



NIGER
RAPPORT D'ANALYSE
JANVIER 2020

RÉPUBLIQUE DU NIGER

Fraternité - Travail - Progrès

MINISTÈRE DU PLAN

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

PLATEFORME NATIONALE D'INFORMATION POUR

LA NUTRITION

N°03

NUTRITION



**TENDANCES DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE
DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ET DE SES
DÉTERMINANTS AU NIVEAU RÉGIONAL**







AVANT-PROPOS

Depuis 2018, avec l'appui financier de l'Union Européenne et l'Assistance Technique, l'Institut National de la Statistique (INS) a élaboré et met en œuvre le programme de la Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition (PNIN).

Le programme PNIN fait partie des initiatives nationales de soutien à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (PNSN). Cette politique, tout comme les autres politiques et programmes nationaux, s'inscrit dans le cadre du Plan de Développement Economique et Social (PDES 2017-2021) du Niger, cadre unique de référence en matière de développement économique et social aussi bien pour l'action gouvernementale que pour les partenaires techniques et financiers.



La question de l'alimentation et de la nutrition des populations nigériennes est largement prise en compte dans le PDES 2017-2021 à travers huit (8) défis majeurs dont trois (3) défis principaux en lien direct avec l'amélioration de la nutrition : 1/ relever le capital humain ; 2) renforcer la sécurité alimentaire et nutritionnelle ; 3/ adapter les systèmes de production au changement climatique.

Le Programme PNIN s'inscrit également dans la vision de la Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS 2017-2021) arrimée au PDES, qui met un accent particulier sur l'importance de la qualité et de la fiabilité des données statistiques produites par le Système Statistique National (SSN).

Le Plan Cadre d'Analyse 2019-2020 de la PNIN, élaboré à partir des enjeux nationaux en matière de nutrition, couvre cinq (5) questions prioritaires dont les réponses pourraient aider à la prise de décision sur la base des évidences. Chacune des cinq

(5) questions est décomposée en sous-questions pour faciliter et orienter les analyses permettant d'y répondre.

La question N°1 « Comment les déterminants qui expliquent la prévalence élevée et persistante de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans au Niger ont-ils évolué ? » est décomposé en huit (8) sous questions dont sept (7) ont été traitées. A cet effet, un rapport en trois volumes, relatifs à l'approche méthodologique, aux tendances nationales et aux tendances régionales de la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq (5) ans, a été élaboré.

Le présent rapport porte sur les tendances de la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq (5) ans et de ses déterminants au niveau régional. Les niveaux de malnutrition chronique des enfants de moins de cinq (5) ans diffèrent d'une région à une autre tout comme la combinaison des facteurs inhérents à la malnutrition. Selon les

analyses et les interprétations des données faites dans ce rapport, cette forme de malnutrition, qui engendre des souffrances humaines et économiques énormes, a peu progressé durant les 15 dernières années. Selon l'étude réalisée en 2018 sur le coût de la faim au Niger, la malnutrition dans toutes ses formes occasionne une perte de 7 % du PIB Annuel.

La mise en œuvre des recommandations issues de la présente analyse permet d'alimenter le débat public autour des questions sociales, économiques ou démographiques et rappelle que la nutrition est multisectorielle. La compréhension de ces informations est primordiale dans le processus d'orientation des politiques publiques et du développement.

L'INS tient à remercier la Délégation de l'Union Européenne, partenaire de la PNIN, l'Équipe PNIN et toutes les autres parties prenantes pour l'élaboration de ce rapport et sa diffusion auprès de l'ensemble des acteurs de la nutrition. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

Dans le cadre de la production d'informations statistiques multisectorielles sur la nutrition, il importe de renforcer les Systèmes Statistiques Sectoriels Clés de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (PNSN) du Niger (Agriculture, Élevage, Santé, Éducation, Hydraulique et Assainissement, Environnement). L'Institut National de la Statistique (INS), pilier du Système Statistique National (SSN) continuera à appuyer les différents Systèmes Statistiques Sectoriels à travers la PNIN et les autres programmes des Partenaires au développement afin de renforcer la production et la qualité des données pour la prise de décision.

Idrissa **ALICHINA KOURGUENI**

Directeur Général de l'Institut National de la Statistique du Niger





SIGNALÉTIQUE



OURS

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

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

Chargée du suivi du projet : OMAR Haoua Ibrahim, Secrétaire Générale de l'INS

Coordonnateur : MAHAMANE Issiak Balarabe

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

Statisticien Principal adjoint PNIN, INS : AMADOU TAWAYE Ibrahim

Statisticien Principal PNIN, INS : HASSANEBAKA Omar

Coordonnateur de la Cellule Nutrition, Chef de division capitalisation et gestion des connaissances (HC3N) : MAHAMADOU Aboubacar

Photos : Chemonics / Ollivier Girard

Éditeur de la publication : INS

Chef de Division à la Direction des Statistique des Études Démographiques et Sociales (DSEDS), INS : OUSSEINI LAMOU Youssoufa

Conseiller du Directeur Général de l'INS et membre de l'Équipe PNIN : OUMAROU Sani

Chef d'Équipe, Statisticien-Analyste, Assistant Technique PNIN (AT/PNIN) : POIREL Guillaume

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





SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AMS	Assemblée Mondiale de la Santé
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant
AT	Assistance Technique
CE	Commission Européenne
DEP	Directions des Études et de la Programmation
DS	Directions Statistiques
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENISED	Étude Nationale d'Indicateurs Socio-Économiques et Démographiques
FMR	Fréquence Minimale des Repas
HC3N	Haut-Commissariat à l'Initiative 3N
INS	Institut National de la Statistique
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MSP	Ministère de la Santé Publique
ODD	Objectifs du Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCA	Plan Cadre d'Analyse 2019-2020
PIB	Produit Intérieur Brut
PNIN	Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition
PNP	Politique Nationale de Population
PNSN	Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle
PSNSC	Plan Stratégique National de Santé communautaire 2019-2023
PTFs	Partenaires Techniques et Financiers
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief Transitions
SNDS	Stratégie Nationale de Développement de la Statistique
UE	Union Européenne
UPA	Unité de Production Agricole





SOMMAIRE

1. Développement du Plan Cadre d'Analyses	7	3.2 Accessibilité aux services sociaux de base ...	16
1.1 Contexte et justifications	7	3.2.1 Accès à une source d'eau améliorée qui se dégrade dans la moitié des Régions et Niamey	16
1.1.1 Contexte du projet	7	3.2.2 Accessibilité aux services d'assainissement améliorés	17
1.1.2 La PNIN au Niger	7	3.3 Incidence de la Pauvreté	17
1.1.3 Justifications.....	8	4 habitudes alimentaires : Facteurs de la malnutrition chronique	19
2 TENDANCE DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AU NIGER	9	4.1 Fréquence minimale des repas, forte augmentation à Agadez.....	19
2.1 Prévalence de la Malnutrition Chronique chez les enfants de moins de cinq ans.....	9	4.2 Faible diversité alimentaire à Agadez et à Maradi en 2018	20
2.1.1 Maradi et Zinder : les régions les plus touchées par la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans.....	9	4.3 Régime Alimentaire Minimum quasi nul à Maradi en 2018	21
2.1.2 La malnutrition chronique est la plus faible à Niamey	13	4.4 Fréquence de consommation des différents groupes d'aliments.....	21
3 LES DÉTERMINANTS DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE	14	5 Conclusions	25
3.1 Comportements en matière d'utilisation des méthodes contraceptives et de fécondité ...	14	6 Recommandations	27
3.1.1 L'utilisation de la contraception moderne est la plus importante à Niamey	14		
3.1.2 Plus de 8 enfants par femme à Zinder et Maradi.....	15		

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





LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Accessibilités régionales aux services d'assainissement amélioré (en %) en 2012 et 2018	17
Tableau 2 : Répartition régionale de l'incidence de la pauvreté au Niger selon différentes sources de 2005 à 2014.....	18

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Évolutions régionales de la prévalence de la malnutrition chronique pour les enfants de moins de 5 ans au Niger de 2006 à 2018.....	12
Graphique 1: Évolutions régionales de la prévalence de la malnutrition chronique pour les enfants de moins de 5 ans au Niger.....	13
Graphique 2: Évolution du taux de contraception moderne dans les huit régions du Niger de 1992 à 2012 ...	14
Graphique 3: Évolution de l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) entre 1992 et 2012 au Niger.....	15
Graphique 4: Évolution du taux d'accès à une source d'eau améliorée (%) par région entre 2012 et 2015	16
Graphique 5 : Évolution de la fréquence minimale des repas chez les enfants de 6-23 mois par région en 2012 et 2018.....	19
Graphique 6 : Évolution de la diversité alimentaire chez les enfants âgés de 6-23 mois par région entre 1992 et 2018.....	20
Graphique 7 : Taux de consommation régionale du minimum alimentaire requis en 2012 et 2018 pour les enfants de 6 - 23 mois	21
Graphique 9 : Fréquence (%) de consommation des fruits et légumes chez les enfants de 6-23 mois au Niger	22





RÉSUMÉ

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Cadre d'Analyses de la PNIN en 2019, l'analyse faite a permis de répondre à la question N°1 et à ses huit sous-questions portant sur les tendances de la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq (5) ans et de ses déterminants. Le rapport est présenté sous forme de trois tomes séparés : (1) l'approche méthodologique utilisée pour répondre aux différentes sous-questions ; (2) le rapport d'analyses sur les tendances nationales de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans et de ses déterminants ; (3) le rapport d'analyses sur les disparités régionales, objet du présent rapport.

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

La région de Niamey se démarque des autres régions avec une prévalence de la malnutrition chronique, de niveau moyen, chez les enfants de moins de cinq (5) ans. Toutes les autres régions présentent des prévalences très élevées avec plus de la moitié des enfants affectés à Maradi et à Zinder. La **tendance à la baisse, régulière**, de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans à **Niamey**, révèle qu'il n'y a **pas de fatalité** dans la lutte contre ce fléau au Niger.

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

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

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

socio-démographique et des systèmes de production et de consommation d'une région à l'autre (Agadez versus Maradi par exemple).





1. DÉVELOPPEMENT DU PLAN CADRE D'ANALYSES

1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATIONS

1.1.1 CONTEXTE DU PROJET

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

1.1.2 LA PNIN AU NIGER

Au Niger, la plateforme PNIN est mise en œuvre par l'Institut National Statistique (INS), qui coordonne l'ensemble des activités avec les différentes parties prenantes, et le Haut-Commissariat à l'Initiative 3N (HC3N) qui en est le leader stratégique. Le programme PNIN regroupe d'autres bénéficiaires en particulier les Directions Statistiques (DS) et les Directions des Études et de la Programmation (DEP) de certains Ministères sectoriels : Santé, Éducation, Agriculture et Élevage, Hydraulique et Assainissement, Environnement).

L'objectif général du programme PNIN est de contribuer à la réduction de la malnutrition chronique. L'initiative a pour but de produire de l'information liée à la nutrition, puis d'engendrer des besoins et demandes d'informations, de manière à alimenter le débat public et de reformuler des plans d'analyses pour les décideurs, les parties prenantes ou les partenaires de la nutrition.

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

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

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

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

Dans ce contexte, une assistance technique (AT) internationale intervient en appui à l'INS.

Les objectifs spécifiques du programme PNIN sont au nombre de trois :

- **Objectif spécifique 1** : Créer au sein de l'Institut National de la Statistique une Unité de mission capable de gérer, d'analyser et de diffuser l'information relative à la nutrition ;
- **Objectif spécifique 2** : Créer les capacités, au sein des parties prenantes, de formuler des questions/demandes en termes d'analyse, d'analyser les données afin de répondre à celles-ci et de mesurer les progrès effectués vers l'atteinte des objectifs nationaux de réduction de la prévalence de la sous-nutrition ;
- **Objectif spécifique 3** : Promouvoir, au sein des parties prenantes, la compréhension et l'utilisation de l'analyse générée par la plateforme à des fins décisionnelles et stratégiques.

L'Assistance Technique (AT) apporte principalement un appui technique et de renforcement de capacités liés aux résultats attendus du programme et qui doivent être déployés à différents niveaux institutionnels et décisionnels :

- L'appui à l'INS, vise à développer au sein de l'institution des capacités pérennes d'analyse statistique (aspects méthodologiques, techniques et technologiques, en particulier le développement et l'entretien d'entrepôts de données multisectorielles) ;
- L'appui au HC3N vise le renforcement du leadership de cette institution en matière à la fois de réflexion sur les différentes dimensions de la nutrition, mais aussi d'améliorer, in fine, la qualité des politiques de lutte contre la malnutrition ;
- L'appui aux Ministères sectoriels, impliqués dans la mise en œuvre de l'initiative, est destiné à fournir des outils permettant une meilleure prise en considération de l'information statistique dans la programmation et le suivi des actions de lutte contre la malnutrition.

1.1.3 JUSTIFICATIONS

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

1. Comment les déterminants qui expliquent la prévalence élevée et persistante de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans au Niger ont-ils évolués ?
2. Comment prioriser les interventions en fonction de leur contribution à l'amélioration de l'état nutritionnelle ?
3. Quelles sont les caractéristiques/profils des populations les plus affectées par la malnutrition chronique ?
4. Comment identifier les investissements financiers dans le domaine de la nutrition au Niger et ont-ils évolué conformément aux besoins budgétaires définis dans le plan d'action multisectoriel de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (PNSN) ?
5. Comment identifier et utiliser les indicateurs spécifiques et sensibles à la nutrition dans les secteurs contributifs dans le contexte du Niger et assurer une Système d'Information multisectoriel pour la nutrition ?

Dans le chronogramme d'activité de la PNIN, il est prévu de répondre en 2019 aux questions 1 et 4. Le présent document se propose de répondre aux sous-questions de la Question N°1 du Cadre d'analyses suivante: « *Qu'est-ce qui pourrait expliquer les disparités régionales de la malnutrition chronique ?* ». Les tendances de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans au niveau régional ainsi que des déterminants sous-jacents à la vulnérabilité de la malnutrition sont présentées afin d'essayer de mieux comprendre le phénomène de la malnutrition et les spécificités des régions.



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

2.1 PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

2.1.1 MARADI ET ZINDER : LES RÉGIONS LES PLUS TOUCHÉES PAR LA MALNUTRITION CHRONIQUE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Les prévalences de la malnutrition chronique chez les enfants âgés de moins de cinq (5) ans se dégradent dans toutes les régions à l'exception de Niamey où elle semble baisser au fil du temps. Cependant la diminution de la malnutrition chronique à Niamey semble également ralentir entre 2016 et 2018.

Quelle soit l'année, les disparités régionales de la prévalence de la malnutrition chronique sont importantes. Il est possible de catégoriser trois (3) groupes de régions. Il y a un premier groupe comprenant **les régions les plus sévèrement affectées**, soit les régions de **Zinder et de Maradi** (60 % et plus en 2018). Un second groupe de régions a **des prévalences très élevées, supérieures à 30 %¹** : **Diffa, Tahoua, Tillabéri, Dosso et Agadez**. Enfin il y a **la région de Niamey avec une prévalence moyenne qui a toujours été inférieure à 20 %²**. Le défi majeur est donc de maintenir et d'accélérer la tendance régulière à la baisse de la malnutrition chronique observée à Niamey et de renverser dans le même temps celles observées dans toutes les autres régions³.

Outre le poids des déterminants sous-jacents de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans analysés au niveau national⁴ et certains étudiés ci-dessous, quelques facteurs additionnels amplifient l'absence de progrès dans les régions hormis Niamey. Plusieurs spécificités pourraient expliquer les disparités des tendances régionales. Un des facteurs serait le faible accès aux soins de santé même si le Niger s'est engagé officiellement pour un régime de gratuité de soins aux enfants des moins de cinq (5) ans à partir 2005⁵. De nombreux goulots d'étranglement dans la mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement ont été documentés par plusieurs enquêtes (non remboursement des coûts engendrés par la gratuité pour les formations sanitaires par exemple⁶). De même, **la couverture sanitaire ne dépasse pas 50 % à l'échelle nationale et l'apport du niveau communautaire est limité y compris dans les régions de Maradi et Zinder⁷**. Le Niger est encore loin de la couverture sanitaire universelle puisque 49 % des populations vivent au-delà de 5 Km d'une formation sanitaire⁸. C'est pourquoi le Ministère de la Santé Publique (MSP) a mis place, en novembre 2019, son Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC)

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

2 INS Niger.

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

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

5 OMS Niger, Rapport annuel 2014.

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

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

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

2019-2023. La mise en œuvre de ce plan a pour but d'améliorer l'accès aux soins aux communautés éloignées mais également celui des services de santé avec la participation de la communauté⁹.

A l'inverse, Niamey est une région à forte couverture sanitaire et disposant d'un réseau d'infrastructures plus performant incluant un meilleur système d'approvisionnement et de distribution alimentaire avec moins de fluctuations saisonnières. Une partie importante des aliments importés est distribuée dans les régions à partir de Niamey. Claude Raynault, à travers ses travaux réalisés à Maradi en 1980, parlait du **privilège urbain**¹⁰. Des travaux réalisés par ailleurs ont démontré que c'est en milieu urbain et dans les zones rurales couvertes par les services de santé que les mères ont tendance à offrir à leurs enfants des aliments plus diversifiés et des bouillies enrichies¹¹.

Il existe également **des facteurs socio-culturels spécifiques néfastes** engendrant des pratiques inadéquates d'Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant (ANJE)¹². Il s'agit entre autres du faible niveau d'instruction et d'autonomisation des femmes incluant l'accès à la terre, à l'eau et aux intrants agricoles dans les deux régions les plus affectées par la malnutrition chronique. Ceci conduit à l'observation des restrictions alimentaires et des pratiques culinaires obéissant à des règles strictes de préparation et de consommation des repas. À propos de la cuisine, les sauces à base de feuilles vertes par exemple ne doivent pas inclure des légumes et légumineuses comme par exemple la courge, la carotte ou le niébé. En revanche, la sauce tomate peut en contenir. De même, il y a peu ou pas d'attention aux soins non médicaux comme par exemple la stimulation par les jeux, le développement affectif parents-enfant et le suivi continu de la prise des repas de l'enfant indispensables pour sa croissance et son développement.

A Maradi par exemple, la socialisation compte beaucoup comme le partage des repas en famille autour d'un plat commun et la circulation des aliments au sein des réseaux sociaux comme stratégie d'atténuation des risques de pénurie¹³. L'enfant et sa mère n'ont pas d'autres choix que de s'adapter aux dépenses et habitudes alimentaires familiales. Des évolutions des pratiques révèlent, cependant, que le chef de ménage consomme souvent à l'extérieur de la famille et laisse dans certains cas une allocation dérisoire pour la consommation familiale destinée principalement à l'achat des condiments, source de diversification de l'alimentation à domicile. La base céréalière est généralement assurée de façon plus ou moins adéquate en fonction des fluctuations saisonnières et interannuelles de la disponibilité et des prix alimentaires. **Cette réclusion volontaire** d'un sujet à son domicile, par crainte des contacts sociaux ou par une certaine « démission » face aux enjeux familiaux ou encore par mimétisme, pourrait être un des déterminants majeurs de la monotonie de l'alimentation chez les enfants de moins de cinq (5) ans dans les régions les plus affectées¹⁴.

Dans ces écosystèmes familiaux complexes, le désir d'appliquer les meilleures pratiques d'alimentation de l'enfant et de sa mère ne pourrait être comblé que lorsque la mère s'engage,

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

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

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

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

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

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



en plus des travaux ménagers, dans des activités génératrices de revenus. A Maradi, 91 % des femmes interrogées gagnent de l'argent et pour pratiquement la moitié d'entre elles à travers le petit commerce¹⁵. Elles sont rarement soutenues dans ces activités génératrices par leur environnement social immédiat. Cependant, des programmes de filets sociaux de protection ciblent de plus en plus les femmes vulnérables mais leur portée géographique reste encore timide¹⁶. L'importance de ce type de programme sur la réduction de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans est prouvée dans d'autres contextes¹⁷. Les systèmes de protection sociale, les assurances pour les récoltes et plus d'accès au travail salarié décent permettront de réduire les risques encourus par les femmes et leurs enfants¹⁸.

Les **ressources additionnelles modestes des femmes** (seulement 3 % ont un bénéfice hebdomadaire de 5 000 FCFA et plus tiré du commerce) sont dépensées dans la grande majorité des cas dans l'achat de la nourriture pour l'enfant, soi-même et la famille¹⁹. Ainsi, avec cette charge additionnelle de travail de la mère, l'enfant passe plus de temps en journée avec d'autres membres de la famille (mère, belle-mère, co-épouse, aide-ménagère et enfants plus âgés). Leurs capacités à surveiller l'enfant et à lui prodiguer des soins adéquats ou non jouent également un rôle majeur du point de vue des soins et des pratiques alimentaires de l'enfant.

Lorsque par exemple les familles sont en difficulté durant les périodes annuelles de faible disponibilité des aliments ou de crise, la teneur des repas en eau augmente, la quantité de céréales diminue, l'accompagnement en lait chute considérablement ou disparaît, l'accompagnement en sauce baisse en qualité (pas de viande, moins de légumes ou d'ingrédients)²⁰. La fréquence, la quantité et la qualité de ces ingrédients de l'alimentation familiale changent en fonction de leur disponibilité et de leur accessibilité.

Les populations de Zinder semblent avoir des meilleures prédispositions au changement que celles de Maradi en particulier sur les aspects de la diversité et de la consommation alimentaires. A Maradi, il est observé une certaine « rigidité » dans les pratiques et attitudes d'alimentation qui semblent plus prononcées qu'à Zinder. Ce phénomène s'explique peut-être par une plus grande et relative homogénéité de la population de Maradi en dépit des brassages et invasions séculaires depuis plusieurs siècles. A Maradi comme à Zinder, si le commerce est le moyen d'existence dominant en milieu urbain, c'est l'agriculture et l'élevage qui occupent les populations rurales. Les régions de Maradi, Zinder et Dosso présentent des écarts d'accès à l'éducation entre les sexes les plus importants au Niger. Le taux de scolarisation dans le premier cycle du secondaire reste particulièrement faible. La pauvreté, les pratiques telles que les mariages d'enfants et les environnements d'apprentissage peu favorables constituent, entre autres, des barrières à l'accès des filles à l'éducation au Niger²¹.

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

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

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

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

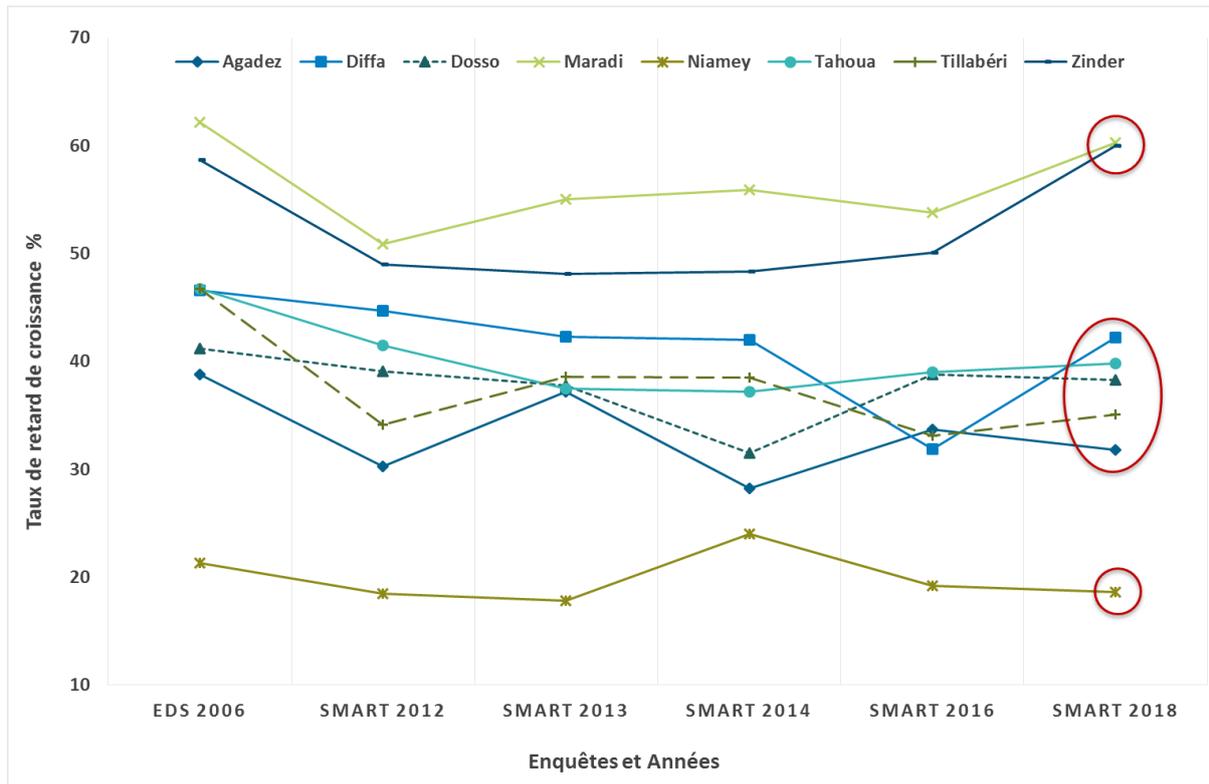
19 Keith et Koné, « Étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des communautés vis-à-vis de la nutrition, des soins primaires de santé pour la femme enceinte et le nourrisson, l'accès à l'eau potable, l'hygiène, l'hygiène et l'assainissement, l'accès aux soins de santé pour le jeune Enfant dans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

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

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

Il n’y a pas des facteurs socio-anthropologiques ou culturels d’un côté et des facteurs économiques, démographiques, d’alimentation et de santé, d’autonomisation de la femme etc. de l’autre. Il y a plutôt une combinaison, voire un enchevêtrement de toute une série de causes²². Cela doit être pris en compte dans la mise en place des programmes de prévention de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans.

Graphique 1 : Évolutions régionales de la prévalence de la malnutrition chronique pour les enfants de moins de 5 ans au Niger de 2006 à 2018



Source : PNIN, exploitation des données des enquêtes SMART, INS.

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

La situation de Niamey est intéressante car elle démontre qu’il n’y a pas de fatalité en ce qui concerne les progrès face à ce problème qui engendre des souffrances humaines et des pertes économiques importantes. Il est donc possible d’inverser les tendances actuelles au prix d’un effort systémique soutenu dans la mise en œuvre des programmes régionaux et locaux de développement inclusif. Selon Claude Raynaut et al., *l’appui aux initiatives et innovations locales est devenu une des lignes de force de bien des projets de développement*²³. Il est donc temps, dans le contexte nigérien, d’agir vite en faveur de la prévention de la malnutrition dans cette perspective de développement régional et local qui semble encore plus pertinente dans le champ de la nutrition.

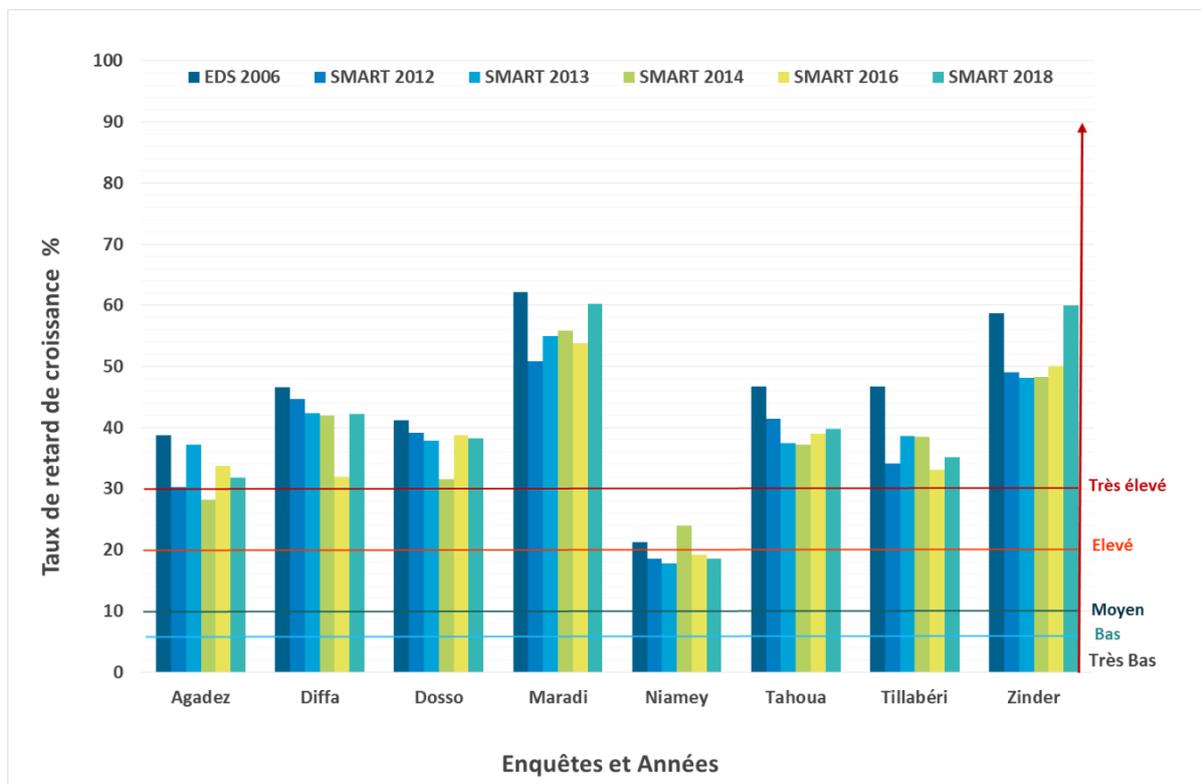
22 Koné, « Stratégies des ménages et malnutrition infantile dans la région de Madarounfa ».

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



2.1.2 LA MALNUTRITION CHRONIQUE EST LA PLUS FAIBLE À NIAMEY

Graphique 1: Évolutions régionales de la prévalence de la malnutrition chronique pour les enfants de moins de 5 ans au Niger



Source : PNIN, exploitation des enquêtes EDS 2006 et SMART 2012, 2013, 2014, 2016, 2018

Selon la nouvelle classification des seuils de sa sévérité chez les enfants de moins de cinq (5) ans²⁴, la prévalence de la malnutrition chronique est très élevée quelque soit l'année considérée dans toutes les régions, y compris Agadez. La région de Niamey est une exception avec une prévalence moyenne et en baisse régulière. En effet, outre les facteurs précédemment décrits, le système alimentaire dans la capitale subit des transformations avec de nouvelles dynamiques et mutations. En s'urbanisant, Niamey rompt partiellement avec les systèmes d'approvisionnement et de distribution alimentaires ruraux²⁵. La croissance rapide de sa population et son développement socio-économique entraînent une demande alimentaire croissante et une offre qui évolue également rapidement, tout en se complexifiant. L'organisation sociale, le pouvoir d'achat et les habitudes de consommation évoluent et se distancient progressivement de celles du milieu rural. Hormis l'agriculture urbaine, Niamey draine les productions alimentaires des régions et des importations alimentaires. Cette ville a, à elle seule, absorbait déjà en 2010, 32 % des importations alimentaires du Niger²⁶.

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

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

26 Brisson, Emile-geay, et Angelo.

3 LES DÉTERMINANTS DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE

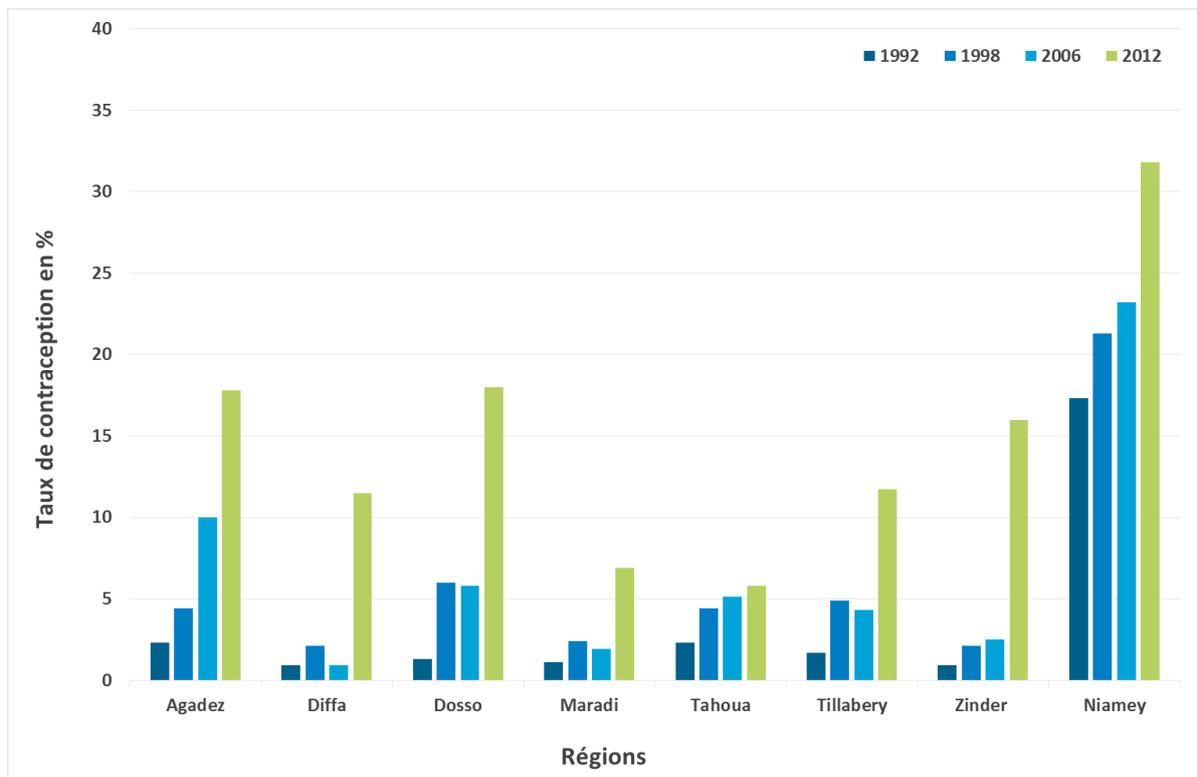
3.1 COMPORTEMENTS EN MATIÈRE D'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES ET DE FÉCONDITÉ

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

Depuis 1992, il y a une augmentation du niveau d'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Toutefois, pour certaines régions (Diffa, Dosso, Maradi, Tillabéri), une baisse est observée, particulièrement entre 1998 et 2006.

En 2012, au Niger, 12 % des femmes, en union, utilisent actuellement une méthode contraceptive moderne. Bien qu'étant encore à un niveau faible, l'augmentation régulière de l'utilisation de la contraception moderne résulte d'une vaste campagne de sensibilisation sur les méthodes contraceptives ayant entraîné une amélioration de la fréquentation des services de planification familiale dans toutes les régions particulièrement à Niamey. Parmi les méthodes moderne, les femmes utilisent plus la pilule (6 %), puis les injectables (2 %). La prévalence contraceptive moderne est environ trois (3) fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (27 % contre 10 %). Cette tendance se constate pour Niamey où le taux d'utilisation est de 32 %. La proportion d'utilisatrices de méthodes contraceptives modernes a tendance à augmenter avec le niveau d'instruction, variant de 10 % pour les femmes sans instruction à 30 % pour celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus²⁷.

Graphique 2: Évolution du taux de contraception moderne dans les huit régions du Niger de 1992 à 2012



Source : PNIN, exploitation des données des EDSN, INS Niger

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



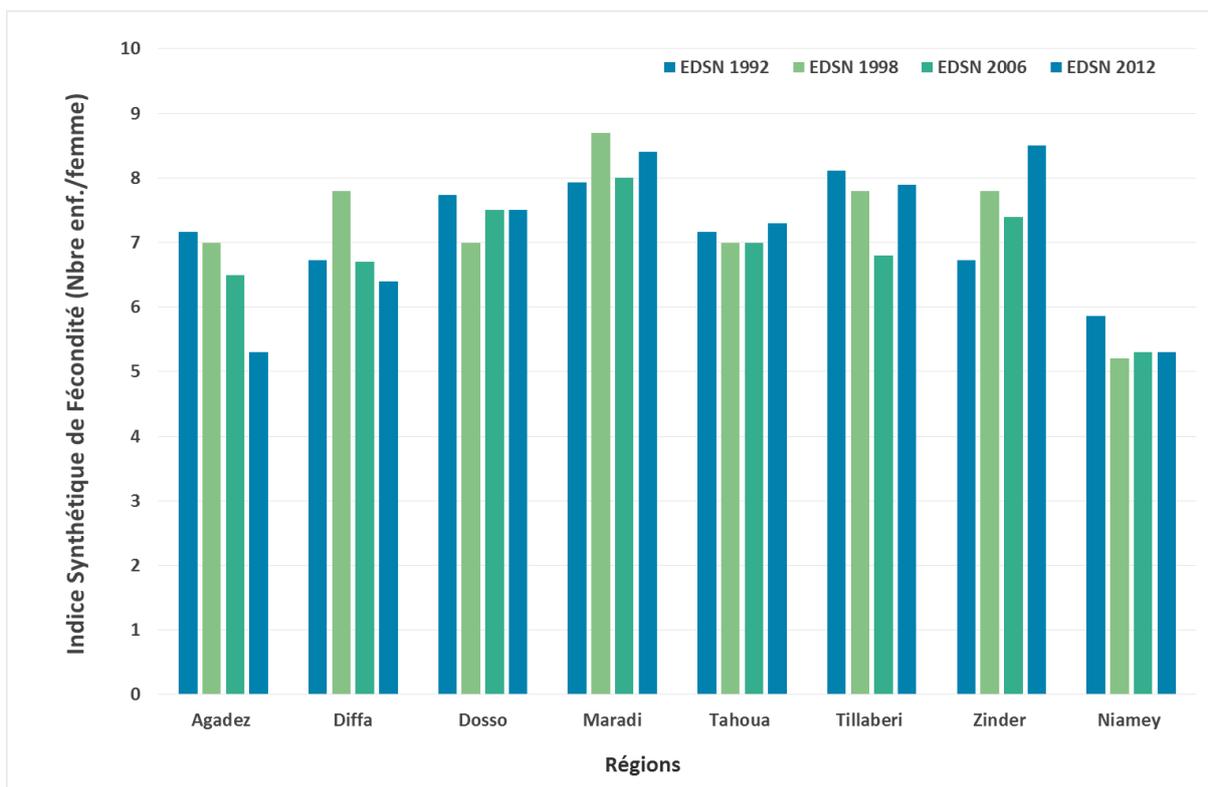
Les dispositifs de planification des naissances sont impopulaires en milieu rural au Sahel en général et au Niger en particulier. Les barrières à l'utilisation de la contraception moderne dans la région de Maradi par exemple, sont par ordre d'importance : la réticence du conjoint, la réticence de la femme elle-même, le besoin d'avoir plus d'enfants, les médicaments considérés dangereux, l'utilisation d'une méthode contraceptive traditionnelle et enfin l'absence de connaissance (ne connaissent pas ou n'ont jamais entendus parler)²⁸. Ces barrières observées à Maradi sont probablement les mêmes dans toutes les autres régions hormis Niamey.

3.1.2 PLUS DE 8 ENFANTS PAR FEMME À ZINDER ET MARADI

La démographie du Niger est caractérisée par un Indice Synthétique de Fécondité (ISF) élevé bien qu'étant en baisse depuis 1998 à **Diffa et à Agadez**.

Les femmes des milieux urbains ont un niveau de fécondité nettement plus faible que celles des milieux ruraux (en moyenne, 5,6 enfants par femme contre 8,1)²⁹. **Avec plus de 8 enfants par femme, c'est dans les régions de Zinder et de Maradi** que les niveaux de fécondité sont les plus élevés (respectivement 8,5 et 8,4)³⁰. D'après l'EDS 2012, les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction ont en moyenne, trois (3) enfants de plus que celles qui ont un niveau secondaire et plus (respectivement 8,0 et 4,9). L'autonomisation des femmes reste encore un déterminant de vulnérabilité puissant car la fécondité des adolescentes demeure élevée : en 2012, 40 % des jeunes filles de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie procréative.

Graphique 3: Évolution de l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) entre 1992 et 2012 au Niger



Source :PNIN, exploitation des données des EDSN, INS Niger

²⁸ Illaria, « Discours de l'UNICEF, atelier de validation du Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC) 2019-2023 ».

²⁹ Institut National de la Statistique du Niger, « Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2012 ».

³⁰ Institut National de la Statistique du Niger.

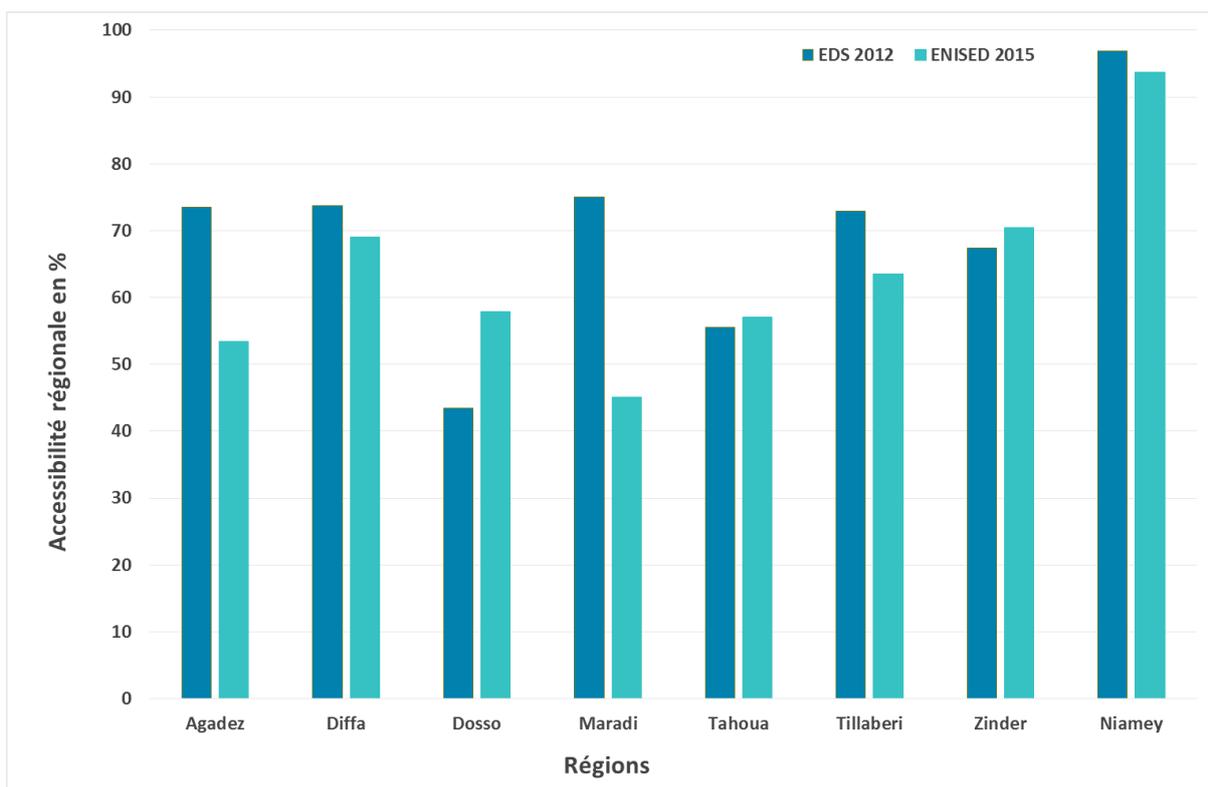
Le faible accès et la faible utilisation des méthodes contraceptives, les croyances (avoir beaucoup d'enfants est un signe de richesse et de considération sociale) **ainsi que le faible niveau d'instruction** pourraient expliquer les niveaux de fécondité importants dans les régions de Maradi et de Zinder.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

3.2 ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE

3.2.1 ACCÈS À UNE SOURCE D'EAU AMÉLIORÉE QUI SE DÉGRADE DANS LA MOITIÉ DES RÉGIONS ET NIAMEY

Dans cette partie, il est fait l'hypothèse qu'une eau de source non améliorée est une eau qui provient d'une source non protégée (exemple : puits non protégés). Le taux d'accès optimal de la population à une source d'eau améliorée **se dégrade dans les régions de Maradi, d'Agadez, de Diffa, de Tillabéri** et dans une moindre mesure à Niamey. Hormis Dosso où il y a eu une amélioration du taux d'accès de plus de 14 points³¹, les autres régions avec des taux d'accès élevés ont fait **des faibles performances**.

Graphique 4: Évolution du taux d'accès à une source d'eau améliorée (%) par région entre 2012 et 2015



Source : PNIN, exploitation des données des EDS et ENISED, INS Niger

31 Institut National de la Statistique du Niger, « Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2012 et Étude Nationale d'Indicateurs Socio-Économiques et Démographiques (ENISED) 2015 ».



3.2.2 ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES D'ASSAINISSEMENT AMÉLIORÉS

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

Alors que l'accès optimal aux services d'assainissement s'est fortement amélioré dans les régions de Zinder, de Tillabéri et de Tahoua, il s'est dans le même temps détérioré dans la seule région d'Agadez entre 2012 et 2015.

En outre, de faibles améliorations sont enregistrées dans les régions de Dosso, de Maradi ou encore de Niamey.

Malgré ces améliorations, la situation reste préoccupante dans toutes les régions, avec des gaps importants qui sont difficilement résorbables avant l'échéance de 2025 (AMS), voir 2030 (ODD).

Tableau 1 : Accessibilités régionales aux services d'assainissement amélioré (en %) en 2012 et 2018

Région	Assainissement amélioré	
	EDS 2012 (en %)	PROSEHA 2018 (en %)
Agadez	46,12	38,4
Diffa	22,97	27,1
Dosso	12,4	15,6
Maradi	19,59	20,2
Niamey	84,9	88
Tahoua	10,61	17,6
Tillabéri	7,18	15,6
Zinder	13,09	19,7

Source : EDSN 2012 et PROSEHA 2018

3.3 INCIDENCE DE LA PAUVRETÉ

Est pauvre, toute personne dont la consommation annuelle est inférieure, en valeur monétaire, au seuil de pauvreté de la période considérée³².

Les chutes les plus spectaculaires de taux de pauvreté ont été observées dans les régions de Niamey, Agadez, Tahoua et Tillabéri avec, en 2014, une incidence inférieure à 30 %. En revanche, **l'incidence de la pauvreté est restée stable entre 2011 et 2014 dans la région de Diffa**. La stagnation de l'incidence de la pauvreté dans la région de Diffa serait liée à la situation sécuritaire dégradée en plus des effets du changement climatique entraînant la baisse des activités de pêche et des activités agricoles particulièrement autour du lac Tchad.

La très faible incidence et régulière baisse de la pauvreté à Agadez pourrait résulter du développement des activités productives (minières, agricoles et touristiques par exemple) en plus du dividende démographique.

L'incidence de la pauvreté baisse très lentement dans les régions de Maradi et Dosso. En 2014 quatre (4) régions (Maradi, Zinder, Dosso et Tillabéri) ont une incidence supérieure à 40 %.

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

Tableau 2 : Répartition régionale de l'incidence de la pauvreté au Niger selon différentes sources de 2005 à 2014

Région	2011	2014
	Incidence de la pauvreté (%)	Incidence de la pauvreté (%)
Agadez	20,7	9,7
Diffa	34	34,1
Dosso	52,9	59,4
Maradi	57,8	67,2
Tahoua	47,9	28,8
Tillabéri	56	41,8
Zinder	47,7	52,9
Niamey	10,2	6,3

Source : PNIN, exploitation des données des enquêtes de l'INS : QUIBB 2005, ENBC 2008, ECVMA 2011, ECVMA 2014





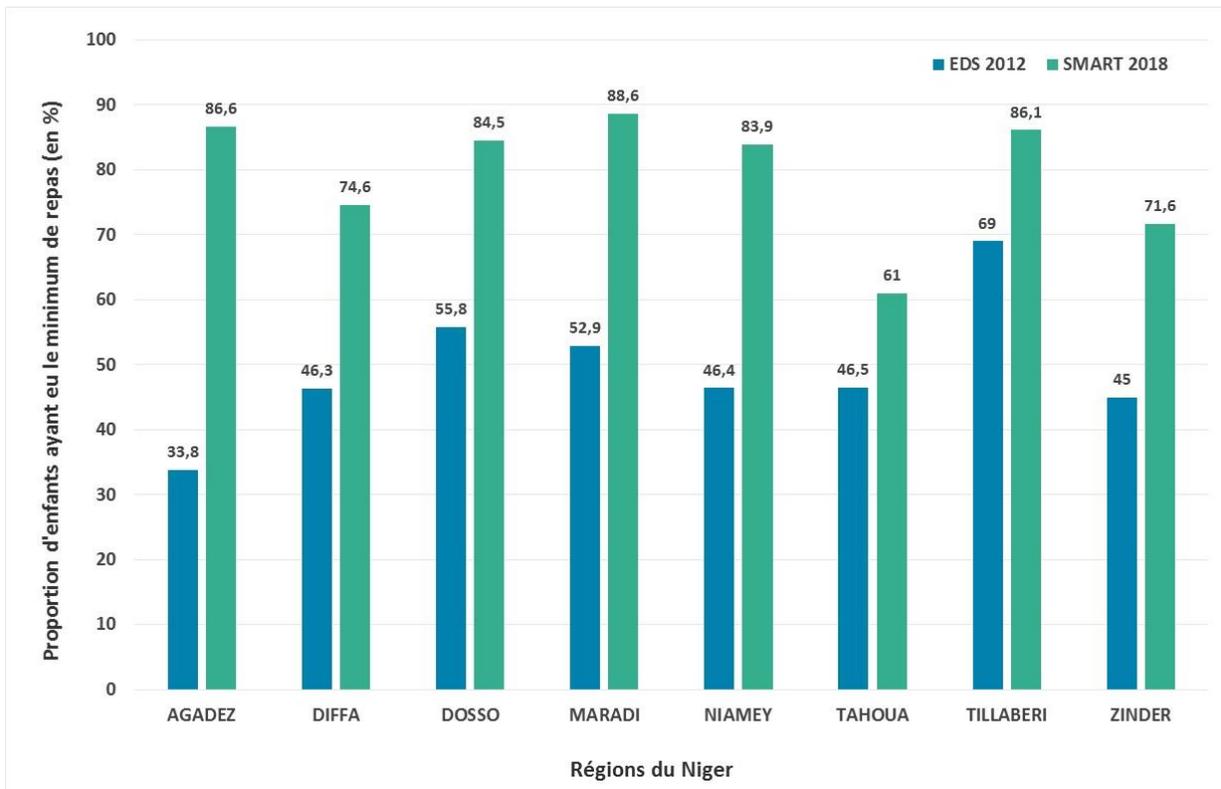
4 HABITUDES ALIMENTAIRES : FACTEURS DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE

4.1 FRÉQUENCE MINIMALE DES REPAS, FORTE AUGMENTATION À AGADEZ

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

La fréquence minimale des repas s'est considérablement améliorée dans toutes les régions entre 2012 et 2018. La compréhension et les leçons apprises de ce succès dans toutes les régions particulièrement à Agadez, à Maradi, à Dosso et à Niamey peuvent permettre de faire progresser les autres indicateurs de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (Cf.graphique 6 sur l'évolution de la proportion d'enfants ayant reçus le nombre de repas comme recommandé par l'OMS).

Graphique 5 : Évolution de la fréquence minimale des repas chez les enfants de 6-23 mois par région en 2012 et 2018



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

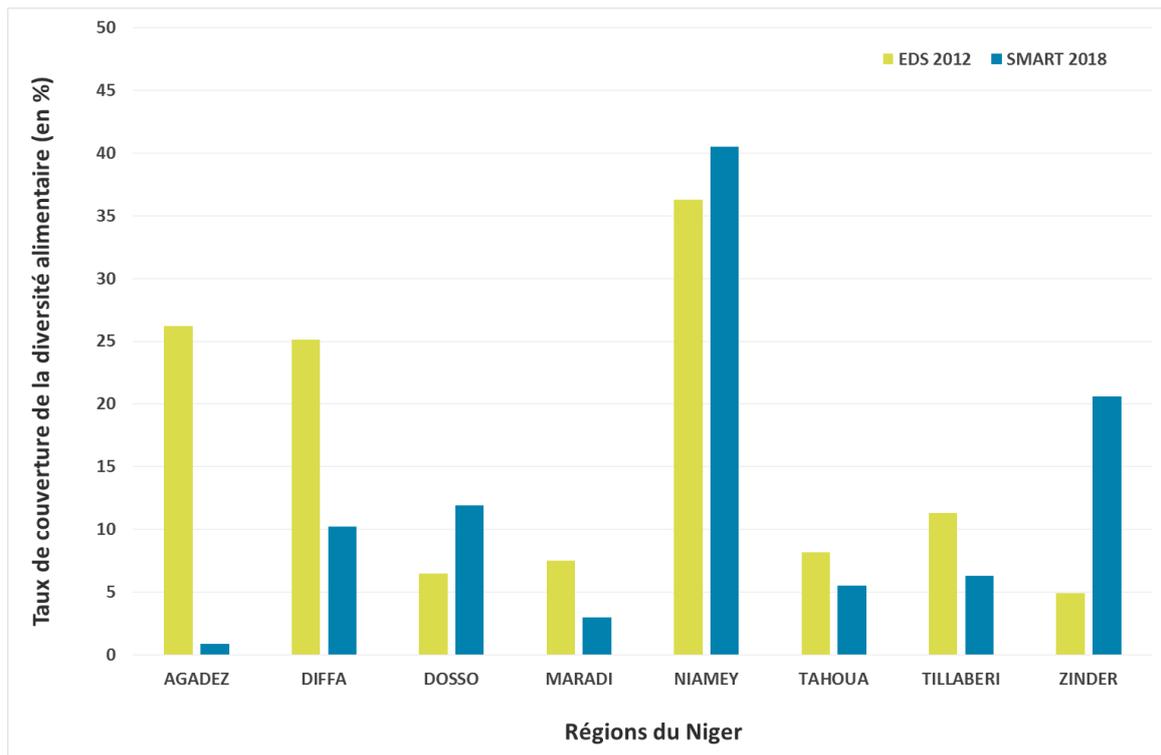
La forte amélioration observée à Agadez pourrait s'expliquer par l'amélioration de la situation sécuritaire et des conditions de vie des personnes, la mise en valeur des oasis et la diversification des activités socio- économiques.

4.2 FAIBLE DIVERSITÉ ALIMENTAIRE À AGADEZ ET À MARADI EN 2018

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

La diversité alimentaire chez les enfants de moins de cinq (5) ans s'est nettement améliorée à Niamey, à Zinder et à Dosso. À l'inverse, elle s'est dégradée entre 2012 et 2018 dans les régions d'Agadez, de Diffa, de Maradi, de Tahoua et de Tillabéri.

Graphique 6 : Évolution de la diversité alimentaire chez les enfants âgés de 6-23 mois par région entre 1992 et 2018



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

Il est étonnant d'observer les fortes disparités de la diversité alimentaire entre 2012 et 2018 à Agadez dans un contexte normalement favorable sur le plan de la disponibilité et de l'accès à la nourriture en 2018. En effet, l'enquête SMART de 2018 a été conduite en période post-récolte tandis que celle de 1992 en période de soudure ou de faible disponibilité alimentaire. Agadez est l'une des rares régions dans lesquelles l'agriculture majoritairement irriguée (blé, maïs, pomme de terre, ail, dattes et agrumes) et l'élevage (lait et produits laitiers) sont développés et occupent les populations de façon complémentaire. De même, la ville a toujours été un carrefour pour le commerce transfrontalier.

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

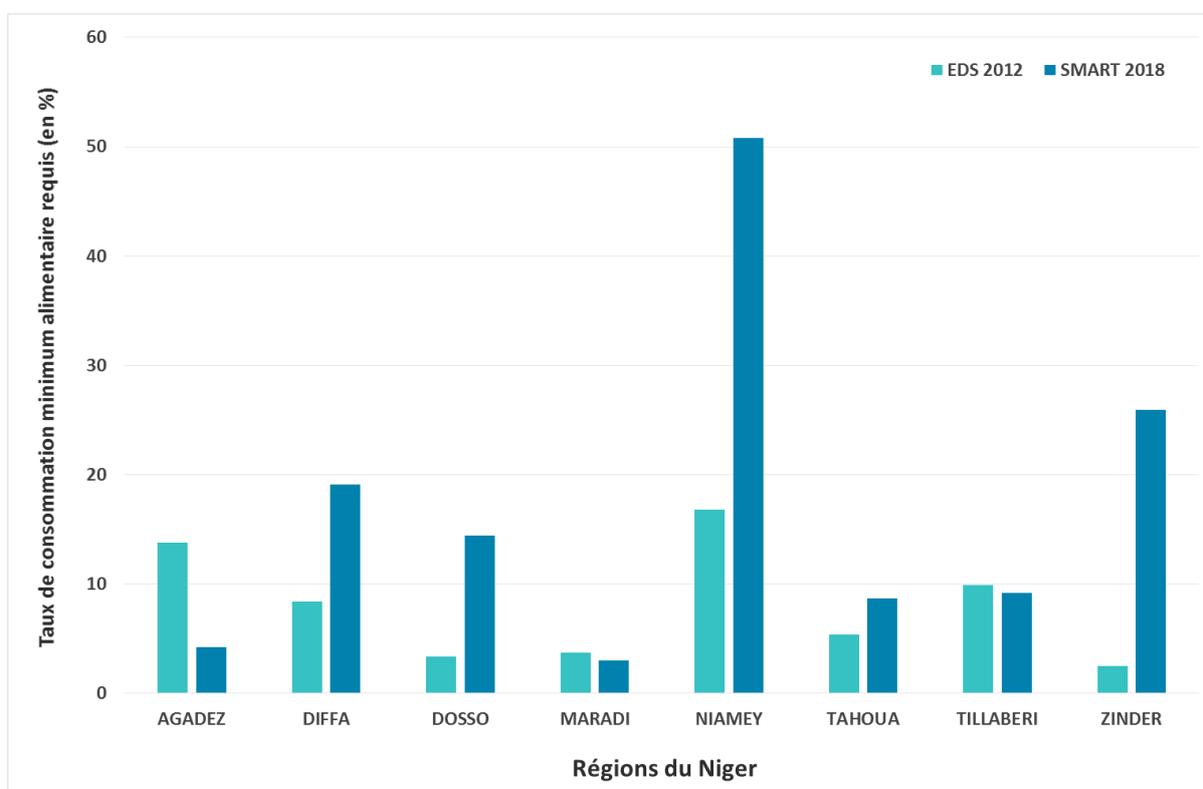


4.3 RÉGIME ALIMENTAIRE MINIMUM QUASI NUL À MARADI EN 2018

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

Le régime minimum alimentaire s'est légèrement dégradé (-1 point de pourcentage) à Maradi et à Tillabéri où la consommation du minimum alimentaire est quasi nulle (3 %)³³. Cependant, le régime minimum alimentaire s'est nettement amélioré à Niamey (+34 points de pourcentage) où le taux de consommation du minimum alimentaire reste le plus important (50 %). Ensuite, le régime minimum alimentaire s'est également amélioré à Zinder (+23 points de pourcentage) et à Dosso et Diffa (+ 11 point de pourcentage). La situation est stable dans la région de Tahoua (+3 points de pourcentage).

Graphique 7 : Taux de consommation régionale du minimum alimentaire requis en 2012 et 2018 pour les enfants de 6 - 23 mois



Source : PNIN, exploitation des données des enquêtes EDS 2012 et SMART 2018

4.4 FRÉQUENCE DE CONSOMMATION DES DIFFÉRENTS GROUPES D'ALIMENTS

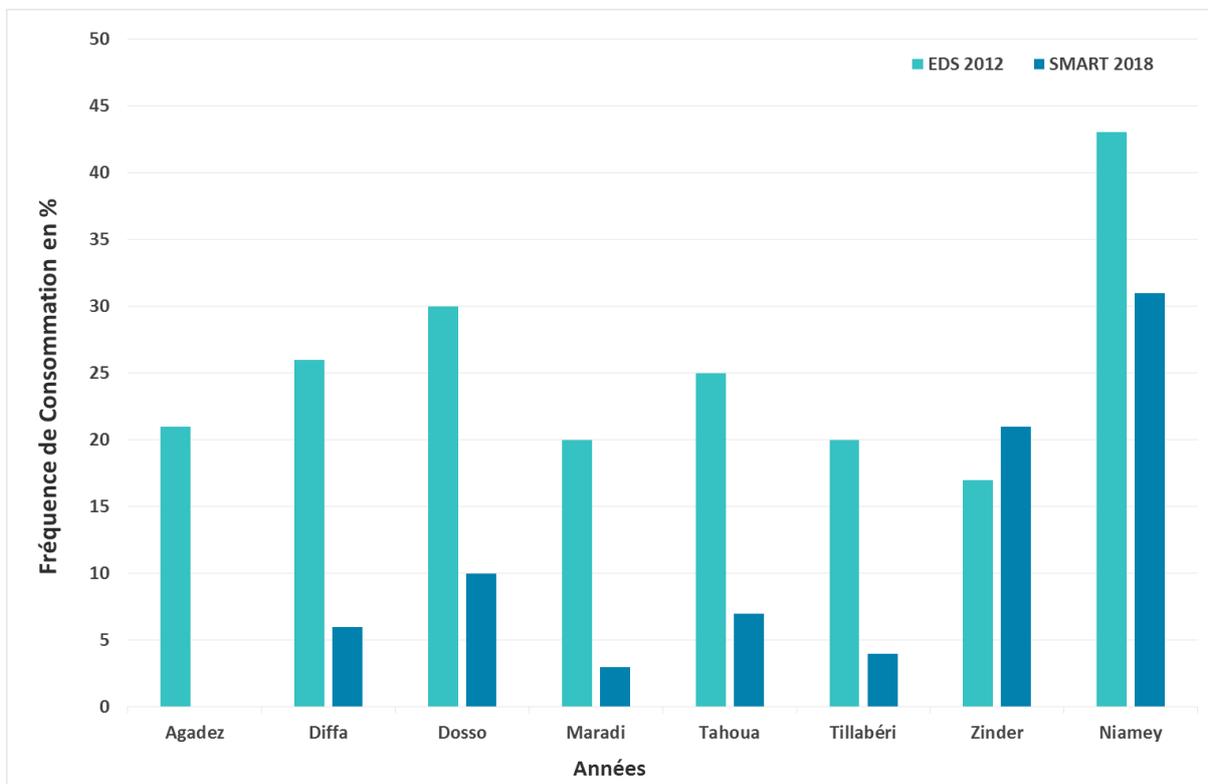
La présentation et l'analyse des données sur les tendances de la fréquence de consommation des différents groupes d'aliments chez les enfants de 6-23 mois par région, a été faite avec une série courte de seulement deux enquêtes (EDS 2012 et SMART 2018). Les groupes d'aliments étudiés sont les : (1) céréales,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

Des incohérences et inconsistances sur les tendances de la fréquence de consommation de ces quatre (4) groupes d'aliments ont été observées et ne peuvent pas être expliquées uniquement

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

par la différence des méthodologies entre les enquêtes (**raison pour laquelle ces données ne sont pas incluses dans ce rapport**). Cependant, la fréquence de consommation des fruits et légumes (Graphique 9) permet d'illustrer ces inconsistances. En effet, l'enquête SMART en 2018 par exemple, se focalise prioritairement sur la représentativité et la qualité des données anthropométriques pour fournir une base à l'action humanitaire. Cette enquête a été conduite sur une courte période de temps durant la saison de l'année de relative abondance des fruits et légumes. L'enquête EDS 2012 est en revanche une enquête lourde standardisée avec des composantes dépassant largement le domaine de la santé et nutrition. L'EDS a été conduite sur six (6) mois englobant la période de soudure ou de faible disponibilité de fruits et légumes. Le graphique ci-dessous illustre parfaitement ces incohérences difficilement justifiables à partir des données disponibles. Entre 2012 et 2018, on pourrait s'attendre à une augmentation (à la limite une stagnation) de la consommation de fruits et légumes. Agadez par exemple est une région de forte production de fruits et légumes avec une productivité croissante au fil des années. Il est donc difficile d'expliquer cette tendance atypique qui est également observée dans toutes les autres régions à l'exception de Zinder.

Graphique 9 : Fréquence (%) de consommation des fruits et légumes chez les enfants de 6-23 mois au Niger



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

Les incohérences observées de la tendance de la fréquence de consommation des fruits et légumes sont également superposables à celles des autres groupes d'aliments étudiés mais non inclus dans ce rapport.

Plusieurs initiatives de collecte des données sur la consommation alimentaire ont été réalisées ou sont en cours au Niger : enquête SMART 2019 ; enquête sur les apports nutritionnels des groupes vulnérables et l'identification d'aliments véhicules pour l'enrichissement en micronutriments au



Niger avec la méthodologie FRAT et le rappel quantitatif de 24 heures³⁴ ; enquête du Projet Meriem (Mobiliser les Entreprises sahéniennes pour des Réponses innovantes et à large Échelle contre la Malnutrition)³⁵. Le rapport sera donc actualisé au fur et à mesure en fonction de la disponibilité de ces nouvelles données tout en espérant qu'elles vont apporter plus de clarté.

Il est par ailleurs important que l'INS priorise des investissements dans des données comparables, de bonne qualité et à périodicité régulière sur la consommation alimentaire afin de faire des analyses de tendance sur des séries plus longues. Cette production d'informations permettra de tirer des conclusions et des recommandations pertinentes pour les politiques et programmes tout en renforçant systématiquement la crédibilité des données collectées. Cette situation sur la qualité des données sur la consommation alimentaire n'est pas spécifique au Niger³⁶.



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

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

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





5 CONCLUSIONS

Cette première analyse permet de voir certaines tendances de la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq (5) ans selon les régions et certains de ses déterminants pour lesquels des données sont désagrégées. En effet, plusieurs indicateurs retenus pour l'analyse ne sont renseignés qu'au niveau national. C'est pourquoi, cette analyse pourrait être complétée par une **revue bibliographique et des enquêtes complémentaires de type qualitatif au niveau des régions.**

Niamey se démarque des autres régions avec une prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans de niveau moyen. Toutes les autres régions présentent des prévalences très élevées avec plus de la moitié des enfants affectés à Maradi et Zinder.

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

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

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

Lorsque la couverture des interventions multisectorielles augmente, la vulnérabilité pour la malnutrition diminue et les **chances d'atteindre** les cibles de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) et de l'Objectif du Développement Durable Deux (ODD2) augmentent.





6 RECOMMANDATIONS

Selon ces premières analyses, il convient **d’orienter les investissements sur la lutte contre la malnutrition chronique** chez les enfants de moins de cinq (5) ans en accordant **la priorité aux régions les plus affectées**. Les investissements risquent, cependant, de ne pas avoir l’effet souhaité si les dimensions « population » et « pauvreté » ne sont pas prises en compte. Ces deux facteurs sont des éléments amplificateurs de l’ampleur de la malnutrition chronique, agissant à la fois sur ses causes et ses conséquences. La lutte contre la pauvreté est bien prise en compte dans les politiques de développement tandis que l’aspect démographique n’est abordé que récemment au Niger, avec l’adoption en conseil des Ministres d’une Politique Nationale de Population (PNP) en Août 2019³⁷.

Il semble important de **régionaliser³⁸ le développement inclusif et les programmes de prévention de la malnutrition chronique** dans la perspective de réduire les disparités régionales. Cette action passe par la prise en compte des spécificités régionales en s’inspirant du modèle de développement du système alimentaire³⁹ et d’accès aux services sociaux de base de Niamey⁴⁰. Il faut donc des **approches différentes** pour des régions selon les spécificités de chacune sur le plan des activités socio-économiques en général et des systèmes alimentaires en particulier. Les actions prioritaires destinées à réduire la malnutrition chronique, seront probablement fonction des systèmes de production (Agadez versus Maradi par exemple). Toutes les parties prenantes au niveau national en général et au niveau de chacune des régions en particulier, ont un rôle essentiel à jouer dans les transformations en faveur du développement de la nutrition. La responsabilité du statu quo en termes de niveau actuel des indicateurs de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans est partagée par toutes les parties prenantes, y compris les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs), avec l’État dont la responsabilité primaire et le leadership sont déterminants pour plus de progrès futurs. Un des défis majeurs pour l’État est la gestion de la diversité des situations socio-culturelles et des systèmes alimentaires d’une région à une autre et parfois au sein d’une même région, dans un contexte de partenariats et d’acteurs qui se complexifie au fil de temps.

Il importe de faire une revue documentaire et des recherches formatives de type qualitatif dans au moins trois (3) régions (Niamey, Maradi et Agadez) pour expliquer d’avantage les disparités régionales et suggérer des solutions endogènes et locales. En effet, la contextualisation des déterminants de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq (5) ans permet de comprendre pourquoi par exemple des pratiques néfastes à l’état de santé et de nutrition persistent de façon dramatique⁴¹. Au Niger, la compréhension et la réponse adéquate pour améliorer de façon systémique l’ensemble des éléments du contexte social, économique, sanitaire, alimentaire et environnemental de la malnutrition chronique, pourrait permettre d’intégrer de façon efficiente l’action humanitaire aux programmes de développement à long terme. L’action humanitaire massive depuis 2005 a été la principale porte d’entrée à la mise en œuvre des programmes de nutrition. L’abondante littérature existante sous différents angles sur les crises alimentaires/actions humanitaires et la faible documentation sur les actions de prévention de la malnutrition chronique au Niger reflètent cette situation.

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

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

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

40 OMS Niger, Rapport annuel 2014.

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





BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

———. « Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2012 et Étude Nationale d'Indicateurs Socio-Économiques et Démographiques (ENISED) 2015 », 2012.

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

Institut National de la Statistique, Plateforme Nationale d'Information pour le Nutrition, et Haut-Commissariat à l'Initiative 3N. « Rapport N°02 sur les tendances nationales de la malnutrition

chronique chez les enfants de moins de cinq ans au Niger. Rapport INS/HC3N, Janvier 2020, Niamey, Niger », s. d.

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

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

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

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

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

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

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

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

https://www.researchgate.net/publication/283639171_The_Global_Nutrition_Report_2015_wh_at_we_need_to_do_to_advance_progress_in_addressing_malnutrition_in_all_its_forms.

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

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

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

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

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

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



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

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

UNICEF, et Hamadou Boureima. « Nutrition et santé : place des interventions curatives, préventives et promotionnelles dans la lutte contre la malnutrition ; partenariat et évolution de la Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë sévère au Niger à la veille du forum Nutrition for Growth-Japon 2020 ». Forum Nutrition for Growth, 2019.







REMERCIEMENTS

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

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







PNiN

Plateforme nationale
d'information pour la nutrition