux dans le contexte du Sahel et du Niger.....	7	1. Anticipation et réponse aux pics saisonniers de malnutrition aigüe	31
1. Les définitions et cadres conceptuels existants dans le domaine du Nexus HDP..	7	2. Le défi spécifique des « zones fragiles » : nouveaux facteurs de pics, nouveaux enjeux du maintien de l’offre et de l’accès aux services de base dans un contexte d’instabilité	35
2. Approche Nexus HDP développée au Niger sous l’impulsion du Gouvernement et du Comité Technique Tripartite pour le Nexus Urgence-Développement	10	Bâtir sur les acquis d’une approche Nexus HDP avant l’heure dans le domaine de la Nutrition pour aller plus loin	39
3. Quelques orientations et réflexions préexistantes sur le Nexus dans le domaine de la nutrition au niveau international	12	1. Synthèse des avancées et des défis dans le domaine dans la mise en œuvre des interventions nutritionnelles.....	39
Évolution des stratégies et pratiques pour adresser la problématique de la malnutrition au Niger : une illustration des opportunités et défis du passage de l’humanitaire vers le développement	15	2. Enjeux de la concertation stratégique et opérationnelle multi-acteurs et de la gouvernance multisectorielle	44
1. Aperçu de l’évolution de la prise en compte de la problématique de la nutrition par les acteurs au Niger	15	3. Recommandations	47
2. Avancées notables et défis persistants dans la prise en charge et la prévention de la malnutrition dans le domaine de la santé	18	Conclusion	51
2.1 Intégration du dépistage et de la prise en charge de la MAS dans le système de santé	18	Bibliographie	53
		Remerciements	55





LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Cadre d'interventions pour répondre aux besoins immédiats et aux causes sous-jacentes de la malnutrition dans un contexte de crise prolongée	14
Tableau 2 : Cadre Conceptuel de la Malnutrition	16
Tableau 3 : État d'intégration de la PCIMAS dans les fonctions du système de santé publique au Niger en 2007, 2010, 2013 et 2020	19
Tableau 4 : Réduction des financements de ECHO dans le domaine de la PCIMAS (millions €).....	25
Tableau 5 : Facteurs contributeurs et inhibiteurs à l'atteinte des objectifs du Programme de Prise en charge intégrée de la Malnutrition Aigüe Sévère	26
Tableau 6 : Étapes de l'approche Surge	33
Tableau 7 : Avancées et défis dans le domaine de l'intégration de la PCIMAS au système de santé	39
Tableau 8 : Avancées et défis dans le domaine de la prévention de la malnutrition à travers des actions spécifiques et sensibles.....	40
Tableau 9 : Avancées et défis dans le domaine de l'anticipation et de la réponse aux pics	42
Tableau 10 : Avancées et défis dans le domaine de la délivrance des services nutritionnels dans les zones fragiles	43
Tableau 11 : Avancées et défis dans la coordination, la programmation, les approches de mise en oeuvre et les financements, aspects transversaux clé de l'approche Nexus	44

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Avancées vertueuses d'une approche Nexus	13
Figure 2 : Cadre conceptuel de la Politique National de Sécurité Nutritionnelle.....	17
Figure 3 : Calendrier saisonnier adapté par FEWSNET	31

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Prévalences de la mortalité infantile et de la Malnutrition Aigüe Sévère et Nombre d'admission de cas de MAS sans complication et avec complication, Niger, 2010-2019.....	19
Graphique 2 : Taux de mortalité maternelle au Niger, région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre et dans le monde (2000-2018)	21
Graphique 3 : Taux de mortalité néonatale au Niger, en Afrique de l'Ouest et du Centre et dans le monde (1980-2020)	21
Graphique 5 : Prévalence de la malnutrition chronique	27
Graphique 6 : Évolution de la consommation des Sodas et autres boissons locales, des fruits et légumes et des produits animaux chez les enfants de 6-23 mois	28
Graphique 7 : Évolution des admissions au CRENAS de Madarounfa (région de Maradi), selon l'origine géographique.....	36





INTRODUCTION

Au Niger, la problématique de la lutte contre la malnutrition a déjà une histoire relativement longue notamment à la suite des sécheresses des années 1970 et 1980, puis à l'issue de la crise alimentaire et nutritionnelle de 2005. Résultat d'une conjonction de divers facteurs (sécheresse, invasion acridienne, perturbation des flux commerciaux de denrées alimentaires avec les pays voisins et notamment le Nigeria...), cette situation de crise a été marquée par le retour massif des organisations internationales d'urgence médicales qui s'étaient détournées de ce sujet. L'approche exogène et verticale suscitée par les interventions humanitaires pendant la crise a ensuite fait l'objet d'un processus d'intégration progressif de la prise en charge puis de la prévention de la malnutrition dans des programmes nationaux et dans les politiques publiques et stratégies sectorielles. Au cours de la même période, la nutrition fait également l'objet d'un dialogue stratégique et technique riche entre acteurs non-étatiques (ONG, Agences des Nations Unies, Coopérations bilatérales et multilatérales) et étatiques, mais également entre acteurs humanitaires et acteurs de développement. Ceci donne lieu à des collaborations et des innovations intéressantes qui ont souvent essaimées dans le reste du Sahel.

Le Niger est par ailleurs confronté depuis plusieurs années à de nouveaux facteurs de crises et de besoins humanitaires engendrés par les effets de la crise sécuritaire dans la région du Sahel : accueil de personnes réfugiées ou migrantes, déplacements internes de population et difficultés d'assurer la continuité des services sociaux de base, ou même les interventions humanitaires, sur certaines parties du territoire. Ce contexte suscite de nouveaux enjeux dans le domaine de la nutrition, alors que par ailleurs, le pays demeure confronté à des prévalences toujours élevées et stagnantes des différentes formes de sous-nutrition.

La présente analyse propose d'apporter un éclairage sur les progrès accomplis dans le domaine de la prise en compte du défi de la malnutrition par une diversité d'acteurs au Niger en montrant l'évolution des approches strictement humanitaires et court-termistes vers des approches plus structurantes et multisectorielles. Ces dernières peuvent être considérées comme un exemple intéressant de rapprochement et de « fertilisation croisée » entre les logiques de l'assistance humanitaire et du développement. L'analyse met également en évidence les défis qui persistent en termes de durabilité des progrès enregistrés mais également de flexibilité indispensable pour maintenir des capacités de réactions efficaces aux chocs et aux pics de malnutrition aigüe. Ainsi, le rapport d'analyse suggère en quoi une approche Nexus Humanitaire-Développement-Paix plus aboutie dans le domaine de la Nutrition, adossée à une gouvernance inclusive et multisectorielle, pourrait permettre de poursuivre et d'aller plus loin dans les efforts initiés par toutes les parties, avec comme objectif commun la réduction effective des différentes formes de malnutrition.





ÉMERGENCE ET APPORTS DE LA NOTION DE NEXUS HUMANITAIRE- DEVELOPPEMENT-PAIX ET ENJEUX DANS LE CONTEXTE DU SAHEL ET DU NIGER

1. LES DEFINITIONS ET CADRES CONCEPTUELS EXISTANTS DANS LE DOMAINE DU NEXUS HDP

La notion de Nexus Humanitaire-Développement a émergé sur la scène internationale au cours du Sommet Humanitaire Mondial, tenu en 2016 à Istanbul⁵, et plus largement celle de Nexus Humanitaire-Développement-Paix, indispensable pour répondre aux situations de crises complexes prolongées engendrées par les conflits, qui suscitent, avec les catastrophes naturelles, la majorité des besoins humanitaires dans le monde.

Les parties prenantes au Sommet ont ainsi affirmé dans une déclaration conjointe que « *l'aide humanitaire à elle seule ne peut ni satisfaire convenablement ni réduire durablement les besoins des centaines de millions de personnes les plus vulnérables dans le monde. Il convient donc d'adopter une nouvelle approche cohérente visant à s'attaquer aux causes profondes, à renforcer la diplomatie politique en vue de la prévention et du règlement des conflits, ainsi qu'à regrouper les efforts en matière d'action humanitaire, de développement et de consolidation de la paix.* »⁶. Cette perspective invite à répondre aux besoins immédiats des populations, tout en réduisant les risques et vulnérabilités au moyen de réalisations collectives sur un horizon pluriannuel. Ces déclarations ont alimenté l'« Agenda pour l'Humanité » du Secrétariat Général des Nations Unies et ont engendré des dynamiques aux niveaux national et international pour accompagner des réflexions et des évolutions programmatiques dans la manière de répondre aux crises humanitaires. Par exemple, un Comité pour la collaboration Humanitaire-Développement a été créé auprès du Secrétaire Général des Nations Unies pour définir des orientations, approches et outils en vue de faciliter l'application d'une nouvelle manière de travailler entre les acteurs agissant dans les domaines de l'humanitaire, du développement et de la construction de la paix.

Dans ce cadre, la définition retenue par le système des Nations Unies considère que le Nexus Humanitaire-Développement-Paix fait référence « **aux liens entre les actions humanitaires, de développement et de paix qui contribuent à réduire la vulnérabilité globale et le niveau des besoins non satisfaits des personnes les plus vulnérables, à renforcer la gestion des risques, à renforcer les capacités et à s'attaquer aux causes profondes des crises** ». Les principes ci-dessous sont ainsi au cœur d'une approche Nexus :

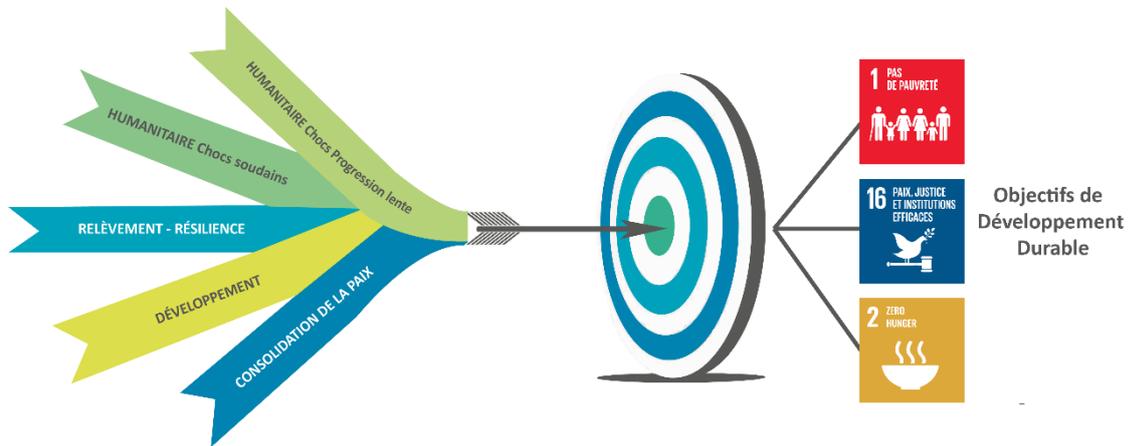
- Venir en aide aux personnes vulnérables affectées par des chocs (conflits, catastrophes naturelles) de façon à ce qu'elles puissent tirer parti du développement durable et qu'elles puissent y contribuer ;
- Optimiser les actions humanitaires et de développement, ainsi que leur coordination, synergies et complémentarité ;
- Identifier des résultats collectifs auxquels toutes les interventions et tous les acteurs contribuent.

Ceci implique de nouvelles manières de collaborer et de planifier qui peuvent s'appuyer sur les cadres et outils suivants :

5 Sommet Humanitaire Mondial d'Istanbul, 23-24 mai 2016 –

<https://www.un.org/press/fr/highlights/worldhumanitariansummit>

6 Sommet Humanitaire Mondial d'Istanbul, 23-24 Mai 2016 – Résumé du Secrétaire Général de l'ONU, Président du Sommet « S'engager à agir pour défendre l'humanité »



FINANCEMENT

Calculer le budget par zone de convergence et identifier les modalités financières

CADRE DE REDEVABILITÉ

Développer un cadre de redevabilité, de suivi des opérations et d'évaluation des résultats (données de base – indicateurs)

ÉCHÉANCIER

Définir un échéancier pour chaque paquet d'intervention

INTERFACE

Clarifier les liens entre projets humanitaires – développement – paix



PRÉREQUIS

Ex. accès, sécurité, stabilisation, retour des populations, engagement de toutes les parties prenantes, ...

ANALYSE CONJOINTE

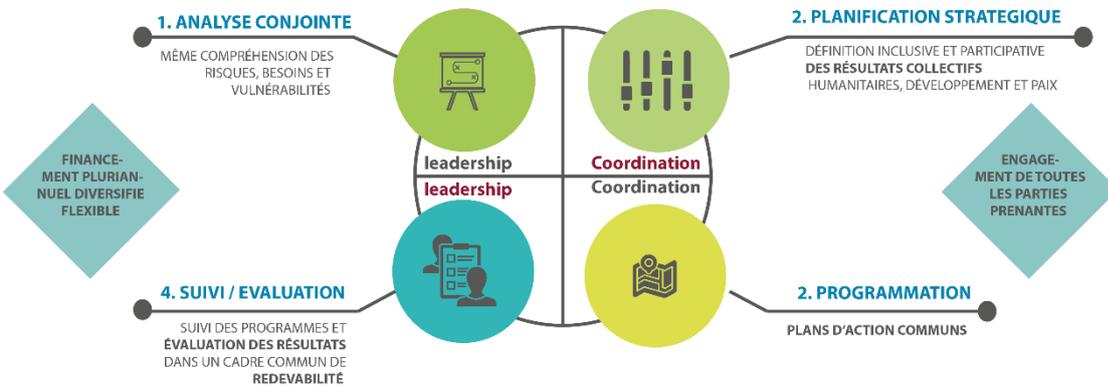
Implication des populations et des acteurs locaux dans la collection des données manquantes et l'analyse conjointe

ACTIONS ET ACTEURS

Identification des actions (individuelles ou conjointes) et des acteurs (reprofilage)

PROGRAMMES

Cartographie des projets existants humanitaires – développement – paix et des projets à développer pour combler les lacunes.



Source : Adapté par la PNIN, présentation du Comité de Pilotage global pour la collaboration Humanitaire-Développement du Secrétariat Général des Nations Unies, Novembre 2019⁷

Parallèlement, dans le sillage des déclarations d'Istanbul, de nombreuses organisations de coopérations bilatérales et multilatérales ont produits des notes d'orientations déterminant la manière dont leurs organisations et instruments de programmation et de financement allaient s'adapter à ces nouveaux enjeux. L'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE), à travers son Comité d'Aide au Développement (CAD), a formulé des recommandations centrées autour de 11 critères permettant une meilleure articulation entre action humanitaire, de développement et recherche de la paix. Ceux-ci-concerne les 3 domaines transversaux de la Coordination, la Programmation et le Financement.

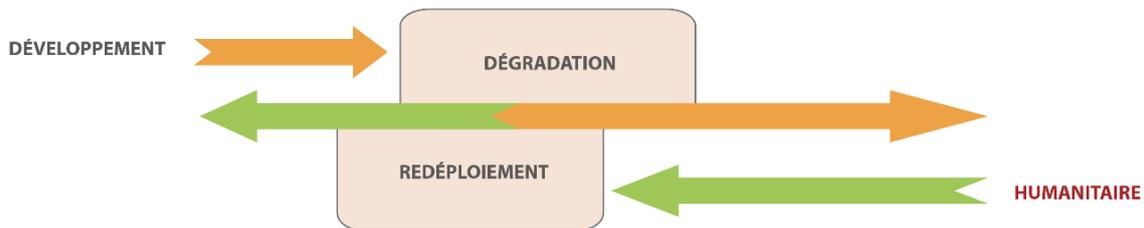
7 Mission au Niger du Comité de Pilotage global pour la collaboration humanitaire-développement auprès du Secrétaire Général des Nations Unies, présentation réalisée devant le CTTNUD en Novembre 2019.



COORDINATION	PROGRAMMATION	FINANCEMENT
<p>1. Effectuer une analyse conjointe, fondée sur les risques et sensible au genre, sur les causes profondes et les déterminants structurels des conflits, ainsi que sur les facteurs favorisant la résilience et définir des résultats collectifs qui soient issus de l'articulation H-D-P.</p> <p>2. Fournir les ressources requises pour un leadership en matière de coordination entre les actions H-D-P</p> <p>3. Prendre appui sur la volonté politique et d'autres outils, instruments et approches à tous les niveaux, afin de prévenir les crises, d'assurer le règlement des conflits et de consolider la paix</p>	<p>1. Donner la priorité à la prévention, à la médiation et à la consolidation de la paix, en investissant dans le développement dans toute la mesure possible, tout en veillant à ce que les besoins humanitaires immédiats continuent d'être satisfaits</p> <p>2. Placer l'être humain au centre, lutter contre l'exclusion et agir en faveur de l'égalité femmes-hommes</p> <p>3. Ne-pas-nuire ; actions sensibles aux conflits</p> <p>4. Programmation tenant compte des risques</p> <p>5. Renforcer les capacités nationales et locales</p> <p>6. Investir dans l'apprentissage et les évidences relatifs à l'ensemble du champ couvert par les actions H-D-P</p>	<p>1. Mettre au point des stratégies de financement des actions H-D-P fondées sur les évidences à tous les niveaux, avec des financements appropriés et structurés de manière efficace, et effectués suivant un ordre chronologique judicieux.</p> <p>2. Utiliser des financements prévisibles, souples et pluriannuels</p>

Source : Adapté par la PNIN, Critères DAC pour l'articulation Action humanitaire, Développement, Recherche de la Paix, OCDE 2021

De plus en plus de travaux étudient également les implications programmatiques d'une approche Nexus dans les différents secteurs, dans des contextes de crises complexes prolongées, notamment l'effet de conflits ou de situation d'instabilité persistante où la délivrance des services sociaux de base par l'État est affectée. Il y a notamment les travaux réalisés au Mali⁸ qui mettent en évidence les dynamiques auxquelles les acteurs doivent s'adapter pour répondre aux besoins selon des modalités adaptées, qui peuvent s'inspirer de l'action humanitaire ou de l'aide au développement, selon les zones et les temporalités.



	Objectifs Nexus / Thématiques	Exemples d'activités clés et d'articulations programmatiques ou articulations entre acteurs
Redéploiement	Investir dans des systèmes et programmes plus résilients mais aussi plus flexibles Investir dans les programmes de résilience Financement flexible	Appuyer le leadership «État» Renforcement des capacités ST / collectivités Investir dans la Société Civile comme liant Nexus Faire le mapping des appuis humanitaires
Dégradation	Préserver les acquis des activités humanitaires Intégrer graduellement une approche de Développement Comblent le gap entre le départ des uns et l'arrivée des autres, avec un État faible	Prévoir des plans «B» dès la conception des programmes Prévoir le relais du Mécanisme de Réponse rapide Favoriser les différentes politiques nationales
Développement	Adapter les politiques et stratégies nationales aux contextes Résilience : Préparation aux urgences / Préparation au Risques / Mitigation	Inclure la Préparation / Gestion des catastrophes dans les différents politiques nationales
Humanitaire	Analyse l'accès et assurer l'acceptation Maintenir un financement à la hauteur pour couvrir les besoins urgents Augmenter l'impact / pérennité des actions humanitaires	Anticiper systématiquement le potentiel de l'amélioration progressive des réalisations

Source : Adapté par la PNIN, d'après Perrine Loock dans le cadre des travaux réalisés au Mali pour le Groupe Exécutif de Coopération.

8 Évaluation du processus Nexus au Mali et appui technique à sa mise en œuvre – Rapport sectoriel Santé/Nutrition – Aout 2019, Perrine Loock, PROMAN

Ces notions et cadres conceptuels sont particulièrement pertinents et adaptés aux problématiques actuelles qui se jouent au Sahel où les chocs et les facteurs de risques et vulnérabilités sont diverses et multiformes et les capacités des États d’y faire face sont variables dans l’espace et dans le temps.

Le terme de Résilience a émergé au Sahel au début de la décennie 2010, en partie sous l’influence de l’initiative AGIR⁹. Il avait déjà permis de mettre en avant la nécessité d’articuler davantage la réponse aux pics d’insécurité alimentaire et nutritionnelle avec des investissements structurants pour adresser les causes profondes des vulnérabilités. Cette notion de Résilience a influencé les réponses stratégiques et programmatiques des États, des bailleurs et d’une large gamme d’acteurs et a permis une mobilisation importante et plus structurante autour de l’insécurité alimentaire et de la malnutrition. Des programmes et projets de résilience ont contribué à tester de nouvelles approches visant à rendre les ménages chroniquement vulnérables moins dépendants de l’aide humanitaire. En ce sens, on peut considérer que les programmes axés sur le renforcement de la résilience à l’insécurité alimentaire et nutritionnelle au Sahel ont été précurseurs des approches Nexus Humanitaire-Développement. Cependant cette notion a mis l’accent sur le « Quoi » et la résilience est apparue être un concept très englobant, multiforme. Parfois considéré comme un nouveau « secteur », avec le risque de créer de nouveaux silos ou encore de brouiller les lignes entre les mandats des différents acteurs. Ceci n’a finalement pas réellement permis de faire évoluer en profondeur la manière de répondre durablement à des problématiques aux prolongements multisectoriels, ni de relever les défis propres aux zones de conflits et d’instabilité où les modalités opérationnelles habituelles peuvent être rendues inadaptées. La notion de Nexus Humanitaire-Développement, progressivement élargie au Nexus Humanitaire-Développement-Paix pour répondre aux enjeux des zones fragiles et de conflits, permet, quant à elle aujourd’hui, de considérer davantage la question du « Comment ». Elle met en avant la nécessité de faire évoluer les manières de travailler en clarifiant les rôles et responsabilités des différents acteurs et secteurs et leurs complémentarités et avantages comparatifs. Elle met au centre l’enjeu du leadership et du pilotage des mécanismes de concertation et de coordination pour un impact plus durable à court, moyen et long termes.

2. APPROCHE NEXUS HDP DEVELOPEE AU NIGER SOUS L’IMPULSION DU GOUVERNEMENT ET DU COMITE TECHNIQUE TRIPARTITE POUR LE NEXUS URGENCE-DEVELOPPEMENT

Depuis 2019 et bénéficiant d’une certaine stabilité institutionnelle et d’une volonté politique d’adresser les défis actuels en collaboration avec ses partenaires, le Niger s’est lancé dans une dynamique d’adaptation et de domestication des enjeux de l’approche HDP. En cela, il a pu s’inspirer de diverses initiatives aux niveaux sous-régional, continental et international pour alimenter ses propres orientations.

Le Gouvernement a mis en place dès 2018, 2 instances tripartite (État/Acteurs Humanitaires/Acteurs de Développement) pour porter la concertation et la définition d’orientations et de mécanismes d’opérationnalisation de l’approche Nexus :

- **Le Comité Tripartite de Haut-Niveau sur le Nexus UD (CTHN)** créé par arrêté du n°94/PM du 29 juin 2018) et placé sous la Présidence du Premier Ministre et les Vice-Présidences du Ministère de l’Intérieur et du Ministère de l’Action Humanitaire et de la Gestion des

9 Alliance Globale pour la Résilience, AGIR Sahel et Afrique de l’Ouest – Réseau régional de Prévention des Crises Alimentaire – CEDEAO, UEMOA, CILSS, OCDE/Club du Sahel



Catastrophes ;

- **Le Comité Tripartite Technique sur le Nexus UD (CTTNUD)** créé par arrêté n°154/PM du 11 octobre 2018, puis révisé par arrêté n°153 du 22 octobre 2019 et placé sous la Présidence du Ministère de l'Action Humanitaire de la Gestion des Catastrophes et Vice-présidence du Haut-Commissariat à l'Initiative C3N.

Le CTTNUD est chargé de proposer des orientations stratégiques pour l'opérationnalisation d'une approche Nexus, d'élaborer des feuilles de route/plan d'actions pour la mise en œuvre de l'approche Nexus aux différents niveaux (central, régional, local) et de faire la mobilisation des parties prenantes et le suivi des avancées. Il soumet le résultat de son travail au CTHN pour validation, afin que celui-ci porte le dialogue de haut-niveau au sein du Gouvernement et avec les partenaires.

Les travaux du CTTNUD et de différents groupes techniques mis en place en son sein ont mis en évidence l'existence de nombreuses expériences vertueuses, par les acteurs étatiques sectoriels mais également les partenaires techniques sur le terrain. Ces expériences ont d'abord été mises en œuvre dans les zones en proie à l'instabilité sur une période prolongée (tel que la zone du Lac Tchad), illustrant une approche Nexus Humanitaire-Développement-Paix pragmatique et une volonté d'innover tant au niveau opérationnel que programmatique avec l'impulsion de nouveaux types de partenariats (entre organisations humanitaires et programmes de développement par exemple). Certains secteurs se sont avérés précurseurs dans la capacité à analyser et tenter de répondre de manière intégrée aux besoins immédiats et à moyen et long termes. Le secteur de l'Hydraulique et Assainissement notamment, mais également le domaine de la Nutrition, sont explicitement cités dans les communications du CTTNUD comme ayant démontrés des avancées intéressantes¹⁰.

Les orientations adoptées pour l'opérationnalisation d'une approche Nexus HDP au Niger visent à améliorer la manière dont les acteurs travaillent, atteignent leurs objectifs et ont un impact, grâce à davantage d'interactions, de collaboration et de synergie pour profiter des avantages comparatifs de toutes les parties. Les enjeux de gouvernance sont au cœur de l'approche Nexus pour créer les conditions d'une optimisation des contributions des différents acteurs et dans les différents secteurs. Les instances de dialogue et de concertation et les outils de planification et de suivi communs, déployables tant au niveau central qu'aux niveaux déconcentrés/décentralisés sont indispensables pour orienter la prise de décisions (stratégiques, programmatiques et opérationnelles) et permettre de réelles synergies et complémentarités.

Encadré 1 : Orientations conjointes pour une approche Nexus HDP Niger, préconisations du CTTNUD

Selon les publications du CTTNUD, l'opérationnalisation d'une approche Nexus HDP doit permettre davantage d'efficacité et d'impact pour le bien-être durable des populations grâce à des interventions :

- coordonnées et complémentaires ;
- répondant aux besoins immédiats, à moyen et long termes ;
- adaptées aux défis propres à chaque territoire.

Les apports d'une approche Nexus doivent permettre d'influencer et améliorer les différentes interventions et les pratiques des différents acteurs.

¹⁰ Voir la Note d'orientation sur l'opérationnalisation d'une approche Nexus HDP – Mars 2020 et la Présentation sur l'approche Nexus HDP au Niger dans le cadre du Séminaire Gouvernemental en date du 18 juin 2021

Pour les acteurs et interventions humanitaires : il s'agit : i) d'intégrer l'analyse des facteurs de vulnérabilité et des causes profondes des crises et conflits ; ii) de s'inscrire dans les mécanismes de concertation et de coordination avec les autres parties prenantes ; iii) de veiller à maximiser les effets bénéfiques durables et éviter les effets indésirables sur les dynamiques endogènes vertueuses et également sur les moyens d'existence et l'environnement ; iv) de respecter le rôle et le leadership des acteurs locaux, contribuer à renforcer les capacités locales à anticiper et répondre aux urgences.

Pour les acteurs et stratégies de développement, il s'agit : i) d'assurer l'intégration d'analyses des facteurs de risques de catastrophes et de conflits, et des vulnérabilités afin d'agir sur leurs causes profondes ; ii) de prévoir l'occurrence possible de chocs et de crises afin de maintenir une certaine flexibilité et capacité d'adaptation y compris pour agir dans la continuité des réponses humanitaire après la phase d'urgence ; iii) de renforcer durablement les capacités des acteurs nationaux et locaux à faire face aux chocs et fragilités à travers des approches systémiques de transferts de compétences et de ressources.

Pour les acteurs et interventions de paix/stabilité, il s'agit : i) de soutenir et renforcer les dynamiques communautaires de paix et de cohésion sociale ; ii) de se fonder sur une analyse de la sensibilité aux conflits pour s'assurer de ne pas nuire aux communautés ; iii) de soutenir l'accès à la justice et aux services contribuant à la paix, la stabilité, la cohésion et la citoyenneté dans les zones fragiles ; iv) d'intégrer la prise en compte des principes et du droit humanitaire ; v) de s'adapter et s'ajuster à la volatilité du contexte.

Les enjeux clés identifiés de l'approche Nexus sont :

- Des mécanismes de coordination (à tous les niveaux) fonctionnels intégrant les réponses aux besoins à court, moyen et long terme ;
- Des capacités renforcées des collectivités territoriales et acteurs locaux dans les domaines de planification, maîtrise d'ouvrage, suivi ;
- Des modes de gouvernance qui renforcent la participation, l'inclusion, la cohésion sociale.

Source : Dépliant sur l'approche Nexus HDP au Niger, CTTNUD, Décembre 2021

3. QUELQUES ORIENTATIONS ET REFLEXIONS PREEXISTANTES SUR LE NEXUS DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION AU NIVEAU INTERNATIONAL

Les acteurs de la nutrition, au niveau global se sont emparés de la notion de Nexus Humanitaire-Développement pour l'appliquer à leur domaine d'action afin d'identifier les évolutions vertueuses possibles dans les manières de travailler, qui permettraient un meilleur impact. Un « policy brief » sur le Nexus Humanitaire-Développement dans le domaine de la Nutrition¹¹ a été publié en 2021 par le Global Nutrition Cluster¹² (GNC) et le secrétariat du Mouvement Scaling Up Nutrition¹³. Ces deux (2) structures représentent, au niveau global, les volets humanitaires (prévention et prise en charge en situation d'urgence) et de développement (soutien aux

11 Leçons apprises des revues pays sur le Nexus Humanitaire-Développement en Nutrition au Niger, Myanmar et Afghanistan, 2021 (disponible en anglais, non traduit)

12 Global Nutrition Cluster : Mis en place depuis 2006 pour améliorer l'efficacité des réponses humanitaire en nutrition. Il soutient les mécanismes nationaux de coordination des urgences nutritionnelles pour anticiper et d'apporter des réponses adéquates et de qualité

13 Mouvement Scaling Up Nutrition : Mouvement mondial de 54 pays, mis en place depuis 10 ans, qui vise à améliorer la nutrition à travers les actions de différents réseaux (secteur privé, société civile, donateurs et Nations Unies) qui soutiennent les pays pour améliorer les stratégies multisectorielles dans le domaine de la nutrition, renforcer le portage politique, accroître les ressources et coordonner l'appui aux efforts nationaux.



politiques et stratégies nationales et mobilisation des acteurs) du domaine de la nutrition. Le « policy brief » valorise les leçons apprises d'études de cas réalisées dans différents pays dont le Niger, dont les constats, conclusions et recommandations demeurent d'actualité et pertinentes¹⁴.

Le « policy brief » présente les avancées vertueuses qu'une approche Nexus devrait susciter, notamment :

- Un meilleur alignement des financements, des politiques, programmes et planification humanitaire et de développement ;
- Un horizon pluriannuel ;
- Une compréhension commune des besoins et l'identification d'objectifs collectifs ;
- Des réponses programmatiques et opérationnelles basées sur les avantages comparatifs des différents acteurs ;
- Une approche fondée sur le renforcement des systèmes et des capacités aux niveaux central et infranational ;
- La participation active de toutes les parties prenantes

Figure 1 : Avancées vertueuses d'une approche Nexus



Source : Adapté par la PNIN, Extrait du *Policy brief*, GNC/SUN, 2020

Des travaux ont également été menés dans le cadre de l'initiative britannique MQSUN+ (Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition Plus) afin d'étudier les enjeux spécifiques de l'approche Nexus HDP en Nutrition dans les contextes de crises complexes prolongées (protracted crisis)¹⁵. Les causes de la sous-nutrition dans ces situations spécifiques sont analysées, de même que les opportunités et défis pour y développer des programmes adaptés. Les besoins et réponses nécessaires sont présentés de manière à assurer la prise en compte de réponses immédiates adressant les pics sans oublier de veiller à prendre en charge les causes profondes à travers des programmes plus structurants.

¹⁴ Revue des opportunités et défis pour renforcer les liens entre l'humanitaire et le développement dans le domaine de la Nutrition, étude de cas au Niger, 2021 – GNC, SUN (disponible en anglais, non traduit)

¹⁵ Renforcer le Nexus Humanitaire-Développement pour la Nutrition dans les situations de crises prolongées – Rapport de Synthèse, Juin 2020

Tableau 1 : Cadre d'interventions pour répondre aux besoins immédiats et aux causes sous-jacentes de la malnutrition dans un contexte de crise prolongée

Niveau	Actions de long terme (situation structurelle)	Actions de court terme (suite à la survenue soudaine des chocs)
Causes immédiates de la sous-nutrition et Prévention de la mortalité à court terme	Approches de développement telles que : Intégrer la prise en charge de la malnutrition aiguë dans le système de santé, Filets sociaux et soutien aux moyens d'existence, Soutien à la sécurité alimentaire, services eau-hygiène-assainissement)	Mise à l'échelle des programmes de développement existants tels que : PCIMA, renforcement du système de santé, programmes de filets sociaux d'urgence, nutrition maternelle, supplémentation en micronutriments Mécanismes de réponse humanitaire activés en cas de dépassement des capacités existantes : transferts monétaires d'urgence, blanket supplementary feeding (distribution d'alimentation de complément), si possible dans le cadre de programmes publics de protection sociale adaptative/réactive aux chocs
Causes sous-jacentes de la sous-nutrition	Programmes de développement pour adresser les causes structurelles de la sous-nutrition, tels que : Diversification des moyens d'existence et des sources de revenus, Accès aux Services sociaux de base, Développement des terroirs, Interventions multisectorielles à travers les programmes nationaux	Interventions qui atténuent l'impact des chocs, renforcent la résilience et la sécurité nutritionnelle à court terme et facilitent le relèvement rapide (déstockage et vaccination du bétail, transferts monétaires, réponses sectorielles d'urgence)

Source : Adapté par la PNIN, Cadre d'intervention pour répondre aux besoins immédiats et aux causes sous-jacentes de la malnutrition dans un contexte de crise prolongée - MQSUN+, Juin 2020





ÉVOLUTION DES STRATEGIES ET PRATIQUES POUR ADRESSER LA PROBLEMATIQUE DE LA MALNUTRITION AU NIGER : UNE ILLUSTRATION DES OPPORTUNITES ET DEFIS DU PASSAGE DE L'HUMANITAIRE VERS LE DEVELOPPEMENT

1. APERÇU DE L'ÉVOLUTION DE LA PRISE EN COMPTE DE LA PROBLEMATIQUE DE LA NUTRITION PAR LES ACTEURS AU NIGER

Le Niger s'inscrit dans un historique de crises alimentaires et nutritionnelles de grande ampleur qui ont marqué les populations mais également les institutions nationales et les acteurs de l'aide. Les grandes sécheresses des années 1970 puis 1980 ont engendré des famines sans précédent et ont entraîné le développement d'outils nationaux d'anticipation et de réponse à l'insécurité alimentaire qui ont progressivement évolués. Ces outils se sont modernisés et demeurent toujours pertinents et opérant. La crise de 2005 en démontrant la faisabilité d'une prise en charge de masse de la malnutrition aiguë (mise en œuvre par des acteurs humanitaires et organisations internationales déployées en réponse à l'urgence) a réinscrit cette pathologie à l'agenda technique et politique. Par la suite, le traitement de la malnutrition aiguë sévère des enfants (et également dans une moindre mesure de la malnutrition aiguë modérée) a progressivement été intégrée au système sanitaire national. Sa place dans les Plans de Développement Sanitaire nationaux est devenue plus centrale. Parmi les évolutions qui démontrent cette intégration progressive, on peut citer entre autres :

- L'élaboration et la révision périodique du protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë (la dernière révision date de 2016¹⁶). Initialement mis en place en 2005, ce protocole a fait l'objet d'une directive d'intégration en 2008 afin d'institutionnaliser et de rationaliser les appuis dans le domaine¹⁷ ;
- L'intégration de la malnutrition dans les maladies à déclaration obligatoire et la prise en charge de la malnutrition au sein du paquet minimum d'activités des centres de santé ;
- La mise en place du circuit unique permettant la prise de mesures anthropométriques systématique lors de l'enregistrement des enfants pour toute consultation ;
- Le rehaussement de la place de la Nutrition dans l'organisation du Ministère en charge de la Santé avec le passage d'une Division à une Direction de la Nutrition dépendante de la Direction Générale de la Santé de Reproduction ;
- L'intégration des données nutritionnelles dans les systèmes d'information sanitaire (SNIS puis DHIS 2) ;
- La mention des Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi dans la liste des médicaments essentiels, puis leur intégration dans la chaîne unique d'approvisionnement, etc.

16 Pour rappel le Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (version révisée Mars 2016) prévoit : Pour la MAS avec complications, en mode hospitalier dans les CRENI, des unités pédiatriques au sein des hôpitaux nationaux, régionaux, Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant et Hôpitaux de Districts ;

Pour la MAS sans complications, selon un mode ambulatoire dans les CRENAS, qui sont intégrés aux CSI et à certaines Cases de Santé disposant d'un agent de santé qualifié ;

Pour la MAM, selon un mode ambulatoire dans les CRENAM (également intégrés aux CSI et aux CS) ainsi qu'à travers des approches communautaires de réhabilitation nutritionnelle dans les villages sans case de santé.

17 « Prise en charge de la malnutrition aiguë au Niger : un programme national » - Article ENN, 2011, Dr Guero Maimouna, Dr Yami Chegou, Pr Ategbo Eric-Alain - <https://www.ennonline.net/fex/43/prise>

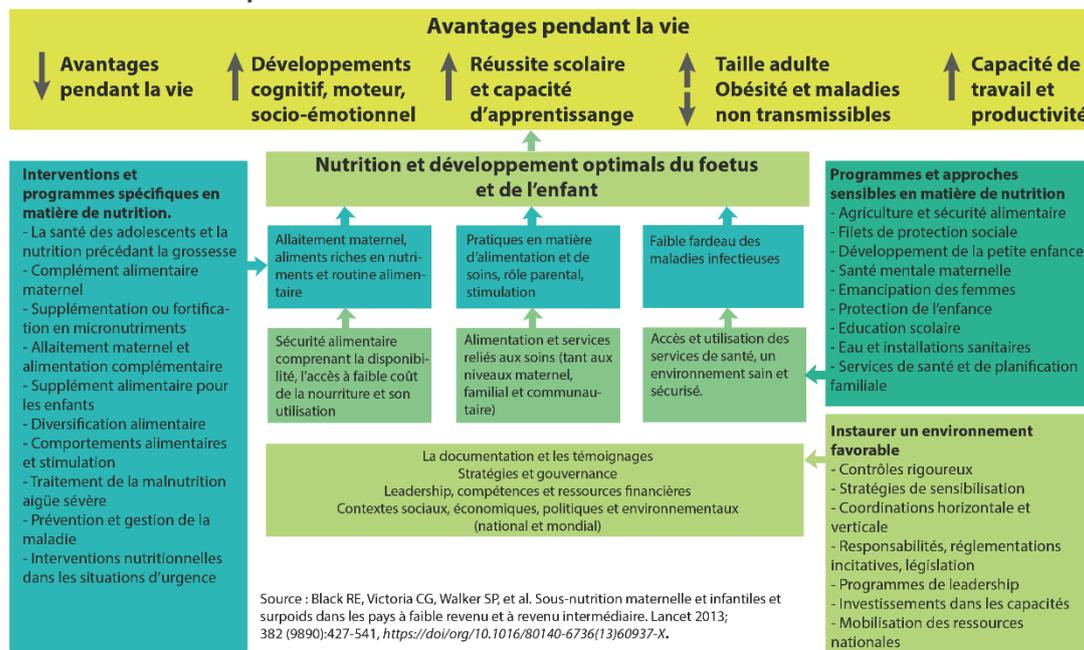
Les activités de dépistage ont également été progressivement intégrées aux différentes campagnes et stratégies avancées de vaccination et de chimio-prévention du paludisme. De même que des activités nutritionnelles à base communautaire ont été testées sur le terrain et ont inspiré des programmes et stratégies nationales¹⁸.

Parallèlement les aspects nutritionnels ont été davantage pris en compte dans les opérations de réponse à l'insécurité alimentaire saisonnière à travers les plans de soutien aux populations vulnérables développés annuellement par le Dispositif National de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaire (DNP-GCA), en valorisant les données nutritionnelles dans l'analyse des besoins et en intégrant des activités nutritionnelles d'atténuation et de réponse en période de soudure.

Le lien entre insécurité alimentaire (en particulier les contraintes de disponibilité et d'accès à l'alimentation) et malnutrition a été mieux compris et a permis de placer les enjeux nutritionnels dans une perspective plus large et plus multisectorielle. Au-delà de la partie « visible » de la sous-nutrition que représente la malnutrition aiguë, les problématiques de malnutrition chronique (ou retard de croissance) mais également de carences en micronutriments et vitamines ont été davantage prises en compte et progressivement intégrées aux stratégies sectorielles.

En 2013, au moment où le cadre conceptuel de « Lancet » sur la malnutrition (mise en évidence des causes profondes et multifactorielles d'un mauvais état nutritionnel) était publié, le Niger avait adopté, quelques mois plus tôt, la stratégie de l'Initiative 3N « les Nigériens Nourrissent les Nigériens ». Cette politique nationale du secteur de la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle et du Développement Agricole Durable, a contribué à passer d'une approche centrée sur la notion de malnutrition comme enjeu principalement sanitaire à un objectif plus global d'« amélioration de l'état nutritionnel » de la population, permettant un meilleur développement socioéconomique et contribuant à la croissance nationale. Ceci a ainsi ouvert la voie à des interventions plus axées sur la prévention à travers des interventions multisectorielles sensibles à la nutrition dans une large gamme de domaines dit « contributifs ».

Tableau 2 : Cadre Conceptuel de la Malnutrition



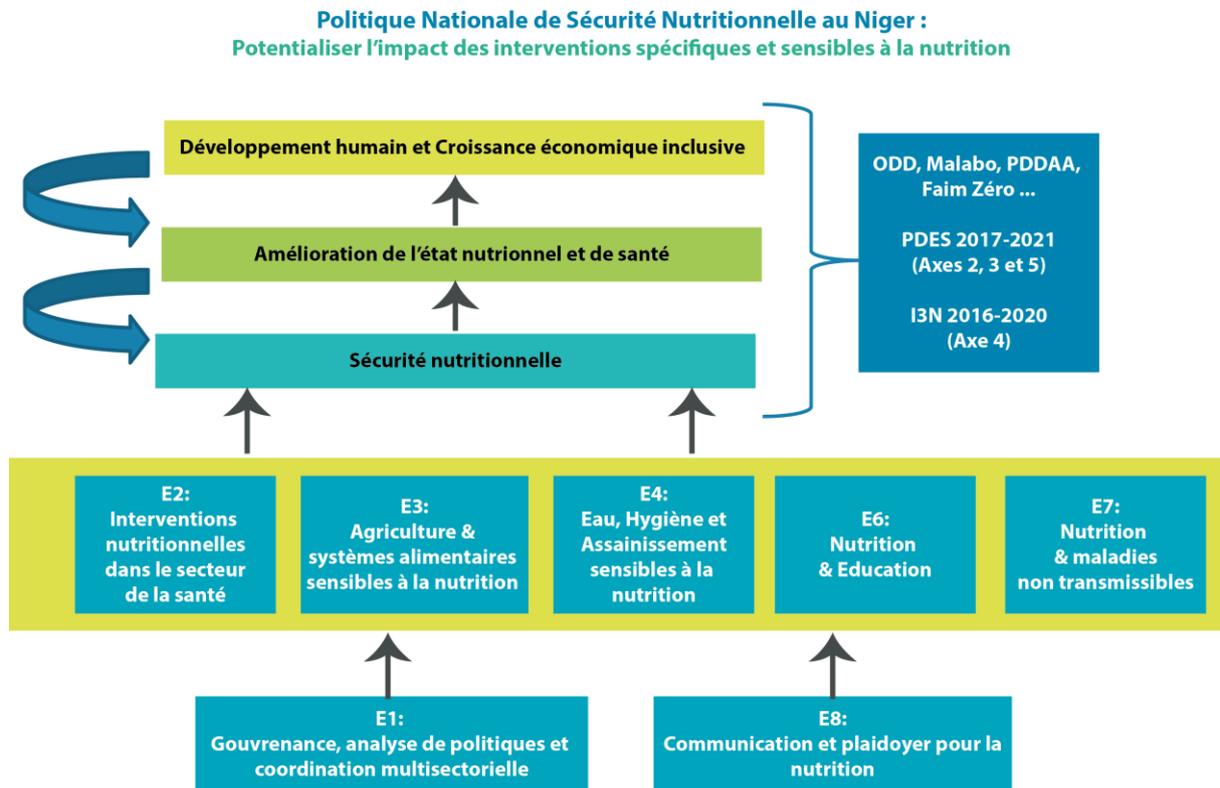
Source : Adapté par la PNIN, Cadre Conceptuel de la Malnutrition, Lancet, 2013

18 Implication des relais communautaires, stratégie ANJE, PB Mère etc. Ces expériences sont développées plus bas dans la section 2.2



Dans le contexte de la Politique Nationale multisectorielle de Sécurité Nutritionnelle, un pilotage ancré au Haut-Commissariat à l'Initiative 3N a été développée (administration de mission dépendant de la Présidence de la République) à travers des instances de gouvernance multisectorielle rassemblant des représentants de nombreux Ministères.

Figure 2 : Cadre conceptuel de la Politique National de Sécurité Nutritionnelle



Source : Adaptée par la PNIN, Cadre conceptuel de la PNSN – Document de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle, 2018

Parallèlement, la mise en place d'une Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition à l'Institut National de la Statistique fin 2017 a permis de générer des analyses multisectorielles sur les déterminants de la malnutrition. Elle a également permis de valoriser les données et informations statistiques disponibles pour informer la prise de décision et alimenter le plaidoyer.

Ces évolutions progressives ont été soutenues et accompagnées par diverses dynamiques aux niveaux international, continental et sous-régional et par de très nombreux acteurs non-étatiques au Niger, aussi bien au sein des agences des Nations Unies, des Organisations Non-Gouvernementales que des bailleurs de fonds. Les initiatives impulsées à travers REACH (Ending Child Hunger and Undernutrition) ou le Mouvement Scaling Up Nutrition (SUN) ont également été déterminantes pour encourager l'engagement politique et les réponses stratégiques et programmatiques, notamment la mise en place des différents « réseaux » nationaux du Mouvement SUN (parmi les parlementaires, les journalistes, les partenaires techniques et financiers etc.) ou encore l'organisation de visites de haut-niveau au Niger, telle que la visite de l'ancien Président capverdien Monteiro, émissaire de la nutrition pour l'Afrique de l'Ouest, en 2012, et la visite de la Coordinatrice globale du Mouvement SUN Mme Gerda Verburg en 2018.

2. AVANCEES NOTABLES ET DEFIS PERSISTANTS DANS LA PRISE EN CHARGE ET LA PREVENTION DE LA MALNUTRITION DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

Au-delà des évolutions positives dans la définition de la vision et des orientations politiques, stratégiques et institutionnelles, **des avancées techniques importantes ont été accomplies dans la délivrance des services et dans la mise en œuvre de pratiques innovantes** dans le domaine de la nutrition. Celles-ci mettent en évidence les enjeux, potentialités et défis du passage d'instruments et d'approches humanitaires et pilotes vers davantage d'intégration au sein de systèmes nationaux et des services publics. Ces avancées issues de la collaboration fructueuse entre acteurs étatiques et non-étatiques, humanitaires et de développement, peuvent inspirer d'autres secteurs à la croisée des domaines de l'urgence et du développement.

2.1 INTEGRATION DU DEPISTAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MAS DANS LE SYSTEME DE SANTE

Si les efforts massifs de prise en charge médicale de la malnutrition aiguë ont débutés dans une situation de crise initialement considérée comme ponctuelle et exceptionnelle, les prévalences de la malnutrition aiguë et le nombre d'enfants à traiter chaque année sont demeurés particulièrement élevés. Ceci met en évidence l'importance des facteurs structurels de la malnutrition. Ce contexte a suscité l'intégration progressive des capacités de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (ainsi que celles de dépistage, de plus en plus souvent intégrées aux campagnes de vaccination, aux activités de Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier etc.) dans le système sanitaire, afin de prendre pleinement en compte les enjeux d'efficience, de couverture et de financement qu'implique la PCIMAS¹⁹.

Un récent rapport permet de faire ressortir les performances de cette intégration à l'issue de 10 ans de programme de prise en charge au Niger (entre 2010 et 2019)²⁰. Ceci met tout d'abord en évidence le niveau stable et élevé des besoins et le nombre toujours important de cas que le système de santé doit et est capable d'absorber et de traiter.

En 2020, il y a même un « record » avec près de 425 000 cas traités de MAS (avec ou sans complication). Même en cas de réduction (espérée mais non encore amorcée) de la prévalence de la malnutrition aiguë sévère, le nombre d'enfants attendus demeurerait élevé en raison de la croissance démographique (et de la baisse de la mortalité chez les moins de cinq (5) ans). De plus, malgré l'augmentation du nombre de CRENAS passés de 762 en 2010 à 1 180 en 2019, les taux de couverture mis en évidence par les enquêtes SQUEAC et SLEAC localisés, au cours des 10 dernières années restent faibles avec des résultats variant de 20 % à 60 % selon les zones et une médiane de 31,4 %²¹.

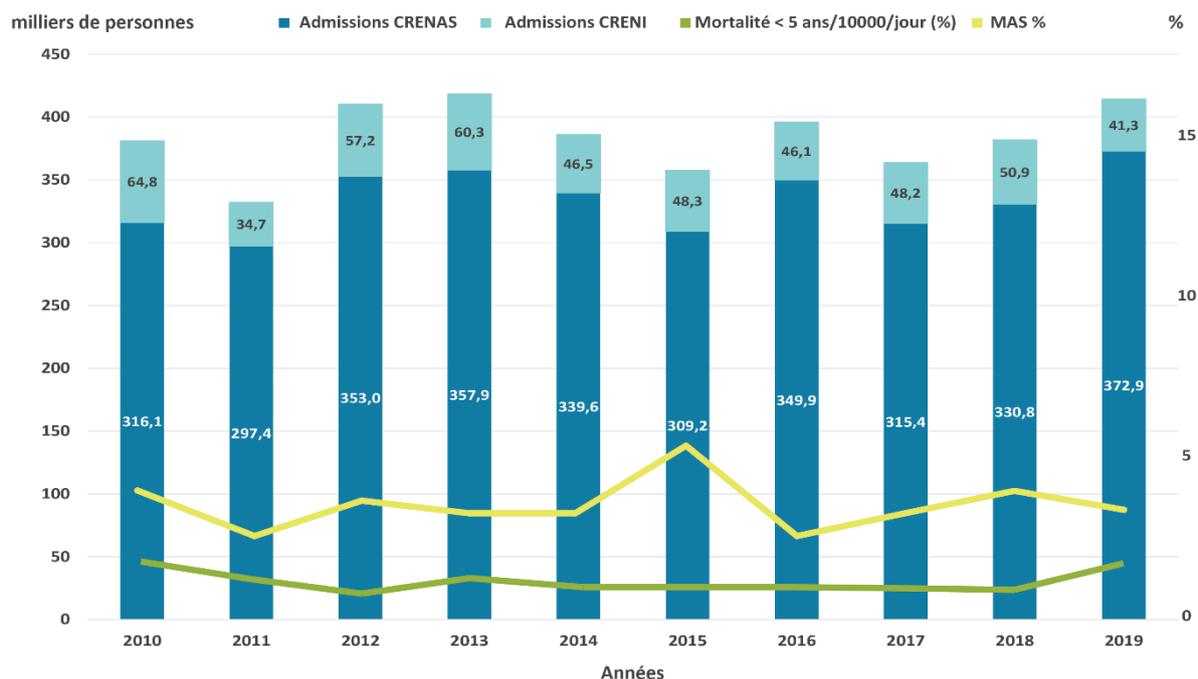
19 Pour rappel, selon le cadre d'action produit par l'OMS en 2007, les approches de renforcement des systèmes de santé se fondent sur 6 piliers : prestation des services, personnel/ressources humaines, système d'information, produits et technologies médicaux, système de financement, leadership et gouvernance. Le renforcement du système doit permettre d'améliorer l'accès, la couverture, la qualité et la sécurité des services de santé.

20 Rapport d'évaluation sommative de la Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, Niger (2010–2019) MSP, UNICEF, EVIDHAF

21 Il faut noter que ces enquêtes sont réalisées dans des zones appuyées par les ONG, et que les données révèlent des variations importantes entre zones « urbaines » (chefs lieu de communes) et rurales.



Graphique 1 : Prévalences de la mortalité infantile et de la Malnutrition Aigüe Sévère et Nombre d'admission de cas de MAS sans complication et avec complication, Niger, 2010-2019



Source : Prévalences et Admission des cas de MAS sans complication et avec complication, Niger, 2010-2019 - Rapport d'évaluation sommative de la Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, Niger (2010–2019) MSP, UNICEF, EVIDHAF

Les progrès dans les différents domaines de l'intégration tant en termes de prestation de services que de systèmes d'information, de fourniture d'intrants ou encore de financement et formation des ressources humaines, sont mis en évidence dans le tableau 3 ci-dessus. La présence d'une unité de production d'Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi (ATPE) sur le territoire national depuis le début des années 2000 est un avantage déterminant qui a contribué aux avancées et performances globales enregistrées.

Tableau 3 : État d'intégration de la PCIMAS dans les fonctions du système de santé publique au Niger en 2007, 2010, 2013 et 2020

Fonction du système de santé	Niveau d'intégration				
	2007	2010	2013	2020	
Gouvernance	Les politiques et les plans stratégiques en santé et nutrition étatiques incluent le PCIMAS	3	2	1	1
	Le paquet minimum d'activités aux différents niveaux de prestation de services inclut le PCIMAS	3	2	2	1
	La mise en œuvre des politiques et plans étatiques influents la PCIMAS	3	3	2	1
Financement	Les plans d'actions annuels avec allocation budgétaire incluent toutes les composantes de la PCIMAS	3	3	2	2
	Le financement de la PCIMAS est regroupé dans une approche sectorielle	3	3	2	2
Information sanitaire	Le personnel impliqué dans la PCIMAS est géré par l'État	3	3	2	2
	Le système de surveillance spécifique à la malnutrition est géré par l'état	3	2	2	1
Personnel de santé	Le SNIS inclut les indicateurs du PCIMAS	3	2	1	1
	Le besoins en agents de santé pour la PCIMAS (l'embauche, la réaffectation et les descriptions des tâches) est couvert par l'état	3	2	2	2
	La formation professionnelle initiale des professions de santé est adaptée pour inclure la PCIMAS	3	2	2	2
	La formation professionnelle continue et sur le tas, ainsi que la supervision de soutien de l'état incluent la PCIMAS	3	2	2	2
	Les évaluations du personnel et le développement de carrières considèrent l'implication dans la PCIMAS	3	2	2	2

Infrastructure, équipement et intrants	L'équipement, médicaments et intrants en médicaments et produits thérapeutiques pour la PCIMAS figurent sur la liste nationale des médicaments essentiels et des fournitures	3	2	2	2
	L'achat central d'équipements et d'intrants médicaux couvre les besoins pour la PCIMAS	3	3	2	2
	Le système national de gestion d'équipements et d'intrants médicaux inclut ceux pour la PCIMAS	3	2	2	2
Prestation de services	Les services de soins de santé foraines vers les populations difficiles à atteindre ou vulnérables incluent la PCIMAS	3	2	2	2
	La sensibilisation communautaire et le dépistage actif des cas et de référencement des cas MAS est assuré par l'état	3	3	3	2
	Les services de pédiatrie (soins de santé secondaires) offrent la PCIMAS	3	3	2	2
	Les CSI et case de santé avec personnel qualifié (soins de santé primaires) offrent la PCIMAS dans le cadre de la PCIME (continuum de soins axés sur le couple mère-enfant)	3	2	2	2
	Le système de référence et de suivi à domicile (soins de santé primaires à base communautaire) offrent est assuré et inclut la PCIMAS	3	3	2	2
Communauté	Le lien avec la communauté est établi, la participation des acteurs clés à la conception, planification, mise en œuvre et suivi de santé mère et enfant y inclut la PCIMAS	3	3	2	2

Code de couleur : 1 (vert clair)= achevé (MSP complètement en charge) ; 2 (vert foncé)= partiellement achevé (MSP aidé par le PTFs), 3 (orange)= non achevé (MSP peu impliqué, PTF en charge)

Source : État d'intégration de la PCIMAS dans les fonctions du système de santé publique au Niger en 2007, 2010, 2013 et 2020 - Rapport d'évaluation sommative de la Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, Niger (2010–2019) MSP, UNICEF, EVIDHAF

Ce regard rétrospectif sur 10 années de prise en charge intégrée de la MAS, met en évidence les efforts de toutes les parties prenantes pour pérenniser, maintenir et renforcer les capacités durables de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère des enfants, en adressant les différents piliers du système de santé, dans un contexte de forte prévalence et de la récurrence de divers types de chocs. Si les évolutions les plus favorables sont enregistrées aux niveaux politiques et institutionnels, il n'en demeure pas moins que les dynamiques vertueuses existent à tous les niveaux. Par exemple, au niveau des ressources humaines, les formations initiales et continues des personnels de santé intègrent des modules (harmonisés au niveau sous-régional) sur la nutrition. Dans le domaine des intrants, les Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi (ATPE) sont intégrés à la chaîne unique d'approvisionnement et leur production fait désormais partie de la politique pharmaceutique nationale.

La réduction de la mortalité infantile au Niger (qui est passée de de 170,3 pour 1 000 en 2005 à 80,4 pour 1 000 en 2019), a valu au Niger d'atteindre l'OMD consistant à réduire de 2/3 le taux de mortalité infantile entre 2000 et 2015. Cette performance est considérée comme, en partie, imputable aux efforts massifs de prise en charge de la Malnutrition Aiguë Sévère, ce qui a encouragé les efforts de pérennisation des capacités de PCIMAS.

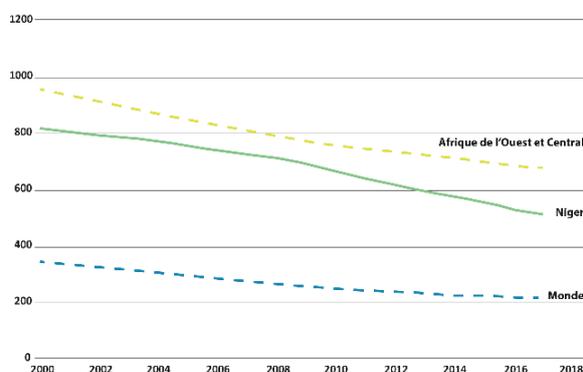
Pour aller plus loin dans la pérennisation des efforts de PCIMAS et faire face au défi de la mobilisation des ressources en anticipant la réduction attendue des financements humanitaires, un dialogue de haut-niveau avec le Ministère de la Santé (dans le cadre d'un appui budgétaire de l'Union Européenne) a permis d'aboutir en 2020 à **l'élaboration d'une Feuille de Route pour la « Reprise graduelle par l'État des financements des partenaires humanitaires pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère »**. Celle-ci marque l'engagement de l'État à « assumer [son] rôle, au niveau central comme au niveau des collectivités territoriales, dans la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère. En effet, cette prise en charge de la malnutrition aiguë a permis d'enregistrer des progrès considérables et reconnus en termes de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans au Niger. »²². L'objectif de la Feuille de route est donc d'assurer l'intégration progressive et durable dans le budget de l'État et des collectivités territoriales du

22 Préambule du document de Feuille de Route, par le Ministre de la Santé Publique – Mars 2020



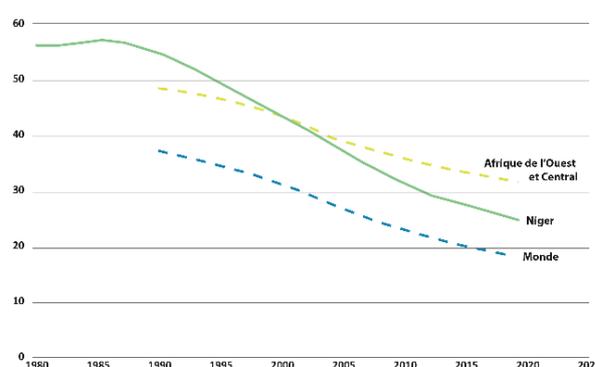
financement de la PCIMAS, financé à ce stade par les partenaires humanitaires²³. Elle décline une vision générale sur dix (10) ans, d’ici à 2029 et établit une première planification triennale pour 2020-2022 avec des engagements fermes en termes financiers et de recrutement.

Graphique 2 : Taux de mortalité maternelle au Niger, région de l’Afrique de l’Ouest et du Centre et dans le monde (2000-2018)



Source : UN-MMEIG 2020, Réduction du taux de mortalité infantile et de mortalité néonatale au Niger – Rapport Countdown to 2030

Graphique 3 : Taux de mortalité néonatale au Niger, en Afrique de l’Ouest et du Centre et dans le monde (1980-2020)



Source : UN-IGME 2020, Réduction du taux de mortalité infantile et de mortalité néonatale au Niger – Rapport Countdown to 2030

Si la mise en œuvre de la feuille route représente un défi dans le contexte de pression sur les ressources domestiques du Niger, **l’élaboration concertée** de cette Feuille de Route, en impliquant toutes les parties, est **emblématique de la qualité du dialogue et des synergies possibles avec les acteurs humanitaires pour susciter des évolutions à long terme**. En fin d’année 2021, le Ministère en charge de la Santé a obtenu du trésor le décaissement de 850 millions F CFA pour une commande d’ATPE auprès de l’usine de production STA du Niger²⁴ dans le cadre des engagements de la Feuille de Route.

2.2 DANS LE DOMAINE DES ACTIVITES PROMOTIONNELLES ET PREVENTIVES

Parallèlement à la montée en puissance de la prise en charge de la malnutrition intégrée au système sanitaire, le secteur de la Santé a également progressivement investi davantage dans les interventions promotionnelles et préventives. Ces interventions visent à réduire la malnutrition en s’attaquant également à la prévention du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq (5) ans et des carences en micronutriments.

En 2017, en marge de l’élaboration de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (PNSN), une analyse cout-bénéfice réalisée au Niger met en évidence qu’en investissant sur des actions promotionnelles et préventives à haut impact et spécifiques à la nutrition (incluant la santé de la reproduction et le planning familial), le retour sur investissement atteignait un rapport de 1 à 16, soit un gain de 16 Dollars pour chaque Dollar investi²⁵.

La notion de fenêtre d’opportunité des 1 000 jours compris entre le début de la grossesse et les 2 ans de l’enfant permet de développer : 1/) des actions à visée nutritionnelle dans le cadre du cycle de consultation prénatale ; 2/ de généraliser la supplémentation en Fer, en Vitamines A et Acide Folique (qui s’élargit progressivement à d’autres groupes cibles tels que les enfants et

23 Pour l’année 2019 la contribution des principaux acteurs humanitaires du secteur de la PCIMAS s’élevait à environ 10 milliards F CFA.

24 La mise en œuvre de la feuille de route constituait jusqu’en 2021 un indicateur adossé à l’appui budgétaire de l’Union Européenne.

25 Note La nutrition : un investissement rentable et vecteur de transformation - HC3N, Décembre 2017

adolescents dans le cadre de la nutrition en milieu scolaire) ; 3/ la promotion de pratiques familiales essentielles telles que l'allaitement maternel exclusif mais aussi plus largement les bonnes pratiques d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE).

Globalement, il y a une évolution récente d'une approche centrée sur la croissance de l'enfant et le dépistage de la malnutrition aiguë sévère vers une approche visant le suivi du développement de l'enfant. Et même, plus largement, une approche centrée sur la notion de développement du capital humain qui adresse un ensemble plus large de problématiques et permet ainsi d'agir plus significativement sur la malnutrition chronique. Ce type d'approche demeure confronté **au défi inhérent d'investir dans la prévention** dans un contexte de ressources contraintes qui tend à prioriser des dépenses curatives qui sont au cœur du système de santé. De plus, le déploiement d'approches et stratégies communautaires promotionnelles²⁶ pose la question de sa faisabilité à une échelle nationale et en particulier son coût.

2.3 DES PRATIQUES INNOVANTES ET UN DIALOGUE TECHNIQUE ET STRATEGIQUE DETERMINANTS

Les acquis mis en évidence et les évolutions vertueuses constatées dans les différents domaines de la prise en charge et de la prévention de la malnutrition dans le secteur de la santé ont été progressifs. Ils ont été rendus possibles grâce à **une diversité de pratiques de terrain, à un intérêt pour des approches de recherche-action** permettant de tester des solutions en vue de leur mise à l'échelle, mais aussi grâce à des échanges féconds et à **la collaboration entre acteurs humanitaires et de développement**, étatiques et non-étatiques. Ces approches orientées vers la recherche de solutions répliquables ont permis de piloter diverses pratiques et innovations, puis d'initier des réformes à travers le développement de stratégies nationales inspirées des innovations. Avec « en toile de fond », l'enjeu crucial du coût-efficacité pour faire face à l'ampleur des besoins dans un contexte de ressources financières rares, notamment avec la diminution progressive des contributions des bailleurs « historiques » du secteur.

Dans cet esprit, l'initiative « Périmètre Brachial par la mère » par exemple, vise à permettre un dépistage plus précoce et donc un moindre risque de complication et une meilleure performance de la PCIMAS grâce au suivi du périmètre brachial des enfants réalisés par les mères elles-mêmes²⁷. De même des opérations de dépistage de masse ont petit à petit été organisées à l'occasion des campagnes de vaccination ou encore des campagnes de CPS afin d'améliorer la détection des cas nécessitant une prise en charge. L'implication des « relais communautaires » et plus globalement le recours aux dynamiques communautaires et au réseau des cases de santé dans les opérations de dépistage, de prévention et même de prise en charge de la Malnutrition Aiguë Modérée (MAM), ont généralement été impulsés et accompagnés par les acteurs de terrain avant d'intégrer progressivement les stratégies sectorielles et sous-sectorielles. Ces dernières années des activités de recherche-action ont également été menées pour tester un protocole simplifié permettant de réduire les coûts par enfant et d'améliorer la couverture de la prise en charge de la malnutrition tout en intégrant les pratiques ciblant la MAM et la MAS, en prenant acte du continuum qu'elles constituent. Mais les implications logistiques et financières (pour assurer une partie de la prise en charge dans les cases de santé) de son application ne permettent pas à ce stade d'envisager sa mise à l'échelle²⁸.

26 Voir le Plan stratégique de santé communautaire 2019-2023

27 Article UNICEF : « PB Mère : un des moyens les plus rentables de détecter et de traiter la malnutrition au Niger », 2018

28 Article MSF – Malnutrition : les enjeux de la simplification et de la prise en charge au Niger, Juillet 2020



Parallèlement à ces approches et dans le contexte de réduction de leurs financements, les acteurs humanitaires de la PCIMAS ont progressivement **transféré des compétences et ressources** de manière à pérenniser les acquis de longues années d'accompagnement des structures sanitaires. **Des « plans de transition »** ont été élaborés aux niveaux des districts sanitaires appuyés afin de préparer le retrait des organisations partenaires. Ceux-ci se fondent sur l'intégration des personnels spécialisés aux équipes de santé des CSI²⁹ et la mobilisation des collectivités locales dans la prise en charge de certains coûts à travers leur plans d'investissements annuels. De tels plans de transition permettant d'estimer les implications et les besoins résultants du retrait progressif des acteurs humanitaires, ont directement inspiré et soutenu le dialogue autour de la « Feuille de Route de Reprise graduelle par l'État des financements des partenaires humanitaires pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère », élaborée au niveau central. Ils ont également permis d'accompagner la responsabilisation des collectivités territoriales (des Communes en particulier) dans le domaine des services nutritionnels et plus largement sanitaires. Ce travail de collaboration entre organisations humanitaires et acteurs locaux, en vue de transférer de l'expertise et des moyens techniques, couvre également le domaine de la gestion des pics saisonniers de besoins. Plus largement d'autres initiatives de renforcement du système de santé initiées à petite échelle puis généralisées, ont directement contribué à améliorer les services nutritionnels : c'est le cas en particulier de la modalité du « centime additionnel » mise en place par les districts sanitaires en tant que mécanisme de mutualisation au niveau local (CSI) et départemental (district). Cette initiative consiste à collecter la somme de 100 F CFA auprès de chaque patient (hors ceux concernés par la gratuité) afin de constituer une caisse utilisée pour couvrir les frais de référencement et d'évacuation (vers les hôpitaux de district ou les hôpitaux régionaux et vers les CRENI dans le cas des enfants malnutris avec complication).

Globalement ces expériences démontrent **la possibilité d'une trajectoire vertueuse de pratiques initiées par des acteurs humanitaires**, souvent à petite échelle, puis reprises, même partiellement, par l'Etat et ses partenaires plus traditionnels. Ceci est rendu possible grâce aux échanges techniques qui permettent de transcender les clivages supposés mais aussi grâce à des pratiques de collaboration structurantes en impliquant les acteurs de la santé et les décideurs aux différents niveaux. En testant diverses voies vers l'amélioration des services, de leur durabilité et de leurs effets, les acteurs humanitaires ont su démontrer leur capacité à prendre en compte une vision plus globale des défis et enjeux de la mise à l'échelle de leurs pratiques. **Le dialogue avec les institutions a permis une fertilisation croisée des expériences** et la compréhension des contraintes et attentes des différentes parties. Ce contexte global favorable à la concertation a également permis d'influencer des projets et programmes de développement dans le domaine de la santé, à intégrer des activités et la recherche d'effets positifs sur la nutrition. C'est par exemple le cas du processus du dossier d'investissement du GFF (Global Financing Facility qui est un Fond Mondial soutenu par un partenariat mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents) ou encore du nouveau projet « Capital Humain » récemment lancé, sur financement de la Banque Mondiale.

L'existence de cadres de concertation et de coordination dans le secteur de la Nutrition a joué un rôle déterminant pour créer un environnement favorable aux échanges techniques et stratégiques et aux évolutions structurantes, notamment le processus de « nationalisation » du Cluster Nutrition (en 2012) devenu le Groupe Technique Nutrition, sous la présidence du Directeur de la Nutrition du Ministère en charge de la Santé. Le GTN est décliné en Groupes techniques régionaux (généralement chargés plus largement des questions de santé et de nutrition) qui doivent servir de cadre de coordination, de veille et de prise de décision sous la présidence du Directeur Régional de la Santé. Enfin, la nutrition est devenue progressivement une thématique

29 Entre 2014 et 2019 on note une réduction de ¼ du nombre de personnels (qualifiés et non-qualifiés) pris en charge intégralement par les ONG sur financements humanitaires

davantage prise en compte dans les échanges au sein des PTFs du secteur santé, pour son intégration dans les mécanismes sectoriels.

2.4 DES DEFIS PERSISTANTS

Les évolutions à moyen terme démontrent le chemin parcouru depuis une période où la malnutrition était perçue comme une problématique passagère, liée à des épisodes de crises, globalement résorbable grâce au développement et à la croissance économique, et auxquels il faudrait répondre de manière exceptionnelle par une expertise et des moyens techniques, humains et financiers externes.

Dans tous les domaines depuis le dépistage/référencement, la prise en charge intégrée de la MAS, la gestion de la MAM, jusqu'au développement des approches préventives et promotionnelles et plus largement la généralisation de la notion de développement de l'enfant et de capital humain, les progrès sont notables et sont le résultat de pratiques de collaboration fructueuses entre acteurs humanitaires et de développement et acteurs étatiques et non-étatiques.

Cependant des défis et des contraintes substantielles demeurent et nécessitent des engagements importants de toutes les parties prenantes. Dans un contexte où les prévalences demeurent élevées et où la croissance démographique pèse sur les effectifs à prendre en charge, **l'enjeu d'une véritable approche systémique contribuant au renforcement global des services de santé demeure crucial.**

Malgré les efforts des acteurs de la nutrition ces dernières années pour intégrer leurs appuis dans une vision plus large et plus durable, « l'héritage » de modalités d'intervention souvent parallèles du fait d'objectifs initialement fondés sur le court terme et ciblés dans le temps et dans l'espace, a pu peser sur la répliquabilité et la transférabilité des pratiques et sur la possibilité de progrès plus durables et structurants. Les limites constatées concernent l'ensemble des composantes clé de l'intégration au système de santé, par exemple :

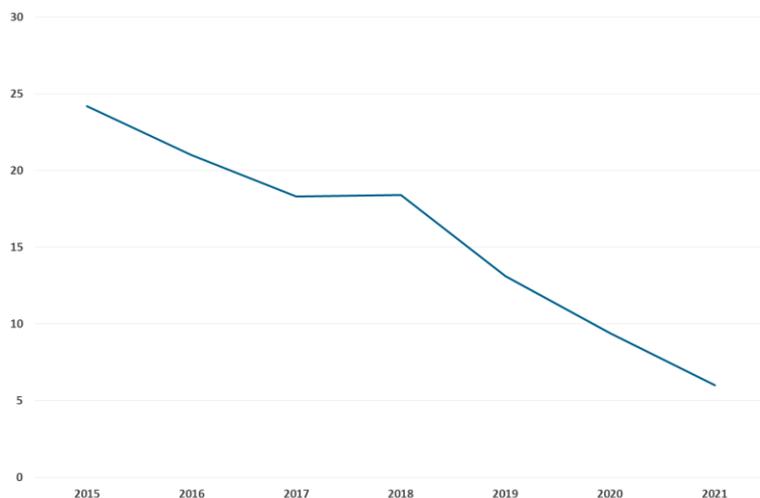
- Les personnels formés dans le cadre des CRENAS appuyés par les acteurs humanitaires, une fois ceux-ci intégrés, ne sont pas forcément maintenus sur place ;
- Les référents Nutrition dans chaque district sanitaire n'ont pas forcément d'influence sur l'équipe cadre. La nutrition n'est pas systématiquement intégrée aux missions de supervision du district sanitaire ;
- La contribution financière des ONG dans le déploiement des services nutritionnels n'est pas toujours prise en compte dans les documents de programmations annuels des Districts Sanitaires ;
- Le transport des intrants nutritionnels par les acteurs nutritionnels jusqu'au dernier kilomètre ne facilite pas son intégration à la chaîne d'approvisionnement unique ;
- Les services nutritionnels ne sont pas toujours inclus dans les stratégies avancées et les prestations des cliniques mobiles.

Les initiatives de développement des services de prise en charge de la MAM n'ont pas connu de réel transfert et pérennisation, pour des raisons en partie liées à leur soutien et leur financement par des acteurs opérationnels différents, ne facilitant pas le développement d'une approche globale et intégrée.

Plus globalement **le défi principal demeure celui des ressources nécessaires à la pérennisation de la PCIMAS.** La mise en œuvre de la Feuille de Route de reprise graduelle des financements par l'État et les collectivités peinent à être mise en œuvre, alors même que l'estimation des coûts ne couvre qu'une partie limitée des besoins effectifs. Le risque est donc réel de perdre les acquis.



Graphique 4 : Réduction des financements de ECHO dans le domaine de la PCIMAS (millions €)



Source : ECHO

Les bailleurs de développement montrent peu d'appétence pour prendre le relai du poids financier de la PCIMAS, alors qu'il faudrait au moins 15 millions € par an pour prendre le relais des financements de court terme et maintenir les services nutritionnels qui sont déjà insuffisants. Le financement de la nutrition dans le secteur de la santé pourrait être davantage intégré aux outils sectoriels et notamment au Fonds commun Santé.

Certains acteurs clés du secteur tendent à revenir à des mécanismes du financement fondés sur des approches projets plutôt que sur les instruments mis en place pour promouvoir l'approche Programme.

L'achat et l'approvisionnement des structures sanitaires en Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi (ATPE) représentent la plus grosse partie des coûts (70 %, soit plus de 10 millions € par an). Si le Niger bénéficie de la présence d'une unité de production sur son territoire, des efforts supplémentaires pourraient être faits pour soutenir la filière et réduire le coût de ces produits en agissant sur la réglementation, l'exonération des intrants entrant dans la fabrication, une taxation incitative³⁰, etc. De plus les ATPE sont confrontés aux défis plus généraux que connaît la chaîne unique d'approvisionnement en produits de santé³¹.

Globalement, l'intégration effective de la nutrition au sein du système sanitaire est confrontée à une double limite : 1/ D'une part celle des contraintes héritées de pratiques humanitaires « parallèles », malgré les efforts démontrés par les acteurs pour les faire évoluer ; 2/ d'autre part celle des défis structurels qui pèsent sur les services de santé dans leur ensemble et qui nécessitent des efforts coordonnés et de grande ampleur : effectivité de la gratuité des soins et de la couverture sanitaire universelle, rationalisation de la chaîne d'approvisionnement, amélioration de la couverture sanitaire, déconcentration et formation adéquate (initiale et continu) des ressources humaines etc.

Dans cette perspective le Rapport d'évaluation sommative de la Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, Niger (2010–2019), présente une synthèse utile des facteurs structurels, favorables et défavorables à la performance de la PCIMAS au sein du système de santé.

30 Dans le contexte actuel, la production d'ATPE génère de fait des recettes fiscales que l'Etat pourrait envisager de reverser pour financer la PCIMAS.

31 Le Plan stratégique national du système d'approvisionnement en produits de santé pour 2019- 2023 prévoit une refonte du système d'approvisionnement. L'un des principaux axes est la mise en place d'une chaîne unique d'approvisionnement, centrée sur l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC), coordonnée par la Direction de la pharmacie et de la médecine traditionnelle et regroupant les diverses parties prenantes. La chaîne unique vise à assurer à toutes les populations nigériennes l'accès équitable à des médicaments et produits de santé de qualité, en privilégiant la distribution desdits produits jusqu'au dernier kilomètre.

Tableau 4 : Facteurs contributeurs et inhibiteurs à l'atteinte des objectifs du Programme de Prise en charge intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère

Facteurs contributeurs	Facteurs inhibiteurs
<ul style="list-style-type: none"> • Volonté politique – politiques, stratégies 	<ul style="list-style-type: none"> • Retard transfert des ressources dans le cadre de la décentralisation (gestion des ressources humaines, infrastructures et gratuité des soins)
<ul style="list-style-type: none"> • Bonne coordination d'activités et de partage de la connaissance au niveau national 	<ul style="list-style-type: none"> • La périphérie a un faible accès aux nouvelles connaissances
<ul style="list-style-type: none"> • Appui financier des bailleurs humanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Désengagement progressif de l'appui financier des bailleurs humanitaires et non positionnement d'autres bailleurs
<ul style="list-style-type: none"> • Appui financier des partenaires de mise en œuvre • Innovation à l'échelle (PB-mères, CMAM Surge) 	<ul style="list-style-type: none"> • Agents de santé et relais communautaires non- appuyés par une ONG : faible motivation, faible appropriation
<ul style="list-style-type: none"> • Bonne couverture de services PCIMAS (hôpitaux et CSI) (mais une faible couverture sanitaire, +- 50 %) 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible couverture de traitement (méthode directe) • Difficulté d'accès : inondations, déplacement de la population, insécurité
<ul style="list-style-type: none"> • Gratuité des soins enfants < 5 ans depuis 2006 	<ul style="list-style-type: none"> • Retard de remboursements du recouvrement des coûts
<ul style="list-style-type: none"> • Agents de santé formés, équipés de formateurs avec beaucoup d'expérience 	<ul style="list-style-type: none"> • Importante rotation des agents de santé – postes vacants, absences régulières
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des intrants – productions locales 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés de transporter les intrants du district aux structures sanitaires (provoquant des ruptures)
<ul style="list-style-type: none"> • Intégration du dépistage dans les sorties foraines, campagnes de masse 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de suivi des références lors du dépistage de masse couplé à la campagne CPS

Source : Rapport d'évaluation sommative de la Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, Niger (2010–2019) MSP, UNICEF, EVIDHAF

3. PRISE EN COMPTE GRANDISSANTE DE LA NUTRITION DANS LES SECTEURS CONTRIBUTIFS MAIS DES CONTRAINTES ENCORE IMPORTANTES

Dans le sillage des avancées aux niveaux institutionnels et stratégique mentionnées plus haut et de la prise de conscience des enjeux de l'amélioration de l'état nutritionnel des populations, notamment en visant la réduction de la malnutrition chronique (et non plus seulement de la malnutrition aiguë), pour réduire la pauvreté et améliorer le développement socioéconomique, de nombreux secteurs ont progressivement compris l'importance de contribuer aux efforts dans ce domaine. Le fait que la santé ne contribue que pour 20 % dans les déterminants de l'état nutritionnel des individus a également été largement relayé.

Les notions de secteurs « contributifs » et « d'interventions sensibles » à la nutrition, par opposition aux interventions « spécifiques » principalement couvertes par le secteur de la santé, sont désormais communément admises.

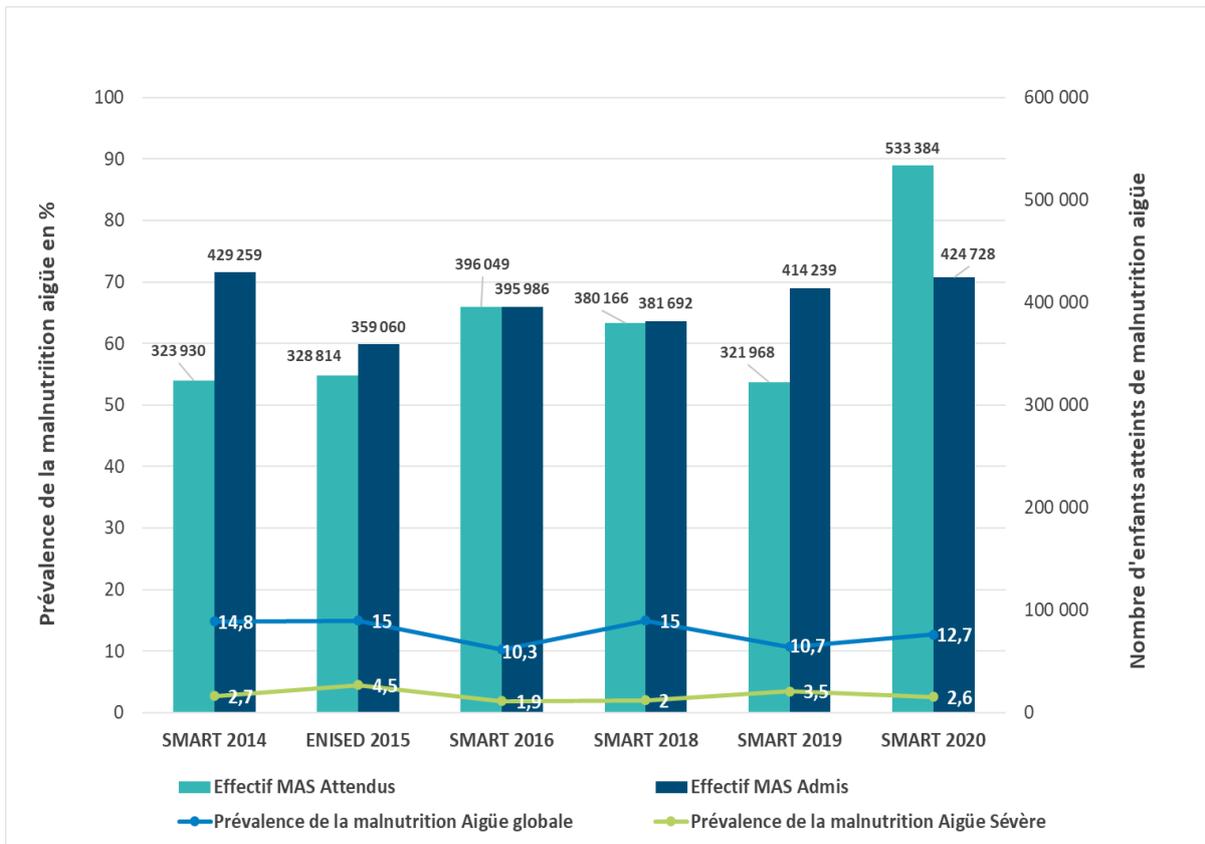
De nombreuses études ont permis d'analyser les déterminants de la malnutrition chronique, de l'accès à un régime diversifié ou encore aux micronutriments, afin de mieux cibler les actions les plus décisives. Dans de nombreux domaines les progrès ont été significatifs ces dernières années, l'évolution de certains indicateurs en témoigne comme par exemple la couverture de l'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement, le nombre de repas des enfants, l'accès à des calories provenant d'autres sources que les céréales de base, l'éducation des jeunes filles³². Afin d'illustrer les enjeux et avancées de la prise en compte de la nutrition dans une perspective d'approche Nexus, une analyse rapide de certaines données quantitatives disponibles a été réalisée, prenant en compte des informations relatives à la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et à la prévention des différentes formes de sous-nutrition. Ses conclusions concernant les

32 PNIN, Rapport d'Analyse N°2, Tendances de la malnutrition chronique des enfants de moins de 5 ans et des déterminants au niveau national, PNIN, 56 p., Janvier 2020.



niveaux de la couverture de certaines interventions préventives liées aux déterminants sous-jacents sont présentées dans le Rapport N°15 produit par la PNIN (INS, HC3N)³³.

Graphique 4 : Prévalence de la malnutrition chronique



Malgré ces tendances, les prévalences des différentes formes de sous-nutrition ne s’infléchissent pas significativement et rappellent l’enjeu crucial d’adresser des problématiques liées à la santé de reproduction et à la croissance démographique, au pouvoir d’achat et à l’accès à des aliments diversifiés et riches en micronutriments, mais également à l’évolution de certains comportements et normes sociales parfois en défaveur de la nutrition des catégories de la population les plus vulnérables.

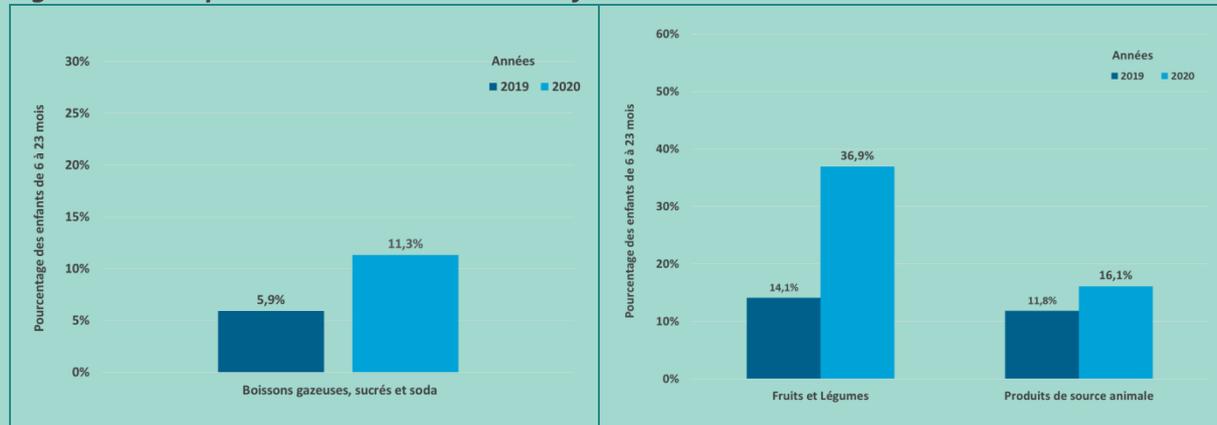
Encadré 2 : Niveaux de couverture des interventions spécifique et sensibles à la nutrition des secteurs sous-jacents insuffisants pour maximiser leur impact sur la réduction de la sous-nutrition

Des efforts dont l’intensité varie dans le temps et selon le secteur considéré ont été réalisés à la fois dans le traitement et la prévention de la sous-nutrition. Le Niger a maintenu dans le temps des interventions à la fois de traitement et de prévention y compris dans les zones fragilisées par l’insécurité, illustration de l’opérationnalisation d’une approche Nexus UD dans le secteur de la nutrition. Toutefois les prestations de prévention dans tous les systèmes retenus (santé, hydraulique et assainissement, système alimentaire, éducation, démographie et autonomisation des femmes) révèlent **des gaps importants, hormis l’accès à des sources d’eau améliorée**, présentant une évolution systématique croissante mais encore insuffisante.

33 PNIN, Rapport d’Analyse N°15, Les données et indicateurs de la sous-nutrition permettant de caractériser les enjeux du Nexus Urgence-Développement pour la Nutrition au Niger, 40 p., janvier 2022

Dans le domaine de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) par exemple, le défi de l'accès à une alimentation saine n'a pas reçu l'accent et l'effort programmés qu'il mérite. Les besoins d'alimentation des nourrissons n'ont pas une position centrale dans la transformation des systèmes alimentaires locaux.

Graphique 5 : Évolution de la consommation des Sodas et autres boissons locales, des fruits et légumes et des produits animaux chez les enfants de 6-23 mois



Source : PNIN, Enquêtes SMART

Les enfants sont plus vulnérables que les adultes aux différents chocs. L'amélioration de la consommation des fruits et légumes est encourageante et contribuera (si elle se poursuit) à l'amélioration de la diversité alimentaire et à l'accès à une alimentation saine. En revanche, la consommation des sodas et des boissons locales sucrées sur une courte période est inquiétante car elle pourrait accroître le risque de surpoids jusqu'à présent très faible au Niger. La consommation des produits animaux est encore très faible puisque 84 % des enfants en 2020 n'ont consommé aucun produit animal au cours des 24 heures qui ont précédé l'enquête SMART.

L'accès à une alimentation saine doit être pris en compte dans les programmes de nutrition étant donné l'importance d'une alimentation diversifiée incluant des produits animaux pour la croissance et le développement des jeunes enfants.

Des disparités de couverture des interventions retenues sont marquées entre Niamey, mieux couverte, et les autres régions. Les régions fragilisées par l'insécurité (Diffa, Tahoua et Tillabéri) manifestent une « bonne » résilience avec une relative continuité de la délivrance des services contribuant à la prévention de la malnutrition. Toutefois, ces situations critiques, inscrites dans la durée, affectent les écosystèmes des régions concernées et menacent l'alimentation et la nutrition des populations concernées. L'importance de ces gaps dans la prévention de la malnutrition justifierait l'absence de progrès dans la réduction de différentes formes de sous-nutrition hormis dans la région de Niamey.

Il y a encore un long chemin à parcourir et d'importants investissements dans tous les secteurs contributifs à réaliser d'ici 2030 pour que l'approche UDN apporte ses dividendes dans la prévention des différentes formes de malnutrition. L'élargissement de l'accès aux interventions nutritionnelles essentielles telles que le traitement de la MAS parallèlement à des actions préventives à large échelle visant à protéger l'état nutritionnel des enfants et des femmes est primordial pour atteindre l'objectif mondial de réduction et de maintien de l'émaciation infantile à moins de 5 % et la réduction systématique de 40 % du nombre d'enfants atteints de malnutrition chronique d'ici 2030.

Avec l'avènement de la stratégie de l'Initiative 3N et surtout de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (PNSN) en 2018, la planification d'actions contribuant plus directement à



l'amélioration de l'état nutritionnel, dans les différents secteurs (tels que l'hydraulique et assainissement, l'agriculture et élevage, l'environnement, l'éducation, la protection sociale etc.) devient plus systématique. Leur mise en œuvre doit permettre de prioriser les actions à plus haut impact et surtout leur mise en œuvre convergentes et ciblant des zones géographiques et les groupes cibles particulièrement vulnérables. La mise en œuvre du 1^{er} Plan d'Action de la PNSN, couvrant la période 2017-2020 s'est cependant avérée trop timide et n'a pas permis d'améliorer significativement les investissements sensibles à la nutrition ni leur traçabilité. Une analyse budgétaire des allocations budgétaires liée à la nutrition³⁴, reposant sur l'utilisation de l'outil BOOST (outil d'analyse et de transparence budgétaire développé par la Banque Mondiale) afin d'améliorer à terme l'identification et le suivi des lignes budgétaires à valoriser, a mis en évidence que **moins de 3 % du budget national est consacré à des dépenses spécifiques ou sensibles à la nutrition tous secteurs confondus**.

Dans ce contexte, le nouveau Plan d'Action de la PNSN pour la période 2021-2025 tire les enseignements de la phase précédente et vise une meilleure priorisation sur la base d'effets démontrables des investissements sur des indicateurs sensibles à la nutrition dans les différents secteurs. De même, il doit permettre de mieux faire le lien avec les documents de programmation des Ministères sectoriels (Documents de Programmation Pluriannuels des Dépenses, Projets Annuels de Performance³⁵) afin de servir de levier pour l'augmentation du financement de certaines activités phares. L'adoption de la PNSN a par ailleurs permis la mise en place d'instances de gouvernance multisectorielles permettant un dialogue entre les Ministères contributifs sous le pilotage du HC3N. Pour compléter les mécanismes de concertation et de coordination techniques, **un Groupe Technique Nutrition Sensible a été créé**, rassemblant les représentants des Ministères des secteurs contributifs et placé sous le pilotage du Ministère en charge de l'Agriculture (en s'inspirant du Groupe Technique Nutrition qui couvre les aspects spécifiques à la nutrition porté par le Ministère en charge de la Santé). Ce GTNS, pour déployer pleinement son action, gagnerait à être doté d'une ressource humaine dédiée pour soutenir la coordination, tout comme le GTN. Aux niveaux régional et infrarégional, les besoins de concertation et de coordination peuvent être assurés par les Comités Techniques Régionaux (ainsi que départementaux et communaux) de l'Initiative 3N qui organisent également chaque année des réunions thématiques sur la Nutrition et la mise en œuvre de la PNSN. Même si ceux-ci jouent rarement un rôle suffisamment concret de planification multisectorielle concertée dans ce domaine.

Dans le cadre des interventions sensibles à la nutrition dans divers secteurs, certains domaines d'action font l'objet d'une attention particulière avec le soutien de nombreux partenaires et de dynamiques régionales ou internationales :

- Les initiatives de promotion de l'accès aux aliments fortifiés, enrichis ou à forte valeur nutritionnelle, qui tentent d'agir à la fois sur l'amélioration des pratiques de fortification de produits de grande consommation, mais également sur la valorisation de produits locaux enrichis et faciles d'utilisation pour l'alimentation des jeunes enfants³⁶ ;
- Plus largement, les mesures visant à promouvoir des systèmes alimentaires globalement plus équitables, plus durables, plus résilients et plus sensibles à la nutrition grâce à une large gamme d'interventions dans le domaine des productions agricoles et d'élevage, de l'environnement, des chaînes valeur, de l'accès aux marchés, de l'accès à l'énergie, de

34 HC3N, PNIN et al., Analyse des allocations budgétaires et des dépenses annuelles de l'État dans le secteur de la nutrition 2016-2017, 44 p., Mars 2020.

35 Documents de programmation des Ministères sectoriels liés à l'approche Budget-Programme dans le cadre de la réforme des finances publiques.

36 Malgré les contraintes qui subsistent en terme de législation, de fiscalité incitative ou encore du fait du pouvoir d'achat limité des ménages, en particulier en milieu rural, ces initiatives peinent à être mises à l'échelle. Cependant, il faut noter l'existence d'une Alliance Nationale pour la Fortification Alimentaire qui existe de manière formalisée.

l'amélioration des revenus des ménages ruraux etc. ;

- Les dispositifs de soutien aux ménages les plus pauvres à travers des mesures de soutien direct via des transferts monétaires associés à des conditionnalités « douces » dans le domaine de l'adoption de comportement plus favorables à la prévention de la malnutrition mais également avec des mesures de dépistage et référencement ;
- Ou encore des actions dans le cadre du système éducatif, tant à travers l'intégration des questions de nutrition dans les curricula que via l'alimentation scolaire ou encore les systèmes de bourses pour maintenir les jeunes filles à l'école au-delà du cycle élémentaire.

Si ces exemples démontrent, parmi de nombreux autres, la variété des interventions sensibles à la nutrition et des secteurs de développement qui cherchent à adresser cette problématique, le défi de la mobilisation des financements demeure, tout comme celui de la faible déconcentration des moyens et des compétences et de la rationalisation des coûts de mise en œuvre à l'échelle.

Les synergies opérationnelles possibles ne sont pas suffisamment explorées. Les services sur le terrain sont délivrés de manière généralement cloisonnée et peu de tentatives concrètes sont déployées pour identifier des complémentarités et des économies d'échelle possibles. L'expérience des Communes de Convergence pour la résilience a initié des évolutions dans ce sens, mais généralement basées sur des approches projets mis en œuvre par des acteurs non-étatiques et sans réelle reprise durable par les acteurs locaux. Il est possible également de s'inspirer d'exemples tels que le concept ONE HEALTH qui tente de créer des synergies entre la délivrance des services publics et parapublics de vaccination humaine et de vaccination animale dans des zones pastorales reculées, ou encore de la mise en place de plateformes de services multisectoriels à visée nutritionnelle ciblant les enfants et autres catégories prioritaires, à travers les écoles³⁷.

37 « Ecoles amies de la nutrition » - L'école un L'école, un système pour améliorer la nutrition. Nouvelle déclaration en faveur des interventions scolaires axées sur l'alimentation et la nutrition – UNSCN, 2017



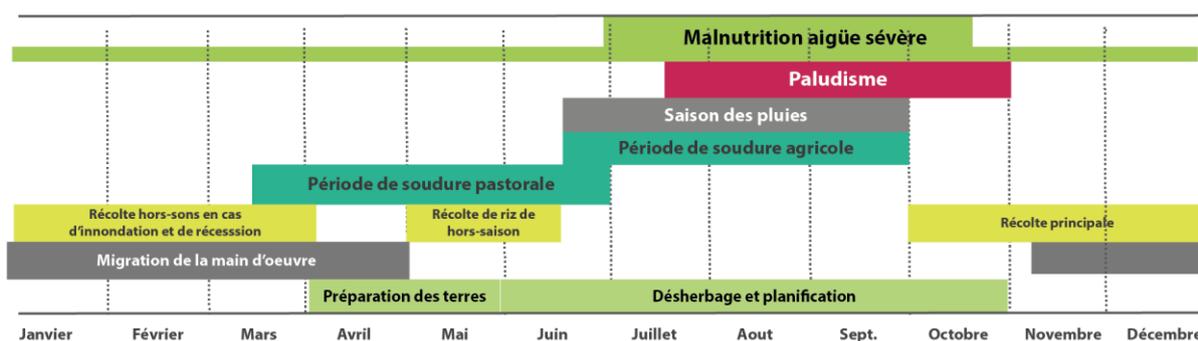
ENJEU DE LA PRISE EN COMPTE DES CRISES ET CHOCS DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION : AVANCEES ET NOUVEAUX DEFIS

1. ANTICIPATION ET REPONSE AUX PICS SAISONNIERS DE MALNUTRITION AIGÜE

Au-delà de l'intégration structurelle et durable des capacités de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère en tant que problème de santé public, le Niger demeure confronté à des épisodes de crises alimentaires et nutritionnelles. Ces épisodes se traduisent en pics de malnutrition aigüe. Les liens entre insécurité alimentaire et malnutrition et leur hausse cyclique en période de soudure, sont désormais bien connus et analysés. Les calendriers saisonniers intègrent désormais à la fois :

- Les notions de soudures agricole et pastorale :
 - Période de pénurie de fourrage pour les animaux et donc chute de la production de lait entre les mois d'avril et de juillet ;
 - période de pénurie alimentaire entre 2 récoltes (cultures pluviales) entre les mois de juin et de septembre ;
- Les pics de malnutrition aigüe ou encore de paludisme qui affectent la population à la même période.

Figure 3 : Calendrier saisonnier adapté par FEWSNET



Source : Adapté PNIN, FEWSNET, enquêtes SMART

La réponse à l'insécurité alimentaire saisonnière en période de soudure est prise en charge par le Dispositif National de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaires (DNP-GCA), ancré au Cabinet de Premier Ministre. Le DNP-GCA est chargé d'analyser annuellement la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle et d'anticiper les besoins en assistance alimentaire à la prochaine période de soudure. Cette analyse repose depuis plusieurs années sur la méthode du Cadre Harmonisé, directement inspiré de l'IPC (Integrated Phase Classification) reconnue au niveau international, et appliqué dans l'ensemble des pays du Sahel et de la région ouest-africaine avec l'appui technique d'organisations régionales telles que le CILSS et la CEDEAO. Le Cadre Harmonisé intègre une large gamme de données permettant de définir le nombre de personnes en différentes phases d'insécurité alimentaire à travers le pays. Les données exploitées sont, entre autres, les données de productions agricoles et pastorales, les niveaux des prix des produits alimentaires et des produits agricoles et d'élevage écoulés sur les marchés, les résultats d'enquêtes annuelles sur la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire, mais également les résultats des enquêtes sur le suivi et évaluation standardisés des situations d'urgence et de transition (SMART) réalisées chaque année sur l'ensemble du territoire national au 3^e/4^e trimestre.

Ainsi l'estimation des besoins en termes de malnutrition aigüe est reversée dans les Plans de soutien annuels aux populations vulnérables élaborés par le DNP-GCA. Ces plans intègrent

désormais, non seulement la réponse en termes d'assistance alimentaire et aux moyens d'existence, mais également les besoins financiers et opérationnels pour répondre au nombre de cas MAS (et MAM) attendus ainsi que des activités préventives. Les distributions de farines fortifiées aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes et allaitantes (historiquement réalisées par les acteurs non-étatiques dans le cadre du Plan de Soutien) sont désormais également mises en œuvre par la Cellule Crises Alimentaires du DNP-GCA, en complément des Distributions Gratuites Ciblées de Céréales et en valorisant des farines fortifiées produites localement par des unités de transformation artisanales. Les organisations sous régionales qui appuient la mise en œuvre des Plans de réponses saisonniers dans les pays du Sahel, soutiennent même régulièrement ce type d'interventions en finançant l'achat et la distribution de farines fortifiées.

Dans le domaine de la prise en charge de la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS), la récurrence et la prévisibilité de tels pics permettent de travailler à l'amélioration des mécanismes d'anticipation et de réponses en prévoyant l'adaptation et l'extension temporaire des capacités de prise en charge de la MAS en période de pics, au sein des structures sanitaires. Les moyens additionnels tant financiers, humains et qu'en termes d'intrants peuvent ainsi être estimés dans l'hypothèse de pics saisonniers classiques mais aussi dans l'hypothèse d'une crise alimentaire et nutritionnelle de grande ampleur. Des initiatives spécifiques ont été développées par les acteurs soutenant la PCIMAS afin de gérer les implications de ces réponses ponctuelles, en identifiant les modalités appropriées pour mobiliser les personnels, les intrants nécessaires et les capacités d'accueil. Un des exemples emblématiques de ces initiatives de soutien à l'anticipation et l'absorption des pics est l'**approche « CMAM Surge »** testée, développée puis adoptée par plusieurs ONGs intervenant dans les différentes régions du pays, en appui aux services nutritionnels. Elle est désormais déclinée en tant que stratégie nationale élaborée en collaboration avec le Ministère en charge de la Santé. Initialement centrée sur la préparation et la réponse aux pics de malnutrition, l'approche « CMAM Surge » évolue actuellement **vers une approche « Health Surge »** qui s'inscrit dans une démarche plus holistique qui doit permettre de gérer concomitamment des pics de besoins liés à différentes maladies en évitant de considérer la PCIMA comme un service cloisonné faisant l'objet d'efforts parallèles déconnectés des enjeux globaux de résilience du système de santé.

Encadré 3 : Approche CMAM Surge - Préparation de la réponse des structures sanitaires aux besoins d'urgence dans le domaine de la PCIMA

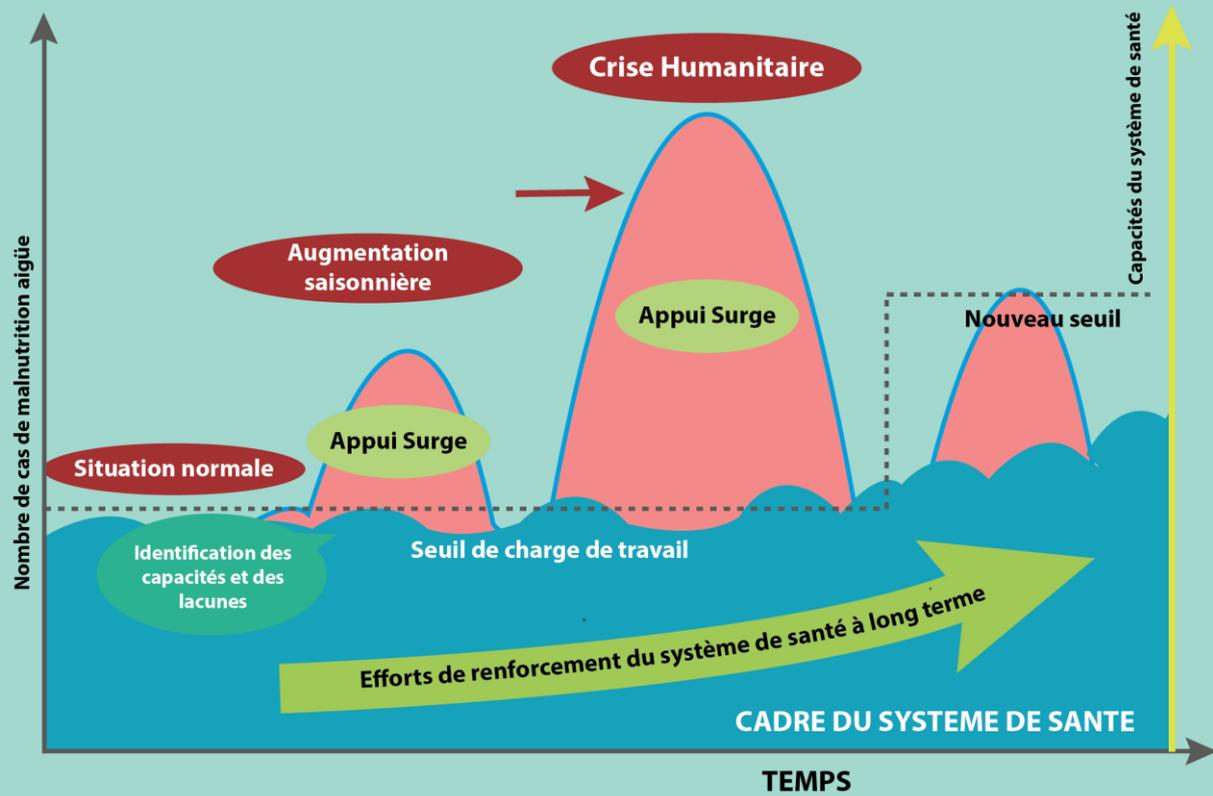
Initialement développé par l'ONG Concern, l'approche « CMAM Surge » est aujourd'hui déployée par différentes ONGs dans de nombreuses zones d'intervention au Niger et dans la sous-région³⁸. Elle est même désormais déclinée en stratégie nationale intitulée « Surge appliquée à la Nutrition » qui vise à augmenter la résilience du système de santé afin qu'il soit capable de fournir des services de qualité pour la prise en charge de la malnutrition aigüe à tout moment, en particulier au cours des périodes de forte demande lorsque la capacité de sauver les vies doit être la plus importante et ceci sans porter atteinte à la capacité et à la responsabilité des acteurs de santé gouvernementaux.

Les objectifs de l'approche Surge dans le domaine de la nutrition sont d'aider le système de santé à ; i) Anticiper les réponses aux pics saisonniers de la malnutrition ; ii) Se préparer en termes de ressources humaines, financières et matérielles ; iii) Délivrer de meilleurs services de prise en charge de la malnutrition aigüe durant les périodes de demande importante de soins.

38 L'approche CMAM Surge a été introduite au Niger en 2014 dans 11 Centre de Santé Intégrée (CSI) et le CRENI du CHR (Centre Hospitalier Régional) de Tahoua. À ce jour, l'approche s'étend sur cinq (5) régions (Tahoua, Tillabéri, Maradi, Zinder et Diffa), couvrant vingt-cinq (25) Districts Sanitaires et 434 structures de santé dont 22 CRENI.



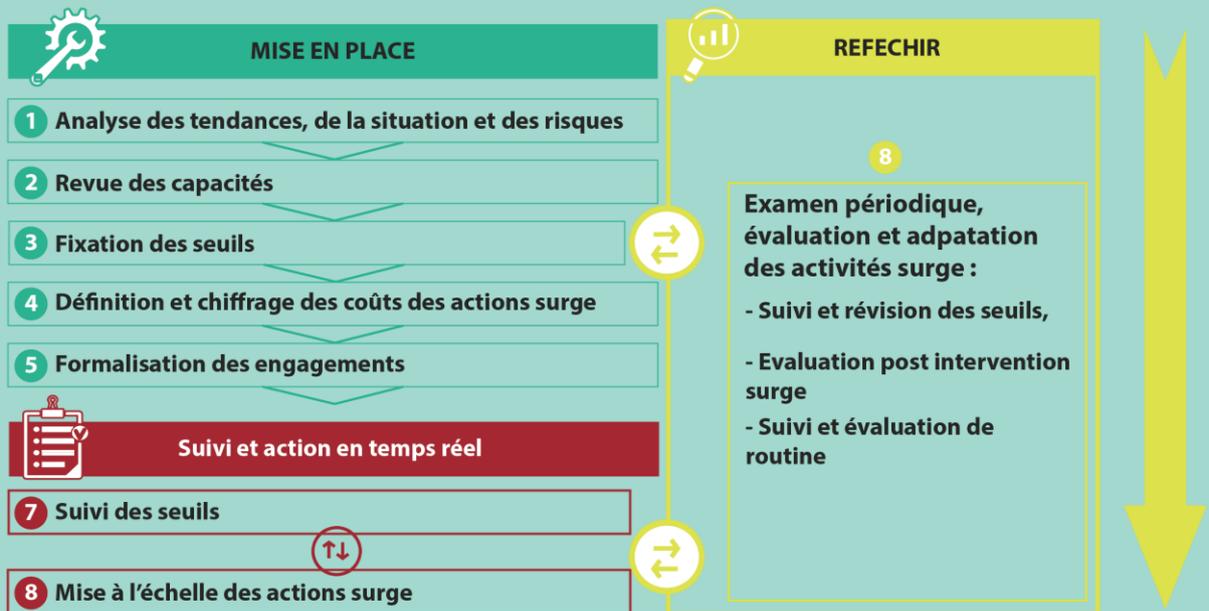
Ces enjeux peuvent être schématisés comme suit.



Source : Adapté par la PNIN, P. Halley et D. Teweldeberha, ENN, 2010, Issu 29

L’approche se décline en différentes étapes déroulées au niveau de chaque structure de santé, depuis l’identification des critères d’alerte et des déclencheurs, jusqu’à la revue des capacités existantes des structures sanitaires et des besoins à combler en cas d’urgence. Elle doit aboutir à des engagements des parties prenantes à soutenir la mobilisation des capacités additionnelles nécessaires pour faire face à des pics.

Tableau 5 : Étapes de l’approche Surge



La stratégie adoptée se veut un complément du Protocole National de prise en charge de la malnutrition aigüe (2016) et elle peut s'appuyer sur le guide opérationnel et guide des facilitateurs développés pour l'approche CMAM Surge.

Le CMAM Surge et son processus d'adoption par divers partenaires de terrain puis d'évolution vers une stratégie endossée par les services du Ministère en charge de la Santé, **est emblématique de la volonté des acteurs de dépasser les clivages humanitaires / développement et acteurs étatiques/non-étatiques et de développer des collaborations structurantes.** Ceci a été rendu possible d'une part grâce aux adaptations et évolutions impulsées par Concern au fur et à mesure des évaluations de son programme et d'autre part à un dispositif reposant sur l'identification d'un référent technique au niveau de la Direction de la Nutrition et la mise en place de pools de formateurs régionaux pour accompagner son déploiement.

Il ressort des évaluations et leçons apprises, la nécessité d'élargir l'approche fondée sur la PCIMA pour couvrir une plus large gamme de pathologies afin de se situer véritablement dans une perspective de renforcement sur système de santé plus globale (passage du CMAM Surge au Health Surge). Un exercice récent de capitalisation met par ailleurs en évidence que la mobilisation de ressources additionnelles repose principalement sur les Communes alors que celles-ci engagent déjà, dans de nombreux cas, des moyens importants pour faire fonctionner les différents CSI sur leur territoire. Elles ne sont souvent pas en capacité de faire davantage. De plus, dans de nombreuses Communes, les ressources propres sont extrêmement limitées (en particulier dans de nombreuses zones frontalières où les activités économiques sont affectées par l'insécurité et/ou l'état d'urgence). L'approche gagnerait à inclure plus systématiquement une cartographie des structures ou acteurs susceptibles d'être mobilisés, y compris les associations de migrants ou d'opérateurs économiques.

Source : Stratégie Nationale de l'approche Surge appliquée à la Nutrition, Aout 2021 et Rapport CMAM Sure au Niger – Une capitalisation « par le bas » LASDEL, Novembre 2021

Au-delà de la gestion de la mobilisation des moyens additionnels nécessaires pour absorber les pics, la réflexion sur la phase d'alerte, les systèmes de veille et les informations qui les alimentent, reste insuffisamment explorée. **Un dispositif agile de veille et d'alerte gagnerait à se baser sur des données disponibles régulièrement** afin de limiter le délai entre une situation mise en évidence par les données, tel que le franchissement de seuils prédéterminés et la mise en œuvre de mécanisme de réponse. **Les données hebdomadaires de suivi des maladies à déclaration obligatoire (MDO) pourraient être une base intéressante** pour des mécanismes d'alerte et de prise de décision. Ce n'est pas toujours le cas aujourd'hui, les données mensuelles qui alimentent le système global d'information sanitaire, sont généralement privilégiées alors qu'elles ne sont disponibles de manière consolidée au niveau central qu'après un délai de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois. De plus, dans le cas spécifique de la MAS, d'autres indicateurs que le nombre d'admissions pourraient être suivis dans le but de déclencher des alertes, par exemple : le niveau de stock d'ATPE (et autres intrants clés) ou le nombre de jours de rupture. Il pourrait être envisagé de fixer des seuils fondés sur des baisses atypiques constatées en termes d'admissions, qui devraient également alerter les équipes des structures sanitaires.

Enfin il faut également considérer le défi de la réduction du délai entre une alerte, sa reconnaissance par l'équipe cadre de district, sa remontée au niveau régional (voire national) et une prise de décision en termes de gestion stratégique et opérationnelle. Ceci implique un travail rapproché et une relation de confiance et de dialogue entre les acteurs en appui aux structures de santé et les autorités sanitaires, en vue de rechercher des solutions collectives aux problèmes identifiés. L'enjeu de la fonctionnalité, du pilotage et de la réactivité des instances de concertation et de dialogue est déterminant sur ce point (tout comme pour l'ensemble des données sanitaires, et en particulier les épidémies). Des Groupes Techniques régionaux du secteur Santé existent dans



la plupart des régions du pays mais avec des niveaux de fonctionnalité et d'implication des autorités sanitaires variables. Ils sont normalement organisés en différents comités dont l'un couvre le domaine de la nutrition et doit faciliter les échanges autour de la coordination des appuis, alertes ou autres enjeux plus structurels.

2. LE DEFIS SPECIFIQUE DES « ZONES FRAGILES » : NOUVEAUX FACTEURS DE PICS, NOUVEAUX ENJEUX DU MAINTIEN DE L'OFFRE ET DE L'ACCES AUX SERVICES DE BASE DANS UN CONTEXTE D'INSTABILITE

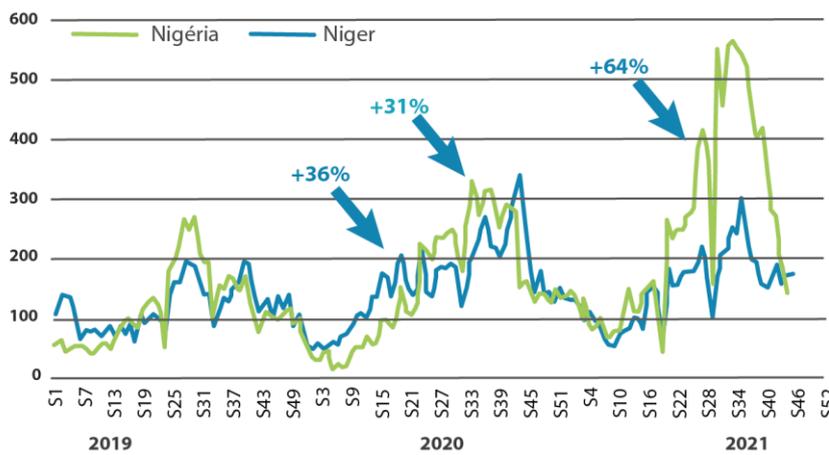
Depuis bientôt dix (10) ans, le Niger est affecté par d'autres facteurs de crises humanitaires, générant de nouveaux types de besoins et nécessitant de nouvelles modalités de réponse. A partir de 2012-2013, le pays a fait face à l'arrivée de réfugiés maliens dans les régions de Tahoua et Tillabéry, puis à l'arrivée de réfugiés nigériens dans la région de Diffa. Depuis 2016-2017, des incidents sécuritaires récurrents du fait de l'incursion de groupes armés venus des pays voisins, affectent le territoire national, engendrant des déplacements internes de population. Les activités et exactions de ces groupes armés se maintiennent dans le temps et même s'intensifient dans certaines zones, rendant particulièrement difficiles la délivrance des services sociaux de base mais également la présence de l'État et de l'administration. Une situation de crise complexe prolongée s'installe et affecte désormais des territoires situés dans cinq (5) différentes régions du Niger.

Parmi les nouveaux défis auxquels les acteurs de la nutrition (comme dans d'autres secteurs), doivent désormais faire face, on peut mentionner en particulier :

- La pression sur les services sociaux de base, y compris les services de santé, dans les zones d'accueil de populations déplacées, ce qui affectent des structures délivrant ces services dans des zones parfois déjà en proie à des difficultés structurelles (affectation de personnels, approvisionnement en intrants...);
- La difficulté de maintenir la fonctionnalité des structures sanitaires (et autres services publics) dans des zones en proie à l'insécurité où des groupes exercent une pression continue sur les populations et tentent d'imposer de nouvelles règles et normes ;
- Des pics de besoins résultant de la situation dans les pays voisins où l'accès aux services sanitaires est parfois beaucoup plus difficile qu'au Niger (cas des zones frontalières du Nigeria dans la région de Maradi où les structures sanitaires peuvent être amenées à faire face à des arrivées importantes d'enfants et familles nigérianes).

L'incapacité des ménages de rétablir, sans assistance humanitaire, leurs moyens de subsistance entre les chocs de plus en plus fréquents et rapprochés. L'émergence de pics de besoins dont le déterminant n'est pas uniquement lié au calendrier saisonnier mais potentiellement au dysfonctionnement des services dans les zones limitrophes des pays voisins ou encore à l'afflux de populations réfugiées et/ou déplacées internes dans des zones d'accueil, renforcent d'autant plus l'enjeu crucial de l'alerte, de l'agilité à s'adapter pour maintenir les capacités et la qualité du système.

Graphique 6 : Évolution des admissions au CRENAS de Madarounfa (région de Maradi), selon l'origine géographique



Source CRENAS de Madarounfa (région de Maradi)

L'exemple du pic d'admissions dans le CRENAS de Madarounfa frontalier du Nigeria démontre déjà en soit **une certaine résilience du système de santé** et notamment des services nutritionnels au Niger, qui attirent et absorbent les besoins lorsque l'offre est dysfonctionnelle ailleurs.

Les acteurs étatiques et non étatiques dans le domaine de la santé semblent là encore faire preuve **d'une capacité d'adaptation et de la volonté de trouver des solutions** pour répondre à ces nouveaux défis. Face au défi de l'offre de soin dans les zones fragiles, le Ministère en charge de la Santé monitoré quasiment en temps réel les structures sanitaires fermées pour cause d'insécurité ou dont le fonctionnement a dû être adapté (fermeture anticipée en début d'après-midi pour éviter les déplacements des personnes et des patients en fin de journée). Le principal défi reste celui **d'attirer et de maintenir du personnel dans des zones affectées** par les incidents sécuritaires et où les activités économiques et la qualité de vie ont été largement réduites. La priorité demeurant souvent le rééquilibrage des services et des capacités au niveau des CSI de type II et des chefs-lieux de communes (mais également les moyens d'évacuation pour les références médicales) qui sont particulièrement sollicités dans les zones fragiles. Plus globalement, les autorités nigériennes se sont engagées à diverses occasions, à déployer les efforts nécessaires pour maintenir l'accès aux services de base et en santé en particulier, dans les zones fragiles. Il s'agit entre autres des dispositions de la Loi relative à la protection et à l'assistance aux personnes déplacées internes³⁹, des engagements du Niger à la Conférence Ministérielle sur le Sahel Central en octobre 2020⁴⁰, des engagements du Niger au Sommet mondial « Nutrition For Growth » en décembre 2021⁴¹ ou encore du Plan d'Action pour la domestication du Processus de Bamako⁴² sur les déplacements forcés de population.

39 Loi 2018-74 du 10 décembre 2018

40 Communication du Niger à la Conférence Ministérielle sur le Sahel Central, 20 octobre 2020, notamment : « Accroître les financements et la couverture des services sociaux de base (éducation, Santé, Eau-Hygiène et Assainissement), à travers des mécanismes [...] garantissant les conditions de priorisation des investissements et le déploiement des ressources humaines dans les zones fragiles » et « Identifier et mettre en œuvre des mesures de préparation et de réponse aux mouvements de populations à travers des stratégies d'accueil et d'intégration des personnes déplacées garantissant un accès renforcé [...] aux services sociaux de base et aux moyens d'existence. »

41 Engagements du Niger au Sommet Nutrition For Growth, décembre 2021, notamment : « Assurer l'accès aux services de santé et de nutrition de qualité dans les zones d'insécurité des régions de Diffa, Maradi, Tillabery et Tahoua »

42 Dialogue de Bamako sur la protection et les solutions durables, Septembre 2019 : cadre de gestion des déplacements forcés de personnes dans le Sahel réunissant les Gouvernements des pays du G5 Sahel (Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Niger, Tchad).



Dans ce contexte, la stratégie des cliniques mobiles ou des consultations foraines, déjà existantes et en vigueur dans des zones isolées ou peu peuplées⁴³, est particulièrement pertinente. La stratégie des cliniques mobiles ou des consultations foraines est utilisée également par les acteurs humanitaires en coordination avec les districts sanitaires. De même, les acteurs humanitaires ont mis en place un mécanisme sectoriel appelé RRM (*Rapid Response Mechanism* ou Mécanisme de Réponse Rapide) déclenché lors de mouvements de population. Ceci permet une évaluation rapide des besoins lors du déplacement d'au moins 50 ménages dans une zone donnée, y compris une estimation des implications en termes de services de santé. Les acteurs opérateurs du RRM impliquent désormais de plus en plus les autorités sanitaires locales afin d'estimer les capacités des services existants et les besoins d'appui pour répondre aux besoins additionnels (selon une démarche adaptée de l'approche *CMAM/Health surge*).

Cependant la principale contrainte demeure d'assurer que les services nutritionnels puissent être délivrés dans le cadre des cliniques mobiles et ou des réponses RMM.

La disponibilité des intrants ATPE demeure un défi pour inclure réellement la PCIMAS dans le dispositif des cliniques mobiles ou encore pour faire face à des besoins inhabituels engendrés par un déplacement de population. Il s'agit donc de poursuivre les efforts d'intégration systématique de la PCIMAS au sein des cliniques mobiles. Mais également d'assurer que des dispositifs du type « RRM » sont clairement reconnus par les autorités sanitaires à travers un dialogue constant et une compréhension mutuelle, pour éviter la mise en place de pratique parallèles déconnectées des capacités et enjeux plus globaux du système sanitaire.

43 Les standards du fonctionnement et des services délivrés par les cliniques mobiles (PMI) ont été formalisés et validés en 2018 par le MSP





BATIR SUR LES ACQUIS D’UNE APPROCHE NEXUS HDP AVANT L’HEURE DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION POUR ALLER PLUS LOIN

La synthèse des avancées et des défis dans les différents domaines abordés dans les parties précédentes permet d’illustrer concrètement les enjeux que soulèvent l’opérationnalisation d’une approche Nexus HDP et pourrait inspirer de nombreux autres secteurs.

1. SYNTHÈSE DES AVANÇÉES ET DES DÉFIS DANS LE DOMAINE DANS LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES

Tableau 6 : Avancées et défis dans le domaine de l’intégration de la PCIMAS au système de santé

Atouts et Avancées vers une approche systémique	Limites et défis persistants
<ul style="list-style-type: none"> • Protocole PCMAS puis PC Intégrée MAS existant et régulièrement révisé (2016) • Nutrition en tant que MDO • Nutrition dans PMA • Nutrition dans les PAA régionaux et dans le Plan de Développement Sanitaire • Circuit intégré et Nutrition incluse dans la Prise en charge intégrée des Maladies de l’Enfant (statut nutritionnel des enfants systématiquement vérifié pour toute consultation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Financement encore largement externe (ATPE principalement via UNICEF sur financements humanitaires) • Coûts nutrition encore insuffisamment intégrés aux outils de programmation et de financement plus structurants (fonds commun santé, aide budgétaire) • Intégration PCIMAS affectée par les difficultés structurelles du système santé (couverture, financements, approvisionnement intrants, gratuité des soins, déconcentration...) • Prise en charge intégrée MAM non effective du fait des défis déjà importants pour la PCIMAS
<ul style="list-style-type: none"> • Nombreuses innovations pilotes pour améliorer la couverture, le dépistage, le cout-efficacité : PB Mère, protocole simplifié, approches communautaires (relais, mamans-lumière, foyer de réhabilitation...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les efforts pour améliorer la couverture sont confrontés au cout et à la capacité d’absorption vue les contraintes structurelles du système de santé. D’où des obstacles dans la mise à l’échelle.
<ul style="list-style-type: none"> • Plan stratégique de santé communautaire prévoit la mise à l’échelle du paquet intégré et complet de services des relais communautaires (incluant le dépistage/ référencement et la réhabilitation nutritionnelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • Défis de la mise à l’échelle des approches communautaires (coûts de la gratification des relais, variabilité des modalités selon les opérateurs...)
<ul style="list-style-type: none"> • Système d’informations pour la nutrition intégré au système d’information pour la santé (DHIS2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des données de nutrition parfois imparfaite, traitement et analyse limités pour la prise de décision, peu de feedback/retro-information aux parties prenantes déconcentrées • Difficultés d’accéder à certaines données spécifiques stockées dans certains services spécialisés ou projets/programmes
<ul style="list-style-type: none"> • ATPE intégré à la liste des médicaments essentiels • ATPE produit sur le territoire national • Stratégie adoptée pour la mise en œuvre d’une chaîne unique d’approvisionnement jusqu’au dernier kilomètre via ONPPC 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration partielle encore timide des ATPE à la chaîne unique d’approvisionnement • Défis du transport jusqu’aux CSI (dernier kilomètre) longtemps financé par ONG • Coût des ATPE qui pourrait être réduit grâce à des mesures spécifiques en termes de réglementation et de fiscalité

	<ul style="list-style-type: none"> • Production irrégulière (incidents, contamination...)
<ul style="list-style-type: none"> • Personnel formé dans la plupart des CSI et initiatives de formation continue • Points focaux nutrition dans les équipes régionales et district sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrition progressivement intégrée dans curricula mais encore insuffisamment pris en compte dans la formation initiale des agents de santé (surtout au sein des écoles publiques de santé) et pas de mise à jour en fonction des nouvelles connaissances
<ul style="list-style-type: none"> • Plans de désengagement/plan de transition en amont de retrait des ONGs en appui aux CRENAS ont permis un transfert progressif de certains couts et compétences 	<ul style="list-style-type: none"> • Communes comme principale source alternative de financement : insuffisant, et trop dépendant de la volonté / l'engagement effectif des équipes locales • Dans certains cas constat de la baisse des admissions des CRENAS après le retrait des ONG en appui aux structures sanitaires
<ul style="list-style-type: none"> • Décentralisation en cours qui prévoit la santé comme secteur transféré et responsabilise des communes dans la prise en charge de certains couts (personnels, relais communautaires, centime additionnel...) • Inscriptions effectives dans les budgets de nombreuses communes dans le cadre du transfert de compétence mais également des plans de désengagement, de l'approche CMAM etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Moyens limités des Communes pour prendre en compte certains couts (transports, personnel d'appoint) • Nécessité d'explorer d'autres sources de financements innovants possibles vu les contraintes qui pèsent sur le budget des communes (en particulier là où les recettes sont affectées par l'état d'urgence, la fermeture des marchés, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> • Feuille de route de « reprise graduelle par l'Etat » adoptée au niveau national en 2020 • Fin 2021, 850 millions F CFA alloués à l'achat d'ATPE. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre timide de la FdR en 2020 et 2021. Retard dans la mise en place d'un comité de suivi. • Feuille de route « sous-dimensionnée » car fondé sur une reprise de 50 % des financements externes. • De plus sans réduction des prévalences et du fait de la croissance démographique les besoins pourraient être amenés à augmenter par rapport à une situation de référence actuelle

Tableau 7 : Avancées et défis dans le domaine de la prévention de la malnutrition à travers des actions spécifiques et sensibles

Avancées vers la valorisation des interventions promotionnelles et préventives dans différents secteurs	Limites et contraintes
Dans le secteur de la Santé	
<ul style="list-style-type: none"> • Prise de conscience des enjeux de la prévention de la malnutrition chronique chez les moins de cinq ans et des carences en micronutriments • Généralisation et intégration progressives des actions préventives et promotionnelles (Prise en compte fenêtre des 1 000 j) • Prévention et suivi lors des Consultations Périnatales • Supplémentation en Vitamine A chez les 6-59 mois et en Fer et Acide folique chez les femmes enceintes • Approches communautaires, ANJE, PFE 	<ul style="list-style-type: none"> • Approches préventives restent souvent « à la marge » car pas au cœur du système de santé • Coût important du déploiement et de la mise à l'échelle des approches communautaires et de proximité • Mise en œuvre souvent localisée et via des approches projets (y compris des projets récents de grande ampleur financés par GFF ou BM) • Les activités du système de santé répondent trop souvent à une approche par « produits » qui contribuent à créer des « silos » et n'incitent pas à des synergies et des économies d'échelle (ex.



<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage de la malnutrition intégré aux campagnes de vaccination et CPS • Liens Santé de la reproduction/Nutrition (retard âge 1ère grossesse, espacement des naissances par exemple) • Promotion d’approches plus holistiques : Développement de l’enfant, Capital humain 	<p>Vaccins, Vitamines, CPS, ATPE... planifiés et gérés parallèlement)</p>
<p>Dans d’autres secteurs contributifs – mis en œuvre via les stratégies sectorielles et via la Politique Nationale de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle</p>	
<p>Aspects communs à l’ensemble des secteurs sous-jacents contributifs</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Accès à l’eau potable et à l’assainissement • Production agro-sylvo-pastorales et halieutiques/Systèmes alimentaires • Diversification alimentaire et accès aux régimes diversifiés • Protection sociale/Filets sociaux aux ménages les plus vulnérables • Éducation, alimentation scolaire, scolarisation et alimentation des adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Les effets des interventions sensibles à la nutrition sur l’amélioration du statut nutritionnel sont encore sous-documentés et insuffisamment reconnus. • Dans un contexte de financements limités ces activités ne sont pas toujours maintenues dans les programmations des ministères. • Les approches multisectorielles sont peu valorisées par les services ministériels. • Faible niveau de déconcentration des moyens. • Peu d’appétence pour les synergies opérationnelles entre différents services. • Peu de capitalisation/appropriation des nombreuses expériences mises en œuvre par les acteurs non-étatiques. • Plan d’Action PNSN ne permet pas toujours d’influencer les programmations des Ministères sectoriels.
<p>Dans le domaine de l’Agriculture et du système alimentaire durable</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Politiques et programmes multisectorielles (Stratégie et plan d’action I3N) et sectorielles (Agriculture, élevage, commerce, environnement) disponibles • Diversification progressive des productions agro-sylvo-pastorales et halieutiques • Valorisation dans les programmes de l’environnement des produits forestiers non ligneux et d’autres plantes sauvages alimentaires • Système de commercialisation des productions céréalières, bases de l’alimentation est fonctionnel y compris dans les zones rurales les plus enclavées • Transformation des excédents de production se développe progressivement particulièrement dans les zones urbaines, avec des expériences de fortification et de bio fortification à échelle réduite • Création du fonds d’Investissement pour la sécurité alimentaire et Nutritionnelle (FISAN) 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination insuffisante des sous-secteurs de l’agriculture et des systèmes alimentaires • Accès limité des petits exploitants aux intrants (semences, engrais et pesticides biologiques) et équipements de qualité (faible mécanisation) • Capacités limitées d’accompagnement des acteurs ruraux pour l’accès aux innovations technologiques • Attention accordée davantage aux céréales et cultures de rente au détriment par exemple des fruits et légumes dont les disponibilités et accès, malgré les progressions des dernières années, sont encore limité entraînant une diversification insuffisante de l’alimentation chez les groupes vulnérables. • Approche de promotion des chaînes de valeur des produits agro-sylvo-pastoraux et halieutiques, davantage soutenue récemment, mais encore insuffisamment développée • La balance commerciale du secteur demeure secteur déficitaire • Forte saisonnalité des disponibilités alimentaires et des fluctuations des prix

Dans le domaine de la protection sociale	
<ul style="list-style-type: none"> Reconnaissance politique de l'importance de la protection sociale dans la lutte contre la pauvreté et la malnutrition Programmes des filets sociaux financés par les partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> Couverture de la sécurité sociale (protection sociale contributive) estimée à seulement 3 % de la population, et quasi inexistante dans le secteur informel et en milieu rural hormis dans les situations d'urgence via la protection sociale non-contributive (filets sociaux) Absence de Registre Unique des bénéficiaires pleinement opérationnel Faible niveau de financement public des programmes de protection sociale
Dans le domaine de l'hydraulique et de l'Assainissement	
<ul style="list-style-type: none"> Accès des ménages à des ressources d'eau améliorées en nette progression grâce à mécanismes de financements appropriés et plus structurants Accès optimal des ménages à des approches d'assainissement améliorées plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural 	<ul style="list-style-type: none"> Couverture des ménages en sources d'eau améliorées au niveau national en progression mais encore insuffisante pour maximiser l'impact nutritionnel de cette intervention Assainissement demeure un défi important avec des besoins importants à combler
Dans le domaine de l'éducation de base	
<ul style="list-style-type: none"> Engagement politique réaffirmé dans le secteur de l'éducation Nouveaux programmes mis en place en faveur de la rétention des filles à l'école Programmes de santé, alimentation et nutrition scolaires 	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'enrôlement des filles au secondaire est encore très bas et représente un facteur de vulnérabilité important de la malnutrition Faible couverture des programmes de santé, d'alimentation et de nutrition scolaires

Tableau 8 : Avancées et défis dans le domaine de l'anticipation et de la réponse aux pics

Avancées	Limites
<ul style="list-style-type: none"> Prise en compte de la nutrition dans l'analyse de la vulnérabilité annuelle à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle (données nutritionnelles reversées dans l'analyse Cadre Harmonisée) Prise en compte de la nutrition dans les plans de réponses nationaux en intégrant les besoins de PCIMAS mais également des activités de prévention mises en œuvre directement par le DNP-GCA à travers la distribution de farines locales enrichies (résultat d'une collaboration rapprochée entre la DN du Ministère en charge de la Santé et la CCA du DNP-GCA) 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessité d'assurer une bonne coordination et partage d'information entre les instances/dispositifs couvrant la sécurité alimentaire et ceux du domaine de la nutrition, pour l'élaboration des plans, la mobilisation des financements et le suivi de la mise en œuvre. Coût des farines enrichies qui limite la mise à l'échelle et la pérennisation de telles interventions sans l'appui de partenaires.
<ul style="list-style-type: none"> Expériences concrètes de collaboration et accompagnement des structures de santé pour anticiper et se préparer aux pics saisonniers de malnutrition et progressivement élargi à d'autres pathologie (CMAM Surge/Surge Santé) Mobilisation des collectivités pour faire face à certains couts pour la mise à l'échelle en fonction des besoins Élaboration d'une stratégie nationale dans ce sens 	



<ul style="list-style-type: none"> Existence d'une réflexion sur les systèmes de veille et remontée d'information afin de déclencher des réponses adaptées 	<ul style="list-style-type: none"> Focus généralement fait sur la base d'une hausse du nombre d'admissions au détriment d'autres indicateurs potentiels (diminution des présentations ; pics d'autres pathologies tels que le paludisme, la rougeole etc. ; retrait/arrivée d'un partenaire...)
<ul style="list-style-type: none"> Mise en évidence de certains pics suscités par d'autres facteurs (ex. cas d'admissions arrivées de pays voisins) 	<ul style="list-style-type: none"> Défi de susciter une réaction aux alertes lorsqu'elles se basent sur les données MDO (plus agiles mais moins facilement reconnues que données DHIS2) La communication et la réponse aux alertes variables d'un district à l'autre en fonction du niveau de collaboration et de compréhension mutuelle entre équipe cadre et partenaire Pas toujours d'instances fonctionnelles (au niveau régional et/ou district) pour susciter des prises de décisions rapides et consensuelles
<ul style="list-style-type: none"> Adaptation des outils Surge aux cas des zones d'accueil de PDI (pour susciter l'extension de la capacité de délivrance des services) 	<ul style="list-style-type: none"> Surge Nutrition, Surge Santé et désormais tentatives d'adaptation pour couvrir des secteurs dès que l'éducation ou l'eau-hygiène-assainissement avec implication des collectivités, mais encore à un stade pilote/embryonnaire

Tableau 9 : Avancées et défis dans le domaine de la délivrance des services nutritionnels dans les zones fragiles

Adaptations aux contextes des zones fragiles	Contraintes
<ul style="list-style-type: none"> Volonté de maintenir la fonctionnalité des services avec une adaptation des conditions et du fonctionnement des CSI Suivi en temps réel des structures fermées ou dysfonctionnelles par les instances de coordination sectorielles 	<ul style="list-style-type: none"> Difficultés d'affecter et de maintenir du personnel dans ces zones Difficultés d'assurer les approvisionnements Contraintes d'accès pour les acteurs humanitaires en cas de mesures d'imposition d'escorte
<ul style="list-style-type: none"> Adaptation de certaines dispositions pré existantes : cliniques mobiles, activités foraines 	<ul style="list-style-type: none"> PCIMAS pas toujours intégrées dans ces stratégies avancées par manque d'intrants et par difficulté d'appliquer les protocoles (ex moindre fréquence des visites de suivi)
<ul style="list-style-type: none"> Expérience des acteurs humanitaires dans le cadre du RRM pour atteindre rapidement les populations déplacées suite à des incidents sécuritaires Collaboration acteurs RRM/acteurs locaux (Collectivités, STD) en vue de transférer certaines compétences et moyens d'action pour leur pérennisation 	<ul style="list-style-type: none"> Faibles capacités/moyens des services déconcentrés et collectivités pour faire face aux besoins additionnels Intrants (ATPE) pas toujours mis à disposition des acteurs RRM Mécanisme RRM repose sur financements et acteurs humanitaires, risque de système parallèle sans pérennité si les pratiques de terrain ne sont pas adaptées et la collaboration avec les acteurs locaux n'est pas renforcée
<ul style="list-style-type: none"> Existence d'expériences passées à valoriser pour adapter les modalités d'intervention : voir le cas des zones isolées, pastorales, instables : privilégier les recrutements locaux, adaptation des protocoles, prévoir des synergies/paquets multisectoriels de service pour optimiser le temps et les moyens déployés sur terrain 	<ul style="list-style-type: none"> Existence de freins pour assumer formalisation de certaines adaptations considérées comme des entorses aux protocoles Absence de véritable « fonction publique territoriale » qui permettrait de pallier à certains défis RH dans les zones difficiles
<ul style="list-style-type: none"> Engagements pris par le Niger dans le cadre de diverses dynamiques : Concertations sur le 	<ul style="list-style-type: none"> Difficultés d'assurer une dynamique multisectorielle pour le suivi de la délivrance des

Sahel Central, Adoption de la Loi sur les Personnes Déplacées ; Domestication du processus de Bamako (protection et solutions durables pour les personnes déplacées forcées), Sommet Nutrition For Growth	services sociaux de base dans les zones fragiles (malgré les efforts du CTTNUD dans ce domaine)
---	---

2. ENJEUX DE LA CONCERTATION STRATEGIQUE ET OPERATIONNELLE MULTI-ACTEURS ET DE LA GOUVERNANCE MULTISECTORIELLE

Au-delà de l'analyse des évolutions programmatiques et techniques dans le domaine de la Nutrition, **les aspects transversaux de la coordination, de la programmation et des financements sont cruciaux** pour estimer le niveau d'intégration et d'articulation dans la réponse aux préoccupations à court, moyen et long termes. Ces éléments sont unanimement considérés comme centraux pour permettre l'effectivité et l'efficacité d'une approche Nexus.

Les enjeux liés aux instances de concertation, de coordination et de pilotage, aux systèmes d'information, aux instruments de planification et aux mécanismes de financement ont été abordés plus haut en lien avec les différentes évolutions mises en évidence. Ils sont synthétisés ci-dessous pour identifier les atouts mais également les marges de progrès qui existent et qui permettraient d'aller plus loin dans d'une démarche Nexus, tout en s'inscrivant de manière volontariste dans la dynamique Nexus HDP animée par le gouvernement avec l'implication de ses partenaires techniques et financiers dans tous les domaines.

Tableau 10 : Avancées et défis dans la coordination, la programmation, les approches de mise en oeuvre et les financements, aspects transversaux clé de l'approche Nexus

Avancées, opportunités	Défis, limites
Concertation, coordination et gouvernance	
<ul style="list-style-type: none"> Instance de coordination au sein de domaine de la nutrition dans le secteur de la santé qui traite des questions de prise en charge, de prévention, de surveillance, de plaidoyer (via différents « groupes de travail » spécifiques) : Groupe Technique Nutrition au niveau central, dont le relai au niveau régional est assuré par les Groupes Technique Santé/Nutrition et les DRSP Existence d'un poste de coordinateur financé par les partenaires en appui à la Présidence du GTN (assuré par le DN du Ministère en charge de la Santé) 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau de discussion au sein du GTN parfois davantage focalisé sur les questions opérationnelles et techniques et dans une moindre mesure sur les questions stratégiques Dynamisme variable des GT Santé/Nutrition régionaux et de la prise en compte spécifique des questions de nutrition (pour étudier les alertes, prendre des décisions, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> Cadre de concertation des PTFs Santé qui aborde de manière ad hoc les questions liées à la Nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> L'intégration de la nutrition dans les sujets d'enjeu stratégique pour le secteur de la santé reste limitée, faible intérêt apparent des PTFs Santé
<ul style="list-style-type: none"> Instance de dialogue et concertation autour des interventions sensibles à la nutrition : Groupe Technique Nutrition Sensible, présidé par le point focal Nutrition du Ministère de l'Agriculture et couvrant les secteurs contributifs Existence de Points Focaux Nutrition dans les Ministères contributifs pour faciliter l'intégration de la Nutrition dans les stratégies nationales et les contributions à la PNSN 	<ul style="list-style-type: none"> La portée du travail du GTNS est limitée par le manque de moyens techniques spécifiques dont le groupe dispose comparé aux enjeux et au nombre d'acteurs à impliquer Les points focaux nutrition des Ministères n'ont pas toujours un positionnement institutionnel permettant d'influencer la prise de décision



<ul style="list-style-type: none"> • Opportunités de soutien aux interventions sensibles en lien avec les productions et chaînes de valeur ASPH à travers la dynamique actuelle sur la transformation des Systèmes alimentaires 	
<ul style="list-style-type: none"> • Instance de gouvernance multisectorielle de la nutrition à travers le Comité Technique de la PNSN, Présidé par le Haut-Commissariat à l'Initiative 3N, rassemblant une large gamme de parties prenantes (Ministères, Bailleurs de développement et humanitaire, agences UN, ONG, réseaux SUN...) • Relai régional assuré par Comités Techniques Régionaux de l'I3N 	<ul style="list-style-type: none"> • Malgré le dynamisme du CT/PNSN à travers des réunions fréquentes et son implication de nombreux processus de haut niveau (conférences internationales, études, élaboration et suivi des PA/PNSN, etc.), sa portée est rendue plus limitée du fait de la non-fonctionnalité du Comité d'Orientation Stratégique qui permettrait d'impliquer les Secrétaires Généraux/Ministres • Au niveau régional pas d'instance spécifique. Le portage des questions Nutrition par le Comité Technique Régional de l'I3N reste ad hoc • Peu de lien entre les GT Santé/Nutrition régionaux et les CTR, pas de véritable instance de coordination stratégique et technique décentralisée pour travailler à la convergence et la complémentarité des interventions sensibles à la nutrition sur le terrain
<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement technique du mouvement SUN aux institutions et instances dans le domaine de la nutrition, dans le domaine de la gouvernance politique, stratégique et technique et de la mobilisation des financements • Portage complémentaire par Ministère en charge de la Santé et/ou HC3N selon les situations les sujets spécifiques • Existence des différents Réseaux SUN (parlementaires, chercheurs, journalistes, société civile, PTF, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveaux de dynamisme et autonomie variables des réseaux SUN • Pas d'instance de dialogue/concertation spécifique aux bailleurs et aux PTFs dans le domaine de la nutrition
<p>Programmation, approches convergentes</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Outils de programmation multisectoriels existant à travers le PA PNSN • Le nouveau PA 2021-2025 de la PNSN améliore l'articulation avec les documents de programmation des Ministères • Le PA PNSN est partie intégrante du PA I3N pour renforcer une approche et une gouvernance multisectorielle et globale 	<ul style="list-style-type: none"> • Visibilité encore trop faible de la nutrition dans les programmations des Ministères (DPPD, PAP) • Manque d'indicateurs sensibles à la nutrition pour suivre les effets des investissements des secteurs contributifs • Les instances multisectorielles au niveau déconcentrées ne permettent pas une véritable convergence des interventions au niveau opérationnel (zones et groupes cibles prioritaires)
<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration des documents de programmation dans le secteur de la santé sur une base ascendante via les PAA (des districts, de la région puis le PAP au niveau central) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Feuille de route de reprise des couts PCIMAS par l'État 	<ul style="list-style-type: none"> • Engagements insuffisamment pris en compte dans la programmation budgétaire du Ministère • Suivi irrégulier de sa mise en œuvre
<ul style="list-style-type: none"> • Systèmes d'information, de suivi et d'alerte existant pour faciliter l'adaptation et la prise de décision • Dans certains cas un pilotage adéquat du GT Santé/Nutrition au niveau régional peut permettre d'arbitrer et de coordonner les 	<ul style="list-style-type: none"> • Le délai de mise à disposition des données DHIS 2 les rendent peu appropriées pour les alertes • Fonctionnalité limitée des instances au niveau déconcentré (GT régionaux santé-nutrition) qui n'ont pas toujours la réactivité nécessaire pour

<p>appuis et efforts à court, moyen et long terme pour assurer la continuité des services</p>	<p>analyser les tendances des données MDO, susciter/valider des alertes etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible prise en compte des données nutritionnelles dans les systèmes d'information et de suivi-évaluation des différents secteurs contributifs • Les mécanismes de programmation ne sont pas toujours adaptés aux zones fragiles qui nécessitent la souplesse • Leadership et pilotage des instances assurés de manière inégale selon le secteur et les régions
<p>Financements</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Programmation d'activités dans le domaine de la nutrition par les différents Ministères (santé et autres secteurs contributifs) • Certains projets et programme sous tutelle des Ministères soutiennent spécifiquement les actions sensibles à la nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbitrages budgétaires au niveau central (enveloppes plafonds) ne permettent pas toujours de maintenir la priorité à donner à la nutrition • Contribution des partenaires et ONG insuffisamment prises en compte/valorisées dans les programmations sectorielles, d'où la faible visibilité des gaps • Les outils de financement structurants/de l'approche programme ne sont pas mobilisés pour la nutrition : fonds commun santé, appui budgétaire • Retour des approches projets dans le secteur de la santé
<ul style="list-style-type: none"> • Dialogue entre bailleurs humanitaires et de développement initié récemment : élaboration de la feuille de route PCIMAS, exercice de cartographie des donateurs dans le domaine de la nutrition (et dans d'autres secteurs via la dynamique Nexus HDP) • Existence de quelques études sur les sources potentielles de financement innovants pour la nutrition (ex. secteur privé et diaspora, à un niveau localisé, dans le cadre des plans de désengagements des ONG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'instance de dialogue spécifique à la nutrition entre bailleurs pour aborder les questions de financement à un niveau stratégique • Toujours pas de visibilité sur la continuité des financements de la PCIMAS suite à la réduction progressive des financements humanitaires •

À cette analyse propre au domaine de la nutrition et aux outils et mécanismes devant permettre une véritable approche Nexus sectorielle, il faut ajouter le fait que **les acteurs de la nutrition ne participent pas aux réunions et travaux du CTTNUD qui anime la dynamique Nexus HDP** au niveau global. Théoriquement, selon son arrêté de création⁴⁴, le Ministère en charge de la Santé est membre du Comité, de même que le PTF chef de file du secteur de la santé. Cependant la documentation produite par le CTTNUD (recensement et capitalisation des bonnes pratiques en avril 2019, Note d'orientation de mars 2020, Présentation au Séminaire Gouvernemental juin 2021), mentionne **la Nutrition comme un domaine précurseur de l'approche Nexus** en termes de pratique et de dialogue multi acteurs. L'Hydraulique et Assainissement est également un secteur cité en exemple, davantage d'un point de vue institutionnel et de l'intégration des chocs et spécificités des zones fragiles aux outils de programmation des investissements sectoriels (approche programme).

44 Arrêté n°154/PM du 11 octobre 2018 puis révisé par arrêté n°153 du 22 octobre 2019



3. RECOMMANDATIONS

Dans les différents domaines cités, il existe des perspectives encourageantes et des opportunités qui peuvent permettre de dépasser les limites constatées. Celles-ci doivent être mises en œuvre avec une volonté d’agir concomitamment sur le renforcement durable des capacités de prise en charge de la malnutrition aigüe, la prévention à travers des actions multisectorielles convergentes, l’anticipation et réponse aux chocs et le maintien de l’accès aux services dans les zones fragiles. S’inscrire dans une dynamique Nexus HDP peut permettre d’articuler ses différents efforts dans une vision globale qui pourrait à la fois inspirer et apprendre des orientations et préconisations d’une approche Nexus telle qu’impulsée au Niger. Les recommandations suivantes visent à accélérer les progrès multidimensionnels nécessaires pour améliorer les résultats dans le domaine de la nutrition, dans une perspective d’approche Nexus HDP.

1. Poursuivre les efforts vers une approche plus systémique de l’intégration de la nutrition et du renforcement des services de santé : considérer les investissements et les efforts dans le domaine de la nutrition comme une opportunité de soutenir plus globalement le système de santé en contribuant à adresser certaines contraintes (financements, RH, approvisionnement en produits, continuité des services, etc.) par exemple à travers les actions suivantes :

Dans le domaine des financements

- Assurer le suivi de la mise en œuvre effective de la feuille de route de reprise graduelle des financements de la PCIMAS par l’État⁴⁵, à travers la mise en place d’un comité de suivi mais également la révision/actualisation périodique de la feuille de route ;
- Valoriser les mécanismes de financements et de programmation sectoriels tels que le Fonds Commun Santé (considérer l’intégration des fonds nécessaires à la PCIMAS comme une opportunité de redynamiser et remobiliser les partenaires autour du Fonds Commun) mais également l’appui budgétaire (en identifiant des indicateurs déclencheurs dans le domaine de la nutrition) ;
- Renforcer la sensibilisation et la mobilisation des PTFs du secteur Santé pour mettre en œuvre des solutions structurantes, en suscitant l’accroissement des allocations domestiques ainsi que des ressources prévisibles des bailleurs de développement dans le domaine de la nutrition ;
- Faire le suivi des zones de retrait des partenaires humanitaires pour assurer la continuité des services pendant la période de transition ;
- Rendre plus effectif le transfert de compétences et de moyens aux collectivités dans le domaine de la santé pour inciter en retour à la mobilisation des ressources propres des communes pour appuyer le fonctionnement des structures sanitaires.

Dans le domaine des ressources humaines

- Poursuivre l’intégration de la nutrition dans les curricula et les initiatives de formation continue des personnels de santé ;
- Veiller à la continuité de la présence des compétences en nutrition dans les structures sanitaires, en particulier dans les zones à forte activité des soins nutritionnels ;

Susciter la mise en place d’une « fonction publique territoriale » permettant de valoriser et maintenir la présence de personnels issus des territoires.

⁴⁵ L’intégration et la systématisation de la PCIMAS gagnerait à être étendue à la Malnutrition Aigüe Modérée qui est aujourd’hui très peu prise en compte dans les efforts de pérennisation des capacités de prise en charge. En ce sens les recherches sur le « protocole simplifié » gagneraient à être valorisées.

Dans le domaine de l’approvisionnement en ATPE

- Poursuivre les efforts d’intégration des ATPE à la chaîne unique d’approvisionnement tout en adressant ses contraintes structurelles ;
- Explorer les voies pour réduire les coûts de production de l’ATPE à travers des mesures réglementaires, fiscales et l’étude d’alternatives locales possibles pour certains intrants rentrant dans la fabrication.

2. Accélérer l’identification et l’intégration des actions sensibles à haut impact dans le secteur de la santé et dans l’ensemble des secteurs contributifs, pour améliorer les efforts de prévention et assurer leur mise en œuvre de manière coordonnée et convergente, mesurable et traçable :

- Veiller à une appropriation et une mise en œuvre renforcées du Plan d’Action de la PNSN et à son articulation avec les documents de programmation des différents Ministères pour susciter une mobilisation financière et opérationnelle effective, y compris via la présence de Points Focaux Nutrition sectoriels à un niveau suffisamment stratégique ;
- Poursuivre et renforcer la visibilité des efforts de la PNIN pour analyser les données multisectorielles disponibles et informer les décisions basées sur les évidences et les priorités dans les différents secteurs contributifs ;
- Intégrer des indicateurs sensibles à la nutrition dans les documents de stratégies et de programmation sectorielles et assurer la mesure et la traçabilité des investissements sensibles et des effets sur la nutrition ;
- Mettre en œuvre les engagements du Sommet mondial sur les systèmes alimentaires notamment dans les domaines de la diversification des systèmes d’exploitation et de l’économie rurale, de la promotion des chaînes de valeur locales et des métiers connexes, de la mise en place de systèmes de protection sociale ciblant les ménages chroniquement vulnérables ou exposés à des chocs.

3. Renforcer l’anticipation et la réponse aux pics et chocs ainsi que le suivi de la délivrance des services sociaux de base dans les zones fragiles confrontées à des facteurs de crise prolongée :

- Poursuivre l’accompagnement des CSI pour mettre en place des mécanismes d’alerte et de réponses à des chocs en identifiant les besoins additionnels (financiers, RH, intrants) à mobiliser en cas de besoin ;
- Approfondir la réflexion sur les types de données, les indicateurs de veille et alerte et les canaux de communication permettant la meilleure réactivité (promptitude des données DHIS2, analyse des données MDO au niveau régional, disponibilité d’intrants, hausse ou baisse atypique d’admissions, etc.) ;
- Assurer la fonctionnalité des mécanismes de dialogue, de coordination et de prise de décision aux niveaux régional et district de santé pour assurer la réactivité en cas d’évolution du contexte (remontée et validation des informations, réaction/réponse concertée, communication aux niveaux supérieurs...) ;
- Poursuivre les partenariats avec les acteurs humanitaires pour soutenir la délivrance des services nutritionnels et de santé (et autres services de base) dans les zones fragiles en s’inspirant d’exemples existants et en adaptant les modalités (cliniques mobiles, consultations foraines...) et renforcer le dialogue avec les opérateurs RRM pour assurer la systématisation des services nutritionnels dans le cadre du mécanismes RRM ;
- Assurer le suivi de la fonctionnalité des services sociaux de base dans les zones fragiles à travers des remontées d’informations multisectorielles consolidées ;



- Mettre en œuvre les engagements pris au niveau national et international sur l'accès aux services sociaux de base pour les personnes victimes des conflits et déplacées forcées dans les zones fragiles.

4. Assurer la fonctionnalité des instances de concertation et de coordination sectorielle et multisectorielle dans le domaine de la nutrition et les interactions avec les instances chargées de l'animation de la dynamique Nexus HDP global :

- Soutenir la fonctionnalité et un leadership fort des instances techniques de concertation et de coordination dans le domaine de la nutrition (GTN, GTNS, Groupes techniques santé/nutrition régionaux, CT/PNSN) ;
- Renforcer la gouvernance multisectorielle de la nutrition au niveau stratégique à travers la fonctionnalité du Comité d'Orientation Stratégique de la PNSN et les synergies d'action entre le Ministère en charge de la Santé et le HC3N pour le plaidoyer et le dialogue à haut-niveau dans le domaine de la nutrition (PTF développement, Ministères...) ;
- Renforcer la mobilisation des bailleurs et PTF dans le domaine de la nutrition (secteur de la santé et secteurs contributifs via les interventions sensibles) et leur participations aux différentes instances tout en relançant le réseau SUN des donateurs. Valoriser l'exercice de cartographie des bailleurs dans le domaine de la nutrition pour redynamiser et soutenir cette mobilisation ;
- Encourager le dynamisme et la fonctionnalité des différents réseaux SUN pour assurer la mobilisation d'une large gamme de parties prenantes et de la société civile autour de la nutrition ;
- Assurer la participation du Ministère en charge de la Santé, des instances en charge de la nutrition, et des Ministères sectoriels clé, aux réunions du Comité Technique Tripartite sur le Nexus UD (et réciproquement la participation de représentants du CTTNUD dans les instances sectorielles) ;
- Organiser des réunions thématiques du CTTNUD sur l'approche Nexus dans certains domaine pilote (Nutrition, Hydraulique...) et partager et diffuser les acquis et leçons apprises.

Ces recommandations pourrait alimenter l'élaboration d'un plan d'action afin d'identifier les responsables chargés de leur mise en oeuvre et ainsi en faciliter le suivi. Le GTN et le CT PNSN pourraient jouer un rôle dans l'accompagnement des acteurs de mise en oeuvre et dans le suivi des avancées ainsi réalisées.





CONCLUSION

Un regard rétrospectif sur la trajectoire qu'a suivie la problématique de la malnutrition au Niger, permet de mettre en évidence le chemin parcouru et peut illustrer les enjeux, opportunités et défis du passage d'instruments et approches court-termistes et exogènes vers une démarche plus systémique et structurante. Les évolutions constatées ont été rendues possible grâce à la capacité des acteurs à tester et développer des pratiques pour adresser les défis concrets sur le terrain, tout en veillant à leur appropriation et leur replicabilité en prenant en compte les aspects stratégiques et institutionnels et les contraintes structurelles du système dans lequel doivent s'insérer ces pratiques. Ceci témoigne en particulier du **dialogue et de la collaboration fertiles entre les différentes parties prenantes dans le domaine de la nutrition**. Cette trajectoire est emblématique des avancées permises par la convergence des efforts au-delà des silos habituels de l'humanitaire et du développement.

Le processus d'institutionnalisation et de pérennisation n'a pas empêché de maintenir une certaine agilité et réactivité aux pics et aux divers chocs auxquels le pays est confronté, et notamment aux nouveaux défis des facteurs de crise prolongée dans les zones « fragiles ». En tirant les leçons du passé, la collaboration entre parties prenantes permet d'éviter le risque de bâtir des mécanismes parallèles sans considérer les enjeux de transferts de compétences et de moyens indispensables pour espérer des effets plus durables et pour bâtir les capacités endogènes de gérer les épisodes et situations critiques. **Ainsi les acquis enregistrés dans le domaine de la Nutrition peuvent inspirer l'opérationnalisation d'une approche Nexus Humanitaire-Développement-Paix dans d'autres secteurs.**

Cependant les avancées vertueuses mises en évidence ne doivent pas masquer les défis qui persistent et les efforts qui demeurent indispensables. Les progrès enregistrés ne se traduisent pas, jusqu'à présent, par une réduction significative de la prévalence des différentes formes de malnutrition.

L'intégration des services de PCIMAS et d'activités promotionnelles et préventives dans le domaine de la santé est largement amorcée mais inaboutie. Le financement de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère demeure très dépendant des bailleurs humanitaires sans garantie de reprise durable et intégrale par les acteurs institutionnels et de développement. Le retrait des partenaires opérationnels en appui aux structures de santé, bien qu'anticipé et préparé, se traduit parfois par une réduction des admissions et des services et donc possiblement par une plus faible couverture des besoins. Le processus d'intégration a par ailleurs pour conséquence que les services nutritionnels sont désormais confrontés aux difficultés structurelles du système de santé, qui impliquent des efforts massifs à moyen et long termes à travers des approches plus globales et inclusives.

Dans le domaine de la prévention des différentes formes de sous-nutrition, il existe des marges de progrès importantes pour mieux identifier, prioriser et intégrer les activités sensibles à la nutrition dans les stratégies et programmation des secteurs contributifs tels que les systèmes alimentaires, l'éducation, l'hydraulique-assainissement, l'environnement, la protection sociale. Ceci nécessite de mettre l'accent sur des indicateurs qui permettent de mesurer les effets de telles interventions sur la nutrition et d'assurer la traçabilité des investissements sensibles à la nutrition. Pour améliorer le coût-efficacité et les effets combinés de telles interventions dans une large gamme de secteurs, il est nécessaire de réfléchir à des combinaisons d'actions et des synergies opérationnelles qui impliquent de dépasser le cloisonnement des services et approches sectorielles mais également de s'adapter aux spécificités des différentes zones, y compris celles qui cumulent de nombreux facteurs de vulnérabilités et de chocs. Ceci passe par le renforcement des capacités des acteurs locaux et davantage de pouvoir décisionnel et financier transféré au

niveau décentralisé.

Les outils et approches promus au Niger dans le cadre de l'approche Nexus HDP et en cours de construction à travers le Comité Tripartite Technique sur le Nexus, peuvent soutenir les efforts dans le domaine de la nutrition. Ils cherchent en effet à répondre à la double exigence de ; i) répondre aux besoins immédiats dans les zones à forts besoins humanitaires tout en ; ii) maintenant le cap des efforts structurants et durables et en renforçant les capacités des acteurs à tous les niveaux (en particulier aux niveaux déconcentrés et décentralisés) pour adresser concomitamment les enjeux liés au développement aux chocs et aux crises, sur leur territoire. **Les acteurs de la Nutrition comme ceux qui portent la dynamique Nexus HDP gagneraient à renforcer leur collaboration et les apprentissages croisés.**

Le Niger, malgré les défis multidimensionnels auxquels il est confronté, bénéficie de la stabilité institutionnelle et de la volonté politique affirmée d'adresser les enjeux du moment. Il bénéficie de la présence d'une multitude d'acteurs (tant dans les domaines de l'humanitaire, du développement que de la stabilisation/renforcement de la paix). Il dispose également d'instances visant à assurer un dialogue de qualité pour susciter les complémentarités et les synergies nécessaires. Il faut tirer pleinement parti de cet environnement favorable pour aller au bout des évolutions vertueuses initiées, tant dans les domaines de la Nutrition que de l'approche Nexus HDP, en priorisant les efforts et en privilégiant les solutions pragmatiques grâce à un leadership fort dans lequel les partenaires doivent s'inscrire de manière volontariste.





BIBLIOGRAPHIE

- Black, Victoria, Walker. *Sous-nutrition maternelle et infantile et surpoids dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire*. Lancet, 2013.
- Carémél JF, Souley Issoufou MS. « *Note de Synthèse : CMAM Surge au Niger, une capitalisation "par le bas"* », 2021.
- CEDEAO, CILSS, UEMOA. « *Feuille de Route régional AGIR* », Avril 2013.
- CONCERN Worldwilde. « *CMAM Surge Final evaluation report Tahoua, Niger* », September 2019.
- CONCERN Worldwide. « *Etude de cas Niger : Passage à l'échelle de la prise en charge de la malnutrition* » Conférence virtuelle CMAM, 2021.
- GNC, SUN. « *Revue des opportunités et défis pour renforcer les liens Humanitaire-Développement, Etude de cas NIGER* », 2020.
- GNC, SUN. « *Synthèse des Leçons apprises des revues pays sur le Nexus Humanitaire-Développement en Nutrition au Niger, Myanmar et Afghanistan* », 2021.
- Guéro M, Yami C, Ategbo Eric-Alain. « *Prise en charge de la malnutrition aigüe au Niger : un programme national* ». ENN, 2011 - <https://www.ennonline.net/fex/43/prise>
- HC3N. « *La nutrition : un investissement rentable et vecteur de transformation* », 2017.
- HC3N. « *Analyse des allocations budgétaires et des dépenses annuelles de l'État dans le secteur de la nutrition 2016-2017* », Mars 2020.
- Loock, Perrine. « *Evaluation du processus Nexus au Mali et appui technique à sa mise en œuvre – Rapport sectoriel Santé/Nutrition* », PROMAN, Aout 2019.
- Ministère de l'Action Humanitaire et de la Gestion des Catastrophes, Niger. « *Note d'orientation sur l'opérationnalisation d'une approche Nexus HDP* », Mars 2020.
- Ministère du Plan, Niger. « *Communication du Niger à la Conférence Ministérielle sur le Sahel Central* », 20 octobre 2020.
- Ministère de la Santé Publique, Niger. « *Plan stratégique national du système d'approvisionnement en produits de santé 2019-2023* ».
- Ministère de la Santé Publique, Niger. « *Reprise graduelle par l'État des financements des partenaires humanitaires pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, Feuille de Route 2021-2029* ». Mars 2020.
- Ministère de la Santé Publique, Niger. « *Stratégie Nationale de l'Approche CMAM Surge Appliquée à la Nutrition* », Aout 2021.
- Ministère de la Santé, de la Population et des Affaires sociales, Niger. « *Engagements du Niger au Sommet Nutrition For Growth* », Décembre 2021.
- MQSUN+. « *Renforcer le Nexus Humanitaire-Développement pour la Nutrition dans les situations de crises prolongées* », Juin 2020.
- MSF. « *Malnutrition : les enjeux de la simplification et de la prise en charge au Niger* », Juillet 2020. <https://www.msf.fr/actualites/malnutrition-les-enjeux-de-la-simplification-et-de-la-prise-en-charge-au-niger>
- OCDE. « *Recommandation du CAD sur l'articulation entre action humanitaire, développement et recherche de la paix* », OECD/LEGAL/5019.

- Organisation Mondiale de la Santé. « *Cadre d'action pour le renforcement des systèmes de santé* », 2007.
- Organisation des Nations Unies, Secrétariat Général. « *Communiqué de Presse Sommet Humanitaire Mondial d'Istanbul* », 23-24 mai 2016. <https://www.un.org/press/fr/highlights/worldhumanitariansummit>
- Organisation des Nations Unie, Secrétariat Général. « *Résumé du Secrétaire Général de l'ONU Président du Sommet - S'engager à agir pour défendre l'humanité* », 23-24 Mai 2016.
- Organisation des Nations Unie, Secrétariat Général. « *Comité de Pilotage global pour la collaboration humanitaire-développement auprès du Secrétaire Général des Nations Unies* », Présentation au CTTNUD, Novembre 2019.
- PNIN. « *Rapport sur les tendances de la malnutrition chronique des enfants de moins de 5 ans et des déterminants au niveau national* », Janvier 2020.
- UNICEF. « *PB Mère : un des moyens les plus rentables de détecter et de traiter la malnutrition au Niger* », 2018. <https://unicefniger.tumblr.com/post/178727539584/pb-m%C3%A8re-un-des-moyens-les-plus-rentables-de>
- UNICEF, Niger. « *Rapport d'évaluation sommative de la Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, Niger (2010–2019)* ». Ministère de la Santé Publique Niger, EVIDHAF, Janvier 2021.
- UNSC. « *L'école, un système pour améliorer la nutrition. Nouvelle déclaration en faveur des interventions scolaires axées sur l'alimentation et la nutrition* », 2017.



REMERCIEMENTS

Dans le cadre de la réponse à la question « *Comment soutenir la gouvernance multisectorielle de la dynamique du Nexus Urgence-Développement, en particulier dans le domaine de la nutrition ?* » du Plan Cadre d'Analyse 2021 de la Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition et de l'élaboration du présent rapport, un groupe de référence composé de représentants du secteur de la Nutrition et des mécanismes mis en place par le Gouvernement dans le cadre de l'opérationnalisation d'une approche Nexus Urgence-Développement a été mis en place. Ainsi le présent rapport a reçu les contributions des personnes suivantes :

- **AG BENDECH Mohamed**, Conseiller en Formulation de Politiques et Communication Stratégique en Nutrition, Assistant Technique PNIN (AT/PNIN)
- **ALZOUA Amadou**, Programme Officer, ECHO
- **BATOURE Mamane**, Direction Nutrition, Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales
- **CAREMEL Jean François**, LASDEL, P4N
- **DEFRAYE Ann**, Coordinatrice Groupe Technique Nutrition et UNICEF
- **DELAUNOY Geneviève**, Experte en Communication de l'Assistance Technique de la Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition
- **DJIMRAOU Aboubacar**, Conseiller Technique du Haut-Commissaire, Vice-Président du Comité Nexus
- **HASSANE Aissatou Cissé**, Directrice Nutrition du Ministère de l'Agriculture, Coordinatrice Groupe Technique Nutrition Sensible
- **MAHAMADOU Aboubacar**, Coordonnateur de la Cellule Nutrition HC3N, Haut-Commissariat à l'Initiative 3N, « les Nigériens Nourrissent les Nigériens »
- **MAHAMAN ADAMOU Ali**, Ministère de l'Action Humanitaire et de la Gestion des Catastrophes, Comité Tripartite Technique sur le Nexus Urgence-Développement (CTTNUD) ;
- **MASQUELIER Jean-Patrick**, Concern Worldwide
- **NASSIROU Ousmane**, Directeur de la Nutrition du Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales
- **NTANDOU-BOUZITOU Gervais D.**, Chargé des Politiques de Sécurité alimentaire et Nutritionnelle, Assistant Technique au HC3N, Programme FIRST (FAO-UE)
- **POIREL Guillaume**, Chef d'Équipe, Statisticien-Analyste, Assistant Technique PNIN (AT/PNIN)
- **SADOU Abdoulaye**, Médecin Sans Frontière (MSF)
- **SAMAILA ISSA Ibrahim**, Coordonnateur de la Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition (PNIN) à l'Institut Nationale de la Statistique (INS)
- **SCMORLEMER Célestine**, Médecin Sans Frontière (MSF)
- **THEODORE YATTA Almoustapha**, Analyste Principal de la Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition (PNIN) à l'Institut National de la Statistique (INS)

