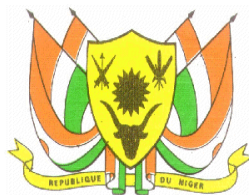


REPUBLIQUE DU NIGER



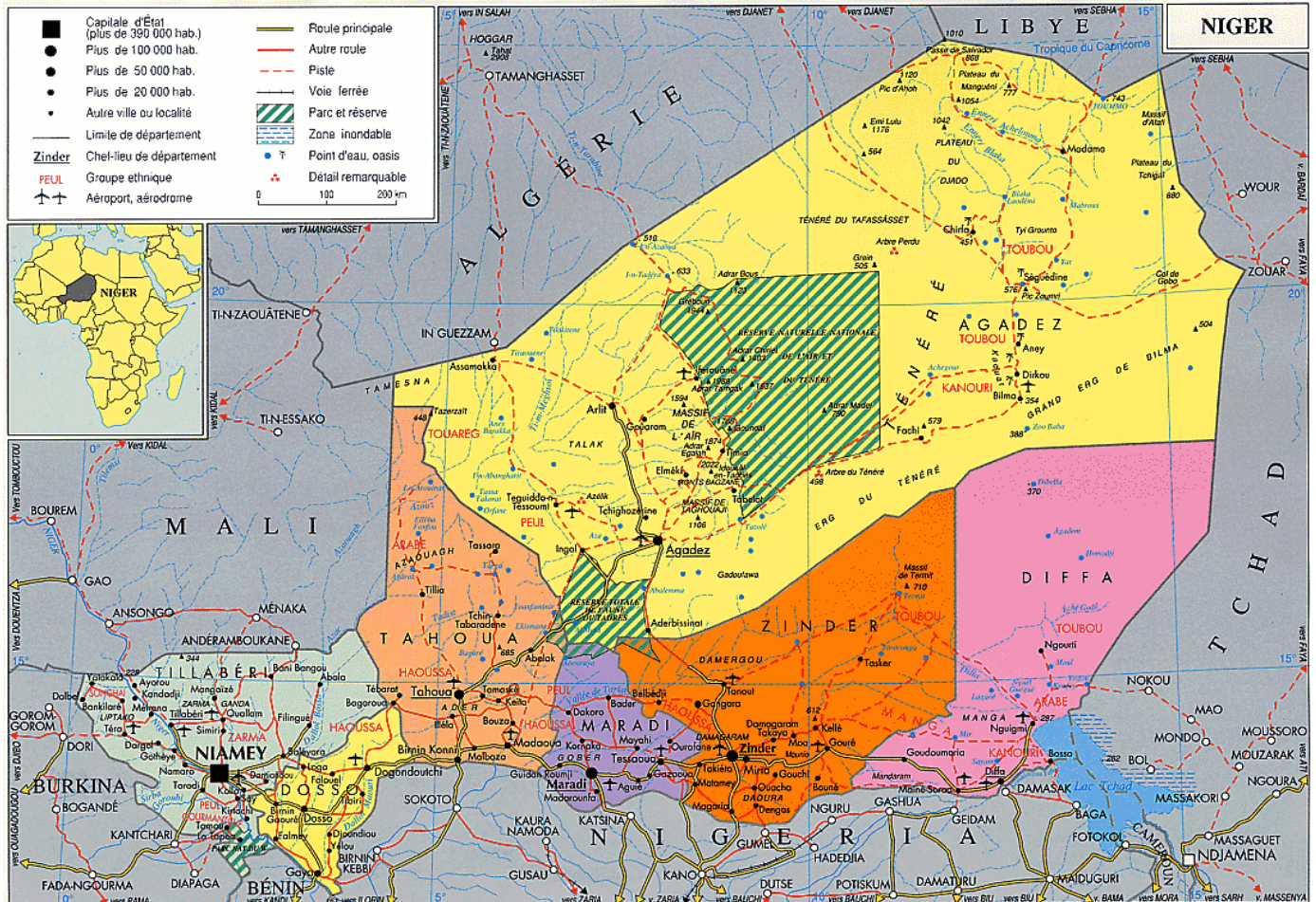
Fraternité – Travail - Progrès

**PLAN NATIONAL D'ACTION
POUR LA NUTRITION
2007-2015**

(PROJET)

NOVEMBRE 2006

CARTE DU NIGER



SOMMAIRE

SIGLES ET ABREVIATIONS	7
PREAMBULE.....	9
I. CONTEXTE GENERAL.....	10
1.1. Un cadre physique austère	10
1.2. Le défi démographique	12
1.3. Un contexte socio-économique marqué par la pauvreté	13
1.4. Un contexte politique et institutionnel en pleine mutation.....	16
II. SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE DU NIGER.....	16
2.1. Situation alimentaire.....	16
2.1.1. Production agricole	17
2.1.2. Production animale	18
2.1.3. Production halieutique	20
2.2. Consommation alimentaire	20
2.3. Groupes et zones à risque d'insécurité alimentaire.....	28
2.3.1. Groupes à risque d'insécurité alimentaire	28
2.3.1. Zones à risque d'insécurité alimentaire	29
2.2. Situation nutritionnelle.....	29
2.2.1. Malnutrition	30
2.2.1.1. Chez les enfants de moins de 5 ans	30
2.2.1.2. Chez les adultes	33
2.2.2. Carences en micronutriments.....	34
2.2.2.1. Carence en vitamine A	34
2.2.2.2. Carence en iode	35
2.2.2.3. Anémie et carence en fer	36
2.2.2.4. Autres carences spécifiques	36
2.2.3. Maladies chroniques non contagieuses liées au régime alimentaire ...	37
2.2.4. Résumé de la situation nutritionnelle.....	37
2.3. Analyse des causes des problèmes nutritionnels.....	37
2.3.1. Causes biologiques	38
2.3.2. Causes socioculturelles	38
2.3.3. Causes liées aux mauvaises pratiques alimentaires.....	39
2.3.4. Causes naturelles, économiques et politiques	39

2.4. Analyse de la réponse nationale a la situation alimentaire et nutritionnelle....	41
2.4.1. Analyse de la réponse en matière de sécurité alimentaire.....	41
2.4.1.1. La Stratégie Opérationnelle de Sécurité Alimentaire.....	41
2.4.1.2. Le Programme National Global de Sécurité Alimentaire..	42
2.4.1.3. La Stratégie de Développement Rural.....	44
2.4.1.4. Etat de mise en œuvre des politiques, stratégies et programmes.....	44
2.4.2. Analyse de la réponse en matière de lutte contre la malnutrition, d'hygiène et de salubrité des aliments.....	45
2.4.3. Réponse à la crise nutritionnelle de 2005- 2006.....	47
2.4.4. L'ancrage institutionnel en matière d'alimentation et de nutrition.....	48
III. OPTIONS STRATEGIQUES	51
3.1. Problèmes prioritaires	51
3.2. Stratégies	51
3.3. Les objectifs généraux et spécifiques de la Politique d'Alimentation et de Nutrition	53
3.2.1 Objectifs généraux.....	54
3.2.2 Objectifs spécifiques.....	54
IV. PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION	55
4.1. Programmes principaux.....	56
4.1.1. Programme 1 : Diversification de la production alimentaire et amélioration de la valeur nutritionnelle	56
4.1.1.1. Analyse de la situation.....	56
4.1.1.2. Objectifs.....	56
4.1.1.3. Groupes cibles.....	56
4.1.1.4. Plan d'opérations.....	57
4.1.1.5. Cadre logique	58
4.1.1.6. Budget	59
4.1.2. Programme 2 : Lutte contre les carences nutritionnelles	60
4.1.2.1. Analyse de la situation.....	60
4.1.2.2. Objectifs.....	64
4.1.2.3. Groupes cibles.....	64
4.1.2.4. Plan d'opérations.....	65
4.1.2.6. Cadre logique	69
4.1.2.7. Budget	73
4.1.3. Programme 3 : Prise en charge des personnes défavorisées sur le plan socio- économiques et vulnérables sur le plan nutritionnel.....	76

4.1.3.1.	Analyse de la situation.....	76
4.1.3.2.	Objectifs.....	77
4.1.3.3.	Groupes cibles.....	77
4.1.3.4.	Plan d'opérations.....	78
4.1.3.5.	Cadre logique	79
4.1.3.6.	Budget	80
4.1.4.	Programme 4 : Promotion des régimes alimentaires et des modes de vie sains	81
4.1.4.1.	Analyse de la situation.....	81
4.1.4.2.	Objectifs.....	81
4.1.4.3.	Groupes cibles.....	81
4.1.4.4.	Plan d'opérations.....	82
4.1.4.5.	Cadre logique	83
4.1.4.6.	Budget	84
4.1.5.	Programme 5 : Promotion de l'allaitement maternel	85
4.1.5.1.	Analyse de la situation.....	85
4.1.5.2.	Objectifs.....	85
4.1.5.3.	Groupes cibles.....	86
4.1.5.4.	Plan d'opérations.....	87
4.1.5.5.	Cadre logique	88
4.1.5.6.	Budget	89
4.1.6.	Programme 6 : Promotion de la qualité et de l'innocuité des aliments	90
4.1.6.1.	Analyse de la situation.....	90
4.1.6.2.	Objectifs.....	91
4.1.6.3.	Groupes cibles.....	91
4.1.6.4.	Plan d'opérations.....	92
4.1.6.5.	Cadre logique	94
4.1.6.6.	Budget	96
4.1.7.	Programme 7 : Évaluation, analyse et surveillance de la situation alimentaire et nutritionnelle	97
4.1.7.1.	Analyse de la situation.....	97
4.1.7.2.	Objectifs.....	97
4.1.7.3.	Groupes cibles.....	98
4.1.7.4.	Plan d'opérations.....	99
4.1.7.5.	Cadre logique	101
4.1.7.6.	Budget	102
4.2.	Collaboration avec les programmes sectoriels	103
4.2.1.	Collaboration avec le programme de lutte contre le paludisme	103
4.2.2.	Collaboration avec le programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës.....	104
4.2.3.	Collaboration avec le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.....	104
4.2.4.	Collaboration avec le programme lutte contre les IST/ VIH-SIDA.....	105
4.2.5.	Collaboration avec le programme les programmes de vaccination ...	106
4.2.6.	Collaboration avec le programme de recherche – vulgarisation – formation (programme 6 de la SDR).....	107
4.2.7.	Collaboration avec le programme réduction de la vulnérabilité des ménages (programme 9 de la SDR).....	108
4.2.8.	Collaboration avec le programme eau potable et assainissement (programme 8 de la SDR).....	108

4.2.9.	Collaboration avec le programme de lutte contre l'insécurité alimentaire par le développement de l'irrigation (programme 8 de la SDR)	110
4.3..	Unification du dispositif institutionnel de sécurité alimentaire et de lutte contre la malnutrition	111
4.3.1.	Analyse de la situation	111
4.3.2.	Objectifs	112
4.3.3.	Groupes cibles	112
4.3.4.	Plan d'opérations	113
4.3.5.	Cadre logique.....	116
4.3.6.	Budget.....	118
V.	GESTION DU PLAN NATIONAL D'ACTION POUR LA NURTITION	120
5.1.	Analyse de la situation	120
5.2.	Objectifs et stratégies.....	121
5.3.	Cadre institutionnel	122
5.4.	Suivi-évaluation	126
5.5.	Structures opérationnelles.....	126
VI.	BUDGET.....	127
VII.	DOCUMENTS CONSULTES	127

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Evolution du cheptel entre 1995 et 2005	18
Tableau 2 : Évolution des abattages contrôlés en kg de poids vif de 1997 à 2005...	18
Tableau 3: Evolution de la production de lait disponible de 2000 à 2005 en litres	19
Tableau 4: Consommation alimentaire en grammes /jour/rationnaire selon le milieu de résidence et la région	22
Tableau 5: Apports de la ration alimentaire en nutriments selon le lieu de résidence et la région.....	23
Tableau 6 : Origine des calories consommées selon le milieu de résidence et la région.....	23
Tableau 7 : Nature des calories consommées selon le lieu de résidence et la région	23
Tableau 8: Pourcentage des ménages arrivant à couvrir 100% ou plus de leurs besoins (Energie, Protéines, Fer et Vitamine A)	27
Tableau 9 : Pourcentage des ménages arrivant à couvrir à 100% ou plus de leurs besoins (Energie, Protéines, Fer et Vitamine A) selon la taille du ménage	27
Tableau 10 : Pourcentage des ménages arrivant à couvrir 100% ou plus de leurs besoins (Energie, Protéines, Fer et Vitamine A) selon le revenu du ménage ...	28
Tableau 11 : Etat nutritionnel des enfants de moins de 3 ans – MICS 2000.....	31
Tableau 12 Etat nutritionnel des adultes de 18-60 ans en milieu rural Indice de Masse Corporelle (EDS-1992)	34
Tableau 13 : Couverture des populations en vitamine A et en fer par les campagnes de distribution de masse (JNM – JNV/JNM - 1997- 2002).....	62

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1	Répartition des apports énergétiques du Niger - Moyenne 1990-1994 (Kcal/pers./jour).....	21
Graphique 2 :	Evolution de la prévalence des enfants de petit Poids de Naissance	30
Graphique 3	Evolution de la prévalence de la malnutrition aigue (rapport Poids-pour-Taille $\leq$ - 2 Ecart Types).....	31

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASV	Agents de Santé Villageoise
BÉROUA	Plat local préparé à partir du haricot
CAP	Enquête Connaissances, Attitudes, Pratiques
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CIN	Comité Interministériel de Nutrition
CIN	Conférence Internationale sur la Nutrition (Rome 1992)
CM	Circonscription Médicale
CNCA	Caisse Nationale de Crédits Agricoles
COTEAR	Comité Technique d'Arrondissement
COTECOM	Comité Technique Communal
COTEDEP	Comité Technique Départemental
CPN	Consultations Pré et Post Natales
CRENA	Centre de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire
CRENI	Centre de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle Intensive
CSI	Centre de Santé Intégré
CV	Comité Villageois
DBC	Distribution à Base Communautaire
DDSP	Direction Départementale de la Santé Publique
DRP	Direction Régionale du Plan
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
DSCN	Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux
EBC	Enquête Budget Consommation
EBCR	Enquête Budget Consommation – Phase Rurale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
EVPC	Equipe Villageoise de Promotion de la Croissance
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FEWS	Famin Early Warning System
HKI	Helen Keller International
ICRISAT	Institut International de Recherches sur les Cultures des zones Tropicales et Semi-arides
IMC	Indice de Masse Corporelle
JLV	Journées Locales de Vaccination
JNM	Journées Nationales de Micronutriments
JNV	Journées Nationales de Vaccination
Kcal	Kilo Calorie
KILICHI	Viande séchée
LMD	Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
MC/PSP	Ministère du Commerce et de la Promotion du Secteur Privé
MCCJ/S	Ministère de la Communication, de la Culture, de la Jeunesse et des Sports
MDA	Ministère du Développement Agricole
MDC	Ministère du Développement Communautaire
MDI/CAT	Ministère du Développement Industriel, du Commerce, de l'Artisanat et du Tourisme
MDR/HE	Ministère du Développement Rural, de l'Hydraulique et de l'Environnement
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MEB/A	Ministère de l'Education de Base 1 et de l'Alphabétisation
ME/AT	Ministère de l'Equipeement et de l'Aménagement du Territoire

MESS/R/T	Ministère des Enseignements Secondaire et Supérieur, de la Recherche et de la Technologie
MF/E	Ministère des Finances et de l'Economie
MH/E/LCD	Ministère de l'Hydraulique, de l'Environnement et de la Lutte Contre la Désertification
MI/D	Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation
MJ/DS	Ministère de la Justice Garde des Sceaux
MM/E	Ministère des Mines et de l'Energie
MRA	Ministère des Ressources Animales
MSP/LCE	Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre les Endémies
NCHS	National Center of Health Statistics
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONAHA	Office National des Aménagements Hydro-Agricoles
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
OPVN	Office des Produits Vivriers du Niger
P/A	Rapport Poids par rapport à l'Age
P/T	Rapport Poids par rapport à la Taille
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCAC	Promotion de la Croissance à Assise Communautaire
PCAN	Programme Conjoint d'Appui à la Nutrition
PCIME	Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNB	Produit National Brut
PNLMD	Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
RINI	Riz du Niger
SAP/GC	Système d'Alerte Précoce et de la Gestion des Catastrophes
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNAC	Service de Nutrition Alimentation et Consommation
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONARA	Société Nigérienne pour l'Arachide et le Niébé
SRO	Sel de Réhydratation Orale
T/A	Rapport Taille par rapport à l'Age
TCP	Technical Cooperation Program (Programme de Coopération Technique)
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UNC	Union Nationale des Coopératives
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URO	Unité de Réhydratation par voie Orale
USAID	Agence des Etats Unis pour le Développement International
VAT	Vaccin AntiTétanique

PREAMBULE

Le présent document de Plan d'Action de la Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition est élaboré à partir de l'actualisation des documents antérieurs, sur la base de données actualisées et tenant compte de l'évolution politique, stratégique et institutionnelle.

Le processus d'élaboration d'un Plan National d'Action pour la Nutrition a été ébauché en 1995-96 puis actualisé en décembre 2002, mais il n'a pas connu d'adoption officielle par le gouvernement.

L'adoption de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP), par le gouvernement en janvier 2002, de la Stratégie de Développement Rural (SDR) en novembre 2003 et du Plan de Développement Sanitaire 2005-2009 en février 2005 ouvre la voie à la conduite d'actions cohérentes et synergiques pour atteindre les objectifs du Millénaires pour le Développement (OMD) à l'horizon 2015.

La Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition vient d'être révisée. Elle fixe les grandes orientations sur la résolution des problèmes d'insécurité alimentaire et nutritionnelle et sert de référence pour la révision du Plan National d'Action pour la Nutrition et ses programmes de mise en œuvre.

I CONTEXTE GENERAL

1.1. Un cadre physique austère

Le Niger, pays sahélien et enclavé, occupe une superficie de 1.267.000 Km² et présente du sud au Nord, trois zones climatiques¹:

La région à climat soudanien qui couvre le Dendi au sud de Dosso. La saison des pluies dure en moyenne 5 mois, et les précipitations moyennes annuelles dépassent 700 mm, avec plus de 50 jours de pluie. Les amplitudes thermiques y sont faibles (moins de 15 °C). Les températures maximales décadaires moyennes fluctuent entre 31°C en pleine saison froide, et 40°C en saison chaude. Les températures minimales décadaires moyennes sont de 17 °C en saison froide et 28 °C en saison chaude.

La région à climat sahélien qui comprend tout le centre sud du pays. Cette zone est la plus touchée par les fluctuations pluviométriques, et est devenue la plus vulnérable sur le plan agricole. Les températures maximales décadaires atteignent en moyenne 40°C en saison chaude, juste avant le début de saison hivernale pendant quelques décades avant de baisser jusqu'à des valeurs parfois inférieures à 30°C en saison fraîche, avec un maximum relatif moyen de 35°C en saison des pluies. Les minimales décadaires sont élevées avant le début de la saison des pluies, de l'ordre de 27°C, mais elles diminuent vers l'est du pays. Malgré un minimum relatif en saison des pluies les mois de la période fraîche présentent les minima les plus bas de l'année; de l'ordre de 15°C. En fonction des précipitations et de la durée de la saison des pluies, cette région est subdivisée en deux parties:

- la région du Sahel occidental et central, où les précipitations évoluent en moyenne de 200 à 600 mm. Elle est délimitée au nord par l'isohyète 200 mm, et coïncide avec la limite septentrionale de la zone de culture pluviale. La durée de la saison des pluies varie en moyenne entre 60 et 120 jours;
- la région du Sahel septentrional et oriental, où les isohyètes sont comprises entre 100 et 200 mm. Elle est surtout favorable à l'élevage. La durée de la saison pluvieuse y est inférieure à 40 jours.

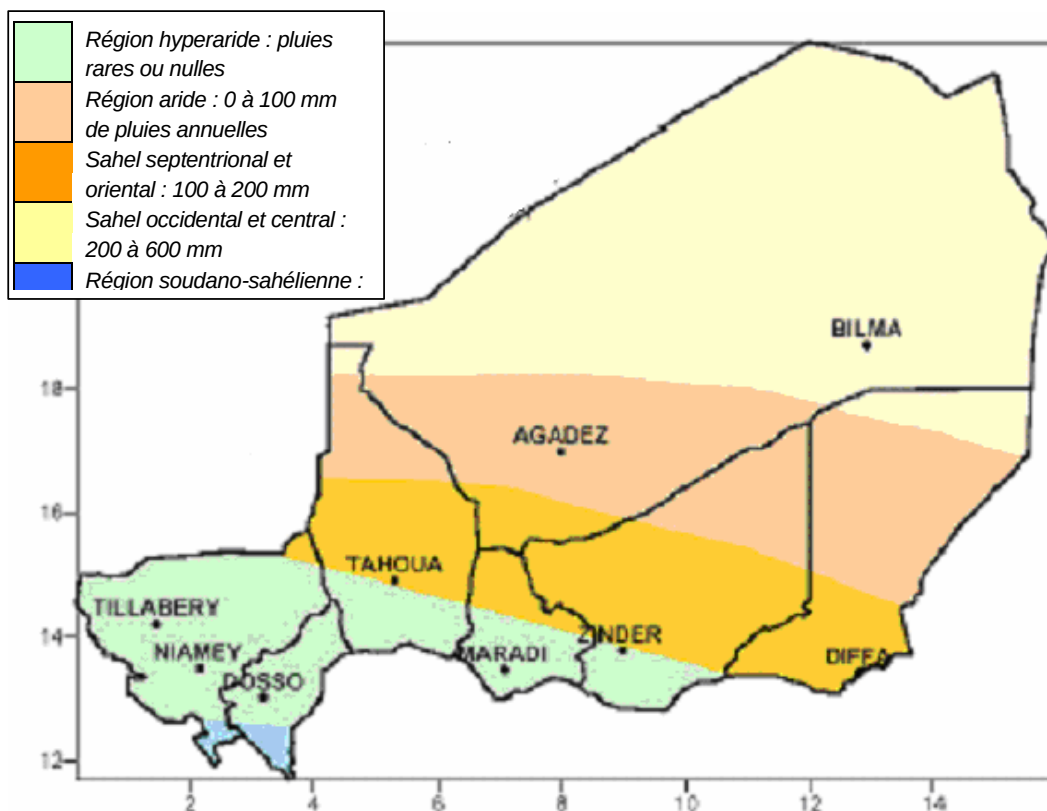
La zone à climat saharien couvre les régions arides et hyper-arides au nord du Sahel; les pluies y sont inférieures à 100 mm. Les températures maximales moyennes dépassent 40°C et les amplitudes thermiques y sont très élevées pendant plus de 6 mois de l'année.

La répartition du territoire en fonction des zones climatiques indique la situation suivante: 65% des terres se trouvent en zone saharienne, 12% en zone saharo-sahélienne, 12% en zone sahélienne, 9,8% en soudano-sahélienne et 0,9% en zone soudanienne.

La superficie potentiellement cultivable est estimée à 15 millions d'hectares, représentant moins de 12% de la superficie totale du pays tandis que les terres cultivées sont estimées à 6 millions d'ha.

¹ Atlas agroclimatique de l'AGRHYMET

Carte : Régions climatiques et limites des zones agricoles et pastorale²



Le potentiel hydrique est constitué des précipitations annuelles variant de 150 mm au Nord à 800mm au sud, d'importants réseaux hydrographiques d'eau de surface (plus de 32 milliards de m³ /an), et d'importantes réserves en eaux souterraines de l'ordre de 2,5 milliards de m³ renouvelables et 2.000 milliards de m³ non renouvelables³. Ce potentiel en eau est sous exploité avec moins de 1% mobilisé à des fins agricoles.

Les eaux de surface offrent un potentiel irrigable total de 270.000 ha, soit 4% de la superficie totale. Elles sont essentiellement formées du fleuve Niger et ses affluents avec 30,75 milliards de m³ d'écoulement par an et un potentiel de superficies irrigables de 142.000 ha.

Les autres écoulements sont temporaires totalisant 1,25 milliards de m³ par an dans les zones suivantes:

- l'Ader-Doutchi-Maggia avec 200 millions de m³ par an, et 28 200 ha irrigables;
- les Goulbi N'Maradi et Goulbi N'Kaba de la région de Maradi rendant disponibles 200 millions de m³ par an et 10 400 ha irrigables;
- la Komadougou Yobé, le Lac Tchad et les cuvettes oasiennes de Mainé avec 500 millions de m³ par an, et 20 000 ha;

² Atlas agroclimatique de l'AGRHYMET

³ Schéma directeur de mise en valeur et de gestion des ressources en eau 1999
Stratégie nationale du développement de l'irrigation 2001

- les Koramas pour 10 millions de m³ par an et 10 000 ha;
- les Dallols offrent des possibilités d'irrigation de 28 200 ha à partir de la nappe phréatique affleurante et de recharge facile;
- les Koris de l'Aïr pour 100 millions de m³ par an et 10 000 ha disponibles;
- la basse vallée de la Tarka pour 7000 ha irrigables;
- un millier de mares dont 175 permanentes.

1.2. Le défi démographique

Le Niger compte en 2006 une population de 12,7 millions d'habitants si l'on projette les données du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat effectué en 2001 qui fait état d'une population de 10.790.352 habitants.

Le croît démographique élevé (3,3% par an) induit une évolution rapide de la population et crée de nouveaux besoins qu'il faut prendre en compte alors que la production et la richesse nationales ne suivent pas mais tendent à diminuer à cause de la généralisation de la pauvreté.

La densité moyenne de population (9,5 habitants/Km²) cache une disparité importante entre des départements de très faible densité de population dans l'est et le nord du Pays et la zone sud et ouest du Pays. La région de Maradi est actuellement la plus peuplée du pays, abritant 20,4% soit (1/5ème) de la population totale du pays (RGP 2001). Viennent ensuite les régions de Zinder, de Tahoua et de Tillabéri avec respectivement 18,8%, 17,7% et 17,2% de la population totale. Les régions d'Agadez et de Diffa qui couvrent respectivement les parties septentrionale et orientale du pays sont très peu peuplées.

Cependant, depuis les années 1980, une prise de conscience progressive a eu lieu sur l'importance que joue la population dans le développement économique et social et en particulier dans la lutte contre la pauvreté. C'est ainsi qu'en 1983, cette prise de conscience s'était manifestée par un engagement politique concrétisé par le discours historique du Chef de l'Etat sur la nécessité et l'utilité de la planification familiale, prononcé à Matameye. Dans cette optique, il a été adopté et promulgué, en 1992, une politique nationale de population axée essentiellement sur six (6) secteurs: la santé; la nutrition; le cadre de vie; l'éducation et l'alphabétisation; les groupes vulnérables; l'amélioration des connaissances en matière de population. Cependant malgré les multiples efforts fournis la question fondamentale de l'inadéquation de la croissance démographique avec la croissance économique demeure une préoccupation.

Mais force est de constater que la fécondité est très élevée aux jeunes âges (199 ‰ à 15-19 ans) chez les femmes nigériennes. Elle augmente rapidement pour atteindre son maximum à 20-24 ans (302 ‰), avant de baisser de façon régulière avec l'âge. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) s'élève ainsi à 7,1 enfants par femme⁴.

Les taux de fécondité par âge obtenus à l'EDSN/MICS-III sont légèrement inférieurs à ceux estimés lors de l'EDSN-II2 de 1998 (7,5 enfants par femme de 15-49 ans). À tous les âges de reproduction, la fécondité à l'EDSN-II est supérieure à celle de

⁴ EDSN-MICS 2006

l'EDSN/MICS-III. Globalement, l'ISF, estimé à 7,5 enfants par femme pour la période 1994-1998 par l'EDSN-II, est plus élevé que l'ISF estimé à 7,1 enfants par femme pour la période 2002-2006 par l'EDSN/MICS-III. Un changement dans la structure de la population entre les deux périodes, en particulier celle des femmes, pourrait expliquer en partie cette baisse de la fécondité⁵.

Selon le milieu de résidence, on constate qu'à tous les âges, les femmes du milieu urbain et, surtout, celles de la ville de Niamey ont une fécondité plus faible que les femmes du milieu rural. La fécondité maximale est plus tardive à Niamey puisque c'est à 30-34 ans qu'elle atteint son maximum (255 ‰) alors que dans les autres villes et en milieu rural c'est à 20-24 ans que l'on enregistre les valeurs maximales (respectivement, 298 ‰ et 315 ‰). L'ISF qui en résulte est estimé à 7,4 enfants par femme en zone rurale, à 6,6 dans les autres villes et à 5,3 dans la ville de Niamey. Les femmes du milieu rural ont donc une fécondité beaucoup plus élevée que celles des centres urbains; en particulier, leur fécondité est 40 % plus élevée que celle des femmes de la ville de Niamey. Le milieu rural continue donc d'avoir une fécondité très élevée, alors que la ville de Niamey se caractérise par un léger vieillissement de l'âge à la fécondité maximale. La fécondité maximale pour la ville de Niamey à l'EDSN-II de 1998 était de 225 ‰ et elle se situait à 25-29 ans alors qu'à l'EDSN/MICS-III de 2006, elle se situe à 30-34 ans avec 255 ‰.

Les niveaux de mortalité infantile, infanto juvénile et maternelle restent encore élevés malgré les progrès importants réalisés dans le domaine sanitaire. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDSN/MICS-III (période 2001-2006), le risque de mortalité infantile est évalué à 81 décès pour 1 000 naissances vivantes. Le risque de mortalité juvénile s'établit, quant à lui, à 126 ‰. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 198 ‰. Cependant, si l'on compare directement les niveaux de mortalité obtenus à l'EDSN-II de 1998 et à l'EDSN/MICS-III, il apparaît que la mortalité juvénile (1-4 ans) ait connu une baisse, passant de 172 ‰ pour la période 1993-1998 à 126 ‰ pour la période 2001-2006. De même, la mortalité infantile a connu également une baisse importante, passant de 123 ‰ à 81 ‰ au cours de la même période⁶.

1.3. Un contexte socio-économique marqué par la pauvreté

Le Niger est un des pays les plus pauvres de la planète occupant depuis quelques années le dernier ou au mieux, l'avant-dernier rang de l'Indice du Développement Humain. Les multiples crises de la dernière décennie ont engendré une dégradation des activités de production, des finances publiques, des ressources naturelles et une insuffisance dans la mise en œuvre des réformes structurelles et des programmes de développement et, une exacerbation de l'ampleur des problèmes liés à la pauvreté devenue de plus en plus persistante tant en milieu rural qu'en zone urbaine. L'évolution de la situation économique du pays est caractérisée par les six principales période énumérées ci-après.

La première période qui va de 1960 à 1974 est une période de l'économie arachidière marquée par une croissance du PIB réel de 4.30% entre 1960 et 1968, ce qui a permis

⁵ EDSN-MICS 2006

⁶ Idem

des premiers efforts d'équipement du pays notamment en matière d'infrastructures sociales. La fin de cette période a été marquée par la plus grande sécheresse et la plus grande famine de la période post-indépendance.

La deuxième période va de 1975 à 1981. Elle est caractérisée par l'amélioration du régime de la pluviométrie, une conjoncture favorable au Nigeria et plus encore, le boom de l'uranium, toutes choses ayant contribué à impulser la relance de l'économie ébranlée dans ses fondements par la sécheresse de 1973. Le PIB enregistrerait alors une croissance annuelle de 20%. Il en est de même pour les recettes fiscales. L'investissement (public et privé) passe ainsi de 10 milliards de Francs CFA en 1960 à 163 milliards au cours de la période. Ce regain de vitalité de la production et de la consommation permettra au Niger d'accomplir un effort impressionnant d'équipement en infrastructures économiques et de développement social. D'immenses aménagements hydro-agricoles sont ainsi réalisés dans la vallée du fleuve et à l'intérieur du pays. Au cours de cette période, le taux d'endettement passe de 15% du PIB en 1975 à 30% en 1982.

La troisième période (1982 à 1988) connaît un effondrement du marché de l'uranium et de la «Naira», monnaie du Nigeria et une mauvaise pluviométrie, ralentissant l'activité économique et engendrant des déséquilibres financiers aigus. Cette situation amène le pays à engager une politique de stabilisation puis, d'ajustement structurel qui se soldera par une performance économique mitigée et une situation sociale très tendue suite à la détérioration du pouvoir d'achat des ménages et une résurgence de l'insécurité alimentaire.

La quatrième période (1989 à 1993) est caractérisée par une absence totale de programme d'ajustement structurel pourtant, quasi unique canal de mobilisation de ressources extérieures. Le seul programme négocié en 1990 a été suspendu la même année du fait des difficultés rencontrées dans sa mise en œuvre. C'est réellement la période du marasme économique au Niger, de l'effondrement des recettes fiscales, aggravé par une « informalisation » de l'économie et une forte tension de trésorerie. On assiste également à une accumulation de la dette intérieure et notamment les arriérés de salaires des travailleurs du service public. C'est également la période de la rébellion armée au Nord et à l'Est du pays. Quoique l'on dispose de peu de données pour apprécier les pertes économiques engendrées par ces conflits, on estime à plus de 150 milliards⁷ de francs CFA les ressources des projets et programmés restés bloqués pour la circonstance. Ceci a considérablement aggravé les difficultés des régions du Nord encore plus enclavées.

La cinquième période (1994 à 1999) est marquée par le retour de l'ajustement structurel, la dévaluation de 50% du franc CFA intervenue en janvier 1994, la mise en œuvre de mesures d'économie budgétaire. La persistance des mouvements sociaux et de l'instabilité politique n'a pas facilité la mise en œuvre des réformes préconisées malgré l'accord de confirmation signé avec le Fonds Monétaire International avec l'appui de la Banque Mondiale et de l'Union européenne. En effet, au cours de la période, le pays a connu deux coups d'état interrompant ainsi les premiers pas du pays dans un processus de démocratisation.

⁷ PNAN, 2002.

La sixième période (à partir de 2000) coïncide avec l'avènement de la 5^{ème} République est caractérisée par l'élaboration et la mise en œuvre d'un vaste programme d'investissement et de développement visant à réduire la pauvreté et les inégalités à travers la réalisation des infrastructures socio-économiques dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) et le «Programme Spécial du Président de la République» orienté vers la création d'écoles, de cases de santé, l'amélioration de la maîtrise de l'eau par la réalisation de retenues d'eau, la mise en œuvre d'infrastructures d'hydraulique villageoise et pastorale et la construction ou la réhabilitation des routes et pistes rurales.

Une prise de conscience de plus en plus affirmée de la nécessité de lutter contre la pauvreté est observée car 63% de la population se situerait en dessous du seuil de pauvreté et 34% en dessous du seuil d'extrême pauvreté. La situation est cependant variable selon le milieu, le genre et la catégorie socio-professionnelle. Ainsi, l'incidence de la pauvreté dans le milieu urbain est de 52% contre 66% en milieu rural. En milieu urbain, l'incidence de la pauvreté est plus importante dans le secteur informel, y compris les chômeurs exclus du secteur moderne. En milieu rural, les ménages les moins touchés par la pauvreté sont ceux dont le chef de famille est salarié, petit commerçant ou retraité mais ces trois catégories ne représentent que 5% de la population de ce milieu. Les groupes les plus touchés par la pauvreté en milieu rural sont ceux dirigés par une femme au foyer ou par un inactif. Dans ces deux groupes, l'incidence de la pauvreté est de 75%⁸.

L'Institut National de la Statistique (INS) a défini en 2004 un nouveau profil de pauvreté au Niger en appliquant la méthode dite de « degré de satisfaction des besoins essentiels » (DSBE). Ce travail a été complété par l'enquête QUIBB (Questionnaire Unifié des Indicateurs de Bien-être de base) réalisée du 24 avril au 11 juillet 2005. L'enquête QUIBB a retenu un seuil de pauvreté défini comme suit : 144.750 FCFA en milieu urbain et 105.827 FCFA en milieu rural pour un individu, ce qui correspond à une dépense journalière de 397 FCFA en milieu urbain et 290 FCFA en milieu rural. Il y a lieu de noter que ces valeurs sont en deçà du seuil de pauvreté monétaire de la Banque Mondiale qui est de 1\$ par personne et par jour (583 FCFA au moment de l'enquête QUIBB).

A partir des bases définies, la pauvreté touche 62,1% de la population nigérienne, la région de Maradi étant la plus touchée avec 79,7% et les régions de Diffa, Niamey et Agadez étant les moins touchées avec respectivement 18,8%, 27,1% et 45,9% de la population.

⁸ De la SRP

1.4. Un contexte politique et institutionnel en pleine mutation

Le processus de démocratisation amorcé au début des années 90 a été par deux fois interrompu par des coups d'Etat ayant entraîné la suspension de la coopération avec plusieurs pays. Cette suspension a eu des conséquences négatives dans la mise en œuvre des programmes, y compris ceux de la santé et de la lutte contre la malnutrition. Mais, à la suite de l'adoption de la Constitution du 9 août 1999, et des élections démocratiques d'octobre et novembre de la même année, la 5^{ème} République a été favorablement accueillie par la communauté internationale et les Partenaires Techniques et financiers (PTF).

Sur le plan administratif, la récente réorganisation administrative relative à la décentralisation prévoit des communes urbaines et rurales et des postes administratifs et transforme les départements en régions dirigées par des gouverneurs, les arrondissements en départements dirigés par des préfets. Le pays est donc divisé en 8 grandes régions. Les régions sont divisées en 36 départements, eux-mêmes subdivisés en 265 communes.

La dynamique d'élaboration des programmes de développement doit désormais répondre aux exigences d'une cohérence d'ensemble voulue par les grandes stratégies de développement (la SRP et les stratégies sectorielles) et aux besoins de développement local matérialisé par les Plans de Développement Communaux en cours d'élaboration dans les communes.

II SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE DU NIGER

2.1. Situation alimentaire

La situation alimentaire des populations nigériennes est devenue une des plus précaires dans la région africaine. Au lendemain des indépendances, le pays a connu une période de 6 à 7 années de bonnes campagnes agricoles. Dès la fin des années 1960, le pays a commencé à subir les effets de plusieurs années de déficit de production alimentaire lui imposant le recours aux importations, à l'assistance alimentaire internationale et à la mobilisation des réserves de sécurité pour faire face aux pénuries alimentaires.

Cette situation est la caractérisation de la conjugaison de plusieurs facteurs relatifs à l'accroissement de la demande, à l'irrégularité de la production liée à la sécheresse et diverses autres calamités dont la dégradation du potentiel productif du fait de la désertification. Cette insuffisance de disponibilité, associée à une inadéquation de l'utilisation et surtout de la répartition des aliments au sein des unités de consommation, a induit une insécurité alimentaire quasi-permanente entraînant une détérioration continue de l'état nutritionnel des populations.

D'une manière générale, durant les 25 dernières années, les disponibilités alimentaires, tant en terme de calories qu'en terme de protéines, ont progressé pour atteindre respectivement 2325 calories par personne et par jour et 65,3 g de

protéines, en 1987. Cependant, cet accroissement ne doit pas faire oublier les disparités dues aux cycles répétés de sécheresse et de famine ni les variations entre les régions et les divers groupes de population. Les proportions de calories protidiques et lipidiques sont restées stables : 11,5% et 12,4% respectivement en 1987. Entre 1961- 1963; la part des céréales dans l'apport protéique a diminué (64,4% versus 55,4%) au profit des légumineuses (16% versus 29%), mais les premières fournissent encore près de 70% des calories. Le pourcentage des protéines d'origine animale est très faible : 12,7% des protéines totales.

2.1.1. Production agricole

La production agricole est le résultat de la conjugaison de plusieurs facteurs qui influent sur la disponibilité des terres et sur les rendements. Au Niger, chaque zone agroclimatique se distingue par les types d'exploitations agricoles, pastorales, agro-pastorales ou agro-sylvo-pastorales spécifiques⁹. Les systèmes de production résultent des données à la fois internes et externes de exploitations, tels que les écosystèmes, les formes d'organisation socio-économiques et les techniques praticables. A cet égard les systèmes de production sont donc dynamiques et il est possible de les améliorer en influençant les comportements individuels des ménages à travers l'environnement macro-économique induit par les politiques et stratégies nationales et à travers l'accès aux technologies appropriées.

Les productions vivrières interviennent pour plus de 70% dans la quantité totale des produits alimentaires consommés. Outre les cultures vivrières et de rente, les cultures pratiquées sous forme de maraîchage dans les jardins ou en décrue sont la tomate, la pomme de terre, les courges, le gombo, le piment, le poivron etc.

L'arboriculture fruitière est peu développée mais la production intervient dans l'alimentation des populations. Les plants fruitiers les plus fréquemment rencontrés sont : manguiers, agrumes, goyaviers, papayers, etc.

L'évolution de la production agricole depuis 1960 a été marquée par de très fortes variations consécutives aux conditions agroclimatiques défavorables (sécheresses périodiques, jachère courte, surexploitation des terres, érosion hydrique et éolienne, diminution du capital forestier).

L'analyse de l'évolution de la disponibilité et des besoins céréaliers depuis 1960 montre que le Niger a connu une alternance de périodes faiblement ou moyennement excédentaires (de 1960 à 1967; de 1977 à 1982) et de périodes assez gravement déficitaires (de 1968 à 1976; de 1983 à la fin des années 1990).

Le phénomène est quasiment cyclique, même s'il est arrivé qu'une année excédentaire rompe la continuité d'un cycle globalement déficitaire (cas des années 1969 et 1988) ou qu'au contraire une année déficitaire rompt ponctuellement la continuité d'un cycle excédentaire (cas de l'année 1968). Au cours des années 1990, le déficit de production agricole est devenu structurel.

⁹ Une étude réalisée en 2004 par le Secrétariat Exécutif de la SDR a caractérisé les divers systèmes de production rencontrés.

Pour l'ensemble des 31 années (1960-2000), les déficits sont globalement plus importants que les excédents (3.813.800 tonnes contre 2.264.900 tonnes). Sur les 14 années de déficits relevés, la moyenne annuelle théorique est de l'ordre de 272.414 tonnes alors qu'elle est de 133.229 tonnes pour les 17 années d'excédents cumulés.

2.1.2. Production animale

L'effectif du cheptel national, estimé en 2005 à plus de 7,6 millions d'Unités de Bétail Tropical (UBT), se répartit en **3.760.565** bovins, **7.606.662** ovins, **9.636.973** caprins, **1.200.716** camelins, **361.984** asins et **663.760** équins (voir tableau 1).

Tableau 1: évolution du cheptel entre 1995 et 2005¹⁰

Espèces	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Bovins	3 084 973	3 146 672	3 209 606	3 273 798	3 339 274	3 406 059
Ovins	5 715 562	5 887 029	6 063 640	6 245 549	6 432 915	6 625 903
Caprins	7 565 292	7 754 424	7 948 285	8 146 992	8 350 667	8 559 434
Camelins	1 029 546	1 039 841	1 050 240	1 060 742	1 071 350	1 082 063
Asins	296 953	302 892	308 950	315 129	321 431	327 860
Equins	595 002	600 952	606 962	613 031	619 161	625 353

	2001	2002	2003	2004	2 005
Bovins	3 474 181	3 543 664	3 614 538	3 686 828	3 760 565
Ovins	6 824 680	7 029 420	7 240 303	7 457 512	7 606 662
Caprins	8 773 419	8 992 755	9 217 574	9 448 013	9 636 973
Camelins	1 092 884	1 103 813	1 159 776	1 177 173	1 200 716
Asins	334 417	341 106	347 928	354 886	361 984
Equins	631 607	637 923	644 302	650 745	663 760

La production nationale de viande, toutes espèces confondues, est estimée à **93.114 tonnes** en 2005. La quasi-totalité de la viande produite est destinée à la consommation locale, seules des quantités modestes font l'objet d'exportation notamment vers le Nigeria et la Côte d'Ivoire. Les abattages non contrôlés sont estimés à environ 70 à 100% de la production contrôlée et 40 à 50% de la production totale (voir tableau 2).

Tableau 2 : Évolution des abattages contrôlés en kg de poids vif de 1997 à 2005

	Abattages contrôlés (en kg)	Production abats (en kg)	Total (en kg)	Abattages non contrôlés (en kg)	Total abattages (en Kg)
1 997	30 921 602	8 161 530	39 085 129	27 358 192	66 443 321
1 998	32 147 246	8 496 424	40 645 668	28 450 569	69 096 237
1 999	28 337 426	7 496 016	35 835 441	25 083 409	60 918 850

¹⁰ Synthèse de la contribution du secteur rural à la révision de la SRP, octobre 2006.

	Abattages contrôlés (en kg)	Production abats (en kg)	Total (en kg)	Abattages non contrôlés (en kg)	Total abattages (en Kg)
2 000	27 538 431	7 306 734	34 847 165	24 391 615	59 238 780
2 001	27 506 057	7 280 005	34 788 063	24 350 243	59 138 306
2 002	27 919 808	7 396 949	35 318 759	24 721 730	60 040 489
2 003	26 921 513	7 138 979	34 062 495	34 060 492	68 122 987
2 004	30 107 369	7 997 015	38 106 388	38 104 384	76 210 772
2 005	36 924 022	9 631 897	46 557 924	46 555 919	93 113 844

Source : MRA

La production nationale de lait se chiffre à 550.millions de litres en 2005, soit une production *per capita* de 44 litres (voir tableau 3). Le lait de chèvre vient en première position (202.millions de litres), suivi du lait de vache (186.millions de litres), loin devant le lait de brebis (91 millions de litres) et le lait de chamelle (70 millions de litres).

Tableau 3: Evolution de la production de lait disponible de 2000 à 2005 en litres

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bovins	168 599 921	171 971 960	175 411 368	178 919 631	182 497 986	186 147 968
Ovins	79 510 836	81 896 160	84 353 040	86 883 636	89 490 144	91 279 944
Caprins	179 748 114	184 241 799	188 847 855	193 569 054	198 408 273	202 376 433
Camelin	64 883 111	65 856 375	66 844 206	67 846 896	68 864 621	70 241 886
Total	492 743 981	503 968 295	515 458 471	527 221 220	539 263 028	550 048 236
Moyenne per capita	45	47	46	46	46	44

Les données de production laitière ne sont pas très précises. La production moyenne par vache est estimée à 2 litres/jours, mais elle varie en fonction de la race, de l'alimentation et des méthodes de gestion des troupeaux. La vache Azawak a une production laitière de 700 à 900 litres en 7 mois, contre 400 à 450 litres en 6 mois pour la race bororo. Pour la chamelle, la production laitière est de 1.000 à 1.200 litres en 6 mois et pour la chèvre cette production laitière se situe à 10 à 60 litres en en 3 mois.

La production laitière est soumise à un certain nombre de facteurs défavorables, au rang desquels figure l'alimentation qui limite fortement la production durant la saison sèche. Dans le système semi-intensif le coût des aliments concentrés est très important estimé environ 50 à 60% des coûts de production. L'insuffisance du suivi sanitaire limite la production en termes soit de quantité soit de qualité. La production nationale est nettement inférieure à la demande intérieure croissante.

Au niveau de toutes les régions du Niger, on note la présence d'unités artisanales et les produits les plus importants sont : le fromage traditionnel qui permet de valoriser l'importante production laitière de saison d'hivernage et le beurre qui fait l'objet d'écoulement sur les marchés locaux et d'exportation, principalement vers le Nigeria.

Les difficultés liées à l'alimentation du bétail limitent fortement la possibilité de développement de la filière et causent une forte irrégularité de la production qui devient quasi nulle sur une bonne période de l'année (saison sèche). On remarque

aussi des pertes d'importantes quantités de lait en saison de pluies du fait du manque de moyens appropriés de traitement et de conservation du lait.

Mais le potentiel de développement de la filière existe, notamment grâce à l'existence de races bovines laitières (Azaouak, Kouri) citées parmi les meilleures d'Afrique de l'ouest, l'existence d'une très forte demande intérieure loin d'être satisfaite et l'existence d'unités industrielles de transformation du lait.

En ce qui concerne la filière avicole, elle est très peu organisée et est dominée par l'aviculture traditionnelle, malgré la demande intérieure de plus en plus importante de viande de volaille et d'œufs et l'importance numérique de la volaille en milieu traditionnel. En conséquence, il se développe une importation massive d'œufs en provenance surtout du Nigeria et une production interne d'œufs de pintade relativement importante en saison des pluies.

2.1.3. Production halieutique

La pêche et l'aquaculture dépendent en grande partie des conditions hydrologiques (crue, inondation) et de l'équilibre des écosystèmes. Elles reposent ainsi sur les nombreux plans d'eau du pays (totalisant plus de 40.000ha) : fleuve Niger et affluents, lac Tchad, Komadougou Yobé, mares naturelles et retenues d'eau artificielles.

Le potentiel de pêche sur le fleuve Niger concerne surtout les parties du fleuve comprises entre Farié et la frontière du Mali et l'intervalle Kollo-Kirtachi. Ces zones sont les plus poissonneuses. Dans la région de Tillabéri le système de pêche est encore artisanal (engins rudimentaires, narcotiques, pièges divers). Par contre, en raison de leur proximité avec le Nigeria, les pêcheurs de Dosso ne rencontrent pas de problèmes d'approvisionnement en engins de pêche et embarcations.

L'activité de pêche concerne plus de dix mille (10 000) pêcheurs et ce chiffre sera en augmentation avec le développement progressif et la structuration de la filière. En 2004, la production nationale de poisson s'est chiffrée à 52.000 tonnes.

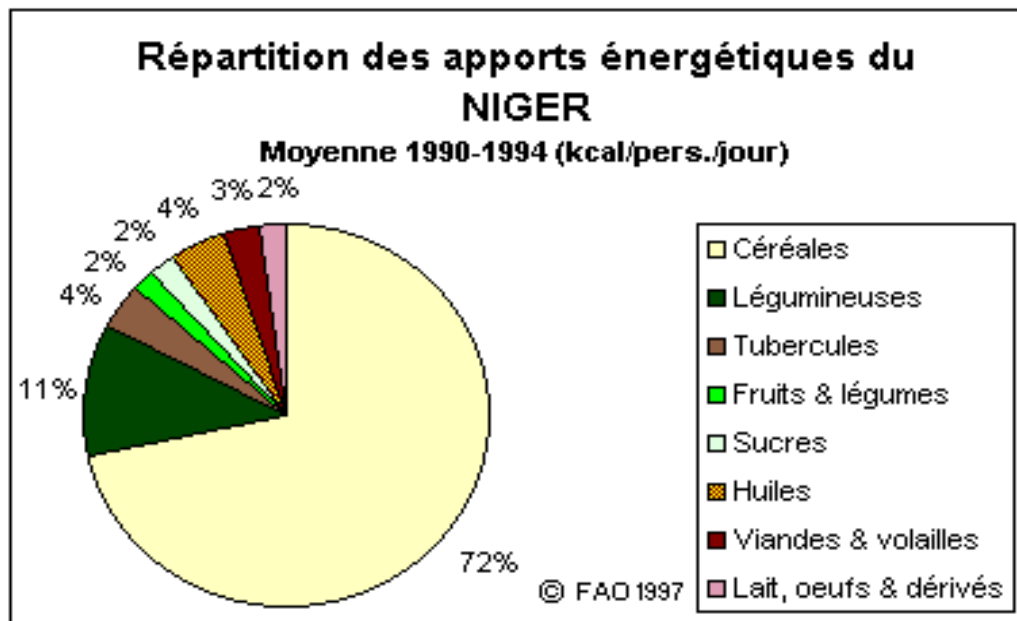
2.2. Consommation alimentaire

L'irrégularité de la production alimentaire est conjuguée à un accroissement annuel de la population de l'ordre de 3,3%. La population nigérienne a augmenté de plus de deux fois et demie entre 1965 et 1995, passant de 3.660.000 en 1960 à 9.151.000 en 1995 et, elle pourrait dépasser les 22.000.000 habitants en 2025. La croissance de la demande en énergie qui suit les mêmes tendances, concerne surtout le milieu rural. Selon la FAO, la population rurale nigérienne augmentera plus rapidement que celle urbaine dans les années à venir.

Les données à caractère national les plus récentes sur la consommation alimentaire sont celles issues des Enquêtes Budget – Consommation, réalisées en 1989-90 et en 1991-1992 respectivement en zone urbaine et en zone rurale (EBC- 1989/1990 et EBCR- 1991/1992). Ces études montrent aussi que les céréales constituent la base de l'alimentation du Nigérien. Le mil représente plus de 70% des quantités totales de céréales consommées. Le mil qui représente 59% des quantités de céréales consommées en milieu urbain et, 82% en milieu rural, occupe la première place,

suivi au deuxième rang du sorgho (Maradi, Tillabéri, Tahoua, Zinder), du maïs (Diffa, Dosso), du riz (Niamey, Agadez) du blé (Agadez).

Graphique 1 Répartition des apports énergétiques du Niger - Moyenne 1990-1994 (Kcal/pers./jour)¹¹



La majorité des familles rurales (85%) ne consomment que deux, voire un repas par jour, alors que 70% des familles urbaines en consomment trois. Le niveau moyen de consommation des céréales est très élevé (72% des apports). Selon les enquêtes Budget - Consommation, en milieu rural les rations comportent en moyenne 793 g/jour/personne alors qu'en milieu urbain, la moyenne est de 638 g/jour/personne. Cette consommation est toutefois plus faible à Niamey (497 g) et à Agadez (483 g) comparativement aux autres villes et régions (710 à 881 g/jour/personne). Les légumineuses constituent le second groupe d'aliments, contribuant pour 11% aux apports énergétiques. La consommation des aliments d'origine animale et des fruits et légumes est quasi marginale n'excédant pas les 2 à 4%. Typiquement, la ration alimentaire en zone rurale est pauvre et monotone. Elle est composée de :

- Au déjeuner : une bouillie de mil ou de sorgho «foura» ou «doonou», à laquelle on ajoute du lait caillé et parfois des épices ou du sucre;
- Au dîner : une pâte de mil ou de sorgho est accompagnée d'une sauce à base de feuilles vertes, légumes secs, d'épices et occasionnellement, de la viande ou du poisson;
- Au petit déjeuner : les restes du repas de la veille.

¹¹ PNAN 2002

Tableau 4: Consommation alimentaire en grammes /jour/rationnaire selon le milieu de résidence et la région¹²

MILIEU/REGION ALIMENTS OU GROUPES D'ALIMENTS	MILIEU URBAIN			MILIEU RURAL							
	NIAMEY	AUTRES VILLES	ENSEMBLE URBAIN	AGADEZ	DIFFA	DOSSO	MARADI	TILLABERI	TAHOUA	ZINDER	ENSEMBLE RURAL
CEREALES	496,60	706,30	637,95	483,50	880,56	854,81	743,93	718,03	867,50	819,39	792,61
Mil	202,26	464,05	378,72	342,32	781,56	704,23	642,99	565,72	684,75	684,96	652,07
Sorgho	13,97	109,69	78,49	18,16	20,47	62,35	76,70	65,42	169,01	110,21	93,63
Maïs	87,70	35,89	52,78	30,94	58,76	65,53	18,17	40,39	7,76	16,82	28,35
Riz	170,02	80,43	109,63	65,90	17,55	9,93	4,33	45,60	4,86	4,90	15,36
Blé	3,25	4,43	4,04	8,18	0,25	0,13	0,86	0,52	0,55	0,00	0,50
Autres céréales	19,43	11,84	14,31	17,94	1,98	3,64	0,89	0,39	0,65	2,54	1,72
TUBERCULES	28,44	25,65	26,56	7,79	9,96	23,31	11,56	5,44	19,59	12,51	13,63
Igname	20,37	17,35	18,34	0,00	0,00	0,76	3,32	1,07	1,28	0,58	1,38
Manioc	4,57	3,49	3,84	2,68	7,72	20,19	5,50	3,01	9,08	10,14	8,89
Patate douce	0,65	2,72	2,04	5,11	1,69	2,04	2,27	1,17	7,14	1,65	2,76
Autres tubercules	2,85	2,08	2,34	0,00	0,55	0,30	0,45	0,20	2,09	0,15	0,60
LEGUMINEUSES	7,95	9,26	8,83	16,74	8,63	38,62	30,58	4,81	29,42	18,71	22,89
FRUITS ET LEGUMES	81,08	64,87	70,15	32,80	36,86	24,72	18,71	17,11	20,84	33,79	23,40
Fruits	5,80	7,69	7,08	7,41	10,62	9,09	5,19	5,52	9,44	7,05	7,17
Légumes	62,21	48,32	52,84	17,10	21,58	9,27	6,89	8,62	8,47	18,59	10,81
Feuilles vertes	4,84	6,00	5,62	3,16	0,31	1,55	0,18	0,29	0,79	1,83	0,91
Autres Légumes	8,28	2,87	4,63	5,29	4,37	4,83	6,48	2,68	2,16	6,28	4,51
HUILES & CORPS GRAS	108,61	210,86	175,58	17,48	11,28	2,02	2,87	4,65	3,25	4,95	3,98
Oléagineux et Noix	4,66	2,78	3,39	1,36	10,18	8,56	8,17	4,12	7,99	11,56	8,00
VIANDES ET VOLAILLES	52,87	36,63	41,93	28,89	17,56	9,50	21,82	10,42	29,26	16,28	17,57
POISSONS & CRUSTACES	5,02	0,80	2,17	0,00	1,23	1,88	0,15	1,49	0,03	0,09	0,70
Œuf/Produits Laitiers	25,82	33,50	31,00	53,04	49,16	63,39	67,25	48,88	198,63	48,51	81,79
SUCRE	5,89	12,56	10,39	23,85	13,34	6,77	5,25	1,99	9,25	6,76	6,20
BOISSONS	570,87	854,26	761,89	0,13	0,01	0,00	13,82	0,02	0,07	0,10	2,86
CONDIMENTS	45,05	136,07	107,08	25,07	35,37	30,48	29,51	31,18	18,27	33,87	29,00
AUTRES	1 086,83	1 041,24	1 056,10	32,19	21,77	26,34	157,23	30,23	98,16	50,10	71,70

¹² PNAN 2002

Tableau 5: Apports de la ration alimentaire en nutriments selon le lieu de résidence et la région¹³

	MILIEU URBAIN				MILIEU RURAL							
	NIAMEY	VILLES PRINCIP.	VILLES SECOND.	ENSEMBLE URBAIN	AGADEZ	DIFFA	DOSSO	MARADI	TILLABERI	TAHOUA	ZINDER	ENSEMBLE
ENERGIE (Kcal)	2.261	2.376	2.595	2.340	2.096	3.248	3.034	3.186	2.530	2.437	3.031	3.047
PROTEINES (g)	51,0	55,3	58,4	55,1	44,1	64,1	68,6	75,1	53,2	81,1	66,8	68,7
LIPIDES (g)	55,6	45,4	51,9	51,8	44,0	50,7	47,0	57,2	38,1	53,9	47,1	48,8
CALCIUM (mg)	289	305	306	300	288	572	454	419	387	527	553	475
FER (mg)	19,8	24,7	24,3	22,8	19,2	38,1	36,6	38,0	30,5	40,1	38,8	36,8
Vitamine A (µg)	361	313	218	289	139	316	175	174	160	215	309	216

Tableau 6 : Origine des calories consommées selon le milieu de résidence et la région¹⁴

MILIEU/REGION PROVENANCE DES CALORIES	NIAMEY	AUTRES VILLES	ENSEMBLE URBAIN	AGADEZ	DIFFA	DOSSO	MARADI	TILLABERI	TAHOUA	ZINDER	ENSEMBLE
% d'origine végétale	94,6	96,6	96,0	94,9	97,6	98,0	97,0	97,7	94,3	97,8	96,9
%d'origine animale	5,4	3,4	4,0	3,1	2,4	2,0	3,0	2,3	5,7	2,2	3,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tableau 7 : Nature des calories consommées selon le lieu de résidence et la région¹⁵

MILIEU/ REGION TYPES DE CALORIES	NIAMEY	VILLES PRINCIP.	VILLES SECOND.	ENSEMB.U RBAIN	AGADEZ	DIFFA	DOSSO	MARADI	TILLA-BERI	TAHOUA	ZINDER	ENSEMBLE	NORMES RECOM-MANDEES
% Protidiques	12,8	13,3	12,8	12,9	12,0	11,2	12,9	13,4	12,0	13,4	12,6	12,8	10 à 15
% Lipidiques	22,9	17,8	18,6	19,8	19,5	14,5	14,4	16,7	14,0	14,6	14,4	14,9	20 à 33
% Glucidiques	64,3	68,9	68,6	67,3	68,5	74,3	72,7	69,8	74,0	72,0	73,0	72,3	55 à 70
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹³ PNAN 2002

¹⁴ idem

¹⁵ idem

En milieu urbain, l'amélioration du revenu se traduit par une amélioration du modèle de consommation : à midi, un plat de riz est complété par une sauce de légumes et de viande ou poisson.

Chez les ruraux sédentaires du sud, les habitudes alimentaires sont influencées par les modèles de production et, le régime alimentaire (mil et niébé) est basé sur une agriculture de subsistance. Les quantités consommées subissent des variations considérables en fonction des conditions agroclimatiques. On observe dans certains cas, des restrictions volontaires dans les quantités consommées lors de la période de transition entre celle de l'abondance (récolte) et celle de la soudure. Pour les régions comme Agadez, qui sont déficitaires à plus de 90% sur le plan céréaliier, le modèle de consommation dépend fondamentalement du marché et des conditions d'accès aux denrées alimentaires.

L'alimentation des éleveurs nomades touareg et peuls est à base de lait et de mil. Leur consommation respective varie selon la saison : on consomme surtout le lait lorsque la saison est humide et le mil au cours de la saison sèche. Il est important de remarquer qu'à la suite des sécheresses de 1972-1975 et 1984-1985, de nombreux nomades se sont sédentarisés et ont adopté le mode alimentaire des ruraux sédentaires. Ce processus de sédentarisation de nombreux nomades au voisinage des points d'eau, depuis la sécheresse de 1984, tend à uniformiser leur modèle de consommation avec celui des agriculteurs sédentaires. Toutefois, les nomades se distinguent de ces derniers par leur plus grande consommation de lait et de produits laitiers.

Le modèle alimentaire urbain est plus diversifié: on consomme davantage de légumes, de fruits, de viande, d'huiles et de matières grasses qu'en milieu rural. En milieu urbain et plus particulièrement à Niamey, le modèle de consommation alimentaire s'est fortement modifié au cours des 20 dernières années (CILSS, 1991). La consommation du riz a connu une augmentation croissante. Elle est aujourd'hui estimée à 40 kg par personne et par an (plus d'un tiers des céréales consommées à Niamey), alors qu'en milieu rural elle est de 5,6 kg. En outre, la restauration de rue prend de plus en plus de l'ampleur dans le pays, tant en milieu urbain qu'en zone rural et, les repas pris hors des ménages représentent près de 10% de l'apport énergétique.

Les racines et tubercules, manioc et patates douces, sont le plus souvent consommés en dehors des principaux repas, crus ou bouillis. Les légumineuses sont incluses dans les sauces: graines de néré fermentées, graines d'arachide grillée et pilée, haricots.

Les fruits et les légumes sont très rarement consommés. La viande, le poisson et les œufs restent des aliments festifs occasionnels. L'utilisation du sucre est encore exceptionnelle et dénote une certaine aisance économique.

Les huiles et corps gras sont généralement plus utilisés en milieu urbain (176 g/jour) qu'en milieu rural (4 g). Les régions d'Agadez et de Diffa se distinguent cependant avec une consommation qui atteint respectivement 17 et 11g/jour/personne. L'apport en énergie des huiles et/ou des graisses (4% au niveau nationale) s'élève à 7% de l'énergie du régime alimentaire en milieu urbain, alors qu'il n'est que de 2% en zone rurale.

En matière de consommation des produits d'origine animale, la viande est la plus consommée en milieu urbain (42g/jour) et dans les régions d'Agadez et de Tahoua (29 g) tandis que les œufs et produits laitiers prédominent en milieu rural (82g/jour en moyenne contre 31g en milieu urbain) avec une quantité deux fois supérieure à la moyenne rurale dans la région de Tahoua.

La consommation du poisson est très faible en général (en moyenne 2,17 g/jour et 0,70g/jour) mais apparaît plus élevée à Niamey (5 g/jour/personne).

Concernant l'utilisation du sucre, elle est plus élevée à Agadez comparativement à la moyenne du milieu urbain et du milieu rural (24 g/jour contre 6 et 10 g/jour). Ce phénomène s'explique par l'importance du thé sucré dans les habitudes alimentaires de cette région.

Le niveau de consommation des boissons et des aliments classés dans la catégorie "autres" est particulièrement important en milieu urbain (premier rang des groupes d'aliments). Ceci est probablement dû dans le cas des catégories "autres" à la consommation "des aliments de rue" en développement et qui du fait de leurs composants variés sont classés en tant que "plats préparés" dans cette catégorie.

L'utilisation des condiments n'est pas des moindres tant en milieu rural (29 g/jour) qu'en milieu urbain (107g). Ce fait relève entre autres de la forte consommation en sauce des graines d'oseille de Guinée ou de néré fermentées "soubala".

Au plan des apports en calories et nutriments, les résultats de l'enquête ont mis en évidence que la ration moyenne du Nigérien en calories et en protéines atteint respectivement 2.430 kcal et 55 g de protéines en milieu urbain alors qu'elle est plus élevée en milieu rural (3.047 kcal et 65 g de protéines) sauf dans la région d'Agadez où l'apport se révèle le plus bas (2.096 kcal et 44 g de protéines).

Les produits d'origine végétale fournissent plus de 90% des calories totales, quel que soit le milieu (97% moyenne) dont près de 70 à 80% proviennent des céréales et 6 à 9% des huiles et corps uniquement en milieu urbain et dans la région d'Agadez. Il importe de noter que les produits de cueillette notamment les fruits et les feuilles en saison de pluies contribuent considérablement à la couverture des besoins nutritionnels surtout en vitamines et sels minéraux. Néanmoins, il n'existe pas de données pour quantifier ces apports.

Les proportions d'énergie provenant des protéines, des lipides et des glucides comparés aux normes recommandées montrent que dans l'ensemble, le régime alimentaire du Nigérien est hyper glucidique mais reste dans les limites de l'équilibre en milieu urbain et dans les régions d'Agadez et de Maradi, faible en lipides en milieu rural (15% en moyenne), équilibré en protéines mais dont la part provenant des produits animaux reste très faible.

S'agissant du nourrisson et du jeune enfant, les pratiques alimentaires ne sont pas des meilleures au Niger et constituent, avec la morbidité, l'un des facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants.

En effet, bien que l'allaitement soit la règle générale, qu'il soit très répandu et qu'il soit prolongé en moyenne jusqu'à 20 mois, il n'est pas en général exclusif: avant l'âge de six mois, 1% seulement des enfants sont uniquement nourris au sein. La proportion de mères qui allaitent leurs enfants de moins de 4 mois de manière exclusive est passée de 1,3% en 1992 à moins de 1% en 1998 (EDS1-1992 & EDS2-1998). En général, les enfants sont allaités au sein jusqu'à 2, parfois 3 ans. Cependant, le lait artificiel est utilisé par environ 1% des mères, surtout en zone urbaine.

Le plus souvent, dès la naissance, le nouveau-né reçoit de l'eau sucrée. Puis, en attendant la montée laiteuse, il est alimenté avec du lait de chèvre ou de vache, non bouilli. L'allaitement maternel exclusif est très rare. En effet, en plus du lait maternel, les nourrissons reçoivent de l'eau et des décoctions de feuilles, écorces et racines de plantes diverses. L'alimentation complémentaire débute très tôt ou très tard selon les régions. Si à l'Est du pays (Magaria) de la boule peut être donnée à un enfant dès la première semaine de la vie, à l'Ouest (Loga, Ouallam) aucun aliment ne lui est donné avant qu'il ne sache aller à quatre pattes (8 à 10 mois). Généralement l'enfant ne bénéficie pas d'une alimentation complémentaire spéciale. Il est directement initié à partager le plat familial. Certains interdits alimentaires frappent essentiellement les femmes enceintes et les enfants et concernent quelques viandes, poissons et plantes.

Au plan de la couverture des besoins, la mise en adéquation des apports en nutriments avec les besoins fait ressortir qu'à l'exception de la région d'Agadez, les besoins en énergie sont en moyenne couverts à 100% au niveau national avec un excédent moyen 3 fois plus élevé en milieu rural (+ 33) qu'en milieu urbain (+ 11), le plus bas niveau d'excédent étant relevé à Niamey (+ 2,1%).

Ces données globales à l'échelle nationale masquent de façon certaine une inégalité dans la couverture tant au niveau des régions qu'au sein des ménages. En effet, le pourcentage des ménages qui couvrent leurs besoins en énergie à 100% ou plus en milieu rural s'établit à 70% en moyenne; les pourcentages les plus faibles sont cependant observés dans les régions d'Agadez (37%) et de Tillabéri (51%). Dans la Communauté Urbaine de Niamey, 64% des ménages ont une satisfaction de 100% ou plus de leurs besoins en énergie.

Au niveau des ménages plus la taille du ménage est grande, plus le pourcentage couvrant à 100% ou plus les besoins est faible. Concernant le niveau de revenu des ménages on note également une couverture plus basse dans les ménages dont le revenu est inférieur à 25 000 F.CFA (environ 32% de ménages).

La satisfaction des besoins en protéines va dans le même sens que celle des besoins en énergie, la région d'Agadez ayant le taux de couverture le plus bas (93%) alors que Tahoua enregistre le taux le plus élevé (165%). Le pourcentage de ménages qui couvrent à 100% ou plus leurs besoins est plus bas à Agadez (38%) et Tillabéri (48%).

Pour le Fer, le taux de satisfaction est très élevé aussi bien en milieu urbain (140%) qu'en milieu rural (206%). En moyenne 93% des ménages en milieu rural couvrent

leurs besoins à 100% ou plus sauf à Agadez où le taux se situe aux environs de 65%.

Contrairement aux nutriments précédents, la satisfaction des besoins en vitamine A apparaît la plus basse quel que soit le milieu (en moyenne 31% en milieu rural et 51% en milieu urbain). Le pourcentage de ménages couvrant à 100% ou plus leurs besoins est également faible (en moyenne 4%).

D'une façon générale, si la consommation des céréales en quantité importante met globalement à l'abri des carences en énergie, protéines et fer, le niveau de qualité de ces nutriments et l'insuffisance d'apports des autres aliments susceptibles de permettre une ration équilibrée (produits animaux, légumes fruits, huiles) associés à d'autres facteurs non alimentaires exposent les populations à des risques de malnutrition.

Tableau 8: Pourcentage des ménages arrivant à couvrir 100% ou plus de leurs besoins (Energie, Protéines, Fer et Vitamine A)¹⁶

REGIONS	ENERGIE (% MENAGES)	PROTEINES (% MENAGES)	FER (% MENAGES)	VITAMINE A (% MENAGES)
AGADEV	37,6	38,1	69,5	1,6
DIFFA	78,7	71,5	95,7	9,8
DOSSO	76,6	75,6	95,7	1,9
MARADI	74,6	78,4	94,0	2,8
TILLABERI	51,4	48,4	88,7	2,9
TAHOVA	83,8	87,9	95,0	3,9
ZINDER	64,4	68,6	94,7	5,9
TOTAL	69,8	71,4	93,5	3,8

Tableau 9 : Pourcentage des ménages arrivant à couvrir à 100% ou plus de leurs besoins (Energie, Protéines, Fer et Vitamine A) selon la taille du ménage¹⁷

TAILLE DU MENAGE	ENERGIE (% MENAGES)	PROTEINES (% MENAGES)	FER (% MENAGES)	VITAMINE A (% MENAGES)
1 à 3	89,7	90,8	93,1	8,4
4 à 6	76,0	78,6	94,6	4,3
7 à 9	63,9	65,2	94,6	2,3
10 à 12	56,8	59,4	92,3	2,2
13 et Plus	47,6	46,3	87,6	1,8
TOTAL	69,8	71,4	93,5	3,8

¹⁶ PNAN 2002

¹⁷ idem

Tableau 10 : Pourcentage des ménages arrivant à couvrir 100% ou plus de leurs besoins (Energie, Protéines, Fer et Vitamine A) selon le revenu du ménage¹⁸

REVENU DU MENAGE (F.CFA)	ENERGIE (% MENAGES)	PROTEINES (% MENAGES)	FER (% MENAGES)	VITAMINE A (% MENAGES)
Inférieur à 15.000	31,1	31,8	65,2	3,5
15.000 à 25.000	33,0	34,3	84,6	1,6
25.000 à 50.000	64,9	66,3	95,3	2,2
50.000 à 75.000	84,7	87,3	95,7	3,2
75.000 à 100.000	92,0	98,2	97,9	7,7
100.000 à 150.000	98,2	98,2	96,0	8,4
150.000 à 200.000	98,9	96,6	98,9	20,6
200.000 et Plus	94,0	96,5	96,4	22,1
TOTAL	69,8	71,4	93,5	3,8

2.3. Groupes et zones à risque d'insécurité alimentaire

A partir d'une enquête effectuée dans le cadre du Programme Complet de Sécurité Alimentaire (PCSA), les groupes et zones à risque d'insécurité alimentaire ont été identifiés.

2.3.1. Groupes à risque d'insécurité alimentaire

Sept (7) groupes au total ont été déterminés sur la base des principales causes d'insécurité (insuffisance de disponibilités alimentaires et d'accessibilité physique aux éléments, moindre accessibilité aux aliments par faiblesse des revenus, insuffisance d'aliments protéiques, lipidiques ou riches en vitamine A, insuffisance des moyens d'exploitation agricole, éducatifs et sanitaires). Ces groupes à risque d'insécurité alimentaire sont :

- i) Les petits agriculteurs vivant en autoconsommation et n'ayant qu'une petite exploitation de quelques hectares de mauvaises terres ne permettant pas de produire et stocker les quantités de céréales pour faire vivre leur famille.
- ii) Les petits éleveurs ne pratiquant que l'élevage transhumant dont les animaux, petits ruminants surtout, ne totalisent pas 3 unités de bétail tropical (UBT) par personne.
- iii) Les bergers qui, ayant perdu leurs troupeaux (suite à la sécheresse ou aux maladies) se sont retrouvés comme gardiens de petits troupeaux (petits ruminants). Le salaire n'étant que "saisonnier", il ne peut faire vivre une famille.

¹⁸ PNAN 2002

- iv) Les agro-pasteurs, pasteurs en voie de sédentarisation n'ayant ni suffisamment de produits de bétail à vendre, ni suffisamment de terres non encore productrices ou terres marginales pour s'autosuffire en céréales. On les trouve notamment parmi les groupes Peuhl, Toubou, Touareg.
- v) Les femmes chefs d'exploitation agricole dont le cumul des tâches ménagères, maternelles et productives ne leur permet pas de consacrer suffisamment de temps aux activités productives.
- vi) Les familles paysannes nombreuses (10 personnes et plus) ayant trop d'enfants en bas âge qui pâtiront du manque de soins et de nourriture, ainsi que les familles pauvres qui disposent généralement de revenus trop faibles et aléatoires.
- vii) Les individus - généralement femmes enceintes, allaitantes et les enfants de moins de 5 ans, physiologiquement fragiles, souvent atteints de malnutrition ou de carences en micronutriments (anémies, avitaminoses) détectés ou non par les dépistages médicaux.

2.3.1. Zones à risque d'insécurité alimentaire

Les zones à risque d'insécurité alimentaire sont fluctuantes en fonction des années. Ainsi, en juin 2006 le nombre de zones vulnérables à l'échelle nationale s'élève à 133 (contre 127 en novembre 2005) regroupant 2.262 villages (contre 2.103 en novembre 2005 soit une augmentation de 7,6%). Ils totalisent une population de 2.460.775 habitants (contre 2.194.979 en novembre 2005 soit une augmentation de 265.796 habitants représentant 12,1%)¹⁹.

2.2. Situation nutritionnelle

De 1985 à 2000, plusieurs études ont été réalisées en vue d'apprécier l'état nutritionnel des populations nigériennes. Il s'agit entre autres de l'Enquête Mortalité-Morbidité réalisée en 1985, deux Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS 1 & 2) menées respectivement en 1992 et 1998, deux Enquêtes Nationales sur la prévalence du goitre en milieu scolaire en 1994 et 1998 et deux Enquêtes à Indicateurs Multiples (MICS 1 & 2) en 1996 et 2000.

Ces différentes enquêtes de portée nationale sont unanimes à souligner que la situation nutritionnelle des populations nigériennes est des plus précaires. Elles confirment que la malnutrition, l'hypovitaminose A, les anémies nutritionnelles liées en fer et la carence iodée, constituent des problèmes majeurs de santé publique au Niger.

¹⁹ Réunion de réévaluation de la vulnérabilité -2ème réunion annuelle du système de prévention et de gestion des crises alimentaires, Maradi du 20 au 21 juin 2006

2.2.1. Malnutrition

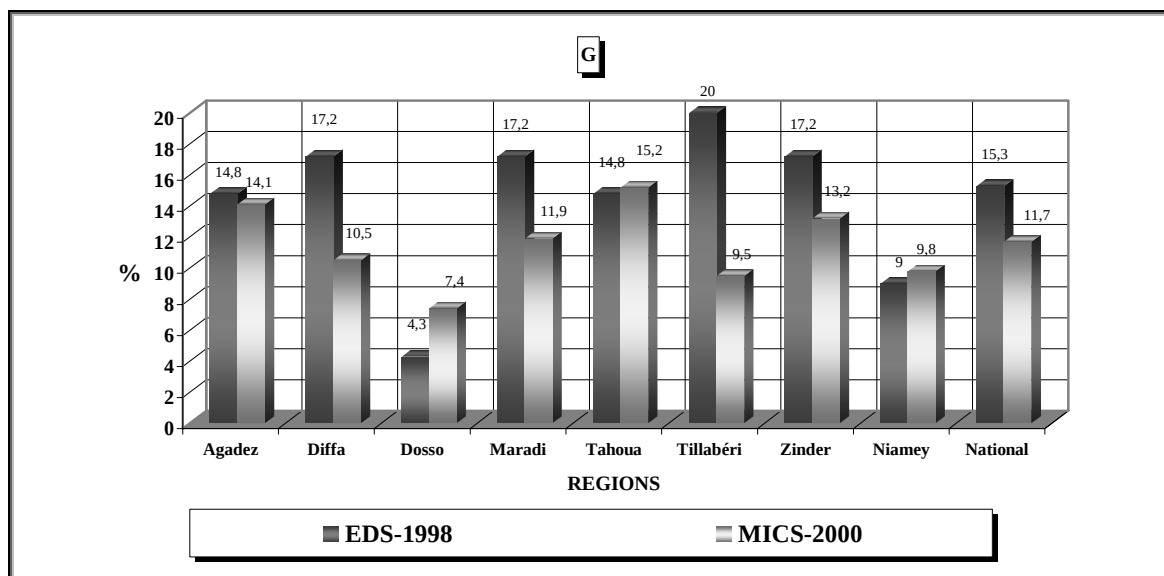
2.2.1.1. *Chez les enfants de moins de 5 ans*

Plusieurs enquêtes se sont intéressées à la prévalence de la malnutrition. Il ressort que le taux national est passé de 15,3% en 1998 à 11,7% en 2000. Cela pourrait être mis en relation avec l'amélioration de la production alimentaire de 1998.

La région de Dosso et la Communauté Urbaine de Niamey ont le taux les plus faibles, inférieurs à 10% quelle que soit l'enquête considérée. A l'exception de la Région de Tahoua, où on observe une augmentation de la prévalence et de celle d'Agadez qui est restée quasiment stationnaire, la situation s'est améliorée dans toutes les autres régions. Cependant les taux restent encore très élevés particulièrement à Tahoua, Agadez et Zinder.

Les taux restent encore très élevés particulièrement à Tahoua, Agadez et Zinder.

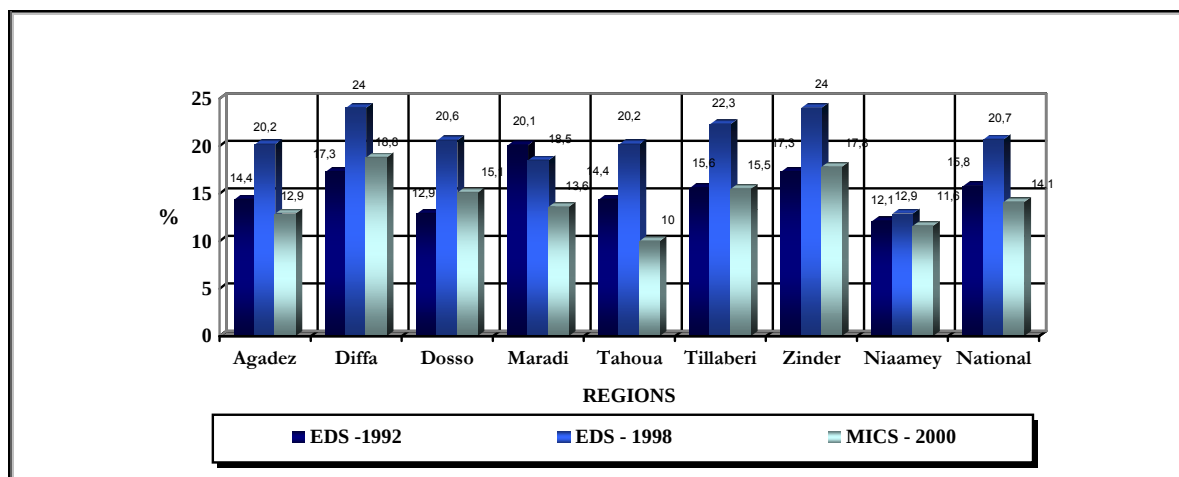
Graphique 2 : Evolution de la prévalence des enfants de petit Poids de Naissance²⁰



²⁰ PNAN 2002

Graphique 3

Evolution de la prévalence de la malnutrition aigue (rapport Poids-pour-Taille ≤ -2 Ecart Types)²¹



Le tableau ci-après présente les détails relatifs aux taux de prévalence de l'émaciation, de retard de croissance et de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 3 ans en 2000.

Tableau 11 : Etat nutritionnel des enfants de moins de 3 ans – MICS 2000²²

Caractéristiques socio-démographiques	Insuffisance pondérale (P/A)		Retard de croissance (T/A)		Emaciation (P/T)	
	Inférieur à -2 ET	Inférieur à -3 ET	Inférieur à -2 ET	Inférieur à -3 ET	Inférieur à -2 ET	Inférieur à -3 ET
Sexe						
Masculin	39,9	14,4	40,3	20,2	15,7	3,9
Féminin	39,5	14,3	39,4	18,7	12,4	2,5
Région						
Agadez	36,2	11,1	32,0	12,9	12,9	1,7
Agadez CU	36,0	9,5	30,2	11,1	12,7	1,0
Diffa	48,5	20,3	42,1	21,3	18,8	5,0
Dosso	38,4	13,5	37,3	14,4	15,1	5,4
Maradi	45,0	17,7	47,3	23,8	13,6	2,5
Tillabéri	34,7	10,2	28,4	11,4	15,5	3,0
Tahoua	32,9	10,3	40,1	22,2	10,0	2,1
Zinder	48,3	21,2	47,8	26,7	17,8	4,6
Niamey	23,8	4,4	18,1	7,2	11,6	2,1
Milieu de résidence						
Niamey	23,8	4,4	18,1	7,2	11,6	2,1
Autres villes	32,7	8,6	30,0	11,4	10,1	1,4
Ensemble urbain	30,0	7,4	26,4	10,1	10,6	1,6
Rural	41,1	15,4	41,8	20,9	14,6	3,5

²¹ PNAN 2002

²² idem

Caractéristiques socio-démographiques	Insuffisance pondérale (P/A)		Retard de croissance (T/A)		Emaciation (P/T)	
	Inférieur à -2 ET	Inférieur à -3 ET	Inférieur à -2 ET	Inférieur à -3 ET	Inférieur à -2 ET	Inférieur à -3 ET
Âge						
0-5 mois	5,0	0,8	7,9	3,4	5,1	2,2
6-11 mois	23,9	8,2	14,2	4,4	19,3	4,7
12-23 mois	60,6	27,3	46,6	20,8	35,0	8,6
24-35 mois	52,7	21,3	51,7	26,7	14,1	3,1
36-47 mois	38,8	11,8	47,8	24,7	6,5	0,7
48-59 mois	38,6	9,8	47,8	24,1	4,8	0,7
Niveau d'instruction de la mère ou de la personne en charge						
Aucun	39,4	14,7	39,7	19,6	14,3	3,4
Primaire	40,9	13,8	39,0	16,8	12,5	3,0
Secondaire ou plus	25,1	6,8	23,0	6,3	12,2	0,9
Programme non-formel	45,5	13,2	47,0	25,2	14,3	2,6
Ensemble des enfants	39,6	14,3	39,8	19,5	14,1	3,2

Chacune de ces enquêtes montre que dans toutes les régions du pays, le taux de sous-nutrition aiguë dépasse le seuil de 10% d'enfants au-dessous de moins 2 Ecart Types du rapport Poids pour la taille. En 1998, les taux oscillent autour de 20% dans toutes les régions, exception faite de Niamey et Maradi qui a légèrement amélioré la situation passant de 20 à 18%. Ceci classe la situation comme grave.

S'agissant de la malnutrition chronique (Taille pour Age $\leq$ - 3 ET), les taux de prévalence sont encore plus élevés excédant même les seuils de 40% à Maradi et 38% à Zinder et Diffa en 1992 et ceux de 26,7% à Zinder, 23,8% à Maradi, 22,2% à Tahoua et 21,3% à Diffa en 2000. Si l'on considère le seuil de - 2 Ecart Types du rapport Taille pour Age, à l'exception de la Communauté Urbaine de Niamey (18,1%) et de Tillabéri (28,4%), dans toutes les régions du pays, les taux de prévalence excèdent les 30%, atteignant même 47,8% à Zinder. Ceci dénote de la persistance de la malnutrition chronique dans l'ensemble du pays.

L'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN/MICS-III-2006 – Septembre 2006) montrent que 50 % des enfants souffrent de malnutrition chronique et la majorité d'entre ces derniers (30 % du total) de malnutrition chronique sévère. Le niveau du retard de croissance augmente très rapidement avec l'âge : de 6 % pour les moins de 6 mois, il augmente très rapidement pour se situer autour de 60 % entre 12 et 59 mois. On ne constate que peu d'écart selon le sexe mais, par contre, le milieu de résidence fait apparaître des disparités importantes, 53 % en rural contre 31 % en urbain et 21 % à Niamey. Par ailleurs, il diminue fortement avec le niveau d'instruction de la mère: 52 % chez les mères sans instruction, 45 % chez celles de niveau primaire et 23 % chez celles de niveau secondaire ou plus. L'âge de la mère ne semble pas influencer de manière importante sur la prévalence de la malnutrition chronique.

Les résultats montrent par ailleurs que 10 % des enfants sont émaciés ; 2 % le sont sévèrement. Cette forme de malnutrition aiguë est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation ; elle peut aussi être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée ou une détérioration rapide des conditions d'alimentation. C'est parmi les enfants de 10 à 23 mois que le niveau de l'émaciation est le plus élevé (entre 18 % et 19 %). Ces âges correspondent à la période au cours de laquelle a lieu le sevrage et pendant laquelle l'enfant est plus fréquemment exposé aux maladies (nouveaux aliments, exploration de l'environnement immédiat en rampant par terre, etc.). L'émaciation est plus fréquente chez les garçons, en milieu rural et chez les enfants nés de mères pas ou peu instruites. Trois régions, à savoir Diffa (13 %), Maradi (12 %), Agadez et Zinder (11 %), se distinguent des autres par des proportions plus élevées d'enfants émaciés. Avec seulement 7 %, c'est la ville de Niamey qui détient la prévalence la plus faible de l'émaciation.

Quarante-quatre pour cent des enfants nigériens présentent une insuffisance pondérale ; 15 % sous sa forme sévère. L'insuffisance pondérale est beaucoup plus fréquente en milieu rural (47 % contre 27 % en milieu urbain), chez les enfants nés de femmes sans instruction (46 % contre 15 % chez les femmes de niveau secondaire ou plus). Trois régions semblent particulièrement touchées par l'insuffisance pondérale : Maradi (54 %), Zinder (53 %) et Diffa (45 %).

S'agissant de l'anémie, elle touche, au niveau national, 84 % des enfants de moins de 5 ans : 21 % souffrent d'anémie légère (niveau d'hémoglobine de 10.0-10.9 g/dl) ; 56 % souffrent d'anémie modérée (niveau d'hémoglobine de 7.0-9.9 g/dl) et 7 % souffrent d'anémie sévère (niveau d'hémoglobine <7 g/dl). Les enfants des zones rurales (85 %) sont plus fréquemment atteints d'anémie que ceux des zones urbaines (78 %). De plus, en zone rurale, la prévalence de l'anémie sévère est un peu plus élevée que celle observée dans les zones urbaines (7 % contre 5 %). C'est dans les régions de Tahoua (10 %) et de Dosso (9 %) que l'on observe les prévalences les plus élevées de l'anémie sévère.

En général, les femmes sont moins touchées par l'anémie que les enfants. Au niveau national, 45 % des femmes souffrent d'anémie : 31 % en souffrent sous la forme légère, 13 % sous la forme modérée et 1 % en sont atteintes sous la forme sévère. On constate comme chez les enfants un écart entre les milieux rural et urbain (47 % contre 38 %). Ce sont les régions de Zinder (4 %) et d'Agadez (2 %) qui se caractérisent par les prévalences de l'anémie sévère les plus élevées.

2.2.1.2. Chez les adultes

L'Enquête Budget-Consommation phase rurale réalisée en 1991 - 1992 a fait ressortir les r suivantes :

- 26,8% des adultes âgés de 18 à 60 ans sont en déficience chronique énergétique ou maigres (indice de masse corporelle : Poids/Taille² < 18,5) dont 28,7% de femmes contre 25,3% d'hommes. Le taux le plus élevé est observé dans la région d'Agadez (42,0%), suivi de Diffa/Zinder (environ

35%), de Maradi/Tillabéri/Dosso (23 à 27%) et enfin Tahoua avec le taux le plus bas (20% environ).

- La surcharge pondérale : Poids/Taille² > 25,0 affecte 3,6% dont 5,0% de femmes contre 2,6% d'hommes âgés de 18 à 60 ans. Les Régions d'Agadez et de Tillabéri sont encore les plus touchées.
- Les femmes sont donc plus nombreuses à souffrir de déficience chronique en énergie, mais elles sont aussi plus nombreuses que les hommes à présenter une tendance à la surcharge pondérale.

Tableau 12 Etat nutritionnel des adultes de 18-60 ans en milieu rural Indice de Masse Corporelle (EDS-1992)²³

CARACTERISTIQUES	DEFICIENCE CHRONIQUE EN ENERGIE		POIDS NORMAL	SURCHARGE PONDERALE		
	Très maigre (IMC<17)	Maigre (IMC : 17 à 18,5)	18,5<IMC < 25	Surpoids IMC 25 à 30	Obèse IMC>30	Total >25
Sexe						
Masculin	8,8	25,3	72,1	2,4	0,2	2,6
Féminin	11,5	28,7	66,3	4,6	0,4	5,0
Régions						
Agadez	18,0	42,0	50,0	6,7	1,3	8,0
Diffa	13,7	35,1	62,5	2,0	0,4	2,4
Dosso	10,2	26,7	70,2	3,0	0,1	3,1
Maradi	8,1	23,6	74,4	1,9	0,1	2,0
Tillabéri	8,9	26,7	67,4	5,6	0,8	6,4
Tahoua	6,7	19,8	75,3	4,7	0,2	4,9
Zinder	14,2	34,2	64,2	1,5	0,1	1,6

2.2.2. Carences en micronutriments

2.2.2.1. Carence en vitamine A

L'avitaminose A a fait l'objet de nombreuses études et enquêtes au niveau national, régional et de l'Arrondissement depuis 1983. L'EDS effectuée en 1992 sur 2.546 enfants âgés de 24 à 59 mois, a mis en évidence que :

- 2,6% d'enfants souffraient de cécité nocturne, 3% en milieu rural; 6,6% dans la région de Dosso (le taux le plus élevé); 2,8% chez les enfants dont la mère n'a pas d'instruction; 4,2% chez ceux dont les mères sont artisanes; 3,8 chez ceux dont la mère est agricultrice.

²³ PNAN 2002

- Une enquête menée par le Programme Conjoint d'Appui à la Nutrition (PCAN) en mai 1990 dans la région de Tillabéri, a mis en évidence un taux d'héméralopie de 3,5% chez les enfants de moins de six ans. Les lésions oculaires sont présentes chez 4,5% des enfants du même groupe d'âge.

Au niveau des structures sanitaires, les cas d'avitaminose A déclarés atteignent 7.985 en 1993 soit une incidence moyenne de 9,2 pour 10.000 habitants. 70% des cas se retrouvent dans la tranche d'âge égale et supérieure à 15 ans. Ces différentes études montrent bien que l'hypovitaminose A constitue un problème de santé publique au Niger, les taux d'héméralopie constatés étant souvent supérieurs au seuil d'intervention de 1% retenu par l'OMS et qu'elle affecte l'ensemble de la population touchant aussi bien les enfants que les adultes.

2.2.2.2. *Carence en iode*

Concernant la carence iodée, l'enquête nationale effectuée en janvier-mars 1994 par l'UNICEF et le Ministère de la santé sur une population scolaire de 8 933 élèves de 10 à 15 ans (5 681 garçons et 2 252 filles) a révélé une prévalence globale du goitre atteignant 35,8% avec un taux de goitre visible de 5,7%. La répartition de la prévalence par région (goitre total et goitre visible) et par département a permis de distinguer deux zones au Niger :

- Une zone à endémie goitreuse légère couvrant à l'Ouest, Niamey et la région de Tillabéri et à l'Est, les Régions de Diffa et Zinder;
- Une zone à endémie goitreuse modérée couvrant la région de Dosso, au centre, la région de Maradi et au Nord, la région de Tahoua.

Une répartition des sujets en fonction de l'âge, du sexe et du type de goitre fait ressortir que dans la tranche d'âge de 10 à 12 ans, le taux de prévalence du goitre total (GT) est plus élevé chez les garçons (34,4%) que chez les filles (28,8%). Cette tendance est maintenue dans la répartition selon le type clinique où on note dans la tranche de 10 à 12 ans, 2 garçons goitreux pour 1 fille goitreuse.

Au cours de la deuxième année d'application de l'Arrêté interministériel N°51/MDI/CAT/MSP/MF/E du 4 octobre 1995 réglementant la production, l'importation et la commercialisation du sel iodé, une seconde enquête fut menée dans les mêmes écoles que la première en juin/juillet 1998.

Cette étude de mesure de l'efficacité de la consommation du sel iodé a montré une nette régression de l'endémie goitreuse dans toutes les régions et plus particulièrement, à Niamey et Tillabéri et même à Tahoua et Maradi qui figuraient parmi les régions les plus affectées lors de la première enquête. Le taux national de Goitre Total est passé de 35,8% à 20,4% et celui de Goitre Visible de 5,7% à 1,4%. Les taux de prévalence restent encore élevés dans la Région de Dosso.

1.2.2.3. *Anémie et carence en fer*

Concernant l'anémie et la carence en fer, il n'existe pas encore une enquête de prévalence d'envergure nationale en dehors des informations du système national d'information sanitaire (SNIS) et des études parcellaires effectuées à Niamey. Cependant, les données sur la consommation alimentaire au Niger laissent entrevoir un régime pauvre en fer : une faible bio disponibilité du fer due à une forte consommation de substances inhibitrices de l'absorption du fer et à une faible consommation de produits d'origine animale, riches en fer héminique.

L'analyse des rapports trimestriels d'activité des Centres de Santé Maternelle et Infantile de 1986 a permis de constater que 57% des enfants de 6 à 59 mois vus en consultation de nourrissons étaient anémiés (Hb < 9,5g/dl) et que 61% des femmes enceintes venues en consultation prénatale étaient anémiées (HB < 10g/dl).

Des thèses de doctorat en médecine soutenues à l'Université de Niamey se sont intéressées à la carence en fer et au statut hématopoiétique de certaines populations. Dans le cadre de tels travaux, une enquête effectuée en 1983 à l'Hôpital et à la Maternité Centrale de Niamey sur les anémies nutritionnelles chez la femme en période pré et postnatale constate que :

- 35,48% des effectifs de la population examinée présentaient une anémie microcytaire probablement en rapport avec une carence en fer profonde;
- 20,96% des effectifs avaient une anémie macrocytaire probablement liée à une carence en acide folique;
- 43,5% des effectifs avaient une anémie d'origines diverses.

Une autre étude relève une prévalence d'anémie de 6,04% pour un taux de mortalité de 7,2% parmi des enfants en bas âge admis à l'Hôpital de Niamey.

Enfin, une enquête réalisée en 1999 dans deux districts sanitaires (Tahoua et Téra) a révélé une prévalence de faible taux d'hémoglobine de 70,7% et 70,2% respectivement chez les femmes enceintes et les femmes non enceintes de Téra. Ces taux sont de 43,9% et 44% dans le district de Tahoua.

2.2.2.4. *Autres carences spécifiques*

En dehors des cas évoqués, les données sur d'autres carences spécifiques sont rares. Toutefois, on peut présager leur existence en raison de la couverture insuffisante des besoins relevée dans les résultats de l'enquête budget-consommation de 1989-1992 au niveau de certains nutriments notamment le calcium (54% à 85%), la vitamine B2 (66 à 95%), la vitamine PP (90%).

2.2.3. Maladies chroniques non contagieuses liées au régime alimentaire

Au Niger, il existe très peu de données sur la suralimentation et les maladies de surcharge (Obésité, Goutte, Diabète), car ces problèmes ont jusque là été occultés par ceux afférents à la sous-alimentation et à ses conséquences nutritionnelles. Il est pourtant indéniable que ces pathologies prennent de plus en plus d'ampleur et qu'il faudra désormais leur accorder toute l'attention requise.

2.2.4. Résumé de la situation nutritionnelle

La situation alimentaire et nutritionnelle des populations nigérienne est très peu satisfaisante. La disponibilité énergétique alimentaire qui était bonne au début des années « 60 » s'est peu à peu effritée sous les effets conjugués de plusieurs années de sécheresse et les activités anthropiques dégradant le potentiel productif le tout, dans un environnement de très forte croissance démographique et une paupérisation croissante de la population rendant hypothétique leur accès à une alimentation adéquate.

Il s'en est suivi une dégradation constante du statut nutritionnel des communautés. Les principales maladies de carence nutritionnelle sont représentées par la malnutrition, les anémies nutritionnelles liées à la carence en fer, la carence en vitamine A et la carence en iode.

Outre ce tableau de sous-alimentation, on observe que certaines affections chroniques liées aux régimes alimentaires et aux modes de vie font de plus en plus leur apparition dans la société nigérienne et méritent une attention particulière. Il s'agit entre autres des maladies hypertensives, des pathologies métaboliques, du tabagisme et de la toxicomanie.

La malnutrition, est la conséquence de plusieurs facteurs, le plus souvent associés. Même si les carences alimentaires (en énergie et / ou en élément(s) nutritif (s) donné(s)), sont souvent perçues comme étant le plus souvent les principales causes, il y a lieu de noter que la cause de la malnutrition au Niger est systémique de par sa nature. Ainsi, elle doit être traitée sous l'angle du rapport qui existe entre les différentes causes et les groupes de causes mises en jeu. Cette situation montre que le Niger est exposé annuellement à un risque d'envergure localisée ou généralisée. Toutes ces crises ont eu comme conséquence la malnutrition chronique et sévère. Les effets de ces crises ont été aggravés par la pauvreté qui sévit dans le pays.

2.3. **Analyse des causes des problèmes nutritionnels²⁴**

Pour analyser le bien-être nutritionnel de la population nigérienne et ses facteurs déterminants, le modèle causal hypothétique simplifié de la malnutrition a été utilisé et permet de distinguer les causes immédiates, structurelles ou profondes des problèmes nutritionnels au Niger.

²⁴ Contribution du groupe thématique "nutrition" à la révision de la SRP.

2.3.1. Causes biologiques

La malabsorption des aliments, les parasites intestinaux, les maladies infectieuses et parasitaires, les besoins spécifiques élevés pendant la croissance, la grossesse, l'allaitement et non couverts par l'alimentation

Les maladies infectieuses, parasites et intestinales

- Selon l'analyse « Profiles », la malnutrition intervient pour 59,3% dans cette mortalité infanto-juvénile.
- Le déficit pondéral est de 39.6% en 2000 et le retard de croissance de 39.8% en 2000 (année de la crise alimentaire). Selon l'analyse de Profiles, la malnutrition sera à la base de près de 420.262 décès d'enfants de moins de cinq ans d'ici l'an 2015, si des mesures adéquates ne sont pas mises en œuvre.
- Il est important de souligner que sur l'ensemble des décès attribuables à la malnutrition, 48% sont associés à la forme légère et 33 % à la modérée. 4/5 des décès sont associés aux formes modérées et légères de la malnutrition.
- La carence en vitamine A affecte 40 % des enfants de 6 à 59 mois. Elle est la cause sous-jacente de 23,07% de la mortalité infanto-juvénile attribuable à la carence en vitamine A.
- L'anémie par carence en fer, affecte 61%(PNAN 2003) des femmes nigériennes lors de la grossesse et 57% des enfants de moins de 5 ans (EDS 2000). Elle contribue pour une part importante aux cas de décès maternels
- La carence en iode contribue largement au faible poids à la naissance, aux avortements, à la mortalité péri-néonatale. La prévalence du goitre est estimée globalement à 20,4 %, et le goitre visible 1,4%.
- La prévalence du retard de croissance modéré est de 28,8 %, soit environ 1 enfant sur 3 souffre de retard de croissance avant l'âge de 2 ans.

2.3.2. Causes socioculturelles

L'inadéquation des soins fournis aux enfants et aux femmes est l'une des causes de la malnutrition. Une bonne hygiène dans et autour de la maison, ainsi que dans la manipulation des denrées alimentaires, abaisse le risque de maladie. Le terme de «soins» couvre également toutes les interactions entre parents et enfants qui aident les jeunes à se développer sur les plans physique et émotionnel.

Différentes études ont permis de constater que les taux de croissance étaient meilleurs chez les enfants soumis à des stimulations verbales et cognitives que chez ceux qui n'avaient pas fait l'objet de telles stimulations.

La discrimination de tous ordres à l'égard des femmes et des jeunes filles est une cause fondamentale de la malnutrition. Des études ont démontré que des taux très élevés de malnutrition des enfants et d'insuffisance pondérale à la naissance sont en étroite relation avec des facteurs tels que le faible accès des femmes à l'éducation et leur place réduite sur le marché du travail.

2.3.3. Causes liées aux mauvaises pratiques alimentaires

Il s'agit principalement des mauvaises pratiques de l'allaitement maternel : mise au sein tardive du bébé, faible pratique de l'allaitement maternel exclusif (13.5% des femmes allaitantes), mauvaise conduite du sevrage. L'analyse de Profiles montre que 15.5% % des décès d'enfants de moins d'un an sont attribuables à la mauvaise pratique de l'allaitement maternel.

A ces mauvaises pratiques de l'allaitement maternel s'ajoutent : une alimentation inadéquate en qualité ou en quantité, la surcharge des tâches domestiques de femmes, les grossesses rapprochées et les tabous et interdits alimentaires

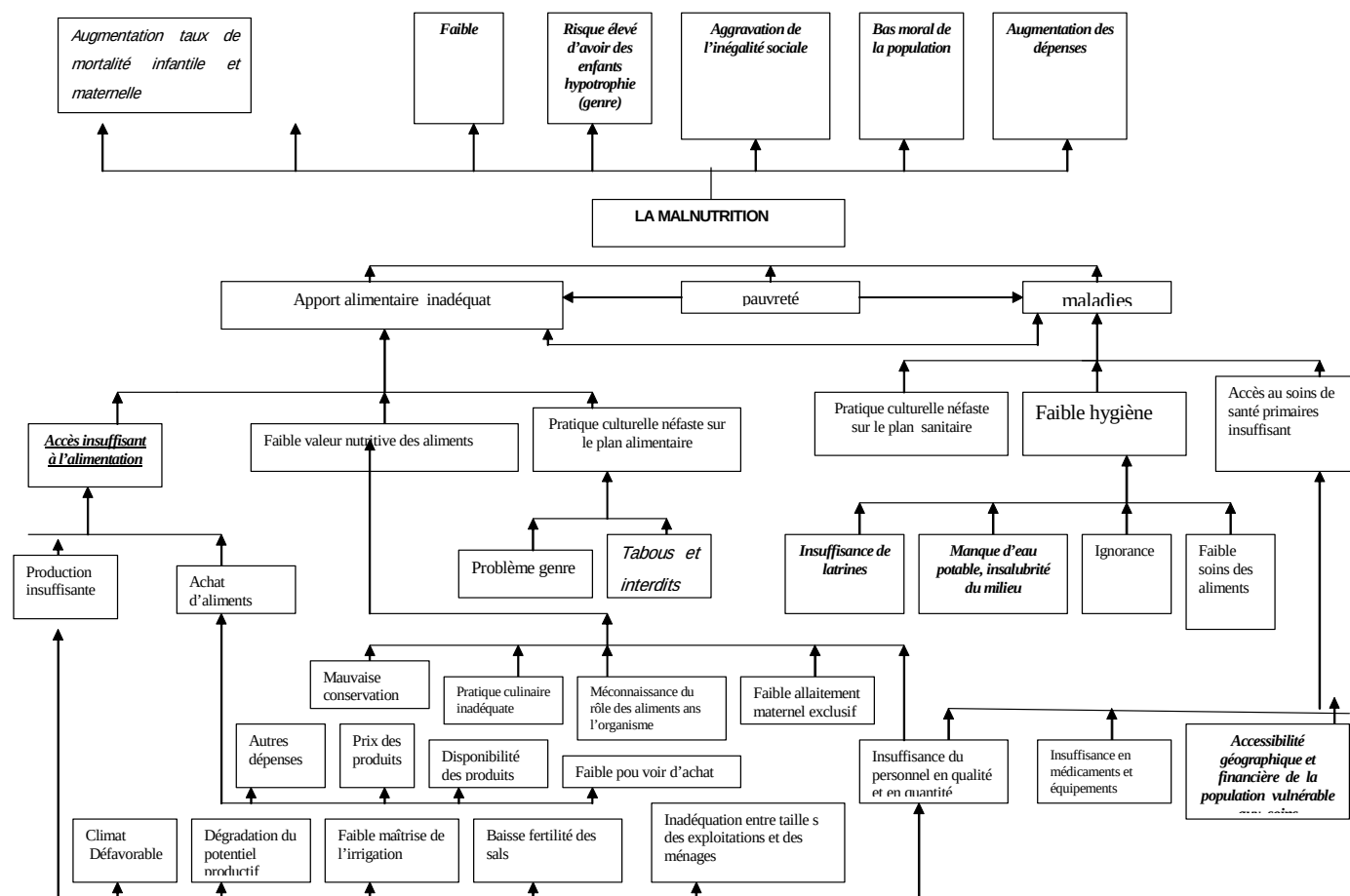
2.3.4. Causes naturelles, économiques et politiques

Une des causes de la malnutrition au Niger est la crise alimentaire répétitive qui présente deux aspects intimement liés :

- La faible productivité agro-sylvo-pastorale et sa timide valorisation ;
- Le déséquilibre croissant entre la production alimentaire et l'accroissement de la population. (Taux d'accroissement population : 3,1 % et production : 2%) ;
- Les fluctuations avec des baisses considérables de production en cas de sécheresse, d'invasion acridienne ou de vents de sable violents comme en témoigne l'écart entre le taux d'accroissement de la production en 2002 (2 %) et celui en 2003(3,1 %) ;
- L'effet cumulé de la désertification et la de dégradation des ressources naturelles ;
- La faible prise en compte de la nutrition dans les politique de développement (peu de spécialiste en nutrition, absence d'institution technique et de recherche, absence du volet nutrition dans les programmes de vulgarisation et dans les projet de développement....) ;
- L'inadéquation entre l'aide alimentaire par rapport aux besoins de la population vulnérables ;
- L'accès insuffisant à l'eau potable : Taux de couverture en PEM %.

Le schéma 1 résume l'arbre des problèmes sur l'alimentation et la nutrition au Niger

Schéma 1 : Arbre des problèmes sur l'alimentation et la nutrition²⁵



²⁵ Document thématique « nutrition » dans le cadre de la révision de la SRP

2.4. Analyse de la réponse nationale à la situation alimentaire et nutritionnelle

2.4.1. Analyse de la réponse en matière de sécurité alimentaire

Après la décennie 1960-1970 qui n'a connu qu'une seule année de crise alimentaire, la famine de 1973-74 a été le premier révélateur de la précarité de la situation alimentaire du pays. La décennie 1974-1984 a été, par conséquent, consacrée à la réalisation de grands projets de développement rural intégrés avec un accent particulier sur l'augmentation des productions et la réalisation de l'autosuffisance alimentaire. Parallèlement, l'Etat intervient sur les approvisionnements alimentaires à travers la fixation des prix, la mise en œuvre d'instruments publics de commercialisation, de régulation du marché et de constitution de stocks publics. Une politique de prix bas est pratiquée pour les approvisionnements urbains tandis que des programmes alimentaires ciblés sont mis en œuvre au profit des groupes vulnérables en zones en insécurité alimentaire, sous forme d'aide d'urgence, de cantines scolaires, d'assistance aux personnes malades et de banques de céréales.

Avec le temps, il s'est avéré aux yeux des pouvoirs publics que les déficits de production alimentaire ont non seulement une dimension conjoncturelle, mais également une dimension structurelle, au moins pour un certain nombre de régions : Agadez, Diffa et la frange nord des autres régions. Dès lors l'on s'oriente de plus en plus vers le concept de sécurité alimentaire qui appréhende à la fois la disponibilité, l'accessibilité et la durabilité des approvisionnements. Dans le même temps, l'Etat s'est engagé dans une politique de libéralisation qui s'est traduite par la suppression du monopole de l'OPVN en 1984 et de la fixation des prix en 1986/87.

La libéralisation, combinée à des systèmes d'information sur les marchés de céréales et de bétail, devrait permettre aux opérateurs et aux consommateurs de bénéficier du dynamisme du secteur privé sous l'œil bienveillant de l'Etat. Mais la persistance de l'insécurité alimentaire a conduit l'Etat, à travers les départements ministériels et le cabinet du Premier Ministre, à élaborer un certain nombre de nouvelles stratégies.

2.4.1.1. La Stratégie Opérationnelle de Sécurité Alimentaire (SOSA)

Le gouvernement nigérien a élaboré, avec le soutien de l'Union Européenne, et adopté en 2000 une Stratégie Opérationnelle de Sécurité Alimentaire (SOSA) qui pose le principe de considérer **la sécurité alimentaire comme une mission de l'Etat** et d'une meilleure coordination et harmonisation des interventions des différents acteurs. La stratégie propose un axe d'amélioration durable de la sécurité alimentaire qui a pour dimension le développement du secteur agro-pastoral et alimentaire et un axe de prévention et d'atténuation des crises alimentaires. Ce faisant, elle prend en compte à la fois l'insécurité alimentaire conjoncturelle et l'insécurité alimentaire chronique, en veillant à ce que les réponses apportées soient réellement complémentaires et cohérentes entre elles. La SOSA poursuit deux objectifs généraux :

- **Premier objectif général :** *l'amélioration de manière durable de la sécurité alimentaire.*
 Pour cet objectif, la stratégie repose sur l'intensification progressive de la production agricole et de l'élevage (intensification adaptée aux caractéristiques agro-écologiques des différentes zones) et sur l'amélioration de l'efficacité des filières en réponse aux demandes solvables qui s'expriment à l'extérieur et, dans une moindre mesure, à l'intérieur du pays. Six objectifs spécifiques ont été retenus correspondant aux résultats suivants :
 - ✓ l'alimentation des populations sous alimentées et/ou mal nourries est améliorée;
 - ✓ le capital productif est préservé;
 - ✓ les ressources en eau sont mobilisées en vue de développer les productions agro-pastorales et de satisfaire les besoins des populations;
 - ✓ les productions animales sont intensifiées et diversifiées;
 - ✓ les productions agricoles sont intensifiées et diversifiées;
 - ✓ la compétitivité des filières en aval de la production est améliorée.

- **Second objectif général :** *la prévention et l'atténuation des crises alimentaires.*
 Cet objectif repose sur une stratégie de production d'informations fiables et sur la pérennisation d'activités régulières de concertation entre les donateurs et l'Etat et entre les donateurs eux-mêmes, afin de mettre en place et sécuriser les outils d'intervention destinés à prévenir et à atténuer les crises alimentaires. Quatre objectifs spécifiques ont été retenus, correspondant aux résultats suivants :
 - ✓ Les informations relatives aux risques de crise alimentaire sont fournies en temps utile et sous une forme adaptée aux décideurs publics;
 - ✓ La concertation entre le Gouvernement et les bailleurs de fonds est améliorée durablement;
 - ✓ Les actions en faveur des populations soumises à un risque de crise alimentaire sont identifiées et mises en œuvre;
 - ✓ La cohérence entre les actions de prévention et d'atténuation des crises et les actions de long terme est renforcée.

2.4.1.2. Le Programme National Global de Sécurité Alimentaire (PNGSA)

Le programme national global de sécurité alimentaire (PNGSA) est issu d'un processus de réflexion qui bénéficie depuis plusieurs années du soutien de la FAO. Il se veut être une réponse à la problématique de la mise en œuvre des politiques, stratégies, programmes (épars) de sécurité alimentaire au Niger. Il a pour but de servir d'outil de mise en cohérence, de coordination souple et pragmatique de la mise en œuvre des programmes de sécurité alimentaire ciblés sur les groupes vulnérables et les zones en insécurité alimentaire afin d'en améliorer l'impact.

A court et moyen termes, le PNGSA poursuit les objectifs suivants:

- promouvoir une alimentation saine et équilibrée des *ménages vulnérables à l'insécurité alimentaire, en particulier les enfants de moins de cinq ans et les femmes en âge de procréer*;
- accroître durablement les productions alimentaires et les revenus chez les petits producteurs ruraux pauvres des zones en insécurité alimentaire chronique et conjoncturelle;
- faciliter l'insertion des petits agriculteurs pauvres et en insécurité alimentaire dans la dynamique du développement économique à travers l'expansion des échanges commerciaux des productions agro-sylvo-pastorales;
- développer des systèmes de prévention et d'atténuation des crises alimentaires au niveau des communautés de base des zones connaissant l'insécurité alimentaire chronique ou conjoncturelle.

A long terme le PNGSA poursuit les objectifs suivants :

- accroître la productivité agricole, par le développement de la recherche agronomique participative avec les petits producteurs pauvres et en insécurité alimentaire;
- promouvoir des pratiques de gestion durable des ressources naturelles chez les petits producteurs pauvres et en insécurité alimentaire;
- renforcer les capacités institutionnelles nationales de coordination, harmonisation, planification, de mise en œuvre des politiques, stratégies et programmes de sécurité alimentaire.

Au plan stratégique, le PNGSA vise à :

- développer un programme ciblé sur les groupes vulnérables (enfants de moins de 5 ans et femmes en âge de procréer) et à l'échelle des communautés de base afin de promouvoir des pratiques nutritionnelles appropriées, adaptées et équilibrées;
- fournir des appuis aux communautés de base des zones vulnérables en vue d'une augmentation durable de la production alimentaire et des revenus chez les petits producteurs ruraux par (a) l'adoption de pratiques aptes à préserver, améliorer le capital productif, (b) l'intensification des cultures pluviales dans les zones les plus productives, (c) le développement des cultures irriguées par la petite irrigation à faible coût, (d) l'accroissement des productions animales et halieutiques, (e) la promotion des programmes d'activités génératrices de revenus et d'amélioration de l'accès aux ressources financières, en particulier au bénéfice des femmes rurales;
- faciliter l'insertion des ménages ruraux pauvres et en insécurité alimentaire dans une dynamique de croissance économique à travers le développement des échanges commerciaux, des infrastructures d'appui à la sécurité alimentaire : communication et désenclavement des zones rurales;
- développer à l'échelle des communautés de base dans les zones en insécurité alimentaire des systèmes de prévention et de gestion des crises alimentaires autochtones impliquant une responsabilité intégrale de leur part et opérant en synergie avec les dispositifs locaux, régionaux et national;
- promouvoir la participation des petits producteurs pauvres au développement de la recherche agronomique sur les systèmes de production les concernant.

2.4.1.3. La Stratégie de Développement Rural

La Stratégie de Développement Rural (SDR) précise et opérationnalise la SRP dans le domaine du développement rural. Elle est l'unique cadre de référence en matière de politique économique et sociale dans le secteur rural. La SDR vise à réduire l'incidence de la pauvreté rurale de 66% à 52% à l'horizon 2015 en créant les conditions d'un développement économique et social durable garantissant la sécurité alimentaire des populations et une gestion durable des ressources naturelles.

Un de ses trois axes stratégiques consiste à **prévenir les risques, améliorer la sécurité alimentaire et gérer durablement les ressources naturelles pour sécuriser les conditions de vie des populations.**

2.4.1.4. Etat de mise en œuvre des politiques, stratégies et programmes

La SOSA et le PNGSA n'ont pas été rendus opérationnels. L'élaboration de la SDR et l'actualisation des programmes relevant du secteur rural dans le cadre de la révision de la SRP ont permis de prendre en compte au sein de la SDR les aspects essentiels de ces deux documents.

Au niveau opérationnel et pour la gestion du court terme, c'est le Dispositif National de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaires (DNPGCA) qui est mobilisé. Ce dispositif est mis en place depuis 1998 par l'Etat nigérien et les principaux donateurs d'aide alimentaire : la France, l'Allemagne, la Suisse, l'Italie, le Programme Alimentaire Mondial, l'Union Européenne, le PNUD et la FAO. Il s'agit de mieux gérer et de mieux coordonner l'action des divers intervenants. Une Commission Mixte de Concertation Etat – Donateurs (CMC), présidée par le Premier Ministre, est mise en place pour gérer le DNPGCA qui met en œuvre deux dispositifs : (i) le stock national de réserve comprenant un stock physique (le stock national de sécurité – SNS) et un stock financier (le Fonds de sécurité Alimentaire – FSA) et (ii) le Fonds Commun des Donateurs (FCD). La Cellule « Crises Alimentaires » (rattachée au cabinet du Premier Ministre) assure le secrétariat du DNPGCA. La Cellule de Coordination du Système d'Alerte Précoce (CC/SAP), rattaché également au Cabinet du Premier Ministre, en collaboration avec un Groupe de Travail Interdisciplinaire (GTI), rassemble les données permettant d'établir un diagnostic sur les risques de crises et élabore des recommandations d'intervention transmises aux décideurs. L'Office des Produits Vivriers du Niger (OPVN) a pour mission principale le stockage et la maintenance du stock physique de sécurité.

Pour les moyen et long termes, les programmes de la SDR constituent désormais le cadre opérationnel de la sécurité alimentaire, avec une dimension nutritionnelle plus affirmée. En effet, La SDR comporte 14 programmes parmi lesquels un programme «réduction de la vulnérabilité des ménages».

Ce dernier comporte 3 sous-programmes :

- prévention et gestion des crises et catastrophes naturelles;
- santé-nutrition;

- augmentation des revenus des plus vulnérables.

L'objectif global du sous-programme « prévention et gestion des crises et catastrophes naturelles » est de prévenir et d'atténuer les crises alimentaires et nutritionnelles et les autres catastrophes naturelles. Ses objectifs spécifiques sont:

- le renforcement des capacités du Dispositif et des populations à prévenir et gérer les crises alimentaires et nutritionnelles;
- la maîtrise des informations relatives aux crises alimentaires et nutritionnelles et autres catastrophes; il s'agit d'améliorer les performances de la Cellule de Coordination du Système d'Alerte Précoce (CC/SAP) et le ciblage des populations vulnérables;
- l'amélioration de la contribution du Ministère du Développement Agricole (MDA) aux actions de prévention et de gestion des crises alimentaires et des catastrophes naturelles;
- l'amélioration de la contribution du Ministère des Ressources animales (MRA) aux actions de prévention et de gestion des crises alimentaires et des catastrophes naturelles.

Quant au sous-programme « santé-nutrition »²⁶ son objectif global est de garantir aux populations rurales une alimentation satisfaisante sur le plan nutritionnel et la possibilité d'être et de rester en bonne santé. Le sous-programme a trois objectifs spécifiques :

- la diversification et l'amélioration de l'alimentation des populations;
- la protection des consommateurs contre les maladies liées à l'utilisation d'aliments malsains, contaminés ou altérés;
- l'amélioration de la qualité nutritionnelle et sanitaire des aliments.

S'agissant du sous-programme « augmentation des revenus des plus vulnérables », son objectif global est de garantir aux populations vulnérables des revenus minima pour leur permettre d'améliorer leur accès monétaire à la nourriture. Le sous-programme a trois objectifs spécifiques :

- la sécurisation des revenus des populations des zones vulnérables;
- la valorisation de la stratégie d'exode;
- le développement des activités génératrices des revenus.

2.4.2. Analyse de la réponse en matière de lutte contre la malnutrition, d'hygiène et de salubrité des aliments

Durant la dernière décennie, un ensemble de programmes et d'interventions ont été mis en œuvre en vue de lutter contre la malnutrition. Certaines interventions à assise

²⁶ C'est ce sous-programme qui constitue le programme 1 « diversification de la production alimentaire et amélioration de la valeur nutritionnelle » proposé au point 3.4.4.1

communautaire, comme la surveillance de la croissance par les équipes villageoises, ou la supplémentation systématique de certains groupes cibles pour la lutte contre les carences en micronutriments, ou encore les banques céréalières ont démontré des succès notables dans les zones couvertes, mais la couverture géographique ayant été très restreinte, l'impact en a été de même.

Dans l'ensemble s'il y a eu une approche plutôt préventive dans la majorité des interventions mises en œuvre par quelques secteurs, le manque d'efficacité et de synergie ainsi que la faible couverture de ces interventions n'ont pas permis à une réduction tangible de la malnutrition au niveau national. Plus grave encore la malnutrition n'étant souvent même pas vue comme un problème de santé par les politiques et souvent par les techniciens eux même, elle ne trouvait pas sa place dans l'ensemble des programmes de développement socio-économique²⁷.

En 1992, un document de Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition a été élaboré mais n'a jamais fait l'objet d'adoption par le gouvernement. De 1992 à 1997, l'analyse de la récupération nutritionnelle a fait l'objet de divers travaux et d'ateliers de nutrition avec réalisation d'un premier guide de nutrition adapté au Niger. Des techniques de nutrition à base d'aliments locaux ont été développées avec des performances proches des techniques de nutrition internationales. L'évaluation de cette approche a permis d'augmenter considérablement les taux de guérisons des malnutris²⁸.

La surveillance à base communautaire des enfants est menée depuis une quinzaine d'années et une première mouture du plan national d'action pour la nutrition ainsi qu'un Codex alimentarius ont été élaborés.

Le PDS a identifié un certain nombre de problèmes en matière de nutrition :

- l'impact de la malnutrition sur la mortalité infanto-juvénile (et la notion même de malnutrition) est sous estimée à la fois par les familles, le personnel de santé, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF);
- la malnutrition débute dès le 4-6ème mois soit bien avant le « sevrage brutal »;
- la malnutrition infanto-juvénile se situe bien au dessus des seuils d'intervention;
- les enfants dépistés et pris en charge dans le système public ne reflètent pas la gravité du problème;
- le dépistage est tardif, attentiste et ne s'accompagne pas d'une prise en charge correcte;
- la prise en charge de la malnutrition grave est inefficace car tardive, mal réalisée;
- la compétence en matière de réhabilitation nutritionnelle est largement insuffisante;
- les centres de récupération et d'éducation nutritionnelle intensifs (CRENI au niveau des hôpitaux) et les centres de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire (CRENA des CSI) sont peu fonctionnels avec des taux bas de récupération (29% - SNIS 2002). Or la malnutrition intervient pour 50% dans les décès d'enfants;

²⁷ Source : UNICEF

²⁸ PDS

- les protocoles de réhabilitation nutritionnelle sont mal connus et les hôpitaux ne sont pas adaptés pour la prise en charge des malnutris graves.

Le deuxième objectif spécifique du PDS consiste à renforcer les activités de santé de la reproduction. Cet objectif spécifique compte parmi ses résultats attendus celui relatif au renforcement des actions de prévention et de prise en charge de la malnutrition de l'enfant. L'indicateur principal retenu pour mesure l'atteinte de l'objectif est le taux de malnutrition dont le PDS escompte une réduction de 30% à l'horizon 2015, les indicateurs de performance étant : le taux de prise en charge des malnutritions; le taux de CSI disposant d'un CRENA fonctionnel; le taux d'hôpitaux disposant d'un CRENI fonctionnel et le taux de récupération des malnutritions.

2.4.3. Réponse à la crise nutritionnelle de 2005- 2006

En 2004-2005, le Niger a subi une crise alimentaire et nutritionnelle suite à un déficit de production agricole combinée à une indisponibilité des céréales sur le marché local et au niveau des ménages. La crise a été aussi et surtout marquée par une incapacité d'accès financier des ménages aux céréales de base et aux autres denrées. L'estimation de l'effectif des bénéficiaires s'est basée sur les évaluations des zones vulnérables établies par le Système national d'alerte précoce. Selon ces estimations, le déficit céréalier de la campagne 2004-2005 touchait 3.600.000 personnes dont près 800.000 enfants de moins de 5 ans. Le nombre d'enfants malnutris attendus a été estimé sur la base des prévalences de malnutrition aiguë modérée (Poids/Taille < -2 ET) de 20% et sévère (Poids/Taille < -3 ET) de 4% à cette population d'enfants de moins de 5 ans soit respectivement 160.000 et 32.000 enfants malnutris modérés et sévères. Ce stress alimentaire a potentialisé une situation nutritionnelle déjà critique au regard des enquêtes antérieures déjà publiées au Niger avant 2005. Les enquêtes menées en 2005, ont montré des taux de malnutrition aiguë globale qui variaient entre 14% et 20%, tant dis que la malnutrition chronique dépassait 50% selon les enquêtes et les régions avec une prédominance dans les régions sud, reconnues comme des greniers du pays. Au cours de ces enquêtes, l'analyse rétrospective de mortalité des enfants de moins de 5 ans dépassait largement le seuil d'urgence de 2 pour dix mille par jour dans la région de Tahoua et Zinder. Cette situation préoccupante a été également confirmée par les résultats de l'enquête nationale et exhaustive conduite par l'UNICEF en collaboration avec CDC Atlanta et le Ministère de la santé publique (UNICEF/CDC/MSP, 2005) qui ont montré au niveau national, des taux de malnutrition aiguë globale de 15,8% et de aiguë sévère de 1,8. Toutes les régions sauf Niamey ont dépassé le seuil de 10% et quatre (Maradi, Tahoua, Zinder, Diffa) celui de 15%. La mortalité rétrospective des enfants de moins de cinq ans était supérieure au seuil de 2 pour dix mille/jour à Zinder et Tahoua.

Afin de répondre à cette situation, le Gouvernement de la république a réactivé tout le dispositif de gestion de crise alimentaire et nutritionnelle. Le stock de sécurité a été mobilisé afin de mettre gratuitement à la population la plus vulnérable des céréales. Une mobilisation générale des acteurs locaux et de la communauté internationale a permis de mobiliser les fonds et d'assurer une couverture nationale des interventions d'assistance nutritionnelle.

Un protocole national de prise en charge a été élaboré en urgence et validé par les experts nationaux. Suivi de la formation des formateurs et des prestataires aussi bien au niveau des agents de santé des services publics qu'au niveau des ONG, ce qui a permis une standardisation des stratégies de prise en charge et une meilleure coordination de suivi des interventions.

De juillet à décembre 2005, le partenariat entre le Gouvernement, les agences du système des Nations unies et près de 24 ONG a permis de mettre en œuvre un vaste programme de prise en charge des malnutris au travers d'un réseau de 861 centres de récupération nutritionnelle dans l'ensemble des huit régions du Niger. Sur un total de 250 097 enfants admis au programme, 128 922 sorties ont été enregistrées au 31 décembre 2005. Dans les centres de récupération nutritionnelle pour les modérés, le taux de guérison était à 84,4% soit 108 810 cas, le taux d'abandons 7,7% soit 9 927 cas, le taux de décès à 1,4% soit 1 805 cas et le taux de transférés à 6,6 % soit 8 509 cas. La durée moyenne de séjour était globalement à 4 semaines. Dans les centres de récupération nutritionnelle pour les malnutris sévères compliqués ou non, sur un total de 46 683 sorties le taux de guérison était à 86,1 % soit 40 194 cas, le taux d'abandon était 6,7 % soit 3 128 cas, le taux de décès à 3,1 soit 1 447 cas et le taux de transfert à 4,1% soit 1 914 cas. Ce dispositif de prise en charge a été maintenu en 2006 avec un début d'intégration dans le système national de santé.

Les différentes enquêtes, réalisées au Niger ont montré que l'on est devant une situation d'urgence nutritionnelle persistante et complexe qui exige une meilleure compréhension des déterminants de la malnutrition dans ce pays et la mise en œuvre d'une politique et d'un plan d'action pour le long terme afin d'inverser la tendance.

2.4.4. L'ancrage institutionnel en matière d'alimentation et de nutrition

La question de l'alimentation et de la lutte contre la malnutrition est aujourd'hui « à cheval » entre plusieurs structures étatiques :

- le cabinet du Premier Ministre : Cellule de Coordination du Système d'Alerte Précoce et Cellule Crises Alimentaires;
- le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies : Direction de la Santé de la Reproduction / Division Nutrition;
- le Ministère du Développement Agricole : Direction des Cultures Vivrières;
- le Ministère des Ressources Animales : Direction de la Production Animale;
- le Ministère de l'Hydraulique et de l'Environnement.

A défaut d'une structure unifiée en charge de l'alimentation et de la nutrition, une coordination intersectorielle, formée de représentants des départements ministériels en charge de l'alimentation et de la nutrition permet actuellement de faire le suivi de la situation nutritionnelle du pays et de suggérer des actions à entreprendre. Il y a lieu de noter que cette coordination intersectorielle est mise en place pour pallier le dysfonctionnement du Comité Interministériel de Nutrition (CIN) créé en 1964, avec pour mission d'élaborer la politique du Gouvernement en matière de Nutrition et de Consommation alimentaire, et de coordonner au niveau des ministères intéressés les

activités orientées vers la résolution des problèmes alimentaires et nutritionnels. En 1978, une cellule de Nutrition a été créée au sein de la Direction de l'Enseignement, de l'Education Sanitaire et Nutritionnelle, puis érigée en Division de la Nutrition au sein de la Direction de la Santé Maternelle et Infantile en 1987, devenue actuellement « Direction de la Santé de la Reproduction ». Cette Division assure le secrétariat du Comité Interministériel de Nutrition, ou de la coordination intersectorielle qui en tient lieu.

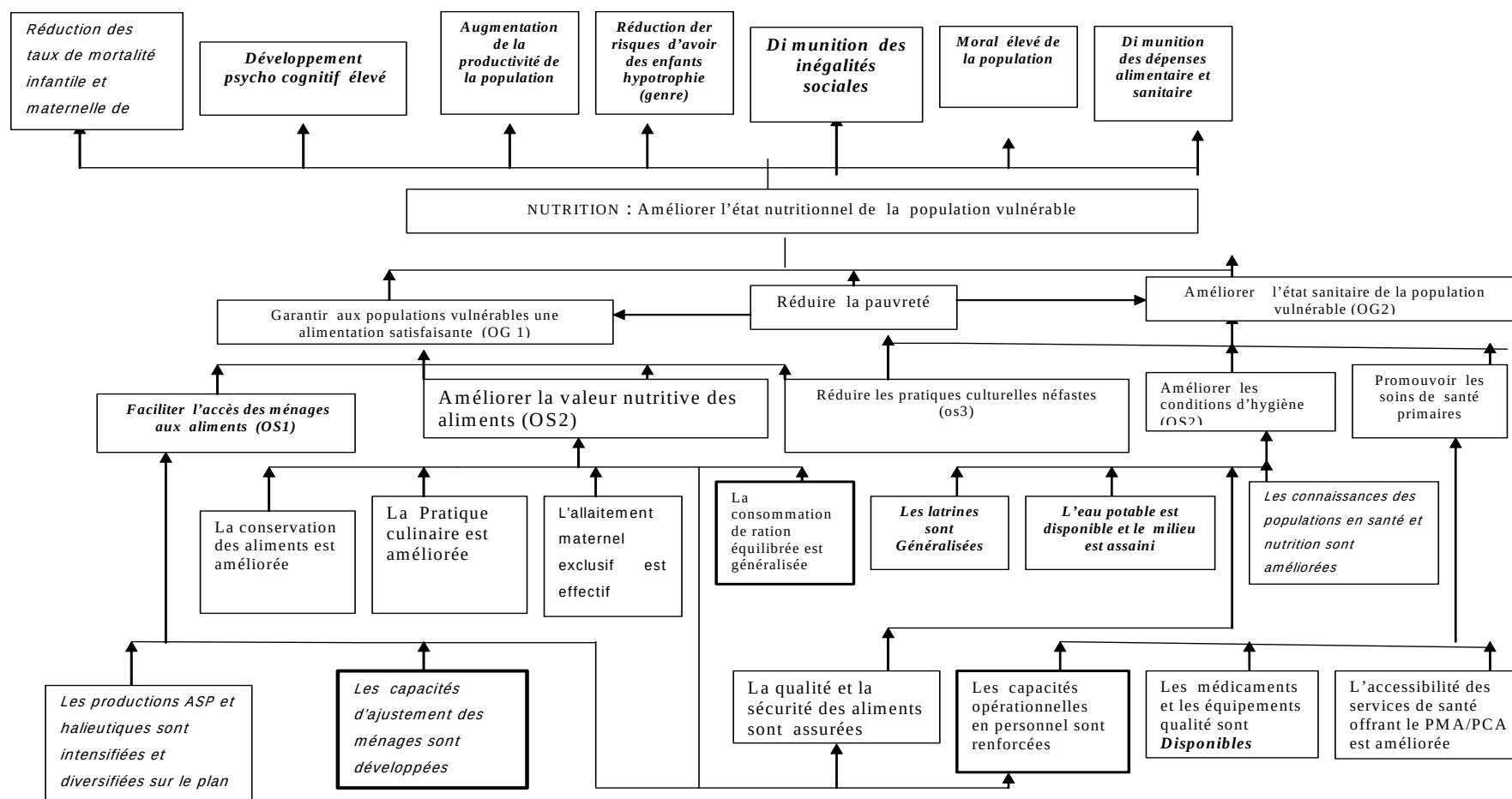
Au plan global il est à noter que l'environnement institutionnel a connu des mutations au cours des quinze dernières années, à travers notamment le changement du rôle de l'Etat, l'émergence des collectivités territoriales et une plus grande responsabilisation des organisations de la société civile en matière de sécurité alimentaire et de lutte contre la malnutrition.

Le changement du rôle de l'Etat est la conséquence du contexte de libéralisation économique, de rareté des ressources financières et de décentralisation. Le principe de la responsabilité de l'Etat dans la prévention de l'insécurité alimentaire et la gestion des crises alimentaires a été posé par l'article 2 alinéa 3 de la loi n°2002-13 du 11 juin 2002 portant transfert de compétences aux régions, départements et communes. Ce texte confie à l'Etat comme missions entre autres, la définition des politiques sectorielles et la garantie de la solidarité nationale.

L'émergence des collectivités territoriales est une nouvelle donnée institutionnelle dans le domaine de la sécurité alimentaire et la nutrition. Trois niveaux de collectivités territoriales ont été créés (régions, départements et communes), dotés de la personnalité morale, de l'autonomie financière et dirigés par des organes élus. Actuellement, seul le niveau communal est installé. La responsabilisation des collectivités territoriales résulte des dispositions de la loi n°2002-12 du 11 juin 2002 déterminant les principes fondamentaux de la libre administration des régions, des départements et des communes, ainsi que leurs compétences et leurs ressources. Ainsi, relativement à l'aspect préventif (sécurité alimentaire durable), ce texte donne compétence aux régions, départements et communes pour élaborer, mettre en œuvre et suivre les plans et schémas de développement de l'agriculture, de l'élevage et de protection de l'environnement. Ces plans et schémas contribuent à la sécurité alimentaire en créant les conditions de la disponibilité et de l'accessibilité des denrées alimentaires, ainsi que de la stabilité de leur offre. Quant à l'aspect « gestion des crises », la participation des collectivités territoriales à sa prise en charge ressort expressément de la compétence qui leur est reconnue pour organiser et gérer les secours au profit des nécessiteux et des sinistrés.

Les organisations de la société civile ont connu un développement significatif depuis l'avènement de la démocratie. Leurs interventions en matière de sécurité alimentaire et de lutte contre la malnutrition sont appelées à compléter l'Etat en concrétisant leurs initiatives propres ou en servant de relais ou d'agences d'exécution aux partenaires au développement. C'est ainsi qu'au cours de la crise alimentaire et nutritionnelle de 2005 les ONG (internationales essentiellement) ont participé à la mobilisation des aides et à la mise en œuvre de la réponse humanitaire. Les ONG ont joué un rôle dans l'identification de certains groupes vulnérables et dans le renforcement des capacités des Comités Régionaux et Sous-Régionaux de Prévention et Gestion des Crises Alimentaires.

Schéma 2 : Arbre des solutions sur l'alimentation et la nutrition²⁹



²⁹ Document thématique « nutrition » dans le cadre de la révision de la SRP.

III. OPTIONS STRATEGIQUES DU PLAN

3.1. Problèmes prioritaires

Les problèmes prioritaires en matière d'alimentation et de nutrition sont nombreux et variés. On retiendra, entre autres :

- l'insécurité alimentaire au niveau des ménages;
- l'inadéquation des soins maternels et infantiles avec un développement nutritionnel harmonieux, ce qui entraîne le crétinisme, le retard mental, le déficit intellectuel, la diminution du rendement scolaire, la réduction de la capacité productive, ainsi que de forts taux de mortalité infantile et infanto-juvénile et des décès maternels;
- la faiblesse du pouvoir d'achat des ménages;
- le faible accès aux services de santé ;
- la faiblesse du taux d'alphabétisation, surtout pour les femmes;
- la lourde charge quotidienne des femmes n'ayant par contre qu'une part limitée des ressources ;
- la grande fréquence de maladies infectieuses et parasitaires ;
- les mauvais comportements.

3.2. Stratégies

La promotion d'une alimentation saine et équilibrée et la lutte contre la malnutrition se feront au travers de stratégies préventives, curatives et transversales.

3.2.1. Les stratégies préventives

- la lutte contre l'insécurité alimentaire et nutritionnelle au sein des ménages et la promotion de la production des aliments riches en micronutriments;
- la surveillance nutritionnelle ;
- la nutrition chez les jeunes et à l'école ;
- le renforcement des interventions de santé publique ;
- la promotion du développement et de l'utilisation d'aliment de complément adéquat ;
- la fortification des aliments ;
- le renforcement du contrôle de la qualité des aliments ;
- la création des centres de prise en charge des maladies de pléthore ;

3.2.2. Les stratégies curatives

- l'amélioration de l'accès à la prise en charge diététique et médicale ;
- le contrôle de l'interaction entre nutrition et VIH ;
- la gratuité des soins aux enfants de 0 à 5 ans et aux femmes enceintes et les césariennes.

3.2.3. Les stratégies transversales

- le développement d'une communication Nutritionnelle performante
- la réduction de la pauvreté et le renforcement du statut de la femme
- le développement d'une approche globale des problèmes de nutrition : sous nutrition et sur nutrition
- la recherche d'une intégration opérationnelle entre les services de nutrition du MSP/LCE, les structures de vulgarisation du MDA et du MRA et les services de la communication et de l'éducation
- la coordination des activités de nutrition et développement des ressources humaines
- le renforcement des capacités nationales pour la prise en charge et la prévention de la malnutrition
- l'implication et la participation des structures communautaires

Les stratégies s'appuient également sur un ciblage judicieux des groupes vulnérables:

- les enfants de 0 à 59mois ;
- les femmes en âge de procréer ;
- les personnes âgées.
- les personnes en situation particulière ;
- les personnes malades ;
- les ménages pauvres ;
- les populations des zones difficilement accessibles ;
- les populations en déficit alimentaire.

La mise en œuvre de ces stratégies s'appuiera sur :

La mobilisation et d'adhésion des populations efficace. En effet, le mode de mobilisation et d'adhésion des populations en vigueur depuis l'indépendance jusqu'à la fin des années 1980, fondé sur la participation passive s'est avéré inefficace. En réponse à ce constat, une nouvelle forme de participation dite partagée, qui implique entièrement et activement les bénéficiaires dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des différents projets de développement fut introduite.

Dans le secteur la santé, la participation communautaire effective s'opère à travers le recouvrement partiel des coûts dans le cadre de la mise en œuvre à partir de 1995, du Programme National d'Appui aux Soins de Santé Primaires (PNASSP). Cependant, l'enquête sur la participation communautaire réalisée en 1999 a montré que la participation est restée faible (50%) notamment en matière d'identification des besoins et de choix des priorités.

Par ailleurs, dans le cadre du Programme Conjoint NIGER/OMS/UNICEF d'Appui à la Nutrition (PCAN), dès 1985, la responsabilisation et la participation des bénéficiaires à toutes les étapes d'exécution des interventions ont été activement recherchées et soutenues à travers l'approche « Consultation – Concertation – Participation »

(triptyque de la Société de Développement). Elles se sont traduites par la prise en charge effective de certains coûts des actions entreprises. L'engagement de la communauté à prendre en charge certains aspects des coûts des activités, et son implication dans la gestion, sont devenus des conditions essentielles pour bénéficier d'appui extérieur, car cela favorise le transfert des compétences, l'appropriation des actions, la rentabilisation et la pérennité des réalisations.

La population désigne un comité de gestion et s'engage à l'encadrer pour une nécessité de l'activité. Pour certaines activités, la prise en charge des réalisations physiques telles la construction d'un local pour une banque céréalière, une boutique coopérative, un moulin ou une pharmacie villageoise etc.

Il sera également demandé une contribution réelle au financement des différents projets selon les possibilités de chaque collectivité. Cette contribution à exiger, peut être estimée entre 2,5% à 5%, voir 10% du financement total à réaliser dans la zone considérée. Les possibilités des collectivités n'étant pas les mêmes, il n'est pas judicieux d'uniformiser le taux de leur contribution. Ces contributions communautaires pourront aussi être une valorisation des apports en nature de la communauté.

La participation pleine et entière de l'Etat à travers (i) la mobilisation de fonds pour la réalisation d'infrastructures sanitaires et de soutien à la production ; (ii) la prise en compte des mesures d'accompagnement en matière de coordination, leur harmonisation avec des structures telles le SAP/GC, la cellule nationale de sécurité alimentaire, le sous comité du développement rural pour la mise en œuvre de la politique nationale de sécurité alimentaire, le comité interministériel de Nutrition etc ; (iii) l'accélération de l'adoption et de la mise en œuvre de textes législatifs et réglementaires relatifs au Code rural, à la Famille, au développement social, à la promotion de la femme et à la protection de l'Enfant.

Et aussi **l'engagement de l'Etat à promouvoir la participation du secteur privé** en particulier dans le domaine de la mise en place des unités agro-industrielles. En effet, au vu de l'expérience peu performante de la gestion étatique des unités agro-industrielles déjà réalisées telles l'OLANI, l'abattoir, la fromagerie, les unités envisagées dans le cadre de ce programme seront initiées par des opérateurs économiques privés (fabrication du « Kilichi »), des groupements coopératifs ou de producteurs (unités de conserveries et ou de transformation du « Niébé » en « bérroua »). Le Partenariat Public et Privé (PPP) doit être promu.

3.3. Les objectifs généraux et spécifiques de la Politique d'Alimentation et de Nutrition

Les orientations stratégiques ont pris en compte les objectifs généraux proposés à la Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN) et cadrent avec le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et ont défini des objectifs spécifiques pour le Niger qu'il faut atteindre à l'horizon 2015.

3.2.1 Objectifs généraux

Trois objectifs généraux ont retenus :

- Garantir permanence à chaque citoyen en une alimentation suffisante, saine et satisfaisante sur le plan nutritionnel;
- Donner à chacun la possibilité d'être et de rester en bonne santé et d'accéder au bien-être nutritionnel;
- Parvenir à un développement socialement durable et sans danger pour l'environnement afin de contribuer à l'amélioration de la nutrition et de la santé.

3.2.2 Objectifs spécifiques

Le Plan National d'Action pour la Nutrition apportera sa contribution pour l'atteinte des objectifs ci-après:

- Assurer à tous les ménages une disponibilité alimentaire effective et durable;
- Réduire la malnutrition aiguë chez les enfants de 0 à 5 ans de 30% au moins;
- Réduire le retard de croissance chez les enfants de 0 à 5 ans de 30% au moins;
- Réduire le taux de petit poids de naissance de 30% au moins;
- Réduire la déficience chronique en énergie chez les adultes de 18 à 60 ans et chez les personnes âgées;
- Eliminer la carence iodée (à 100%);
- Eliminer l'hypovitaminose A et ses conséquences notamment la cécité chez les enfants de moins de 5 ans (à 100%);
- Réduire la prévalence de l'anémie ferriprive chez les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de 5 ans de 25% au moins;
- Réduire les carences nutritionnelles spécifiques émergentes (?) (zinc) ;
- Réduire le taux de mortalité infantile de 25% au moins ;
- Réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 25% au moins ;
- Offrir à tous l'accès à une alimentation équilibrée, saine et conforme aux normes en matière d'hygiène et de contamination chimique;
- Réduire le taux d'analphabétisme avec un effort particulier en direction de la femme;
- Assurer à tous l'accès à l'information, l'éducation et la communication en matière d'alimentation et de nutrition;
- Réduire le taux de mortalité maternel de 50% ;
- Réduire le temps de travail des femmes.

IV. PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION

Huit (8) programmes principaux directement orientés vers la sécurité alimentaire et la lutte contre la malnutrition ont été identifiés.

1. Diversification de la production alimentaire et amélioration de la valeur nutritionnelle ;
2. Lutte contre la malnutrition et les carences spécifiques;
3. Prise en charge des personnes défavorisées sur le plan socio-économiques et vulnérables sur le plan nutritionnel ;
4. Promotion des régimes alimentaires et des modes de vie sains ;
5. Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
6. Promotion de la qualité et de l'innocuité des aliments ;
7. Évaluation, analyse et surveillance de la situation alimentaire et nutritionnelle et renforcement des capacités et suivi évaluation.
8. Coordination, formation et Recherche

Ces programmes principaux sont présentés ci-après, avec l'analyse de la situation, les objectifs généraux et spécifiques, les groupes cibles, le plan d'opérations, le cadre logique, et les budgets pluriannuels.

Pour atteindre les résultats escomptés, ces programmes doivent établir une collaboration étroite et une synergie avec des programmes sectoriels suivants :

1. Lutte contre le paludisme (MSP/LCE) ;
2. Lutte contre les infections respiratoires aiguës (MSP/LCE) ;
3. Lutte contre les maladies diarrhéiques (MSP/LCE) ;
4. Lutte contre les IST/ VIH-SIDA (MSP/LCE) ;
5. Programme Elargi de Vaccination (MSP/LCE) ;
6. Recherche – vulgarisation – formation (SDR) ;
7. Réduction de la vulnérabilité des ménages (SDR) ;
8. Eau potable et assainissement (SDR) ;
9. Lutte contre l'insécurité alimentaire par le développement de l'irrigation (SDR).

Par ailleurs, l'unification du dispositif institutionnel de sécurité alimentaire et de lutte contre la malnutrition devrait permettre d'éviter la dispersion des efforts entre les départements ministériels et d'avoir un dialogue plus fructueux avec les partenaires techniques et financiers.

4.1. Programmes principaux

4.1.1. Programme 1 : Diversification de la production alimentaire et amélioration de la valeur nutritionnelle

4.1.1.1. *Analyse de la situation*

La situation alimentaire et nutritionnelle des populations nigériennes est l'une des plus précaires d'Afrique de l'Ouest. Cette situation découle de la conjugaison de plusieurs facteurs relatifs à l'accroissement de la demande, à l'irrégularité de la production liée à la sécheresse et diverses autres calamités, à la dégradation du potentiel productif ainsi qu'à l'absence de diversification des cultures et des régimes alimentaires. L'insuffisance des disponibilités, associée à une inadéquation de l'utilisation, et surtout de la répartition des aliments au sein des unités de consommation, a induit, pour de nombreuses populations, une insécurité alimentaire quasi-permanente entraînant une dégradation de leur état nutritionnel. A cela s'ajoute le niveau faible de connaissance des populations sur la valeur nutritive des différentes denrées consommées et la méconnaissance des fondements de la diversification de l'alimentation et des règles d'hygiène.

4.1.1.2. *Objectifs*

Objectif général

L'objectif général du sous-programme est de garantir aux populations rurales une alimentation satisfaisante sur le plan nutritionnel et la possibilité d'être et de rester en bonne santé.

Objectifs spécifiques

- Diversification et amélioration de l'alimentation des populations ;
- Protection des consommateurs contre les maladies liées à l'utilisation d'aliments malsains, contaminés ou altérés.

4.1.1.3. *Groupes cibles*

Dans les prochaines années, une frange importante de la population se trouvera en insécurité alimentaire si rien n'est fait pour changer la tendance. Les groupes et zones cibles à considérer sont :

- Les petits agriculteurs vivant en autoconsommation;
- Les petits éleveurs ne pratiquant que l'élevage transhumant;
- Les bergers gardiens de petits troupeaux;
- Les agropasteurs et pasteurs en voie de sédentarisation;
- Les femmes chefs d'exploitation agricole;
- Les familles paysannes nombreuses avec beaucoup d'enfants en bas âge;
- Les groupes généralement vulnérables (femmes enceintes, mères allaitantes, enfants de moins de 5 ans);
- Les 27 départements reconnus vulnérables.

Les ménages seront conseillées dans la conduite des productions agro-sylvo-pastorales et halieutiques en vue d'une plus grande diversification intégrant la promotion de plantes à haute valeur nutritive, l'arboriculture fruitière, l'élevage de poulets de chair et de poules pondeuses, l'élevage laitier de petits ruminants, la pêche, l'aquaculture, l'apiculture. Elles feront l'objet de vulgarisation de technologies simples de transformation et de conservation incluant l'amélioration de la qualité des produits destinés à la consommation (enrichissement...). Les opérateurs du secteur agro-alimentaire seront formés au respect de la qualité. La protection des consommateurs contre les maladies liées à l'utilisation d'aliments malsains, contaminés ou altérés sera assurée.

4.1.1.4. Plan d'opérations

Objectifs	Cibles/Opération	2006	2007	2008	2009	2010-2015
OS 1 Diversification et amélioration de l'alimentation des populations	-1 manuel didactique y afférent élaboré et vulgarisé	-	1	-	-	2
	- Campagne d'IEC menée à tous les niveaux	-	1	1	1	6
OS 2 Protection des consommateurs contre les maladies liées à l'utilisation d'aliments malsains, contaminés ou altérés	- Système de contrôle sanitaire mis en place et opérationnel	-	1	-	-	-
	- Campagne d'IEC menée à tous les niveaux	-	1	1	1	6
OS 3 Amélioration de la qualité nutritionnelle et sanitaire des aliments	- Code de bonnes pratiques agricoles élaboré, adopté et diffusé	-	1	-	-	-

4.1.1.5 Cadre logique

LOGIQUE D'INTERVENTION		IOV	HYPOTHESES
OG	Garantir aux populations rurales une alimentation satisfaisante sur le plan nutritionnel et la possibilité d'être et de rester en bonne santé	Indicateurs d'impact et d'effet : • Indice de vulnérabilité alimentaire (par département) • Incidence des maladies liées à la malnutrition et aux mauvaises pratiques d'hygiène alimentaire	• Stabilité politique • Cohésion sociale • Ressources financières et humaines disponibles et suffisantes • Contribution des bénéficiaires • Conditions climatiques
OS 1	Diversifier et améliorer de l'alimentation des populations	IOV	SOURCES
RA 1	Les productions ASP et halieutiques sont diversifiées au niveau des exploitations	• Nbre de campagnes de promotion de cultures ou élevages de diversification • Taux de la production pour les cultures ou élevages de diversification • Part des RANC dans l'alimentation des ménages	Rapports d'activités techniques de l'agriculture, l'élevage et l'environnement.
RA 1.2	L'état nutritionnel des populations est amélioré par la consommation d'aliments de qualité	• Nbre de campagnes d'IEC menés • Nbre de technologies de transformation et de conservation ayant fait l'objet d'une vulgarisation • Nbre de personnes formées (par genre)	Rapports d'activités des services techniques
OS 2	Protéger des consommateurs contre les maladies liées à l'utilisation d'aliments malsains, contaminés ou altérés		
RA 1	Les populations sont sensibilisées aux règles d'hygiène (alimentaire, sanitaire...)	• Nbre de campagnes d'IEC menés • Nbre de personnes touchées	• Rapports d'activités des services techniques • Rapports d'enquêtes
RA2	Alimentation de rue est contrôlée	• Nbre de contrôles effectués	• Rapports d'activités des services de contrôle
OS 3	Améliorer la qualité nutritionnelle et sanitaire des aliments		
RA 1	Les bonnes pratiques agricoles sont vulgarisées	• Nbre de fiches techniques élaborer • Nbre d'infrastructures réalisées	• Rapports d'activités des services techniques
RA 2	Le contrôle sanitaire des aliments est assuré	• Nbre de textes adoptés et mis en application • Nbre de contrôles effectués	• Rapports d'activités des services techniques • Texte réglementaire

4.1.1.6. Budget (US \$)

ACTIVITES	REGIONS									SOUS TOTAL
	AGADEZ	DIFFA	DOSSO	MARADI	TAHOUA	TILLABERI	ZINDER	C.U NIAMEY	Niveau Central	
Diversification et amélioration de l'alimentation des populations										
Les productions ASP et halieutiques sont diversifiées au niveau des exploitations	250000	200000	400000	500000	700000	450000	500000	250000	300000	3,550,000.00
L'état nutritionnel des populations est amélioré par la consommation d'aliments de qualité	150000	100000	200000	300000	300000	250000	250000	150000	200000	1,900,000.00
SousTotal	400,000.00	300,000.00	600,000.00	800,000.00	1,000,000.00	700,000.00	750,000.00	400,000.00	500,000.00	5,450,000.00
Protection des consommateurs contre les maladies liées à l'utilisation d'aliments malsains, contaminés ou altérés										
Les populations sont formées aux règles d'hygiène (alimentaire, sanitaire...)	15,000.00	15,000.00	25,000.00	30,000.00	40,000.00	30,000.00	35,000.00	25000	50,000.00	265,000.00
Sous Total	15,000.00	15,000.00	25,000.00	30,000.00	40,000.00	30,000.00	35,000.00	25,000.00	50,000.00	265,000.00
Amélioration de la qualité nutritionnelle et sanitaire des aliments										
Les bonnes pratiques agricoles sont vulgarisées	75,000.00	75,000.00	75,000.00	75,000.00	75,000.00	75,000.00	75,000.00	75,000.00	75,000.00	675,000.00
Le contrôle sanitaire des aliments est assuré	50,000.00	50,000.00	50,000.00	50,000.00	50,000.00	50,000.00	50,000.00	50,000.00	50,000.00	450,000.00
SousTotal	125,000.00	125,000.00	125,000.00	125,000.00	125,000.00	125,000.00	125,000.00	125,000.00	125,000.00	1,125,000.00
TOTAL PROGRAMME 1	540,000.00	440,000.00	750,000.00	955,000.00	1,165,000.00	855,000.00	910,000.00	550,000.00	675,000.00	6,840,000.00

4.1.2. Programme 2 : Lutte contre les carences nutritionnelles

4.1.2.1. *Analyse de la situation*

La Malnutrition, l'hypovitaminose A, la carence iodée et les anémies nutritionnelles liées à la carence en fer constituent des problèmes majeurs de santé publique au Niger.

a) *Malnutrition: Enfants de moins de 5 ans*

Le statut nutritionnel des enfants d'âge préscolaire a fait l'objet de plusieurs études au cours de la décennie. On citerait deux Enquêtes Démographiques et de Santé (1992 & 1998) et deux Enquêtes à Indicateurs Multiples (1996 & 2000).

Il ressort de ces enquêtes que le Poids de Naissance (PN) moyen est proche de 3 Kg. Toutefois, on dénote de légères différences entre les régions. Ainsi, les poids les plus faibles (2,98 Kg) sont observés dans les régions de Tahoua et d'Agadez et les moins faibles (3,13 Kg) dans la Communauté Urbaine de Niamey et la région de Tillabéri. En 1998, le taux national de petit poids de naissance se situait à 15,3%. Les Taux les plus élevés étaient observés dans les régions de Tillabéri (20%), Diffa, Maradi et Zinder (17,2%), Tahoua et Agadez (14,8%). Les taux les plus bas sont relevés à Dosso (4,3%) et la Communauté Urbaine de Niamey (9%).

Ces enquêtes révèlent que dans toutes les régions du pays, le taux de sous-nutrition aiguë dépasse le seuil de 10% d'enfants au-dessous de moins 2 Ecart Types du rapport Poids pour la taille. En 1998, les taux oscillent autour de 20% dans toutes les régions, exception faite de Niamey et Maradi qui ont légèrement amélioré la situation passant de 20 à 18%.

S'agissant de la malnutrition chronique sévère (Taille pour Age $\leq$ - 3 ET), les taux de prévalence sont encore plus élevés dépassant les seuils de 40% à Maradi, 38% à Zinder et Diffa en 1992. Il est de 26,7% à Zinder, 23,8% à Maradi, 22,2% à Tahoua et 21,3% à Diffa en 2000. Considérant le seuil de - 2 Ecart Types du rapport Taille pour Age, à l'exception de la Communauté Urbaine de Niamey (18,1%) et de Tillabéri (28,4%), dans toutes les régions du pays, les taux de prévalence excèdent les 30%, atteignant même 47,8% à Zinder. Ceci démontre la persistance de la malnutrition chronique dans l'ensemble du pays.

Eu égard à cette situation, les autorités sanitaires du pays ont mis en place diverses stratégies de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle ambulatoire. La mise en œuvre de ces stratégies est appuyée des partenaires : UNICEF, Programme Alimentaire Mondial (PAM), Care International. La participation des mères consiste en l'apport de denrées alimentaires ou de combustibles, lors des démonstrations diététiques, ceci en fonction des disponibilités.

b) *Carence en vitamine A*

La carence en vitamine A est un problème majeur de santé publique au Niger. Elle est la principale cause de cécité chez les enfants de moins de 5 ans. Une enquête menée par

le Programme Conjoint d'Appui à la Nutrition (PCAN) en mai 1990 dans la région de Tillabéri a mis en évidence un taux d'héméralopie (baisse de la vision crépusculaire) de 3,5% chez les enfants de moins de six ans. Les lésions oculaires sont présentes chez 4,5% des enfants du même groupe d'âge.

D'autre part, les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé au Niger (EDSN1-1992) et ceux de l'Enquête à Indicateurs Multiples (MICS2-2000) l'ont confirmé. En effet, il ressort de ces enquêtes des taux de prévalence de cécité crépusculaire de 2,6% parmi les enfants de 24 à 59 mois en 1992 contre 2,1% en 2000. Les régions de Tillabéri et de Dosso présentent les taux les plus élevés avec respectivement 4,1% et 3,1%. Ces niveaux sont trois à quatre fois supérieurs au seuil (1%) au-dessus duquel l'OMS considère le problème comme étant un problème majeur de santé publique.

Pour faire face à cette situation, le Gouvernement du Niger en la collaboration avec les partenaires au développement, a mis en place de projets de lutte. Les principales stratégies reposent d'une part sur la distribution de fortes doses de vitamine A et d'autre part, sur l'appui à la production et à la consommation d'aliments locaux riches en vitamine A. Il s'agit entre autres, des interventions menées dans le cadre du Programme Conjoint OMS/UNICEF/NIGER d'Appui à la Nutrition (1984-1990), des Programmes de Coopération Niger-Unicef (1995-1999 & 2000-2004), des activités de la FAO (Appui à la production et à la consommation d'aliments riches en vitamine A) et des activités soutenues par le Consortium des ONG américaines composé de Helen Keller International, Care International, Africare et Catholic Relief Service.

Dans le cadre du recouvrement partiel des coûts des soins de santé, le Niger a introduit la capsule de vitamine A dans la liste des Médicaments Essentiels Génériques. La supplémentation vitamine A fait désormais partie du Paquet Minimum de soins aux enfants vus en Consultations de Nourrissons.

Par ailleurs, en décembre 1997 et décembre 1998, le Niger a tenté et réussi l'intégration de la distribution des capsules de vitamine A aux Journées Nationales de Vaccination (JNV). En juin 1999, le Niger a organisé les Premières Journées Nationales Micronutriments (JNM). En décembre 1999, juin et novembre 2000, en juillet et décembre 2001 et en juin et novembre 2002, les JNM ont été intégrées aux JNV-Polio. Au cours de ces journées dont les résultats sont présentés au tableau ci-après, des capsules de vitamine A sont distribuées aux enfants de 6 à 59 mois et aux femmes en post-partum.

Tableau 13 : Couverture des populations en vitamine A et en fer par les campagnes de distribution de masse (JNM – JNV/JNM - 1997-2002)

ANNEES	VITAMINE A						FER / FOLATE		
	ENFANTS 6 – 59 MOIS			FEMMES EN POST-PARTUM			FEMMES ENCEINTEES		
	Populatio n Cible	Populatio n touchée	%	Populatio n cible	Populatio n touchée	%	Populatio n. cible	Populatio n touchée	%
Déc. 1997	2.094.793	1.753.554	83,7	-	-	-	-	-	-
Déc. 1998	1.900.036	2.071.072	109,0	-	-	-	-	-	-
Juin. 1999	1.979.032	1.585.515	80,1	108.026	63.803	59,1	280.867	177.074	63,0
Déc. 1999	2.100.260	2.222.075	105,8	-	-	-	-	-	-
Juin 2000	2.639.674	2.469.519	93,5	135.577	66.520	49,1	352.499	190.835	54,1
Nov. 2000	2.650.395	2.432.783	91,8	136.127	68.145	50,1	353.930	230.283	65,1
Juill. 2001	3.100.894	2.747.500	88,6	159.265	82.586	51,9	410.725	243.639	59,3
Nov 2001	3.101.576	2.716.497	88,6	159.300	81.283	51,4	414.181	238.091	57,4
Juin 2002	2.558.040	2.039.858	79,7	127.973	71.698	56,0	455.233	196.978	43,3

c) Carence en iode

Au Niger, les Troubles Dus à la Carence en Iode ont été négligés jusqu'à ce que des données récentes soient apportées par des études réalisées par la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Niamey et de l'Enquête Nationale réalisée en 1994.

Cette enquête nationale sur la prévalence du goitre a été menée en milieu scolaire et a permis de savoir que l'endémie goitreuse au Niger est du type modéré avec une fréquence du Goitre Total (GT) de 35,8% et de Goitre Visible (GV) de 5,8%. Les Régions de Dosso, Tahoua, Maradi et Tillabéri sont les plus touchées.

La présence d'hyperthyroïdie et de crétinisme dans certaines régions souligne la gravité du problème. Dans la tranche d'âge de 13 à 15 ans, le goitre est plus fréquent chez les filles que chez les garçons.

A l'issue de l'atelier de diffusion des résultats de l'enquête nationale sur la prévalence des TDCI, des rencontres ont été organisées avec les principaux acteurs de l'importation et de la commercialisation du sel alimentaire en vue de la publication de l'arrêté Interministériel N°51/MDI/CAT/MSP/MFP du 04 octobre 1995 déterminant les conditions de production, d'importation et de commercialisation du sel iodé au Niger.

Cet arrêté est entré en vigueur à partir du 1^{er} mars 1997. Afin d'optimiser le dispositif de surveillance, des agents des douanes, du contrôle des prix et des techniciens d'hygiène et assainissement ont été formés et équipés de kits de détection rapide de l'iode dans le sel à l'importation, sur les points de vente et dans les ménages. Par ailleurs, 7 laboratoires des hôpitaux régionaux ont été équipés en matériel de titrimétrie pour servir de Laboratoire de Référence et d'expertise et de contrôle.

Au terme de deux années de mise en application de la législation sur le sel iodé, une seconde enquête nationale a été réalisée en 1998 dans les mêmes écoles que la

première. Elle a révélé une nette régression de l'endémie goitre avec un taux national de goitre total passant de 35,8% à 20,4 alors que celui du goitre visible passe de 5,7% à 1,4%. La médiane de l'excrétion d'iode urinaire est passée de 3,41µg/dl à 27µg/dl, soit 8 fois plus élevée.

Toutefois, le taux de consommation de sel iodé par les ménages nigériens qui a atteint 63,9% (EDS-1998) est retombé à 44,2% en 2000 (MICS-2000), ce qui appelle à davantage de rigueur dans l'application de la législation pour préserver et consolider les acquis. Il importe de préciser que la quasi-totalité du sel consommé au Niger provient du Ghana et du Sénégal.

d) Carence en fer (Anémies ferriprives)

La complexité des investigations et surtout leurs coûts pour déterminer l'ampleur du problème, n'ont pas permis d'avoir jusqu'à présent la situation exacte des anémies ferriprives au Niger. Cependant, des statistiques rapportées par les formations sanitaires du pays, il ressort que 30 à 60% des enfants, des femmes enceintes et des femmes allaitantes sont affectés.

Une étude effectuée dans la zone urbaine à Niamey en 1990, a montré que sur 197 femmes enceintes suivies au cours de leur grossesse, 67,5% étaient anémiées. Dans 44,5% des cas, la carence en fer est en cause.

Par ailleurs des données sur la consommation alimentaire au Niger laissent entrevoir un régime pauvre en fer : une faible bio disponibilité du fer due à une forte consommation de substances inhibitrices de l'absorption du fer alimentaire et à une faible consommation de produits d'origine animale riches en fer héménique et une faible consommation de vitamine C, facilitant l'absorption du fer.

Aussi, en décembre 1999, une enquête réalisée par Helen Keller International(HKI) dans les districts sanitaires de Tahoua et de Téra a révélé une prévalence de faible taux d'hémoglobine de 70,7% et 70,2% respectivement chez les femmes enceintes et les femmes non enceintes de Téra. Ces taux sont de 43,9% et 44% dans le district de Tahoua.

Il n'existe actuellement pas de programme spécifique de lutte contre la carence martiale. Toutefois, dans le cadre des activités de Consultations Pré et Postnatales, des prescriptions de comprimés de fer sont faites aux femmes enceintes présentant des signes d'anémie. Toutefois, tout comme pour la vitamine A, les comprimés de fer/folate figurent dans la liste des Médicaments Essentiels Génériques et sont distribués aux femmes enceintes vues en consultation prénatale. Les femmes identifiées enceintes lors des JNM reçoivent aussi des comprimés de fer/folate pour une période de 90 jours de supplémentation.

Les carences en micronutriments constituent donc de réels problèmes de santé publique nécessitant des interventions d'envergure nationale. Toutefois, dans un souci d'optimiser les ressources tant financières que matérielles, il serait nécessaire d'entreprendre des stratégies intégrées de lutte orientées vers la diversification alimentaire et, de renforcer davantage le dispositif de contrôle de la qualité du sel iodé.

Autant que possible, le pays organisera des campagnes de masse de supplémentation en micronutriments.

4.1.2.2. Objectifs

Objectif général

Réduire d'ici l'an 2015 la mortalité et la morbidité dues à la malnutrition et spécifiquement aux carences en micronutriments (Fer, Vitamine A, Iode) au sein des populations.

Objectifs spécifiques

- Réduire de 50% le taux de malnutrition d'ici 2015 ;
- Amener 50% des mères à pratiquer un sevrage approprié d'ici 2015 ;
- Contribuer à réduire de moitié le taux des enfants ayant un poids de naissance inférieur à 2,5kg d'ici 2015 ;
- Réduire de moitié la proportion des femmes et des enfants souffrant de l'anémie ferriprive d'ici 2015 ;
- Eliminer virtuellement l'hypovitaminose A chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer d'ici 2015 ;
- Eliminer virtuellement la carence iodée d'ici 2015.

4.1.2.3. Groupes cibles

Le programme touchera toute la population nigérienne estimée à 18.509.000 habitants en 2015 et plus particulièrement :

- Les femmes enceintes / mères allaitantes
- Les enfants 0 à 59 mois
- Les enfants 6 ans à 10 ans

4.1.2.4. Plan d'opérations

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ACTIVITES	STRUCTURES IMPLIQUEES
Réduire de 50% le taux de malnutrition d'ici 2015.	- Formation des agents - Amélioration du dépistage et de la prise en charge correcte des enfants malades. - C.C.C/Plaidoyer - Promotion des Activités Pratiques et Productives (Cf. <u>Objectif Spécifique 3</u>) - Suivi- évaluation	- Former le personnel de santé, les enseignants et les agents de santé communautaire. - Equiper les CSI, les Cases de santé et les EVPC en matériel anthropométrique (balances et toises). - Créer et équiper des CRENA. - Réhabiliter les enfants malnutris - Elaborer et diffuser des messages éducatifs. - Encourager les activités pratiques et productives - Identifier et fortifier des aliments de consommation courante - Promouvoir de bonnes pratiques alimentaires - Réaliser des activités de supervision	- MSP/LCE, MEB/A, MF/E Partenaires - MSP/LCE, Structure de coordination, Partenaires. - MSP/LCE, MDS/PF/PE, Structure de coordination. - MSP/LCE, MAE/C/IA MDS/PF/PE Partenaires - MSP/LCE, MC/PSP - MSP/LCE, MDA, Partenaires - MSP/LCE, MDS/PF/PE, MDA, Partenaires - MSP/LCE, Partenaires MC/PSP, MDA, INRAN, Lanspex - MSP/LCE, MDS/PF/PE - MSP/LCE, Partenaires
Amener 50% des mères à pratiquer un sevrage approprié d'ici 2015.	- Promotion de pratiques appropriées de sevrage. C.C.C & Plaidoyer - Promotion d'aliments de sevrage. - Formation du personnel. - Promotion Allaitement Maternel exclusif <u>Voir Thème 5 : 4.5.5)</u>	- Mener une étude sur les pratiques de sevrage. - Elaborer et diffuser des messages sur les pratiques appropriées de sevrage. -Mettre au point des aliments de sevrage. - Tester les aliments de sevrage. 11.5 - Identifier des promoteurs. - Produire et vulgariser les aliments. - Elaborer un programme de formation. - Former le personnel à tous les niveaux. - Dynamiser les structures amies des bébés - Former / Dynamiser les groupes de soutien à l'allaitement maternel - Réaliser une enquête CAP	- MSP/LCE, ONG, Structure de Coordination, Partenaires -MSP/LCE, ONG, Partenaires - MSP/LCE, ONG, Partenaires MC/PSP, MDA, Opérateurs, MES/R - MSP/LCE, ONG, Partenaires MC/PSP, MDA, INRAN, ONPPC - MSP/LCE, Structure de Coordination, Partenaires - MSP/LCE, Structure de Coordination, ONG. - MSP/LCE, Structure de Coordination, ONG. - MSP/LCE, Structure de Coordination

(Suite plan d'opérations)

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ACTIVITES	STRUCTURES IMPLIQUEES
Contribuer à réduire de moitié le taux des enfants ayant un poids de naissance inférieur à 2,5kg d'ici 2015.	- Intensification des consultations prénatales (CPN) - Supervision des activités - Lutte contre les carences nutritionnelles chez les femmes enceintes. - C.C.C. - A.G.R (Voir Thème1)	- Dépister et prendre en charge correctement les femmes enceintes à risque nutritionnel. - Mener des activités de supervision - Mener des études sur l'alimentation des femmes enceintes. - Elaborer et diffuser des messages éducatifs. - Créer des Activités Génératrices de Revenus (Voir Thème)	- MSP/LCE, ONG, Partenaires - MSP/LCE, ONG, Partenaires - MSP/LCE, MDS/PF/PE, MES/R, ONG, Partenaires - MSP/LCE, MC/PSP, ONG, Partenaires - MS P/LCE, MDS, ONG, Partenaires
Réduire de moitié la proportion des femmes et des enfants souffrant de l'anémie ferriprive d'ici 2015.	- Supplémentation des groupes à risque (JNM – DBC) - Diversification de la production. - C.C.C. en faveur d'une alimentation riche en fer. - Intensification et intégration du dépistage et de la prise en charge. - Recherche - Formation. - Suivi – Evaluation - Fortification alimentaire	- Poursuivre la supplémentation en fer dans les prestations de routine. - Développer la culture des plantes riches en fer et l'aviculture, y compris dans les écoles. - Elaborer et diffuser des messages éducatifs en faveur de la production et la consommation d'aliments riches en fer. - Déparasiter systématique des femmes et des enfants pris en charge. - Mettre au point et vulgariser des techniques culinaires renforçant la bio-disponibilité du fer. - Réaliser une enquête nationale de prévalence la carence en fer. - Former les enseignants, des agents de santé villageoise, des agents du développement rural et du développement social. - Mener des missions de supervision - Identifier et enrichir en fer un aliment véhicule de consommation courante	- MSP/LCE, Partenaires - MSP/LCE, MDA, MEN. Partenaires - MSP/LCE, MEB/A, Partenaires - MSP/LCE, MDA, MEN. - MSP/LCE, MDA, MEN. MC/PSP - MSP/LCE, ONG, Partenaires - MSP/LCE, MDA, MEN. - MS P/LCE, Partenaires - MSP/LCE, MC/DI, Partenaire

(Suite plan d'opérations)

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ACTIVITES	STRUCTURES IMPLIQUEES
Eliminer virtuellement l'hypovitaminose A chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer d'ici 2015.	- Supplémentation des groupes à risque (JNM – DBC) - Diversification de la production - C.C.C. en faveur d'une alimentation riche en Vit. A - Recherche. - Formation. - Fortification alimentaire	- Poursuivre la supplémentation en Vitamine A dans les prestations de routine - Développer la production des plantes riches en Vitamine A et l'aviculture, y compris dans les écoles. - Elaborer et diffuser des messages éducatifs en faveur de la production et la consommation d'aliments riches en Vit. A. - Mettre au point et vulgariser des modes culinaires renforçant la bio-disponibilité de la Vitamine A - Organiser des enquêtes de prévalence. - Former des enseignants, des agents de Santé villageoise, des agents du Développement Rural et du Développement Social. - Former des producteurs. - Identifier et enrichir en vitamine A un aliment véhicule de consommation courante	- MSP/LCE, Partenaires - MSP/LCE, MDA, MEN. - MSP/LCE, MDA, MEB/A, MES/R. - MSP/LCE, MDA, MEB/A, MC/PSP, ONG, Partenaires - MSP/LCE, ONG, Partenaires - MSP/LCE, MDA, MEB/A, - MSP/LCE, MDA, MEN. - MSP/LCE, MC/DI, Partenaire

(Suite plan d'opérations)

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ACTIVITES	STRUCTURES IMPLIQUEES
Eliminer virtuellement la carence iodée d'ici 2015.	- Supplémentation en capsules d'huile iodée aux groupes cibles dans les zones de forte endémicité. - Mise en application de la législation - Formation. - C.C.C.	- Supplémenter en huile iodée les enfants et les femmes en âge de procréer vivant en zone de forte endémicité. - Poursuivre l'application de la législation sur la production, l'importation et la commercialisation du sel iodé. - Contrôler régulièrement de la qualité du sel. - Former et équiper le personnel chargé du contrôle du sel iodé. - Sensibiliser la population sur l'importance de la consommation du sel iodé.	- MSP/LCE, MEB/A, Partenaires - MC/PSP, MSP/LCE, MF/E, Partenaires, importateurs de sel - MC/PSP, MSP/LCE, MF/E, Partenaires. - MC/PSP, MSP/LCE, MF/E, Partenaires. - MC/PSP, MSP/LCE, MF/E, Partenaires, MC/PSP.

4.1.2.6. Cadre logique

LOGIQUE D'INTERVENTION		IOV	Sources de vérificat°
OG	Réduire d'ici l'an 2015 la mortalité et la morbidité dues à la malnutrition et spécifiquement aux carences en micronutriments (Fer, Vitamine A, Iode) au sein des populations	• Pourcentage de mères pratiquant un sevrage correct; • Prévalence des carences en micronutriments (Iode Fer – Vitamine A); • Pourcentage des populations couvertes au sein des groupes cibles; • Supports de C.C.C disponibles sur les micronutriments; • Taux de couverture du sel iodé; • Niveau d'iodation du sel.	• Rapports d'enquêtes • Rapports des services techniques
OS 1	Réduire de 50% le taux de malnutrition d'ici 2015		
RA 1	Les agents sont formés en matière de lutte contre les carences nutritionnelles	Nombre d'agents formés par catégories	Rapport de formation
RA 2	Les CSI et les cases de santé sont équipés en matériels et outils d'évaluation et de matériel de prise en charge	• Nombre de CSI, de Cases de santé et d'EVPC équipés. • Nombre de CRENA créés et ou équipés	• PV de réception et rapport d'activités • Rapport d'inventaire
RA 3	Des supports d'éducation nutritionnelle sont élaborés et les messages y relatifs sont diffusés	Nombre de messages, de supports élaborés et diffusés	• Bordereau de livraison, • Enquêtes, • Contrat avec les médias ; • Support d' • Rapports d'activités
RA 4	Des activités pratiques et productives sont organisées dans les établissements scolaires	Nombre et superficies des sites d'APP, visites sur le terrain + rapport, % des écoles + APP	• Plan de diffusion des messages ; • Rapports d'activités, • supports
RA 5	Des aliments fortifiés sont produits	Nombre et Quantité d'aliments fortifiés	• Visites des usines et rapport de supervision ; • Rapports d'activités et de contrôles

LOGIQUE D'INTERVENTION		IOV	Sources de vérificat°
RA 6	Des supervisions régulières sont réalisées au niveau des structures sanitaires	Nombre de supervisions réalisées	Rapports de supervision
OS 2	Amener 50% des mères à introduire les aliments de complément approprié d'ici 2015		
RA 1	Une étude de référence sur l'utilisation des aliments de complément	Nombre d'étude réalisée, disponibles	Rapport d'étude
RA 2	Des messages sur les pratiques appropriées sont élaborés	Nombre de messages et supports élaborés et diffusés, Nbre de femmes touchées	Rapport d'activités
RA 3	Des aliments de sevrage sont mis au point et testés	• Nombre d'aliments de sevrage mis au point. • Nombre de tests réalisés	Rapports d'activités
RA 4	Des promoteurs d'aliments de sevrage sont identifiés et agréés.	Nombre de promoteurs agréés.	Autorisations délivrées
RA 5	Les aliments de sevrage sont produits et vulgarisés.	Quantités produites et vendues.	Rapport de production, autorisation
RA 6	Un programme de formation est élaboré et le personnel est formé à tous les niveaux.	• Programme de formation élaboré. • Nombre d'agents formés.	Rapport de formation
RA 7	Les structures amies des bébés et les groupes de soutien à l'allaitement maternel sont dynamisés et formés	Nombre de structures et de groupes de soutien dynamisés	Rapport
RA 8	Une enquête « Connaissance – Attitudes – Pratiques (CAP) est réalisée	Enquête disponible	Rapports d'enquêtes
OS3	Contribuer à réduire de moitié le taux des enfants ayant un poids de naissance inférieur à 2,5kg d'ici 2015 ;		
RA 1	Les femmes enceintes à risque nutritionnel sont dépistées et prises en charge correctement.	Nombre de femmes à risque dépistées et prises en charge.	Supports SNIS = fiches, registre
RA 2	Des missions de supervision sont régulièrement menées	Nombre de missions de supervision effectuées.	Rapport de supervision
RA 3	Des études sur l'alimentation des femmes enceintes sont menées	Nombre de rapports élaborés Nombre d'enquêtes réalisées et de rapports élaborés	Rapport d'études

LOGIQUE D'INTERVENTION		IOV	Sources de vérification°
RA 4	Des messages éducatifs sont élaborés et diffusés	Nombre de messages et de supports élaborés et diffusés	Rapports d'activités
RA 5	Créer des Activités Génératrices de Revenus	Nombre de femmes bénéficiaires, Nbre d'AGR crée	Rapports d'activités
OS4	Réduire de moitié la proportion des femmes et des enfants souffrant de l'anémie ferriprive d'ici 2015		
RA 1	La supplémentation en fer dans les prestations de routine est assurée.	Nbre de Formation Sanitaire pratiquant la supplémentation en Fer	Rapports d'activités
RA 2	Des messages éducatifs en faveur de la production et la consommation d'aliments riches en fer sont élaborés et diffusés.	Nombre de messages et de supports élaborés et diffusés.	Rapports d'activités
RA 3	Les femmes et des enfants pris en charge sont systématiquement déparasités	Nombre de cibles prises en charge et déparasités systématiquement.	
RA 4	Des techniques culinaires renforçant la biodisponibilité du fer sont mises au point et vulgarisées.	Nbre de préparations mises au point et vulgarisées.	Rapports d'activités
RA 5	Une enquête nationale de prévalence la carence en fer est réalisée	Nombre d'enquêtes réalisées et de rapports élaborés.	Rapports enquêtes
RA 6	Former les enseignants, des agents de santé villageoise, des agents du développement rural et du développement social en CCC.	Nombre d'agents formés par catégories.	Rapports de formation
RA 7	Des missions de supervision sont régulièrement effectuées	Nombre de missions de supervision effectuées.	Rapports de supervision
RA 8	Un aliment véhicule de consommation courante est identifié et enrichi en fer	Disponibilité d'aliment enrichi	Rapports d'activités
OS 5	Éliminer virtuellement la carence en vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer d'ici 2015 ;		
RA 1	La supplémentation en Vitamine A dans les prestations de routine est poursuivie	% du Nbre des Formations Sanitaires	Rapports d'activités
RA 2	La production des plantes riches en Vitamine A et l'aviculture, y compris dans les écoles sont développés	Types et quantités de plantes produites. Quantité de volaille et œufs produits	Rapports d'activités

LOGIQUE D'INTERVENTION		IOV	Sources de vérification
RA 3	Des messagers éducatifs en faveur de la production et la consommation d'aliments riches en Vit. A. sont élaborés et diffusés	Nombre de messages et supports élaborés diffusés et quantité d'aliments riches en vitamine A Produite et consommée.	Rapports d'activités Supports pédagogiques
RA 4	Des modes culinaires renforçant la bio-disponibilité de la Vitamine A sont mis au point et vulgarisés	Nbre de préparations mises au point et vulgarisées.	Rapports d'activités
RA 5	Des enquêtes de prévalence sont réalisées	Nombre d'enquêtes réalisées et de rapports élaborés.	Rapports d'enquêtes
RA 6	Les enseignants, les agents de Santé villageoise, les agents des services techniques déconcentrés sont formés	Nombre d'agents formés par catégorie.	Rapports de formation
RA 7	Les producteurs sont formés	Nombre de producteurs formés	Rapports de formation
RA 8	Un aliment véhicule de consommation courante est identifié et enrichi en vitamine A	Nombre d'aliments identifiés et enrichis disponible	Rapports d'activités
OS6	Eliminer virtuellement la carence iodée d'ici 2015.		
RA 1	Les enfants et les femmes en âge de procréer vivant en zone de forte endémicité sont supplémentés en huile iodée	Nombre d'enfants et de femme supplémentées	Enquête ménages
RA 2	La législation sur la production, l'importation et la commercialisation du sel iodé est appliquée	% des ménages accédant au sel iodé	
RA 3	La qualité du sel est régulièrement contrôlée	• Nombre de contrôles effectués • Régularité des contrôles	Rapports d'activités
RA 4	Le personnel chargé du contrôle du sel iodé est régulièrement formé et équipé.	• Nombre d'agents formés • Nombre de structures équipées.	Rapports d'activités Rapports de formation
RA 5	La population est sensibilisée sur l'importance de la consommation du sel iodé.	• Nombre de réunions, de messages de supports produits • Nombre de diffusions des supports et messages	Rapports d'activités Contrats de diffusion avec les médias

4.1.2.7. Budget (US \$)

ACTIVITÉS	RÉGIONS									SOUS-TOTAL
	AGADEZ	DIFFA	DOSSO	MARADI	TAHOUA	TILLABERI	ZINDER	C.U NIAMEY	Niv. Central	
Former le personnel de santé, les enseignants et les agents de santé communautaire.	40,000.0	20,000.0	60,000.0	60,000.0	70,000.0	80,000.0	80,000.0	40,000.0	20,000.0	470,000.0
Equiper les CSI, les Cases de santé et les EVPC en matériel anthropométrique (balances et toises).	60,000.0	30,000.0	100,000.0	90,000.0	105,000.0	120,000.0	120,000.0	60,000.0	0.0	685,000.0
Créer et équiper des CRENA.	30,000.0	20,000.0	30,000.0	40,000.0	50,000.0	40,000.0	50,000.0	20,000.0	0.0	280,000.0
Réhabiliter les enfants malnutris	80,000.0	80,000.0	100,000.0	120,000.0	160,000.0	120,000.0	140,000.0	60,000.0	0.0	860,000.0
Elaborer et diffuser des messages éducatifs.	30,000.0	30,000.0	50,000.0	60,000.0	70,000.0	60,000.0	70,000.0	20,000.0	40,000.0	430,000.0
Encourager les activités pratiques et productives	15,000.0	15,000.0	25,000.0	30,000.0	40,000.0	30,000.0	30,000.0	0.0	0.0	185,000.0
Identifier et fortifier des aliments de consommation courante		-	-	-	-	-	-	-	-	
Promouvoir de bonnes pratiques alimentaires		-	-	-	-	-	-	-	-	
Réaliser des activités de supervision	40,000.0	20,000.0	60,000.0	60,000.0	70,000.0	80,000.0	80,000.0	40,000.0	10,000.0	460,000.0
Sous-total	295,000.0	215,000.0	425,000.0	460,000.0	565,000.0	530,000.0	570,000.0	240,000.0	70,000.0	3,370,000.0
Mener une étude sur les pratiques de sevrage.	-	-	-	-	-	-	-	-	10,000.0	10,000.0
Elaborer et diffuser des messages sur les pratiques appropriées de sevrage.	15,000.0	15,000.0	25,000.0	30,000.0	40,000.0	30,000.0	30,000.0	15,000.0	20,000.0	220,000.0
Mettre au point des aliments de sevrage.	-	-	-	-	-	-	-	-	1,000.0	1,000.0
Tester les aliments de sevrage.	-	-	-	-	-	-	-	-	1,000.0	1,000.0
Identifier des promoteurs.	Opérateur prive	-	-	-	-	-	-	-	-	Opérateur prive
Produire et vulgariser les aliments.	Opérateur prive	-	-	-	-	-	-	-	-	Opérateur prive
Elaborer un programme de formation.	Pm	-	-	-	-	-	-	-	-	Pm
Former le personnel à tous les niveaux.		-	-	-	-	-	-	-	-	
Dynamiser les structures amies des bébés	12,000.0	12,000.0	20,000.0	24,000.0	32,000.0	24,000.0	28,000.0	12,000.0	20,000.0	184,000.0
Former / Dynamiser les groupes de soutien à l'allaitement maternel	9,000.0	9,000.0	15,000.0	18,000.0	24,000.0	18,000.0	21,000.0	9,000.0	0.0	123,000.0
Réaliser une enquête CAP	-	-	-	-	-	-	-	-	30,000.0	30,000.0
Sous-total	36,000.0	36,000.0	60,000.0	72,000.0	96,000.0	72,000.0	79,000.0	36,000.0	82,000.0	569,000.0
Dépister et prendre en charge correctement les femmes enceintes à risque nutritionnel.	18,000.0	18,000.0	30,000.0	36,000.0	42,000.0	36,000.0	36,000.0	18,000.0	0.0	234,000.0
Mener des activités de supervision	6,000.0	6,000.0	8,000.0	12,000.0	16,000.0	12,000.0	14,000.0	4,000.0	10,000.0	88,000.0
Mener des études sur l'alimentation des femmes enceintes.	-	-	-	-	-	-	-	-	10,000.0	10,000.0
Elaborer et diffuser des messages éducatifs.	15,000.0	15,000.0	25,000.0	30,000.0	40,000.0	30,000.0	30,000.0	15,000.0	20,000.0	220,000.0
Créer des Activités Génératrices de Revenus (Voir Thème)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sous-total	39,000.0	39,000.0	63,000.0	78,000.0	98,000.0	78,000.0	80,000.0	37,000.0	40,000.0	552,000.0

ACTIVITÉS	REGIONS									SOUS-TOTAL
	AGADEZ	DIFFA	DOSSO	MARADI	TAHOUA	TILLABERI	ZINDER	C.U NIAMEY	Niv. Central	
Poursuivre la supplémentation en fer dans les prestations de routine.	60,000.0	60,000.0	100,000.0	120,000.0	160,000.0	120,000.0	140,000.0	60,000.0	0.0	820,000.0
Développer la culture des plantes riches en fer et l'aviculture, y compris dans les écoles.	9,000.0	9,000.0	15,000.0	18,000.0	24,000.0	18,000.0	18,000.0	9,000.0	0.0	120,000.0
Elaborer et diffuser des messages éducatifs en faveur de la production et la consommation d'aliments riches en fer.	30,000.0	30,000.0	50,000.0	60,000.0	80,000.0	60,000.0	70,000.0	10,000.0	30,000.0	420,000.0
Déparasiter systématique des femmes et des enfants pris en charge.	10,000.0	10,000.0	30,000.0	50,000.0	60,000.0	50,000.0	60,000.0	60,000.0	0.0	330,000.0
Mettre au point et vulgariser des techniques culinaires renforçant la biodisponibilité du fer.	6,000.0	6,000.0	10,000.0	12,000.0	16,000.0	12,000.0	12,000.0	6,000.0	20,000.0	100,000.0
Réaliser une enquête nationale de prévalence la carence en fer.	-	-	-	-	-	-	-	-	50,000.0	50,000.0
Former les enseignants, des agents de santé villageoise, des agents du développement rural et du développement social.	30,000.0	30,000.0	50,000.0	60,000.0	80,000.0	60,000.0	60,000.0	20,000.0	10,000.0	400,000.0
Mener des missions de supervision	12,000.0	12,000.0	20,000.0	24,000.0	32,000.0	24,000.0	24,000.0	12,000.0	15,000.0	175,000.0
Identifier et enrichir en fer un aliment véhicule de consommation courante	-	-	-	-	-	-	-	-	60,000.0	60,000.0
Sous-total	157,000.0	157,000.0	275,000.0	344,000.0	452,000.0	344,000.0	384,000.0	177,000.0	185,000.0	2,475,000.0

(Suite du budget)

ACTIVITÉS	R E G I O N S									SOUS-TOTAL
	AGADEZ	DIFFA	DOSSO	MARADI	TAHOUA	TILLABERI	ZINDER	C.U NIAMEY	Niv. Central	
Poursuivre la supplémentation en Vitamine A dans les prestations de routine	60,000.0	60,000.0	100,000.0	120,000.0	140,000.0	120,000.0	140,000.0	60,000.0	0.0	800,000.0
Développer la production des plantes riches en Vitamine A et l'aviculture, y compris dans les écoles.	30,000.0	30,000.0	50,000.0	60,000.0	80,000.0	60,000.0	70,000.0	30,000.0	0.0	410,000.0
Elaborer et diffuser des messages éducatifs en faveur de la production et la consommation d'aliments riches en Vit. A.	30,000.0	30,000.0	50,000.0	60,000.0	80,000.0	60,000.0	70,000.0	10,000.0	30,000.0	420,000.0
Mettre au point et vulgariser des modes culinaires renforçant la bio-disponibilité de la Vitamine A	6,000.0	6,000.0	10,000.0	12,000.0	16,000.0	12,000.0	12,000.0	6,000.0	20,000.0	100,000.0
Organiser des enquêtes de prévalence.	-	-	-	-	-	-	-	-	50,000.0	50,000.0
Former des enseignants, des agents de Santé villageoise, des agents du Développement Rural et du Développement Social.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Former des producteurs.	6,000.0	6,000.0	10,000.0	12,000.0	16,000.0	12,000.0	12,000.0	6,000.0	0.0	80,000.0
Identifier et enrichir en vitamine A un aliment véhicule de consommation courante	-	-	-	-	-	-	-	-	60,000.0	60,000.0
Sous-total	132,000.0	132,000.0	220,000.0	264,000.0	332,000.0	264,000.0	304,000.0	112,000.0	160,000.0	1,920,000.0
Supplémenter en huile iodée les enfants et les femmes en âge de procréer vivant en zone de forte endémicité.	0.0	0.0	80,000.0	60,000.0	100,000.0	0.0	0.0	0.0	20,000.0	260,000.0
Poursuivre l'application de la législation sur la production, l'importation et la commercialisation du sel iodé.	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	0.0
Contrôler régulièrement de la qualité du sel.	6,000.0	6,000.0	10,000.0	12,000.0	16,000.0	12,000.0	12,000.0	6,000.0	20,000.0	100,000.0
Former et équiper le personnel chargé du contrôle du sel iodé.	-	-	-	-	-	-	-	-	100,000.0	100,000.0
Sensibiliser la population sur l'importance de la consommation du sel iodé.	6,000.0	6,000.0	10,000.0	12,000.0	16,000.0	12,000.0	12,000.0	6,000.0	20,000.0	100,000.0
Sous-total	12,000.0	12,000.0	100,000.0	84,000.0	132,000.0	24,000.0	24,000.0	12,000.0	160,000.0	560,000.0
TOTAL PROGRAMME 2	671,000.0	591,000.0	1,143,000.0	1,302,000.0	1,675,000.0	1,312,000.0	1,441,000.0	614,000.0	697,000.0	9,446,000.0

4.1.3. Programme 3 : Prise en charge des personnes défavorisées sur le plan socio-économiques et vulnérables sur le plan nutritionnel

4.1.3.1. *Analyse de la situation*

Pays sahélien et enclavé, le Niger est selon les différents indicateurs macro-économiques et du développement humain utilisés à l'échelle internationale, l'un des pays les plus pauvres du monde. Depuis les années 1980, le pays a été secoué par la situation sociopolitique et la dévaluation du Franc CFA intervenue en 1994, ayant pour conséquence l'éclosion de couches vulnérables à tous les niveaux.

L'enquête Budget - Consommation des ménages au Niger (1992/1993) a défini le profil de la pauvreté. Ainsi, en milieu urbain, sont considérés comme «pauvres» les ménages dont le revenu annuel est inférieur à **75.000 F.CFA**. Pour le milieu rural, ce seuil a été fixé à **50.000 F.CFA**. Quel que soit le milieu, l'extrême pauvreté a été définie comme correspondant aux revenus inférieurs aux 2/3 de ceux retenus pour la pauvreté ⁽³⁰⁾. Il en ressort que:

- 63% c'est à dire près de deux nigériens sur trois (2/3) vivent en dessous du seuil de la pauvreté ;
- 34% (un nigérien sur trois) en dessous du seuil de la pauvreté extrême.

En terme de nombre, cela vaut 5 269 300 personnes «**pauvres**» et 2 824 800 personnes «**très pauvres**». On note que c'est la zone rurale qui se distingue avec des taux de pauvreté plus élevés :

- 66% de pauvres contre 58% en zone urbaine ;
- 36% de très pauvres (zone rurale) contre 31% dans les autres villes.

La capitale Niamey semble s'en sortir avec des niveaux de pauvreté moins élevés 42% et 18% respectivement pauvres et très pauvres.

L'accès aux services sociaux de base (santé, l'éducation, l'emploi, l'habitat et bien sûr l'alimentation) constitue une grande proposition chez les groupes vulnérables et défavorisées.

³⁰ Ministère du Plan. Enquête sur le budget et la consommation au Niger. 1989/1990 - 1992/1993. Profil de la pauvreté. 1994

4.1.3.2. *Objectifs*

Objectif général

Améliorer la situation alimentaire et nutritionnelle des groupes défavorisés

Objectifs spécifiques

- Actualiser les données sur les différents groupes défavorisés et/ou vulnérables ;
- Favoriser la réinsertion sociale des groupes défavorisés et/ou vulnérables dans le processus de solidarité.

4.1.3.3. *Groupes cibles*

- Les enfants de 0 à 5 ans et de 5 à 12 ans (les malnutris, les orphelins, etc.) ;
- Les femmes enceintes, les femmes allaitantes ;
- Les jeunes filles et jeunes garçons sans emploi ;
- Les enfants dont la mère de familles est sans ressources ;
- Les enfants issus de familles dont le chef est sans emploi ;
- Les personnes déplacées ou réfugiées suite à des conflits ethniques ou politiques et de calamités naturelles.
- Les personnes victimes et enfants rendus orphelins par le VIH/SIDA ;
- Les enfants de la rue ;
- Les enfants toxicomanes etc.

Les groupes des personnes défavorisées sont :

- Les personnes handicapées ;
- Les délinquants.

4.1.3.4. Plan d'opérations

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ACTIVITES	STRUCTURES IMPLIQUEES
Actualiser les données sur les différents groupes défavorisés et/ou vulnérables	- Réalisation d'enquêtes légères. - Mobilisation des ressources.	- Préparer et réaliser les enquêtes - Analyser et diffuser les données. - Créer et équiper des centres d'accueil et d'apprentissage y compris les cantines scolaires - Mettre du personnel qualifié à la disposition des centres.	- MDS/PF/PE, MSP/LCE, MF/E, MES/R, ONG, Partenaires. - MDS/PF/PE, MSP/LCE, MF/E, ONG, Partenaires. - MDS/PF/PE, MC/PSP, MSP/LCE, MF/E, MES/R, Partenaires.
Favoriser la réinsertion sociale des groupes défavorisés et/ou vulnérables dans le processus de solidarité.	- Mobilisation sociale en faveur de la solidarité nationale. - Promotion d'activités de production. - Formation et organisation des groupes défavorisés et/ou vulnérables.	- Sensibiliser les groupes cibles et la population. - Créer et équiper des centres d'accueil et d'apprentissage - Plaider en faveur des personnes défavorisées / vulnérables. - Mettre en œuvre de la politique de développement sociale (volet solidarité nationale). - Créer des activités génératrices de revenus : 1. Jardinage 2. Artisanat 3. Maroquinerie 4. Petit commerce 5. Petit élevage - Embouche. 6. Boutiques coopératives. - Alphabétiser les groupes cibles. - Former les groupes défavorisés et/ou vulnérables aux techniques de production et de gestion.	- MDS/PF/PE, MSP/LCE, MF/E, MCCJ/S, MI/D - MDS/PF/PE, MC/PSP, MSP/LCE, MF/E, MES/R, Partenaires. - MDS/PF/PE, MSP/LCE, MF/E, MC/PSP, MC/PSP, MEB/A, MI/D. - MDS/PF/PE, MSP/LCE, MF/E, MC/PSP, MC/PSP, MEB/A, MI/D. - MDS/PF/PE, MDA, MSP/LCE, MF/E, MC/PSP, MC/PSP, MEB/A, MI/D, MRA - MDS/PF/PE, MSP/LCE, MEB/A, MF/E. - MDS/PF/PE, MSP/LCE, MF/E, MI/D, MC/PSP, MEB/A, .

4.1.3.5 Cadre logique

LOGIQUE D'INTERVENTION		IOV	Sources de vérification
OG	Améliorer la situation alimentaire et nutritionnelle des groupes défavorisés	• Existence d'une politique nationale de solidarité ; • Le % des personnes appartenant aux groupes défavorisés ayant de amélioré leur état sécurité alimentaire nutritionnelle • % de la population en état de mendicité.	• Documents de politique nationale • Enquête
OS 1	Actualiser les données sur les différents groupes défavorisés et/ou vulnérables		
RA 1	Des enquêtes sont réalisées et les résultats diffusés sur les groupes défavorisés et/ou vulnérables	Nombre d'enquêtes réalisées et diffusées.	Rapports d'enquête
RA 2	Des centres d'accueil et d'apprentissage ainsi que des cantines scolaires sont créés et équipés	Nombre de centres d'accueil et d'apprentissage créés	Rapports d'activités
RA 3	Un personnel qualifié est mis à la disposition des centres.	Nombre et niveau de qualification des personnes mises à disposition des centres	Décisions d'affectation
OS 2	Favoriser la réinsertion sociale des groupes défavorisés et/ou vulnérables dans le processus de solidarité		
RA 1	Les groupes cibles et la population sont sensibilisées en faveur de la solidarité nationale	Nombre de réunions de sensibilisation tenues.	Rapports d'activités Comptes-rendus de réunion
RA 2	Des Plaidoyers sont faits en faveur des personnes défavorisées / vulnérables.	Nombre de réunions, de rencontres organisées.	Rapports d'activités Comptes-rendus de réunion
RA 3	Des activités génératrices de revenus sont créées.	• Nombre et types d'activités génératrices de revenus créées • Nombre de bénéficiaires	• Rapports d'activités • Enquêtes
RA 4	Les groupes cibles. sont alphabétisés	• Nombre de personnes alphabétisées • Nombre de centres créés	• Rapports d'activités • Enquêtes
RA 5	Les groupes défavorisés et/ou vulnérables sont formés aux techniques de production et de gestion.	Nombre de groupes formés	Rapports de formation

4.1.3.6. Budget (US \$)

ACTIVITÉS	RÉGIONS									SOUS TOTAL
	AGADEZ	DIFFA	DOSSO	MARADI	TAHOUA	TILLABERI	ZINDER	C.U NIAMEY	Niv. Central	
1 – Préparer et réaliser les enquêtes	-	-	-	-	-	-	-	-	20,000.0	20,000.0
2 - Analyser et diffuser les données.	-	-	-	-	-	-	-	-	15,000.0	15,000.0
3 Créer et équiper des centres d'accueil et d'apprentissage y compris les cantines scolaires	45,000.0	45,000.0	75,000.0	90,000.0	120,000.0	90,000.0	90,000.0	75,000.0	0.0	630,000.0
4 – Mettre du personnel qualifié à la disposition des centres.	Pm	Voir.3	Voir.3	Voir.3	Voir.3	Voir.3	Voir.3	Voir.3	Voir.3	Pm
SousTotal 16	45,000.0	45,000.0	75,000.0	90,000.0	120,000.0	90,000.0	90,000.0	75,000.0	35,000.0	665,000.0
.1 – Sensibiliser les groupes cibles et la population.	4,500.0	4,500.0	7,500.0	9,000.0	12,000.0	9,000.0	9,000.0	7,500.0		63,000.0
.2 – Créer et équiper des centres d'accueil et d'apprentissage	Pm	Voir.3	Voir.3	Voir.3	Voir.3	Voir.3	Voir.3	Voir.3	Voir.3	Pm
.3 – Plaider en faveur des personnes défavorisées / vulnérables.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pm
.4 – Mettre en œuvre de la politique de développement sociale (volet solidarité nationale).	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pm
.5 – Créer des activités génératrices de revenus :	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jardinage	50,000.0	50,000.0	50,000.0	50,000.0	60,000.0	50,000.0	50,000.0	0.0	0.0	360,000.0
Artisanat	20,000.0	5,000.0	10,000.0	-	-	8,000.0	15,000.0	15,000.0	0.0	73,000.0
Maroquinerie	25,000.0	-	10,000.0	-	-	10,000.0	10,000.0	10,000.0	0.0	65,000.0
Petit commerce	40,000.0	20,000.0	25,000.0	30,000.0	40,000.0	20,000.0	30,000.0	0.0	0.0	205,000.0
Petit élevage - Embouche.	25,000.0	15,000.0	25,000.0	20,000.0	25,000.0	20,000.0	25,000.0	0.0	0.0	155,000.0
Boutiques coopératives.	20,000.0	15,000.0	25,000.0	25,000.0	75,000.0	25,000.0	30,000.0	15,000.0	0.0	230,000.0
.6 - Alphabétiser les groupes cibles.	15,000.0	15,000.0	25,000.0	30,000.0	40,000.0	30,000.0	40,000.0	10,000.0	0.0	205,000.0
.7 - Former les groupes défavorisés et/ou vulnérables aux techniques de production et de gestion.	10,000.0	10,000.0	16,000.0	20,000.0	30,000.0	20,000.0	30,000.0	5,000.0	0.0	141,000.0
SousTotal 17	209,500.0	134,500.0	193,500.0	184,000.0	282,000.0	192,000.0	239,000.0	62,500.0	0.0	1,497,000.0
TOTAL PROGRAMME 3	254,500.0	179,500.0	268,500.0	274,000.0	402,000.0	282,000.0	329,000.0	137,500.0	35,000.0	2,162,000.0

4.1.4. Programme 4 : Promotion des régimes alimentaires et des modes de vie sains

4.1.4.1. *Analyse de la situation*

L'un des objectifs du plan d'action de la CIN vise à donner à chaque individu du ménage la possibilité d'être et de rester en bonne santé et d'accéder au bien être nutritionnel. L'analyse du statut nutritionnel et alimentaire de la population nigérienne au cours de ces dix dernières années montre que la malnutrition sous toutes ses formes est omniprésente. Outre les manifestations des carences en micronutriments, de l'émaciation et du retard de croissance, il apparaît de plus en plus des maladies non transmissibles en relation avec le régime alimentaire du nigérien : maladies cardio-vasculaires, cirrhose de foie, diabète, goutte, hypertension artérielle, certaines formes de cancer, etc.

Ces affections sont le plus souvent liées à la suralimentation (maladies de pléthore) et aux modes de vie des populations qui changent avec les influences néfastes des modèles de consommation, l'inactivité physique, la sédentarité, la consommation accentuée d'alcool et de drogue, le tabagisme etc..

Au Niger, il existe malheureusement très peu de données sur ce type d'affections, car ces problèmes ont jusque là été occultés par ceux afférents à la sous-alimentation et à ses conséquences nutritionnelles. La présente stratégie s'inscrit dans le cadre des efforts développés par le Gouvernement nigérien pour renforcer les activités d'information, d'éducation et de communication afin de modifier les comportements alimentaires et nutritionnels et les styles de vie au sein de la famille et des communautés pour garantir la santé des populations.

4.1.4.2. *Objectifs*

Objectif général

- Améliorer l'état de santé des populations par la promotion de régimes alimentaires et de mode de vie sains au sein de la famille et de la communauté

Objectifs spécifiques

- Réduire de 50 % les taux de morbidité et mortalité liées aux excès alimentaires.
- Promouvoir des modes de vie sains.

4.1.4.3. *Groupes cibles*

La promotion de régimes alimentaires et des modes de vie sains se fera à travers un programme cohérent d'Education Nutritionnelle. Ce programme touchera les différentes couches de la population. Les moyens de communication traditionnels et multimédia seront largement utilisés. Cependant, d'autres moyens seront utilisés, en l'occurrence la formation des scolaires, des cadres de la santé, du développement rural et l'alphabétisation au niveau des villages.

4.1.4.4. Plan d'opérations

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ACTIVITES	STRUCTURES IMPLIQUEES
18 - Réduire de 50 % les taux de morbidité et mortalité liées aux excès alimentaires.	- Enquêtes - C.C.C. - Formation	18.1 - Collecter les informations. 18.2 - Analyses et diffuser les résultats. 18.3 – Organiser des campagnes de sensibilisation. 18.4 – Elaborer et diffuser des guides de régimes alimentaires. 18.5 – Former les agents de santé, du développement rural et agents communautaires. 18.6 – Introduire l'enseignement de la nutrition dans les programmes scolaires.	- MSP/LCE, MDS/PF/PE Partenaires - MSP/LCE, MDS/PF/PE - MC/PSP, MSP/LCE, MEB/A, MDS/PF/PE, Partenaires - MSP/LCE, MC/PSP, MEB/A, MES/R, MDA, Partenaires. - MSP/LCE, MDS/PF/PE, MDA, MC/, Partenaires - MSP/LCE, MEB/A, MES/R, MDA, Partenaires
19 – Promouvoir des modes de vie sains.	- C.C. C. - Lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, etc.	19.1 – Créer des clubs de sport dans les quartiers. 19.2 - Vulgariser la pratique du sport collectif. 19.3 - Prendre de mesures dissuasives 19.4 - Sensibiliser la population sur les méfaits de la consommation des stupéfiants, alcool, tabac, etc.	- MSP/LCE, MC/PSP, MJ/IPJ, MEB/A, Autres Associations civiles. - MSP/LCE, MC/PSP, MJ/IPJ, MEB/A, Autres Associations civiles. - MSP/LCE, MF/E, MDS/PF/PE, MC/PSP, MC/PSP, MI/D, MJ/GS, ONG et Associations.

4.1.4.5. Cadre logique

LOGIQUE D'INTERVENTION		IOV	Sources de vérification
OG	Améliorer l'état de santé des populations par la promotion de régimes alimentaires et de mode de vie sains au sein de la famille et de la communauté	• Prévalence des maladies liées à l'alimentation et aux modes de vie • Proportion de la population consciente des affections liées à l'alimentation et aux modes de vie.	Enquêtes
OS 1	Réduire de 50 % les taux de morbidité et mortalité liées aux excès alimentaires		
RA 1	Des informations sur la morbidité et la mortalité liées aux excès alimentaires sont collectées, analysées et diffusées	Nombre de rapports élaborés et diffusés	Rapports
RA 2	Des campagnes de sensibilisation sur la morbidité et la mortalité liées aux excès alimentaires sont organisées	Nombre de réunions de sensibilisation organisées.	• Rapports • Comptes-rendus de réunions
RA 3	Des guides de régimes alimentaires sont élaborés et diffusés	Nombre de guides élaborés et diffusés	• Rapports • Guides
RA 4	Les agents de santé et des services techniques, ainsi que les agents communautaires sont formés sur les questions d'excès alimentaire	Nombre d'agents formés.	Rapports de formation
RA 5	L'enseignement de la nutrition est introduit dans les programmes scolaires	Contenu des cursus d'enseignement	Programmes scolaires
OS 2	Promouvoir des modes de vie sains		
RA 1	La pratique du sport de relaxation est répandue dans les quartiers.	Proportion de la population pratiquant le sport de relaxation	Enquêtes
RA 2	La population est sensibilisée sur les méfaits de la consommation des stupéfiants, de l'alcool, du tabac, etc.	• Existence de mesures législatives prises • Proportion des personnes victimes des méfaits des stupéfiants, de l'alcool, du tabac, etc, prises en charge	• Législation • Enquêtes

4.1.4.6. Budget

ACTIVITÉS	RÉGIONS									SOUS TOTAL
	AGADEV	DIFFA	DOSSO	MARADI	TAHOVA	TILLABERI	ZINDER	C.U NIAMEY	Niveau Central	
Collecter les informations.	-	-	-	-	-	-	-	-	20,000.0	20,000.0
Analyses et diffuser les résultats.	-	-	-	-	-	-	-	-	5,000.0	5,000.0
Organiser des campagnes de sensibilisation.	7,500.0	7,500.0	12,500.0	15,000.0	17,500.0	15,000.0	15,000.0	10,000.0	10,000.0	110,000.0
Elaborer et diffuser des guides de régimes alimentaires.	-	-	-	-	-	-	-	-	50,000.0	50,000.0
Former les agents de santé, du développement rural et agents communautaires.	9,000.0	9,000.0	15,000.0	18,000.0	21,000.0	18,000.0	18,000.0	9,000.0	10,000.0	127,000.0
Introduire l'enseignement de la nutrition dans les programmes scolaires.	-	-	-	-	-	-	-	-	100,000.0	100,000.0
Sous total	16,500.0	16,500.0	27,500.0	33,000.0	38,500.0	33,000.0	33,000.0	19,000.0	195,000.0	412,000.0
Créer des clubs de sport dans les quartiers.	7,500.0	7,500.0	12,500.0	15,000.0	17,500.0	15,000.0	15,000.0	10,000.0	0.0	100,000.0
Vulgariser la pratique du sport collectif.	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	8,000.0	6,000.0	6,000.0	3,000.0	10,000.0	50,000.0
Prendre de mesures dissuasives	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pm
Sensibiliser la population sur les méfaits de la consommation des stupéfiants, alcool, tabac, etc.	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	8,000.0	6,000.0	6,000.0	3,000.0	10,000.0	50,000.0
Sous total	13,500.0	13,500.0	22,500.0	27,000.0	33,500.0	27,000.0	27,000.0	16,000.0	20,000.0	200,000.0
TOTAL PROGRAMME 4	30,000.0	30,000.0	50,000.0	60,000.0	72,000.0	60,000.0	60,000.0	35,000.0	215,000.0	612,000.0

4.1.5 Programme 5 : Promotion de l'allaitement maternel

4.1.5.1. *Analyse de la situation*

Au Niger, si l'allaitement maternel est de règle en particulier en milieu rural, l'allaitement artificiel est de plus en plus pratiqué en milieu urbain. Les enquêtes démographiques et de santé rapportent des taux d'allaitement exclusif des enfants de moins de 4 mois de 1,3% en 1992, 0,9% en 1998 et 2,1% en 2000. En 1998, la durée médiane de l'allaitement était de 21,7 mois et, 38,7% des enfants sont allaités jusqu'à l'âge de 22-23 mois.

Aussi, selon une étude réalisée en décembre 1985 sur un échantillon de 700 mères, on note qu'en milieu rural, 100% des mères allaitent leurs enfants, que seulement 2,77% pratiquent un allaitement mixte alors que cet allaitement mixte est de pratique chez 93,96% des salariées, 83,34% des élèves ou étudiantes et 29% chez les commerçantes. Cependant, même au cas où l'allaitement serait de règle, il est entouré de pratiques parfois néfastes pour la santé et le bon développement de l'enfant. En effet, des études ethnographiques rapides menées en 1988 et 1990 donnent des résultats concordants sur certaines pratiques telles que:

- Le colostrum est considéré dans beaucoup de milieux comme mauvais. Il est exprimé et rejeté ;
- La notion de «mauvais lait » est très répandue et donne lieu à diverses pratiques parfois même à l'arrêt de l'allaitement maternel ;
- Introduction précoce d'autres aliments dès le 7^{ème} jour (la première semaine de la vie dans certaines régions).

Dans un souci de promouvoir l'allaitement au sein, le Niger a souscrit à l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) et un Bureau s'occupant exclusivement de l'allaitement fut créé en 1992 au sein du Ministère en charge de la Santé. Actuellement, plus de 2.000 agents de santé ont été formés à la gestion de la lactation et 42 formations sanitaires ont reçu le label d'hôpitaux amis des bébés. Une loi réglementant la commercialisation des produits d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est en cours d'élaboration. Plusieurs associations et ONG dont le Groupe d'Action pour la Promotion de l'Alimentation Infantile au Niger (GAPAIN) œuvrent en faveur de l'allaitement maternel exclusif.

4.1.5.2. *Objectifs*

Objectif général

Réduire la morbidité et la mortalité infantile par la promotion de l'allaitement maternel et de pratiques appropriées de sevrage.

Objectifs spécifiques

- Augmenter d'ici 2015 de 2,1% à 50% le taux de femmes pratiquant l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois.

- Augmenter d'ici 2015, de 38,7% à 60% le taux de femmes allaitant leurs enfants jusqu'à l'âge de 2 ans.

4.1.5.3. *Groupes cibles*

La promotion de l'allaitement maternel a comme cibles privilégiées les femmes en âge de procréer et les nourrissons. En outre, les activités de sensibilisation seront menées à l'endroit de l'ensemble de la population et plus particulièrement, les jeunes filles dans les établissements d'enseignement secondaire et professionnel et dans les centres d'alphabétisation.

4.1.5.4. Plan d'opérations

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ACTIVITES	STRUCTURES IMPLIQUEES
Augmenter d'ici 2015 de 2,1% à 50% le taux de femmes pratiquant l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois.	- Recherche - Promotion de l'allaitement maternel exclusif. - Formation - C. C. C.	- Réaliser des études sur les pratiques autour de l'allaitement maternel. - Evaluation de la situation des formations sanitaires (CSI) eu égard aux 10 conditions pour réussir l'allaitement maternel. - Généraliser la transformation des formations sanitaires en Structures Amies de Bébé «SAB» - Dynamiser les Groupes de soutien à l'allaitement maternel - Former les agents de santé, les enseignants, les agents communautaires, les groupes de soutien à l'allaitement maternel et les associations et ONG - Elaborer des messages éducatifs. - Diffuser les messages. - Evaluer l'impact des messages	- MSP/LCE, ONG, Associations, Partenaires - MSP/LCE, ONG, Partenaires. - MSP/LCE, ONG, Associations, Partenaires. - MSP/LCE, MF/E, MEB/A, ONG et Associations, Partenaires. - MSP/LCE, MDS/PF/PE MC/PSP, ONG, Associations Partenaires - MSP/LCE, MC/PSP, ONG, Partenaires
Augmenter d'ici 2015, de 38,7% à 60% le taux de femmes allaitant leurs enfants jusqu'à l'âge de 2 ans.	- Promotion de la Planification Familiale. - I. C. C. - Suivi - Evaluation	- Promouvoir la Distribution à Base Communautaire (DBC) des contraceptifs - Elaborer des messages éducatifs sur la Planification Familiale. - Diffuser les messages. - Evaluer de l'impact des messages - Mener de missions supervision.	- MSP/LCE, MDS/PF/PE, ONG, Partenaires - MC/PSP, MSP/LCE, ONG et Autres Partenaires. - MC/PSP, MSP/LCE, ONG et Autres Partenaires. - MSP/LCE, MC/PSP, ONG, Partenaires

4.1.5.5. Cadre logique

LOGIQUE D'INTERVENTION		IOV	Sources de vérification
OG	Réduire la morbidité et la mortalité infantile par la promotion de l'allaitement maternel et de pratiques appropriées de sevrage	- Taux de femmes pratiquant l'allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois ; - Taux de femmes allaitant jusqu'à 23 mois ; - Pourcentage de mères appliquant un sevrage approprié ;	Enquêtes
OS 1	Augmenter d'ici 2015 de 2,1% à 50% le taux de femmes pratiquant l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois		
RA 1	Des études sur les pratiques autour de l'allaitement maternel. sont réalisées	Nombre d'études réalisées et diffusées.	Rapports d'études
RA 2	Les formations sanitaires (CSI) sont évaluées sur leurs connaissances des 10 conditions pour réussir l'allaitement maternel exclusif.	Nombre de formations sanitaires connaissant les 10 conditions de réussite de l'allaitement maternel exclusif.	Rapports des missions de contrôle
RA 3	Les formations sanitaires sont transformées en Structures Amies de Bébé «SAB»	Nombre de formations sanitaires répondant aux critères de structures amies de Bébé.	Rapports des missions de contrôle
RA 4	Les Groupes de soutien à l'allaitement maternel sont dynamisés	Nombre d'agents de santé, d'enseignants, d'agents communautaires, de groupes de soutien à l'allaitement maternel exclusif et des associations et ONG formés.	Rapports des missions de contrôle
RA 5	Les agents de santé, les enseignants, les agents communautaires, les groupes de soutien à l'allaitement maternel et les associations et ONG sont formés	Nombre de messages élaborés et diffusés.	- Rapports - Contrats de diffusion avec les médias
RA 6	Des messages éducatifs. sont élaborés, diffusés et leur impact évalué	Taux de femmes pratiquant l'allaitement exclusif pendant les 4 premiers mois.	Enquêtes
OS 2	Augmenter d'ici 2015, de 38,7% à 60% le taux de femmes allaitant leurs enfants jusqu'à l'âge de 2 ans.		
RA 1	La Distribution à Base Communautaire (DBC) des contraceptifs est promue	Nombre de centres de DBC de contraceptifs	Rapports des missions de contrôle
RA 2	Des messages éducatifs sur la Planification Familiale. sont élaborés, diffusés et leur impact évalué	- Nombre de messages élaborés et diffusés. - Taux d'utilisation de la PF dans le pays	- Rapports - Contrats de diffusion avec les médias - Enquête
RA 3	Des missions supervision sont menées.	Nombre de missions de supervision effectuées	Rapports de missions de supervision

4.1.5.6. Budget (US \$)

ACTIVITÉS	R E G I O N S									SOUS-TOTAL
	AGADEZ	DIFFA	DOSSO	MARADI	TAHOUA	TILLABERI	ZINDER	C.U NIAMEY	Niv. Central	
Réaliser des études sur les pratiques autour de l'allaitement maternel.	-	-	-	-	-	-	-	-	20,000.0	20,000.0
Evaluation de la situation des formations sanitaires (CSI) eu égard aux 10 conditions pour réussir l'allaitement maternel.	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	8,000.0	6,000.0	6,000.0	3,000.0	20,000.0	60,000.0
Généraliser la transformation des formations sanitaires en Structures Amies de Bébé «SAB»	-	-	-	-	-	-	-	-	15,000.0	15,000.0
Bis Dynamiser les Groupes de Soutien à l'allaitement maternel	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	8,000.0	6,000.0	6,000.0	3,000.0	5,000.0	45,000.0
Former les agents de santé, les enseignants, les agents communautaires, les groupes de soutien à l'allaitement maternel et les associations et ONG	15,000.0	15,000.0	25,000.0	30,000.0	35,000.0	30,000.0	30,000.0	15,000.0	20,000.0	215,000.0
Elaborer des messages éducatifs.	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	8,000.0	6,000.0	6,000.0	3,000.0	50,000.0	90,000.0
Diffuser les messages.	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	8,000.0	6,000.0	6,000.0	3,000.0	15,000.0	55,000.0
Evaluer l'impact des messages	1,500.0	1,500.0	2,500.0	3,000.0	4,000.0	3,000.0	3,000.0	1,500.0	7,500.0	27,500.0
Sous-total	28,500.0	28,500.0	47,500.0	57,000.0	71,000.0	57,000.0	57,000.0	28,500.0	152,500.0	527,500.0
Promouvoir la Distribution à Base Communautaire (DBC) des contraceptifs	15,000.0	15,000.0	25,000.0	30,000.0	40,000.0	30,000.0	35,000.0	40,000.0	0.0	230,000.0
Elaborer des messages éducatifs sur la Planification Familiale.	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	8,000.0	6,000.0	6,000.0	3,000.0	0.0	40,000.0
Diffuser les messages.	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	8,000.0	6,000.0	6,000.0	3,000.0	15,000.0	55,000.0
Evaluer de l'impact des messages	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Voir 20.7
Mener de missions supervision.	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	8,000.0	6,000.0	6,000.0	3,000.0	10,000.0	50,000.0
Sous-total	24,000.0	24,000.0	40,000.0	48,000.0	64,000.0	48,000.0	53,000.0	49,000.0	25,000.0	375,000.0
TOTAL PROGRAMME 5	52,500.0	52,500.0	87,500.0	105,000.0	135,000.0	105,000.0	110,000.0	77,500.0	177,500.0	902,500.0

4.1.6. Programme 6 : Promotion de la qualité et de l'innocuité des aliments

4.1.6.1. *Analyse de la situation*

A l'instar des autres pays de la région, le Niger a toujours été préoccupé par la protection de la santé des populations à travers une alimentation saine et un système performant de contrôle de qualité des aliments. Cependant, il n'existe pas encore de réglementation globale et cohérente relative à la qualité des produits, ni de système efficace de contrôle aussi bien pour les importations et les exportations que pour la consommation nationale, à l'exception du secteur minier. L'initiative du contrôle est laissée à l'appréciation de chaque secteur qui l'organise de manière ponctuelle, chaque fois qu'un problème particulier se présente.

Les attributions de contrôle de qualité sont confiées à des structures telles que le Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise (LANSPEX), le Laboratoire Central d'Elevage, le laboratoire de l'Institut National de la Recherche Agronomique du Niger (INRAN), la Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé, la Direction du Commerce Intérieur et de la Concurrence, la Direction de l'Elevage et des Industries Animales et la Direction de la Protection des Végétaux.

Les activités de ces structures se déroulent sans une réelle coordination, sur la base des attributions de chaque institution impliquée et de textes épars, inadaptés aux conditions actuelles de production, de consommation, de transactions et du commerce international, ce qui pourrait générer des conflits de compétences inhérents aux chevauchements d'attributions.

D'une manière générale, outre le sous équipement et l'insuffisance ou du manque de ressources, les outils de base indispensables pour un contrôle efficace (législation en alimentation, code de normalisation), ne sont pas encore clairement définis au Niger. Les textes les plus récents usités dans le cadre du contrôle de qualité des denrées alimentaires sont les suivants :

- Décret N°96-021/PCSN/MFP/P du 12 février 1996 instituant un programme d'inspection et de vérification des importations ;
- Ordonnance N° 96-008 du 21 mars 1996 relative à la protection des végétaux ;
- Décret N° 96-68/PCSN/MDAH/E du 21 mars 1996 portant application de l'Ordonnance N° 96-008 du 21 mars 1996 relative à la protection des végétaux ;
- Décret N° 98-107/PRN/MSP du 12 mai 1998 relatif à l'Hygiène Alimentaire ;
- Décret N° 98-108/PRN/MSP du 12 mai 1998 instituant le Contrôle sanitaire des Denrées Alimentaires à l'importation et à l'exportation ;
- Décret N° 99-433/PCRN/MSP du 1^{er} novembre 1999 fixant la composition et le fonctionnement de la Police Sanitaire ;

- Arrêtée interministérielle N° 51/MDI/CAT/MSP/MFP du 04 octobre 1995 déterminant les conditions de production, d'importation et de commercialisation du sel iodé au Niger ;
- Arrêté N° 0067/MSP/DSF du 18 mars 1998 portant création du Comité National du Codex Alimentarius et son fonctionnement.

4.1.6.2. *Objectifs*

Objectif général

- Protéger la santé du consommateur à travers un système national de contrôle de qualité et de salubrité des denrées alimentaires.

Objectifs spécifiques

- Assurer aux consommateurs une alimentation de qualité conforme aux lois et normes ;
- Renforcer les capacités nationales de contrôle des aliments ;
- Promouvoir une bonne pratique d'usage des pesticides en agriculture et en élevage ;
- Sensibiliser les producteurs, les commerçants, les restaurateurs et les consommateurs sur la qualité et l'innocuité des aliments.

4.1.6.3. *Groupes cibles*

Un problème de structure de coordination se pose à ce niveau. Aussi, l'amélioration de la qualité des aliments passe d'abord par la mise en place d'une structure de coordination des activités. Toute la population sera bénéficiaire des activités qui dans un premier temps, feront l'objet d'une analyse permettant d'envisager un programme orienté vers l'information et l'éducation des groupes cibles.

4.1.6.4. Plan d'opérations

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ACTIVITES	STRUCTURES IMPLIQUEES
Assurer aux consommateurs une alimentation de qualité conforme aux lois et normes.	Mise en place d'une unité de coordination. Elaboration d'une législation - Mise en place d'abattoirs et des aires d'abattage.	– Prendre le décret de création des structures de coordination – Elaborer la législation en matière de contrôle de qualité et de normalisation des produits alimentaires. – Adopter les textes – Elaborer les textes d'application. – Appuyer la construction et équipement des aires d'abattage et des abattoirs.	- MSP/LCE, MDA, MF/E, MC/PSP, MEB/A, MES/R, - MSP/LCE, MDA, MF/E, MC/PSP, MEB/A, MES/R, MJ/GS. - MSP/LCE, MDA, MF/E, MC/PSP, MEB/A, MESS/R/T, MC/PSP, MMI/T - MSP/LCE, MDA, MF/E, MC/PSP, MEB/A, MESS/R/T, MC/PSP, MMI/E. - MRA, MC/PSP, Partenaires
Renforcer les capacités nationales de contrôle des aliments.	- Mise en place des structures de contrôles - Formation - Suivi - Evaluation	– Multiplier et renforcer les postes de contrôle. – Renforcer les capacités de contrôle des laboratoires aux niveaux central et régional – Identifier les besoins en formation des agents impliqués dans le contrôle de qualité. – Réaliser les formations. – Réaliser des missions de supervision	- MSP/LCE, MDA, MC/PSP, MF/E Associations, Partenaires - MSP/LCE, Structure de coordination, Partenaires - MSP/LCE, MDA, MC/PSP, MF/E - MSP/LCE, MDA, MC/PSP, MF/E, Partenaires - MSP/LCE, MDA, MC/PSP, MF/E, Partenaires

(Suite du plan d'opération)

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ACTIVITES	STRUCTURES IMPLIQUEES
Promouvoir une bonne pratique d'usage des pesticides en agriculture et en élevage.	- Formation des utilisateurs des pesticides et autres produits chimiques. - Contrôle du niveau des résidus des pesticides dans les aliments	– Former et équiper les utilisateurs. – Sensibiliser la population sur les dangers liés à l'utilisation des pesticides. – Contrôler des échantillons d'aliments sur les aires traitées.	- MDA. - MDA, MSP/LCE, MF/E, MC/PSP Partenaires - MDA, MSP/LCE, MC/PSP, MESS/R/T, T
Sensibiliser les producteurs, les commerçants, les restaurateurs et les consommateurs sur la qualité et l'innocuité des aliments.	Promotion des associations de consommateurs.	– Former les opérateurs économiques sur les notions de qualité et de normalisation des produits alimentaires. – Informer, éduquer les consommateurs sur les notions de qualité des aliments. – Dynamiser et créer des associations de consommateurs. – Former les membres des associations. – Diffuser les informations en direction des consommateurs.	- MC/PSP, MSP/LCE, MDA, Autres associations et ONG. - MC/PSP, MSP/LCE, MDA, MC/PSP, MC/PSP, ONG et Associations - MSP/LCE, MI/D, MC/PSP, MJ/IPJ, structure de coordination, Partenaires - MSP/LCE, MI/D, MC/PSP, MC/PSP, structure de coordination, Partenaires - MSP/LCE, MC/PSP, MI/D, MC/PSP, MJ/IPJ, CIN

4.1.6.5. Cadre logique

LOGIQUE D'INTERVENTION		IOV	Sources de vérification
OG	Protéger la santé du consommateur à travers un système national de contrôle de qualité et de salubrité des denrées alimentaires	- Niveau de contamination des produits alimentaires par les pesticides et autres contaminants ; - Taux et fréquence des maladies dues à la contamination par les pesticides et autres contaminants - Conformité des aliments vendus sur la voie publique aux règles d'hygiène.	- Rapports des activités des services d'hygiène et DPV. - Enquêtes
OS 1	Assurer aux consommateurs une alimentation de qualité conforme aux lois et normes		
RA 1	La législation en matière de contrôle de qualité et de normalisation des produits alimentaires. est élaborée et adoptée	Textes législatifs adoptés.	Législation
RA 2	L'Unité de coordination du contrôle de la qualité des aliments est mis en place	Existence de l'unité de coordination	Texte juridique
RA3	Les abattoirs et des aires d'abattage sont renforcés	Nombre d'abattoirs et des aires d'abattage	Rapport de suivi
OS2	Renforcer les capacités nationales de contrôle des aliments		
RA 1	Les postes de contrôle des aliments sont multipliés et renforcés.	Nombre de postes de contrôle des aliments créés et opérationnels.	Rapports des missions de contrôle
RA 2	Les capacités de contrôle des laboratoires aux niveaux central et régional sont renforcées	Nombre de laboratoires équipés et opérationnels	Rapports des missions de contrôle
RA 3	Les agents impliqués dans le contrôle de qualité des aliments sont formés	Nombre d'agents formés.	Rapports de formation

LOGIQUE D'INTERVENTION		IOV	Sources de vérification
RA 4	Des missions de supervision sont réalisées	Nombre de missions de supervisions effectuées	Rapports de supervision
OS3	Promouvoir une bonne pratique d'usage des produits polluants		
RA 1	Les utilisateurs des produits polluants sont formés	Nombre d'utilisateurs des produits polluants formés	Rapports de formation
RA 2	La population est sensibilisée sur les dangers liés à l'utilisation des pesticides.	Nombre de séances de sensibilisation organisées.	Rapports d'activités
RA 3	Les échantillons d'aliments sont contrôlés sur les aires traitées avec les produits polluants.	Nombre d'échantillons contrôlés.	Rapports de contrôle
OS4	Sensibiliser les producteurs, les commerçants, les restaurateurs et les consommateurs sur la qualité et l'innocuité des aliments		
RA 1	Les opérateurs économiques sont formés sur les notions de qualité et de normalisation des produits alimentaires.	Nombre d'opérateurs formés	Rapports de formation
RA 2	Les consommateurs sont informés et éduqués sur les notions de qualité des aliments.	Nombre de supports produits et de messages élaborés et diffusés.	• Rapports • Contrats de diffusion avec les médias
RA 3	Des associations de consommateurs sont créées et dynamisées	Nombre d'associations mises en place.	Rapports d'activités
RA 4	Les membres des associations de consommateurs sont formés sur les notions de qualité et de normalisation des produits alimentaires.	Nombre de membres d'associations formés	Rapports de formation
RA 5	Diffuser les informations en direction des consommateurs sur les notions de qualité et de normalisation des produits alimentaires.	Nombre de supports et messages élaborés et diffusés.	• Rapports • Contrats de diffusion avec les médias

4.1.6.6. Budget (US \$)

ACTIVITÉS	RÉGIONS									SOUS TOTAL
	AGADEZ	DIFFA	DOSSO	MARADI	TAHOUA	TILLABERI	ZINDER	C.U NIAMEY	Niv. Central	
Prendre le décret de création des structures de coordination	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pm
Elaborer la législation en matière de contrôle de qualité et de normalisation des produits alimentaires.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pm
Adopter les textes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pm
Elaborer les textes d'application.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pm
Appuyer la construction et équipement des aires d'abattage et des abattoirs.	30,000.0	30,000.0	50,000.0	50,000.0	50,000.0	50,000.0	50,000.0	0.0	0.0	310,000.0
Sous-total	30,000.0	30,000.0	50,000.0	50,000.0	50,000.0	50,000.0	50,000.0	0.0	0.0	310,000.0
Multiplier et renforcer les postes de contrôle.	50,000.0	50,000.0	60,000.0	70,000.0	50,000.0	50,000.0	60,000.0	0.0	0.0	390,000.0
Renforcer les capacités de contrôle des laboratoires aux niveaux central et régional	15,000.0	15,000.0	25,000.0	30,000.0	80,000.0	30,000.0	40,000.0	20,000.0	0.0	255,000.0
Identifier les besoins en formation des agents impliqués dans le contrôle de qualité.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pm
Réaliser les formations.	7,500.0	7,500.0	12,500.0	15,000.0	20,000.0	15,000.0	20,000.0	10,000.0	0.0	107,500.0
Réaliser des missions de supervision	3,750.0	3,750.0	6,250.0	7,500.0	10,000.0	7,500.0	10,000.0	5,000.0	10,000.0	63,750.0
Sous-total	76,250.0	76,250.0	103,750.0	122,500.0	160,000.0	102,500.0	130,000.0	35,000.0	10,000.0	816,250.0
Former et équiper les utilisateurs.	7,500.0	7,500.0	12,500.0	15,000.0	20,000.0	15,000.0	20,000.0	10,000.0	20,000.0	127,500.0
Sensibiliser la population sur les dangers liés à l'utilisation des pesticides.	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	7,000.0	6,000.0	7,000.0	3,000.0	5,000.0	45,000.0
Contrôler des échantillons d'aliments sur les aires traitées.	1,500.0	1,500.0	2,500.0	3,000.0	4,000.0	3,000.0	3,500.0	3,000.0	0.0	22,000.0
Sous-total	12,000.0	12,000.0	20,000.0	24,000.0	31,000.0	24,000.0	30,500.0	16,000.0	25,000.0	194,500.0
Former les opérateurs économiques sur les notions de qualité et de normalisation des produits alimentaires.	1,500.0	1,500.0	2,500.0	3,000.0	4,000.0	3,000.0	3,500.0	3,000.0	5,000.0	27,000.0
Informar, éduquer les consommateurs sur les notions de qualité des aliments.	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	7,000.0	6,000.0	7,000.0	3,000.0	5,000.0	45,000.0
Dynamiser et créer des associations de consommateurs.	1,500.0	1,500.0	2,500.0	3,000.0	4,000.0	3,000.0	3,500.0	3,000.0	0.0	22,000.0
Former les membres des associations.	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	7,000.0	6,000.0	7,000.0	3,000.0		40,000.0
Diffuser les informations en direction des consommateurs.	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	7,000.0	6,000.0	7,000.0	3,000.0	5,000.0	45,000.0
Sous-total	12,000.0	12,000.0	20,000.0	24,000.0	29,000.0	24,000.0	28,000.0	15,000.0	15,000.0	179,000.0
TOTAL PROGRAMME 6	130,250.0	130,250.0	193,750.0	220,500.0	270,000.0	200,500.0	238,500.0	66,000.0	50,000.0	1,499,750.0

4.1.7 Programme 7 : Évaluation, analyse et surveillance de la situation alimentaire et nutritionnelle

4.1.7.1. Analyse de la situation

Par le passé, la surveillance nutritionnelle avait eu tendance à se consacrer surtout au problème spécifique de la Malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire en particulier dans les pays en développement. Mais de plus en plus, on accorde autant d'importance, si ce n'est plus, à la compréhension des causes profondes de la malnutrition et à l'identification et à la mise en œuvre des dispositions visant à suivre, à prévenir, à détecter et à gérer les situations de crises effectives ou potentielles dans les domaines alimentaires, nutritionnels, sanitaires et socio-économiques. C'est dans cette optique que des structures ont été mises en place notamment :

- Création du Service National d'Alimentation et de Consommation (SNAC) en 1962- Décret N° 62/161/MTS du 28 juin 1962 ;
- Création du Comité Interministériel de Nutrition (CIN) en 1964 - (Décret N° 64-258 du 31/12/64 ;
- Mise en place d'un système d'alerte précoce (SAP) en 1989 et son réaménagement en 1992 pour l'étendre à la gestion des catastrophes ;
- Introduction de la surveillance nutritionnelle dans les activités des PMI en 1963 ;
- Généralisation des activités de surveillance de la croissance dans toutes les formations sanitaires du niveau 3 depuis le début des années 1980 ;
- Mise en place en 1988, d'un Système de Surveillance de la croissance à assise communautaire. Cette expérience initiée dans le cadre du Programme Conjoint d'Appui à la Nutrition (PCAN) ;
- Réorganisation en 1989 du Système National d' Informations Sanitaires (SNIS), devenue Direction de la Surveillance et du Contrôle Epidémiologique en 2001 ;

Aussi, d'autres départements ministériels ont développé des systèmes de collecte et de traitement des données. Il s'agit notamment des Statistiques Agricoles, des données Météorologiques permettant de suivre la situation agroalimentaire, du Système d'Information sur les Marchés de bétail et de céréales etc.

Malgré la mise en place d'un tel dispositif, plusieurs insuffisances ont été observées d'où l'intérêt de renforcer ce volet dans le présent programme.

4.1.7.2. Objectifs

Objectif général

- Contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des populations par la mise en place d'un système de surveillance alimentaire et nutritionnelle

Objectifs spécifiques

- Evaluer et surveiller le statut nutritionnel des populations
- Suivre et évaluer les variations de la situation agro-alimentaire.

4.1.7.3. Groupes cibles

- Les enfants de moins de moins de 0 à 3 ans, qui sont les plus touchés par la sous alimentation constituera la cible clé au niveau communautaire. L'objectif visé par la PCAC est de porter la couverture des pesées mensuelles à 50% des villages. Cette activité offre aux communautés villageoises un outil d'appréciation de la situation nutritionnelle et de planification des activités en faveur de la nutrition infantile. Elle est basée sur l'information et la responsabilisation communautaire en vue de susciter la participation des bénéficiaires à la résolution de leurs problèmes de nutrition à travers des séances de débats communautaires à l'issue des activités de pesée mensuelle.
- Les enfants de 6 mois à 59 mois vivant dans les zones vulnérables (SAP), bénéficient d'un suivi permanent (mensuels) des indicateurs nutritionnels dans le cadre du SAP.
- Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes fréquentant les structures de santé
- La population générale des zones SAP qui bénéficieront de l'analyse périodique des données (santé, agriculture, élevage et autres indicateurs du SAP/GC).

4.1.7.4. Plan d'opérations

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ACTIVITES	STRUCTURES IMPLIQUEES
Evaluer et surveiller le statut nutritionnel des populations.	- Enquêtes nutritionnelles ponctuelles. - Promotion de la surveillance de la croissance des enfants. - Surveillance nutritionnelle dans le système de santé	26.1 - Préparer et réaliser des enquêtes nutritionnelles 26.2 - Analyser les donnés. 26.3 - Diffuser des résultats. 26.4 - Organiser des réunions de sensibilisation 26.5 – Former et équiper les comités. 26.6 – Former les équipes intégrées de surveillance de la croissance à assise communautaire. 26.7 - Organiser les débats autour des résultats de pesées. 26.8 – Suivre les activités de PCAC.	- MSP/LCE, Structure de Coordination, MDA, SAP/GC. - MSP/LCE, Structure de Coordination, MDA, SAP/GC. - MSP/LCE, Structure de Coordination, MDA, SAP/GC. - MSP/LCE, Structure de Coordination, MDA, SAP/GC, MJ/IPJ. - MSP/LCE, MDA, MF/E, MEB/A, UNC, Partenaires, ONG. - MSP/LCE, MDA, MF/E, MEB/A, UNC, Partenaires, ONG. - MSP/LCE, MDA, MF/E, MEB/A, UNC, Partenaires, ONG. - MSP/LCE, MDA, MF/E, MEB/A, UNC, Partenaires, ONG, Communautés.

(Suite du plan d'opération)

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ACTIVITES	STRUCTURES IMPLIQUEES
27 - Suivre et évaluer les variations de la situation agro-alimentaire et nutritionnelles	- Publication du bulletin de nutrition.	27.1 – Identifier les sources de données. 27.2 - Collecter régulièrement des données nutritionnelles. 27.3 - Analyser des données. 27.4 – Publier le bulletin. 27.5 – Equiper les cellules régionales du SAP/GC. 27.6 – Harmoniser les indicateurs de surveillance. 27.7 – Améliorer les fiches de collecte de données. 27.8 - Collecter et analyser périodiquement les données sur la situation agro-alimentaire. 27.9 – Elaborer et mettre à jour régulièrement la carte épidémiologique. 27.10 – Diffuser les résultats.	- MSP/LCE, MDA, MF/E, MEB/A, UNC, MI/AT, ONG, Partenaires, SAP/GC, CIN. - MSP/LCE, MDA, MI/AT, SAP/GC, Partenaires, CIN. - MSP/LCE, MDA, MI/AT, SAP/GC, autre partenaires, CIN. - Structure de Coordination, CIN. - Structure de Coordination, CIN, SAP/GC. - CIN, Structure de coordination, SAP/GC, MSP/LCE, MDA, MC/PSP, MI/AT, Partenaires, ONG. - CIN, Structure de coordination, SAP/GC, MSP/LCE, MDA, MC/PSP, MI/AT, Partenaires, ONG. - CIN, Structure de coordination, SAP, MSP/LCE, MDA, MC/PSP, MI.AT, Partenaires, ONG. - CIN, Structure de coordination, SAP/GC, MSP/LCE, MDA, MC/PSP, MI/AT, Partenaires, ONG. - CIN, Structure de coordination, SAP/GC.
	- Amélioration du dispositif de surveillance de la situation nutritionnelle et alimentaire		

4.1.7.5. Cadre logique

LOGIQUE D'INTERVENTION		IOV	Sources de vérification
OG	Contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des populations par la mise en place d'un système de surveillance alimentaire et nutritionnelle	- Niveau d'amélioration de l'état nutritionnel - Taux de couverture des villages concernés par la surveillance de la croissance à assise communautaire.	- Enquêtes - Rapports d'activités
OS 1	Evaluer et surveiller le statut nutritionnel des populations		
RA 1	Des enquêtes sur le statut nutritionnel des populations sont conduites	Nombre d'enquêtes réalisées	Rapports d'enquête
RA 2	Des réunions de sensibilisation des populations sont organisées	Nombre de réunions de sensibilisation organisées.	Comptes rendus de réunion Rapports d'activités
RA 3	Des équipes intégrées de surveillance de la croissance à assise communautaire sont formées	Nombre d'équipes intégrées formées.	Rapports de formation
RA 4	Les activités de PCAC et surveillance nutritionnelle dans le système de santé sont suivies	Nombre de missions de suivi effectuées.	Rapport de mission de supervision
OS 2	Suivre et évaluer les variations de la situation agro-alimentaire		
RA 1	Les données nutritionnelles du secteur agro-industriel sont régulièrement collectées et diffusées	Nombre de bulletins publiés	Bulletins nutritionnels
RA 2	Le dispositif de surveillance de la situation nutritionnelle est amélioré	Nombre et régularité des rapports et des cartes sur la situation nutritionnelle élaborés.	Rapports et des cartes sur la situation nutritionnelle

4.1.7.6. Budget (US\$)

ACTIVITES	R E G I O N S									SOUS TOTAL
	AGADEZ	DIFFA	DOSSO	MARADI	TAHOUA	TILLABERI	ZINDER	C.U NIAMEY	Niveau Central	
Préparer et réaliser des enquêtes nutritionnelles	-	-	-	-	-	-	-	-	30,000.0	30,000.0
Analyser les donnés.	-	-	-	-	-	-	-	-	5,000.0	5,000.0
Diffuser des résultats.	-	-	-	-	-	-	-	-	6,000.0	6,000.0
Organiser des réunions de sensibilisation	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	8,000.0	6,000.0	7,000.0	3,000.0	5,000.0	46,000.0
Former et équiper les comités.	45,000.0	45,000.0	75,000.0	90,000.0	120,000.0	90,000.0	90,000.0	45,000.0	20,000.0	620,000.0
Former les équipes intégrées de surveillance de la croissance à assise communautaire.	15,000.0	15,000.0	25,000.0	30,000.0	40,000.0	30,000.0	30,000.0	0.0	0.0	185,000.0
Organiser les débats autour des résultats de pesées.	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	8,000.0	6,000.0	7,000.0	0.0	0.0	38,000.0
Suivre les activités de PCAC & surveillance nutritionnelle dans les centres de santé	9,000.0	9,000.0	15,000.0	18,000.0	24,000.0	18,000.0	21,000.0	0.0	0.0	114,000.0
SousTotal	75,000.0	75,000.0	125,000.0	150,000.0	200,000.0	150,000.0	155,000.0	48,000.0	66,000.0	1,044,000.0
Identifier les sources de données.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pm
Collecter régulière des données nutritionnelles.	15,000.0	15,000.0	25,000.0	30,000.0	40,000.0	30,000.0	35,000.0	0.0	20,000.0	210,000.0
Analyser des données.	5,000.0	5,000.0	8,500.0	10,000.0	13,500.0	10,000.0	11,500.0	0.0	10,000.0	73,500.0
Publier le bulletin.	-	-	-	-	-	-	-	-	15,000.0	15,000.0
Equiper les cellules régionales du SAP/GC.	50,000.0	50,000.0	50,000.0	50,000.0	50,000.0	50,000.0	50,000.0	50,000.0	50,000.0	450,000.0
Harmoniser les indicateurs de surveillance.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pm
Améliorer les fiches de collecte de données.	-	-	-	-	-	-	-	-	15,000.0	15,000.0
Collecter et analyser périodiquement les données sur la situation agro-alimentaire.	15,000.0	15,000.0	25,000.0	30,000.0	40,000.0	30,000.0	35,000.0	0.0	20,000.0	210,000.0
Elaborer et mettre à jour régulièrement la carte épidémiologique.	-	-	-	-	-	-	-	-	15,000.0	15,000.0
Diffuser les résultats.	-	-	-	-	-	-	-	-	10,000.0	10,000.0
SousTotal	85,000.0	85,000.0	108,500.0	120,000.0	143,500.0	120,000.0	131,500.0	50,000.0	155,000.0	998,500.0
TOTAL PROGRAMME 7	160,000.0	160,000.0	233,500.0	270,000.0	343,500.0	270,000.0	286,500.0	98,000.0	221,000.0	2,042,500.0

4.2. Collaboration avec les programmes sectoriels

La multisectorialité des problèmes alimentaires et nutritionnelle exige une forte collaboration avec les programmes sectoriels particulièrement dans le secteur de la santé.

4.2.1. Collaboration avec le programme de lutte contre le paludisme

Le paludisme sévit de façon endémique avec des variations saisonnières. Il constitue la première cause de morbidité dans la population générale avec une incidence annuelle de plus de 80 cas pour 1.000 habitants. Chez les enfants de 0 à 5 ans, il est la deuxième cause de morbidité après les affections respiratoires. En 1998, 33,97% de décès déclarés étaient dus au Paludisme

Le *Plasmodium falciparum* est le parasite prédominant avec une fréquence de 90 à 95% puis le *plasmodium malariae* avec 2 à 8%.

Un Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a été créé au sein du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies en 1984. Depuis, plusieurs activités ont été exécutées dont entre autres, la prophylaxie, la lutte antivectorielle, le traitement des cas, la formation des agents de santé et des agents communautaires et la recherche.

Malgré ce programme, environ 850 000 cas de paludisme sont enregistrés chaque année dans les formations sanitaires du pays, ce qui fait que cette maladie est la première cause de morbidité et de mortalité dans le tableau nosologique avec 20 à 30% des consultations médicales, une incidence moyenne annuelle de 85 pour 1.000 habitants, une proportion de 7 décès d'enfants sur 10 cas de décès et un taux de létalité hospitalière supérieur à 20%.

Cependant l'adhésion du Niger à l'initiative mondiale «Faire Reculer le Paludisme» ou « Roll Back Malaria » (R.B.M.) et l'engagement du Président de la République en faveur de cette initiative constituent à n'en point douter un atout majeur. En effet le Président de la République a tenu personnellement à prendre part au Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernements Africains tenu à Abuja au Nigéria le 25 avril 2000. A cette occasion, les Chefs d'Etat à travers la Déclaration d'Abuja sur la lutte contre le paludisme en Afrique se sont engagés à :

- Améliorer l'accès à la prévention du paludisme ;
- Octroyer les ressources nécessaires pour une mise en œuvre durable des mesures prévues dans le cadre de l'Initiative « R.B.M. » ;
- Accroître le soutien à la recherche ;
- Commémorer le Sommet en déclarant le 25 avril de chaque année « Journée Africaine du Paludisme ».

4.2.2. Collaboration avec le programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës

Selon l'enquête nationale sur la morbidité et la mortalité réalisée en 1985 par le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec l'Université de Tulane, les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) occupaient la 3ème place dans l'ordre de survenue des maladies infantiles, après la fièvre et la diarrhée. De même, l'enquête nationale sur l'utilisation des services de santé (MSP 1987) situe également les IRA en troisième place avec 9,9% des consultants (tout âge confondu), après la diarrhée et les fièvres.

Les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) représentent donc une des causes les plus importantes de morbidité et de mortalité dans les pays en développement et en particulier au Niger. En 1999, elles ont constitué la deuxième cause de morbidité toutes tranches d'âge confondues. Le nombre de cas déclarés était de 657.766 et les décès représentent 13,69% de l'ensemble des décès déclarés.

Compte tenu de l'importance des IRA en terme de morbidité et de mortalité, à partir de 1993, le Niger a mis en œuvre un Programme National de lutte contre les IRA. Le financement du programme a été assuré par trois partenaires en plus de l'Etat Nigérien. Il s'agit de : la Subvention au Développement du Secteur de la Santé (SDSS-USAID) de 1994 à 1996, de l'UNICEF et de l'OMS. Ce programme national est opérationnel et, son objectif principal est de réduire d'un tiers (1/3) la mortalité due aux IRA en particulier la pneumonie d'ici l'an 2015

4.2.3. Collaboration avec le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques

La diarrhée est la troisième cause de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans après le paludisme et les IRA. En 1998, sur 307 313 cas de diarrhées déclarés, plus de 61% l'ont été chez les enfants de moins de 5 ans. En 1999, 158.453 nouveaux cas de diarrhée ont été notifiés par les formations sanitaires au sein des enfants de moins de 5 ans.

Sept facteurs principaux ont été cités comme responsables de cette situation :

- Faible niveau d'instruction des mères (89% n'ont aucune instruction) ;
- Insuffisance de la disponibilité en eau potable (79% des ménages tirent l'eau de boisson des puits) ;
- Faible couverture sanitaire (47,7% de la population vivent dans un rayon de 5 Km d'une formation sanitaire) ;
- Accès aux services de l'information très limité pour les femmes (32% écoutent la radio et 12% seulement regardent la télévision au moins une fois par semaine) ;
- Couverture vaccinale très faible (14,0% des enfants complètement vaccinés) ;
- Précarité de l'état nutritionnel des enfants.

Il existe depuis 1984, un Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PNLMD). Il est à sa quatrième phase pour une période de 5 ans (2000-2004). Son financement est assuré par le Budget National, les collectivités, la population, le Projet Santé II et les partenaires au développement en l'occurrence l'OMS et l'UNICEF.

Après seize (16) ans de lutte, l'impact positif relevé par les différentes enquêtes et évaluations est la réduction significative de l'ampleur et de la gravité des maladies diarrhéiques qui passent désormais de la première à la troisième cause de morbidité et de mortalité. Cependant, en dépit des efforts notables déployés en matière de surveillance et de contrôle des maladies diarrhéiques et du choléra, force est de constater que l'incidence reste encore préoccupante en particulier en milieu rural.

4.2.4. Collaboration avec le programme lutte contre les IST/ VIH-SIDA

La pandémie du SIDA qui sévit dans le monde n'a pas épargné le Niger. Les premiers cas de la maladie ont été dépistés depuis 1987. En 1999, le nombre total des cas s'élevait à 29.023. Au cours de l'année 2000, 1.014 nouveaux cas ont été notifiés. L'ampleur du phénomène ne cesse de croître, le nombre annuel de cas passant de 18 en 1987 à 1.014 en 2000. La moyenne d'âge des patients, sexe et âge confondus, est de 35 ans. La tranche d'âge de 15 à 45 ans est la plus touchée avec 93% des cas. La transmission hétérosexuelle de la séropositivité, la plus dominante est estimée à 98%. Les deux virus (VIH₁ et VIH₂) sont présents au Niger avec une nette prédominance du premier.

Conscient du risque de propagation de la pandémie, le Gouvernement s'est engagé résolument à faire face à l'ampleur du fléau en mettant en un cadre institutionnel et des structures chargées de développer et d'appliquer une politique de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Ainsi, par l'arrêté N°030/MSP/AS du 30 avril 1987 fut créé un comité national de lutte contre le SIDA. En 1991 a eu lieu la matérialisation de la Direction du Programme National de Lutte contre le SIDA par arrêté N°066/MSP du 23 juillet 1991. L'arrêté N°0153/MSP/CAB du 29/12/94 porte organisation de la Direction du PNLS qui intègre la composante MST et devient Programme National de Lutte contre le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles (PNLS/MST). Il est composé d'une Direction, d'un service d'Information – Education - Communication (IEC), d'un service de Prise en Charge, d'un service de Surveillance Epidémiologique et Sécurité Transfusionnelle et d'un service Administratif et Financier.

Le Programme National de Lutte contre le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles était d'abord rattaché au Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique jusqu'en 1999, puis à la Direction des Etudes et de la Programmation dudit Ministère jusqu'au 02 octobre 2000, date à laquelle il a été rattaché au Cabinet de la Présidence de la République. Divers plans de lutte ont été élaborés et mis en œuvre. Il s'agit de :

- Plan à Court Terme (PCT) de 1987 à 1989 ;
- Plan à Moyen Terme 1 (PMT-I) de 1990 à 1992 ;

- Plan à Moyen Terme 2 (PMT-II) de 1994 à 1998.

En 2002, le pays a défini un Cadre Stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

4.2.5. Collaboration avec le programme les programmes de vaccination

Au Niger, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) doit faire face à plusieurs contraintes liées à la situation géo-climatique, démographique et socio-économique du pays. En effet, avec une superficie de 1.267.000 Km², un taux d'accroissement de la population de 3,4% et un taux de couverture sanitaire de 47,6%, l'immunisation des enfants nigériens constitue un réel défi. La mise œuvre du premier plan opérationnel 1987-1992 a permis d'affiner les stratégies d'intervention et de mieux définir les cibles.

Cependant, les résultats laissent à désirer car, selon la revue du PEV menée en 2001, les taux de couverture vaccinale sont encore très faibles en dépit des multiples éditions des journées d'accélération du PEV. Au terme de plus d'une décennie de mise en œuvre du PEV, les taux se situent à :

Pour les enfants de 12 – 23 mois :

- 47% pour le BCG
- 39% pour le DTC1/VPO1
- 22% pour le DTC3/VPO3
- 21% pour le vaccin anti rougeoleux

Pour les femmes mères des enfants de 12 mois :

- 50,51% pour la première dose du VAT (VAT1)
- 36,30% pour la deuxième dose du (VAT2)
- 22% d'enfants nés sont protégés contre le tétanos néonatal

Aussi, selon l'EDSN 1998, seulement 18,4% des enfants sont complètement vaccinés et ce malgré les ressources importantes qui sont injectées. Ce taux est de 11% en milieu rural contre 54% en milieu urbain.

Selon la revue P.E.V, cette situation peut s'expliquer par plusieurs facteurs dont les plus importants sont l'insuffisance de l'offre des services, l'accessibilité géographique difficile, le personnel démotivé et la mauvaise gestion du système dans son ensemble. En effet, l'activité vaccinale est faiblement intégrée, les sessions de vaccination sont rares et courtes. L'approvisionnement en vaccins et consommables ne se fait pas selon une planification rigoureuse et, le suivi reste encore très insuffisant. Toutefois, le processus engagé par le pays depuis 2001 afin de bénéficier de l'appui du GAVI constitue une opportunité pour améliorer considérablement la couverture vaccinale au Niger.

Dans le cadre de l'engagement mondial d'éradication de la poliomyélite, depuis 1997, le pays organise chaque année des Journées Nationales ou Locales de Vaccination (JNV et JLV).

4.2.6. Collaboration avec le programme de recherche – vulgarisation – formation (programme 6 de la SDR)³¹

La recherche agronomique et environnementale, ainsi que la formation de cadres techniques et l'appui-conseil, sont des éléments fondamentaux pour le développement agro-sylvo-pastoral et pour le développement rural en général.

La recherche est répartie entre de nombreuses institutions. Le document de stratégie de la recherche élaboré en 1998, qui définit le Système National de la Recherche Agronomique (SNRA), relève un ensemble d'institutions très diverses par leur statut, leur mandat, leurs moyens, leurs relations avec les acteurs:

- l'INRAN, principale institution du système, organisme public semi-autonome sous tutelle du MDA, qui emploie les trois quarts des chercheurs et concentre près de 60% des dépenses de recherche-développement agricole. L'INRAN comprend : cinq départements³², deux divisions³³, une Cellule de liaison recherche-vulgarisation, une Cellule audiovisuelle, une Unité semencière, quatre Centres régionaux de recherche (CERRA)³⁴, des stations de recherche et des « points d'appui au développement », ainsi que des laboratoires³⁵. Son budget provient de ses ressources propres ou des projets collaboratifs, et du budget de l'Etat.
- l'Université Abdou Moumouni de Niamey (UAM), sous tutelle du Ministère chargé de la recherche, comprend les facultés d'agronomie, des sciences, des lettres, des sciences humaines, l'Institut de recherche en mathématiques, l'Institut de radio-isotopes ainsi que l'Institut de recherche en sciences humaines. La Faculté d'agronomie, au sein de laquelle se trouve le Centre Régional d'Enseignement Supérieur en Agronomie (CRESA), a un rôle important dans la recherche appliquée.
- la Direction du Centre de Multiplication du Bétail et des Stations d'Elevage (CMB-SE), qui relève du MRA, effectue l'essentiel de la recherche zootechnique et comprend deux stations dédiées à l'amélioration génétique et cinq centres de multiplication du bétail.
- les diverses institutions qui ont des relations avec la recherche, comme a) la DPV du MDA, b) le LABOCEL du MRA, c) le Centre des semences forestières, d) le BEEEL, le SIGNER et le ROSELT (volet national de l'Observatoire du Sahel et du Sahara, détaché au MHE) ; etc.

Aucune recherche privée ne s'effectue directement au Niger. Mais les sociétés privées et les projets recourent souvent aux organismes d'Etat, en particulier à l'INRAN. Il existe des projets communs entre l'INRAN, les CMB-SE et l'UAM. Les collaborations avec des partenaires régionaux et internationaux sont importantes pour le développement de la recherche. En particulier avec i) les centres internationaux comme l'ICRISAT, l'AGRHYMET, l'ILRI, l'ICRAF, INSAH, ii) les réseaux internationaux organisés autour du mil, du sorgho, du niébé, du riz, de

³¹ Source : SDR

³² Départements Cultures irriguées, Cultures pluviales, Productions animales, Gestion des ressources naturelles, Economie, sociologie rurale et transfert de technologies.

³³ Divisions Information, valorisation et documentation et Statistique et informatique.

³⁴ Niamey, Kolo, Tahoua, Maradi.

³⁵ Laboratoire de technologies alimentaires (LTA) et Laboratoire des sols (LABOSOL)

l'arachide etc., iii) la recherche bilatérale comme par exemple avec l'IRD ou avec l'Egypte, l'Algérie, le Japon, la Tunisie, etc. et iv) la recherche universitaire avec de nombreux pays dont la France, les Etats Unis, la Belgique, la Hollande, l'Italie, le Maroc, etc.

4.2.7. Collaboration avec le programme réduction de la vulnérabilité des ménages (programme 9 de la SDR)³⁶

La prégnance de la pauvreté rurale justifie une action publique résolue avec l'objectif de mettre en place des « filets de sécurité » au profit des plus vulnérables. Pour cela trois sous programmes ont été définis dans le cadre du présent programme.

Un sous programme « Prévention et gestion des crises et catastrophes naturelles » dont l'objectif est de mettre en place des mécanismes « d'assurance » collective face aux aléas les plus graves. La prévention (à court terme) et la gestion des crises sont une obligation des pouvoirs publics, dans un pays sahélien comme le Niger du fait de la multiplicité des facteurs qui induisent les crises alimentaires et de la complexité de leurs interrelations.

Le deuxième sous programme : « Santé-nutrition »³⁷ vise à prévenir les risques de maladies par des actions visant l'amélioration de l'environnement sanitaire et de l'alimentation des populations.

Le troisième sous programme : « Augmentation des revenus des plus vulnérables » a pour objectif de développer les activités non agricoles à même de permettre aux populations vulnérables d'améliorer leurs revenus et de sortir du cycle de la grande pauvreté. Ce sous-programme est en lien direct avec toutes les mesures adéquates prises par ailleurs pour améliorer les revenus des ménages ruraux.

4.2.8. Collaboration avec le programme eau potable et assainissement (programme 8 de la SDR)

Le Niger dispose d'un potentiel hydrique considérable mais très variable dans le temps et l'espace. Du fait des difficultés de mobilisation de ce potentiel et des problèmes importants de maintenance des ouvrages mis en place, les besoins sont loin d'être couverts avec comme corollaire une dégradation accélérée du capital productif.

Les eaux de surface représentent environ 30 milliards de m³ par an dont moins de 1% est exploité. La gestion de la plus grande partie de cette eau de surface s'avère difficile compte tenu de son caractère international. Quant aux eaux souterraines, elles sont évaluées à 2,5 milliards de m³ pour les ressources en eaux renouvelables et 2000 milliards pour celles qui ne sont pas renouvelables. Cependant, les difficultés d'exploitation en raison des profondeurs excessives des nappes productives, constituent un handicap pour leur mise en valeur. Ce qui explique la faiblesse

³⁶ Source : SDR

³⁷ C'est ce sous-programme de la SDR qu'il est proposé d'ériger en programme de diversification de la production alimentaire et amélioration de la valeur nutritionnelle (programme 1).

relative du taux de couverture en eau potable. Il s'établit actuellement à 59 % en milieu rural et 70 % en zone urbaine. La qualité de l'eau distribuée reste quant à elle une préoccupation majeure. A peine la moitié des Nigériens a accès à l'eau potable et cette situation cache de grandes disparités inter et intra régionales. Aucun ménage en milieu rural ne dispose pratiquement de robinet privé alors qu'en milieu urbain le pourcentage est de 35%. L'impact des équipements de distribution d'eau sur la santé est également limité par l'absence d'une approche intégrée qui combine l'alimentation en eau avec l'assainissement et l'éducation sanitaire.

L'assainissement reste en général largement déficient aussi bien en milieu rural qu'urbain. Les municipalités font face à une urbanisation accélérée et à une insuffisance notoire de ressources financières et humaines. Ces difficultés ont pour conséquences la production d'énormes quantités de déchets très mal gérées. L'existence d'une multitude de masse d'ordures dans la majorités des villes du Niger constitue un vecteur de nombreuses maladies. Enfin, les unités industrielles et autres établissements insalubres implantés en milieu urbain constituent des sources réelles de pollution des eaux de surface et souterraines.

Au regard de cette situation, les besoins en investissements dans le secteur de l'eau et de l'assainissement demeurent importants et prioritaires malgré les efforts déployés par l'Etat avec l'appui de ses Partenaires Techniques et Financiers.

Le Niger a pris part à plusieurs événements internationaux majeurs dans l'évolution des idées sur la gestion des ressources en eau avec, en particulier :

- La conférence des Nations Unies sur l'eau de Mar Del Plata en 1977,
- La conférence internationale sur l'eau et l'environnement de Dublin tenue en janvier 1992,
- Le sommet de la terre (sur l'environnement et le développement) tenu à Rio de Janeiro en 1992,
- Le processus GIRE en Afrique de l'Ouest en 1998.
- Le deuxième sommet mondial sur l'eau de la Haye en mars 2000 (vision mondiale de l'eau),
- Le sommet du Millénaire des Nations Unies en 2000 et le sommet mondial sur le développement durable de Johannesburg en 2001,

Au Niger, la disponibilité de l'eau tant au plan quantitatif que qualitatif reste encore un défi majeur à relever. Les besoins en eau et en assainissement de base des populations rurales ont été évalués selon les critères suivants:

- 20 litres par jour et par habitant, ce qui correspond à un Point d'Eau Moderne (PEM- puits cimentés ou forages équipés de pompes à motricité humaine) pour 250 habitants.
- 1 PEM pour : i) tout village administratif même s'il compte moins de 250 habitants et ii) tout village, même non administratif et comptant moins de 250 habitants, à condition qu'il soit distant de plus de 4 km d'un point d'eau moderne.
- Autant de PEM que de tranches de 250 habitants pour tout village dont la population est comprise entre 250 et 1500 habitants.

- Un poste d'eau autonome, pour tout village dont la population est comprise entre 1500 et 2000 habitants (distance à parcourir par les habitants les plus éloignés du poste inférieure à 1km).
- Une mini AEP, pour toute agglomération comptant plus de 2000 habitants.

Si l'on a en considération la Déclaration du Millénaire (septembre 2000), les enjeux pour le programme « Eau potable et assainissement » sont :

- pour l'approvisionnement en eau potable, la réduction de moitié de la population n'ayant pas accès à une source d'eau fiable et de qualité satisfaisante d'ici 2015 ;
- pour l'assainissement en zone rurale, un taux d'accès aux infrastructures d'au moins 50% en 2015.

4.2.9. Collaboration avec le programme de lutte contre l'insécurité alimentaire par le développement de l'irrigation (programme 8 de la SDR)

Le Niger est un pays enclavé d'une superficie de 1.267.000 km² et dont les 3/4 sont en zone désertique. Il est situé au coeur de l'Afrique de l'Ouest et du Sahel, entre 11°30' et 23° de latitude Nord et 00° et 16° de longitude Est. Il est limité au Nord par l'Algérie et la Libye, au Sud par le Bénin et le Nigeria, à l'Ouest par le Burkina Faso et le Mali et à l'Est par le Tchad. Niamey, sa capitale, est à plus de 1.000 Km de la mer. Le pays comprend 8 régions administratives, 36 départements et 265 communes. Le zonage agro-écologique offre de possibilités réelles de diversification et d'intensification agricole.

La population, évaluée en 2001 à 11.060.291 habitants, croît au taux moyen de 3.3% par an, l'un des plus élevés d'Afrique ; elle est estimée en 2005 à 12,5 millions d'habitants. Majoritairement jeune (plus de 60%) et rurale (à 84%), la population se concentre essentiellement dans la frange méridionale du pays (1 /4 du territoire national) où vivent 75% des effectifs. La croissance démographique (3.3%) dépasse celle du PIB agricole du pays (2%). Le secteur agricole participe au PIB à hauteur de 40% et emploie environ 90% de la population active. Les revenus agricoles demeurent modiques, en raison de la faible valeur marchande des productions paysannes, ce qui accentue davantage la pauvreté en milieu rural.

Selon le profil de pauvreté, établi au plan national, 86% des pauvres vivent en milieu rural, dont 66% d'entre eux **sont** en dessous du seuil de pauvreté. Les femmes, chefs de ménage, sont particulièrement les plus touchées par la pauvreté rurale. Cette pauvreté, qui affecte gravement le milieu rural, constitue un frein au développement de l'économie rurale et un obstacle à la croissance du PIB rural qui est dépendante d'une pluviométrie bien répartie sur le plan spatio-temporel.

Le Climat est de type tropical aride, avec une pluviométrie annuelle qui croît, du nord au sud, de moins de 100 mm à 800 mm. La pluviométrie est caractérisée par une importante variabilité inter-annuelle et spatiale et une tendance à l'assèchement climatique. La baisse du régime pluvio-thermique, conjuguée aux attaques des ennemis des cultures (criquet pèlerin, oiseaux granivores, insectes floricoles,

adventices...), amenuise davantage les productions agricoles pluviales, ce qui se traduit, de façon structurelle, par un déficit céréalier, une année sur trois, de l'ordre de 300 000 t. Ce déficit engendre l'insécurité alimentaire, notamment dans les zones sahariennes et sahélo-sahariennes, où la pluviométrie demeure aléatoire. Le présent programme vise à résorber ce déficit céréalier et à refonder les bases de l'économie rurale, à travers la mise en valeur du potentiel hydrique et irrigable.

La pluviométrie permet, en année normale, la recharge des nappes phréatiques. Ces écoulements souterrains, s'ajoutant aux potentialités énormes en eaux de surface et en eaux fossiles, constituent des opportunités de développement agricole.

Le potentiel en terres agricoles est estimé à 150 000 km², ce qui représente environ le huitième (1 /8) de la superficie totale du pays. Les terres cultivées représentent 40 % de la Superficie Agricole Utile (SAU). Le potentiel irrigable est estimé à 270 000 ha, dont à peine 30% sont mis en valeur.

Le potentiel hydraulique du Niger est considérable : les ressources en eau de surface sont globalement importantes (plus de 30 milliards de m³ en année normale). Toutefois, la quasi-totalité de ces écoulements provient du fleuve Niger et de ses affluents. A peine 1% des écoulements superficiels sont exploités à des fins agrosylvo-pastorales. Les écoulements souterrains sont moins importants : ils représentent un volume annuel de quelques 2.5 milliards de m³, dont moins de 20% sont exploités par l'hydraulique urbaine et la petite irrigation. A ce potentiel, il convient d'ajouter l'énorme réserve d'environ 2000 milliards de m³ d'eau souterraine non renouvelable, dont une partie infime est exploitée par les sociétés de prospection minière.

4.3. Unification du dispositif institutionnel de sécurité alimentaire et de lutte contre la malnutrition

4.3.1. Analyse de la situation

Depuis la grande sécheresse de 1984-1985, plusieurs secteurs du développement ont exprimé de façon explicite les préoccupations d'ordre nutritionnel dans leurs plans et programmes. C'est le cas des secteurs de l'agriculture, de l'élevage, de la santé notamment dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté. Les efforts entrepris par le Gouvernement sont soutenus par les agences de coopération bilatérale et internationale, les bailleurs de fonds, et les organisations non gouvernementales nationales et internationales.

Toutefois, cette option stratégique nutritionnelle est limitée en raison du manque d'un cadre de coordination adéquat et d'une orientation claire accordant la priorité qu'elle mérite à la l'amélioration du statut nutritionnel des populations dans les plans et programmes de développement.

Il convient à présent pour le Gouvernement à tout mettre en œuvre pour faire de la question de nutrition un domaine prioritaire.

4.3.2. Objectifs

Objectif global

- Renforcer le cadre institutionnel de la coordination intersectorielle en matière d'alimentation et de nutrition.

Objectifs spécifiques

- Mettre en place un mécanisme inter sectoriel de collaboration et de coordination pour la mise en œuvre des options stratégiques en nutrition.
- Introduire des objectifs nutritionnels au niveau de chaque secteur des objectifs nutritionnels pour la planification.
- Renforcer les compétences nationales, régionales et sous régionales en matière de recherche et de formation en alimentation et nutrition
- Renforcer la collaboration en matière d'alimentation et de nutrition au niveau national, continental et international

4.3.3. Groupes cibles

La coordination inter sectorielle vise à combler le vide laissé par le dysfonctionnement du Comité Interministériel de Nutrition, afin d'optimiser les impacts des différentes interventions dans le domaine. Cet organe au niveau central assurera la gestion du programme. Il animera non seulement le Comité Interministériel de Nutrition, mais également la structure de coordination des activités de contrôle de la qualité et de la normalisation qui fait cruellement défaut actuellement. Au niveau des régions et des sous régions également la structure aura pour rôle de veiller à la gestion rationnelle des ressources mobilisées dans le cadre, mais aussi la coordination des différentes interventions. Les principales cibles étant les structures sectorielles intervenant dans le domaine, il s'agira donc de formaliser ces différentes structures en définissant clairement leurs missions à tous les niveaux.

Niveau Central

- Structure centrale de coordination
- Le comité Interministériel de Nutrition
- Le groupe de Contrôle et de Normalisation
- Les unités sectorielles de planification nutritionnelle.

Niveau Régional

- La structure régionale de coordination des activités d'alimentation et de Nutrition.

Niveau Sous-régional

- La structure Sous-Régionale de coordination des activités d'alimentation et de nutrition

Niveau local

- Equipe d'analyse et de planification nutritionnelle.

4.3.4. Plan d'opérations

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ACTIVITES	STRUCTURES IMPLIQUEES
28 – Mettre en place un mécanisme inter sectoriel de collaboration et de coordination pour la mise en œuvre des options stratégiques en nutrition.	- Mise en place de structures de collaboration et de coordination. - Formation des cadres. - Sensibilisation	28.1 – Créer une structure nationale de coordination. 28.2 – Créer des structures de gestion et de coordination aux niveaux régional et sous régional. 28.3 – Former le personnel à l'approche pluridisciplinaire et multisectorielle sur la gestion de la nutrition. 28.4 – Sensibiliser les décideurs et les utilisateurs sur le rôle capital de la structure.	- MSP/LCE, Gouvernement, Partenaires, ONG, Associations - MSP/LCE, Gouvernement Partenaires, ONG, Associations - Structure nationale, CIN, MSP/LCE, MDA, MEB/A, Partenaires. - Structure nationale, CIN, MSP/LCE, MDA, MEB/A, Partenaires.
29 - Introduire des objectifs nutritionnels au niveau de chaque secteur des objectifs nutritionnels pour la planification.	- Intégration de la composante Nutrition dans la planification sectorielle. - Formation.	29.1 – Sensibiliser les décideurs et planificateurs sur les problèmes alimentaires et nutritionnels 29.2 – Créer et/ou dynamiser les cellules de planification au niveau des différents secteurs. 29.3 – Suivre, évaluer et diffuser les activités de planification. 29.4 – Former les cadres compétents en la matière.	- Structure de Coordination, CIN, MSP/LCE, MDA, MEB/A, Partenaires. - MDA, MSP/LCE, MEB/A, MC/PSP MF/E, Partenaires - MDA, MSP/LCE, MEB/A, MC/PSP MF/E, Structure de Coordination, CIN. - MSP/LCE, MDA, Structure de Coordination, CIN Partenaires.

(Suite du plan d'opérations)

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ACTIVITES	STRUCTURES IMPLIQUEES
30 - Renforcer les compétences nationales, régionales et sous régionales en matière de recherche et de formation en alimentation et nutrition.	- Elaboration d'un plan de formation et de recherche.	30.1 – Identifier les besoins en formation et recherche en Alimentation et Nutrition 30.2 – Réviser les programmes de formation et élaborer les modules de formation 30.3 – Mobiliser les ressources en s'assurant de la contribution de l'état. 30.4 – Exécuter le plan de formation et de recherche. 30.5 – Instaurer un système d'échanges entre les instituts de recherche et les écoles de formation. 30.6 - Suivi et évaluation.	- Structure de Coordination, Instituts de recherche et Ecoles. - Structure de Coordination, Instituts de recherche et Ecoles, MSP/LCE, MDA. Partenaires - - Structure de Coordination, CIN, MSP/LCE, MDA, Régions, Partenaires - Structure de Coordination. - Structure de Coordination, Instituts de recherche et Ecoles, MSP/LCE, MDA. Partenaires. - Structure de Coordination, Instituts de recherches et Ecoles, MSP/LCE, MDA. Partenaires.

(Suite du plan d'opérations)

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ACTIVITES	STRUCTURES IMPLIQUEES
31 - Renforcer la collaboration en matière d'alimentation et de nutrition au niveau national, continental et international.	- Création d'un cadre d'échanges à tous les niveaux.	31.1 – Adhérer à toutes les structures régionales et internationales traitant de l'alimentation et de la nutrition. 31.2 – Ratifier toutes les conventions régionales et internationales y afférentes. 31.3 – Promouvoir les échanges d'expériences. 31.4 – Participer aux différentes réunions régionales et internationales. 31.5 – Programmer la participation du Niger aux différentes réunions.	- Structure de Coordination, CIN, Partenaires. - Gouvernement, structure de coordination, CIN Partenaires. - CIN, Structure de Coordination, Nationale, Régionales et Sous régionales, Partenaires. - CIN, Structure de Coordination, Nationale, Régionales et Sous régionales, Partenaires. - CIN, Structures de Coordination Nationale, Régionales et d'arrondissement.

4.3.5. Cadre logique

LOGIQUE D'INTERVENTION		IOV	Sources de vérifi
OG	Renforcer le cadre institutionnel de la coordination intersectorielle en matière d'alimentation de nutrition	• Textes créant les structures ; • -Existence d'objectifs nutritionnels dans les plans et programmes de développement ; • -Existence de résultats de recherches ; • Existence de personnels formés à tous les niveaux	Archives et documentation des ministères
OS 1	Mettre en place un mécanisme inter sectoriel de collaboration et de coordination pour la mise en œuvre des options stratégiques en nutrition		
RA 1	Une structure nationale de coordination est créée	• Structure nationale de gestion et de coordination mises en place	• Textes réglementaires
RA 2	Des structures de gestion et de coordination aux niveaux régional et sous régional sont créées	• Unités Régionales et sous régionales mises en place	• Textes réglementaires
RA 3	Le personnel est formé à l'approche pluridisciplinaire et multisectorielle sur la gestion de la nutrition.	• Nombre de personnes formées	• Rapports de formation
RA 4	Les décideurs et les utilisateurs sont sensibilisés sur le rôle capital de la structure	• Nombre de réunions et de contacts de sensibilisation organisés	• Comptes rendus de réunion
OS 2	Introduire des objectifs nutritionnels au niveau de chaque secteur des objectifs nutritionnels pour la planification		
RA 1	Les décideurs et planificateurs sont sensibilisés sur les problèmes alimentaires et nutritionnels	• Nombre de réunions et de contacts de sensibilisation organisés	• Comptes rendus de réunion
RA 2	Les cellules de planification au niveau des différents secteurs créées ou dynamisées	• Nombre de cellules de planification sectorielles créées	• Textes réglementaires • Rapports
RA 3	Les activités de planification sont suivies, évaluées et les résultats sont diffusés	• Nombre de rapports de suivi-évaluation	• Rapports
RA 4	Les cadres compétents en matière de nutrition sont formés	• Nombre de cadres formés	• Rapports de formation

LOGIQUE D'INTERVENTION		IOV	Sources de vérification
OS 3	Renforcer les compétences nationales, régionales et sous régionales en matière de recherche et de formation en alimentation et nutrition		
RA 1	Les besoins en formation et recherche en Alimentation et Nutrition Identifiés	• Nombre de besoins identifiés par nature •	• Rapports
RA 2	Les programmes de formation sont révisés et les modules de formation sont élaborés	• Nbre de Programmes de formation révisée • Nombre de modules élaborés	• Programmes de formation
RA 3	Les ressources mobilisées en s'assurant de la contribution de l'état.	• Montant des ressources mobilisées • Niveau de contribution de l'Etat	• Budget de l'Etat • Budget des Programmes
RA 4	Le plan de formation et de recherche est exécuté	• Nombre de recherches réalisées • Nombre et % d'agents formés en nutrition et recherche	• Rapports de recherche • Rapport de formation
RA 5	Un système d'échanges entre les instituts de recherche et les écoles de formation est instauré	• Nombre de visites d'échanges réalisées • Nbre de programmes communs	• Rapports • Programmes de travail
RA 6	Le suivi et l'évaluation sont effectués	• Nombre de rapports de suivi-évaluation	• Rapports
OS 2	Renforcer la collaboration en matière d'alimentation et de nutrition au niveau national, continental et international		
RA 1	Le Niger a adhéré à toutes les structures régionales et internationales traitant de l'alimentation et de la nutrition	• Nombre d'organisations régionales et internationales intégrées	• Protocoles d'adhésion
RA 2	Le Niger a ratifié toutes les conventions régionales et internationales y afférentes.	• Nombre de conventions ratifiées	• Protocoles de ratification
RA 3	Les échanges d'expériences sont promus	• Nombre de voyages d'études réalisés	• Rapports
RA 4	Le Niger participe aux différentes réunions régionales et internationales	• Nombre de participations à des réunions internationales, régionales	• Rapports de mission

4.3.6. Budget

ACTIVITÉS	R E G I O N S									SOUS TOTAL
	AGADEZ	DIFFA	DOSSO	MARADI	TAHOUA	TILLABERI	ZINDER	C.U NIAMEY	Niv. Central	
28.1. Créer une structure nationale de coordination.	-	-	-	-	-	-	-	-	350,000.0	350,000.0
28.2. Créer des structures de gestion et de coordination aux niveaux régional et sous régional.	27,000.0	27,000.0	27,000.0	27,000.0	27,000.0	27,000.0	27,000.0	27,000.0	0.0	216,000.0
28.3. Former le personnel à l'approche pluridisciplinaire et multisectorielle sur la gestion de la nutrition.	15,000.0	15,000.0	25,000.0	30,000.0	40,000.0	30,000.0	30,000.0	15,000.0	0.0	200,000.0
28.4 Sensibiliser les décideurs et les utilisateurs sur le rôle capital de la structure.	-	-	-	-	-	-	-	-	10,000.0	10,000.0
Sous total 28	42,000.0	42,000.0	52,000.0	57,000.0	67,000.0	57,000.0	57,000.0	42,000.0	360,000.0	776,000.0
29.1 Créer une structure nationale de coordination.	3,000.0	3,000.0	3,500.0	4,500.0	5,000.0	3,500.0	4,000.0	2,500.0	3,000.0	32,000.0
29.2 Créer des structures de gestion et de coordination aux niveaux régional et sous régional.	-	-	-	-	-	-	-	-	15,000.0	15,000.0
29.3 Former le personnel à l'approche pluridisciplinaire et multisectorielle sur la gestion de la nutrition.	5,000.0	5,000.0	7,500.0	7,500.0	8,000.0	7,500.0	7,500.0	2,500.0	5,000.0	55,500.0
29.4 Sensibiliser les décideurs et les utilisateurs sur le rôle capital de la structure.	3,000.0	3,000.0	5,000.0	6,000.0	8,000.0	6,000.0	6,000.0	3,000.0	5,000.0	45,000.0
Sous total 29	11,000.0	11,000.0	16,000.0	18,000.0	21,000.0	17,000.0	17,500.0	8,000.0	28,000.0	147,500.0
30.1 Identifier les besoins en formation et recherche en Alimentation et Nutrition	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pm

30.2 Réviser les programmes de formation et élaborer les modules de formation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pm
30.3 Mobiliser les ressources en s'assurant de la contribution de l'état.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pm
30.4 Exécuter le plan de formation et de recherche.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pm
30.5 Instaurer un système d'échanges entre les instituts de recherche et les écoles de formation.	-	-	-	-	-	-	-	-	30,000.0	30,000.0
30.6 Suivi et évaluation.	9,000.0	9,000.0	15,000.0	18,000.0	24,000.0	18,000.0	18,000.0	9,000.0	15,000.0	135,000.0
Sous total 30	9,000.0	9,000.0	15,000.0	18,000.0	24,000.0	18,000.0	18,000.0	9,000.0	45,000.0	165,000.0
31.1 Adhérer à toutes les structures régionales et internationales traitant de l'alimentation et de la nutrition.	-	-	-	-	-	-	-	-	10,000.0	10,000.0
31.2 Ratifier toutes les conventions régionales et internationales y afférentes.	3,000.0	3,000.0	3,000.0	3,000.0	3,000.0	3,000.0	3,000.0	3,000.0	5,000.0	29,000.0
31.3 Promouvoir les échanges d'expériences.	15,000.0	15,000.0	25,000.0	30,000.0	40,000.0	30,000.0	30,000.0	15,000.0	15,000.0	215,000.0
31.4 Participer aux différentes réunions régionales et internationales.	3,500.0	5,000.0	10,000.0	12,000.0	15,000.0	12,000.0	15,000.0	2,000.0	15,000.0	89,500.0
31.5 Programmer la participation du Niger aux différentes réunions.	-	-	-	-	-	-	-	-	50,000.0	50,000.0
Sous total 31	21,500.0	23,000.0	38,000.0	45,000.0	58,000.0	45,000.0	48,000.0	20,000.0	95,000.0	393,500.0
TOTAL COORDINATION, FORMATION ET RECHERCHE	83,500.0	85,000.0	121,000.0	138,000.0	170,000.0	137,000.0	140,500.0	79,000.0	528,000.0	1,482,000.0

V. GESTION DU PLAN NATIONAL D'ACTION POUR LA NUTRITION

5.1. Analyse de la situation

Pour faire face aux problèmes alimentaires et nutritionnels et assurer un bien-être nutritionnel aux populations, plusieurs dispositions ont été prises tant au niveau national qu'international :

- Création d'un Service de Nutrition Alimentation et Consommation (SNAC) par Décret 62/161/MTS du 28 juin 1962 au sein du Ministère du Travail et de la Santé Publique. Ce service avait pour mission entre autre d'assurer la coordination des activités orientées vers la résolution des problèmes alimentaires et nutritionnels.
- Création d'un Comité Interministériel de Nutrition organisant et coordonnant les activités de Nutrition, d'Alimentation et de Consommation par Décret 64 - 238/MSP/MEN. Ce Comité coordonné et présidé par le Ministère de la Santé Publique a pour mission entre autres d'élaborer la politique du Gouvernement en matière de Nutrition et de Consommation alimentaire, de coordonner au niveau des ministères intéressés les activités orientées vers la résolution des problèmes alimentaires et nutritionnels.
- Création en 1978, d'une cellule de Nutrition au sein de la Direction de l'Enseignement, de l'Education Sanitaire et Nutritionnelle au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Cette cellule était chargée d'assurer le secrétariat du Comité Interministériel de Nutrition. Elle a été érigée en Division de la Nutrition au sein de la Direction de la Santé Maternelle et Infantile en 1987, actuellement, Direction de la Santé de la Reproduction.
- Mise en place d'un système d'Alerte Précoce (SAP) en 1989 et sa réorganisation en 1992 pour lui attribuer la gestion des catastrophes (SAP/GC). Le SAP est l'étape ultérieure du FEWS. (Famin Early Warning System), système mondial d'alerte des famines ayant siégé au Ministère de la Santé Publique de 1984 à 1988.
- Tenue à Rome en 1992 de la Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN). La principale résolution de cette Conférence est que chaque pays se dote d'un Plan National d'Action pour la Nutrition.
- Mise en œuvre du Programme de Coopération Technique (PCT) en 1992 au Ministère de l'Agriculture avec pour missions la prise en compte des aspects nutritionnels dans les programmes de développement rural, et d'aider le Niger à l'élaboration de son Plan d'Action pour la Nutrition.

C'est fort de ces différents acquis qu'un groupe interministériel a été mis en place en 1995 en vue de l'élaboration du document de Plan National d'Action pour la Nutrition du Niger. Depuis lors, une coordination intersectorielle a été envisagée. Elle vise à combler le vide laissé par le dysfonctionnement du Comité Interministériel de Nutrition afin d'optimiser les résultats des différentes interventions dans le domaine. Cet organe au niveau central, assurera, la gestion du programme. Il animera non seulement le Comité Interministériel de Nutrition mais également, la structure de coordination des activités de contrôle de qualité et de normalisation.

Les cellules régionales et sous régionales de coordination auront la mission de veiller à la gestion rationnelle des ressources mobilisées et la coordination des différentes interventions sur le terrain.

5.2. Objectifs et stratégies

L'objectif général est de maximiser l'impact des programmes exécutés dans le domaine, à travers les objectifs spécifiques suivants :

- Intégrer des considérations nutritionnelles dans les programmes de développement ;
- Renforcer la collaboration entre les secteurs et l'utilisation rationnelle des ressources disponibles ;
- Créer une structure nationale de coordination et de planification ;
- Coordonner les activités d'alimentation et de nutrition ;
- Créer des structures régionales, sous régionales et locales de coordination et de planification des activités de nutrition ;
- Doter les structures de coordination et de planification de moyens de fonctionnement nécessaires au bon déroulement des activités ;
- Recruter des consultants pour la réalisation d'études et recherches nécessaires à la mise en œuvre du PNAN ;

Les principales stratégies de coordination du programme sont les suivantes :

- La mise en place des structures de coordination au niveau national, régional et sous régional ;
- La mise en place d'un mécanisme de coordination à tous les niveaux ;
- L'organisation de réunions de coordination à tous les niveaux ;
- L'organisation des missions de suivi-évaluation ;
- L'organisation de revues annuelles des activités du PNAN ;
- L'organisation d'évaluations à mi-parcours et finale ;
- La diffusion de bulletins d'information sur le PNAN.

Ces stratégies visent à assurer la coordination des activités d'alimentation et de Nutrition sur toute l'étendue du pays et à garantir une gestion rationnelle des ressources humaines, financières, matérielles et techniques des activités. Cette gestion se fera en étroite liaison avec un comité de pilotage composé des secrétaires généraux des principaux ministères impliqués, des représentants des Organisations Internationales (FAO, OMS, UNICEF) et des structures régionales de coordination des activités de nutrition.

5.3. Cadre institutionnel

Après la détermination du contenu du Plan National d'Action pour la Nutrition et l'intégration des objectifs nutritionnels dans les politiques et programmes de développement, la détermination d'un cadre institutionnel reste l'une des tâches les plus importantes et les plus délicates.

La mise en œuvre du PNAN exige la mise en place d'une approche programme permettant de réduire la dispersion des différentes formes d'intervention et la multiplicité de procédures de financement ou de mécanismes de gestion de l'aide octroyée par les différents partenaires au développement. Cette approche permettra de disposer de cadres d'intervention de plus en plus sécurisants, indispensables aux partenaires pour adopter des modalités communes de financement. L'objectif est d'aller progressivement vers un soutien global des partenaires à une stratégie cohérente de dépenses publiques dans le secteur rural.

Ainsi, le financement du PNAN devrait être réalisé dans le cadre d'une approche programme en privilégiant progressivement l'aide budgétaire, afin d'améliorer l'efficacité de la dépense publique : harmonisation des procédures, renforcement de la coordination entre l'Etat et les partenaires au développement et entre ceux-ci.

La maîtrise d'ouvrage des programmes sera confiée aux différents ministères techniques, dans le strict respect de l'efficacité opérationnelle. Les programmes doivent : i) pouvoir être exécutés sans générer de contraintes institutionnelles trop importantes ; ii) être d'une taille maîtrisable, compte tenu des capacités de maîtrise d'ouvrage des institutions publiques et iii) éviter une trop grande dispersion thématique en regroupant des activités cohérentes entre elles.³⁸,

Cependant, dans un souci de cohérence et d'efficacité, la mise en œuvre du PNAN devra être coordonnée par une structure de coordination unique autonome. En effet, aucun succès notable ne pourrait être enregistré sans **la mise en œuvre d'une structure souple pouvant prendre rapidement des décisions exécutoires**.

Cette cellule de coordination autonome sera établie sous l'autorité du Comité Interministériel de Nutrition, présidé par le MSP/LCE. Elle constituera le secrétariat permanent dudit comité et entretiendra des relations étroites avec des Points Focaux à établir au sein du cabinet du Premier Ministre (Cellule de Coordination du SAP, Cellule Crises Alimentaires), au sein de tous les ministères concernés par l'alimentation et la nutrition, au sein des organisations internationales, des ONG et des associations impliqués dans la mise en œuvre du PNAN.

Cette cellule aura les tâches suivantes :

- Assurer la coordination des activités contenues dans le PNAN ;
- Assurer la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et techniques liées à la coordination ;

³⁸ Cette démarche est celle adoptée pour les programmes de la SDR qui relèvent de plusieurs départements ministériels.

- Centraliser les plans annuels élaborés par les cellules régionales et les faire adopter ;
- Assurer le suivi régulier de la mise en œuvre du PNAN ;
- Elaborer et diffuser le bulletin d'information sur le PNAN ;
- Organiser les revues annuelles du PNAN ;
- Participer aux évaluations à mi-parcours et finale du plan ;

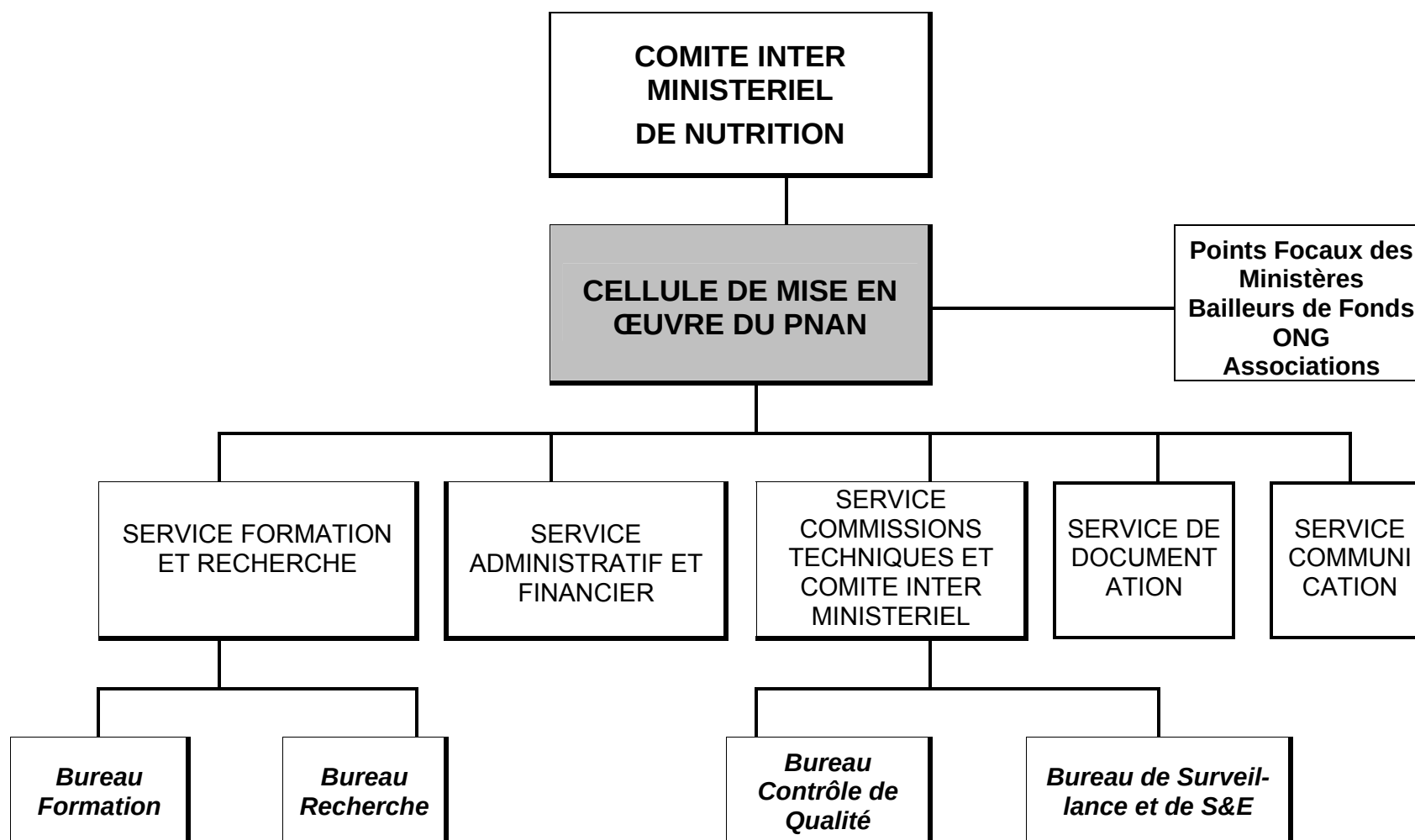
La cellule de coordination reçoit du Comité Interministériel chargé de la Nutrition des directives par le canal de son Président et lui rend régulièrement compte de l'évolution de l'exécution du PNAN.

L'importance capitale des tâches dévolues à la cellule, l'intégration totale des activités multisectorielles et multidisciplinaires nécessite que la cellule soit dotée d'un certain nombre de services techniques (cf. organigramme).

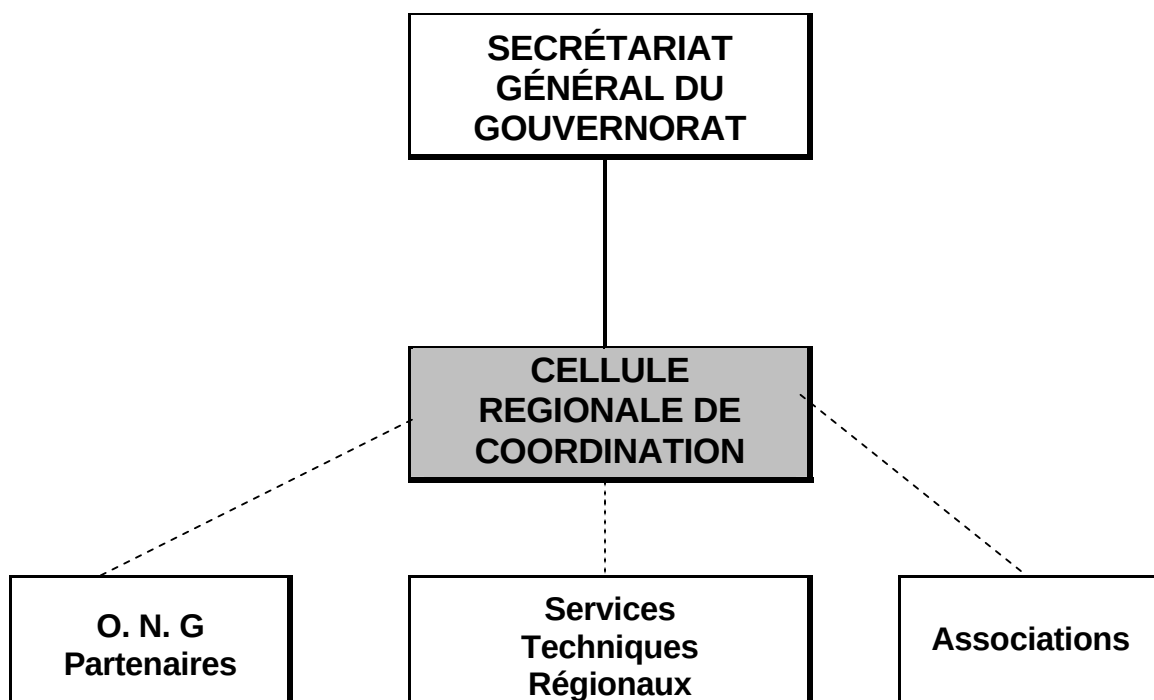
Au niveau régional la mise en œuvre du PNAN reposera sur le principe de la décentralisation. La cellule régionale de coordination assurera le suivi et le contrôle des opérations sur le terrain. Pour lui assurer une réelle autonomie, le coordonnateur régional sera recruté en fonction de ses capacités. Son maintien à ce poste sera conditionné par le seul souci de fournir des résultats probants. Comme le PNAN a un caractère pluridisciplinaire, des activités à mener en régions, le principe d'intégration de l'ensemble des services techniques régionaux et des ONG opérant dans les régions sera maintenu.

Au niveau départemental, la structure de coordination sera animée par les services techniques départementaux, les ONG et les associations intervenant dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition. Les animateurs seront choisis en fonction de leur compétence, leur disponibilité et leur abnégation.

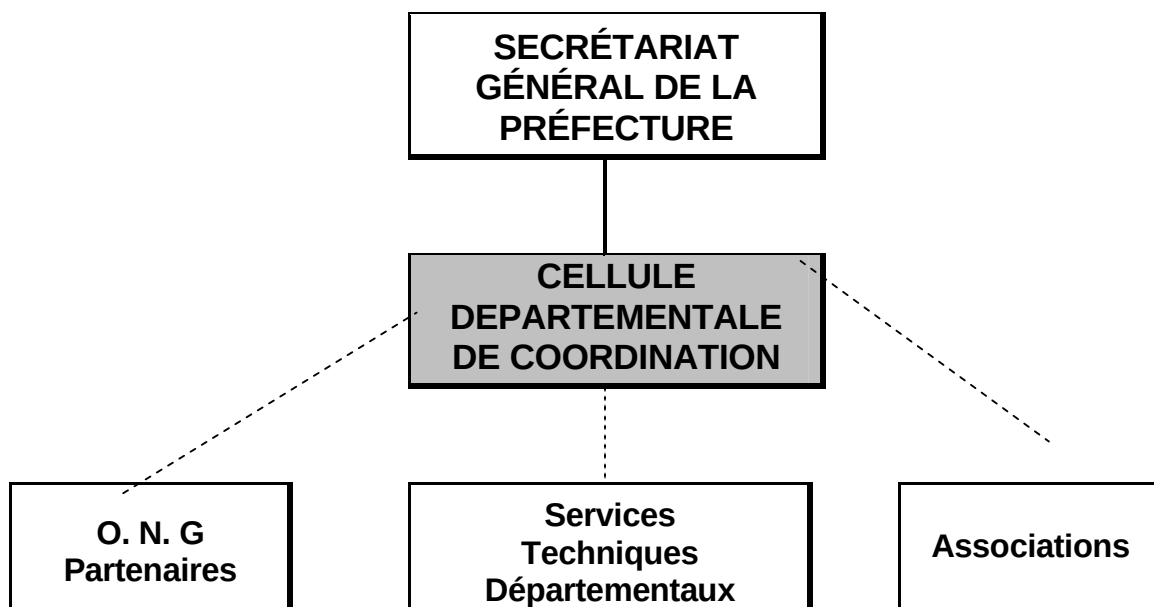
Organigramme de la Structure centrale de coordination



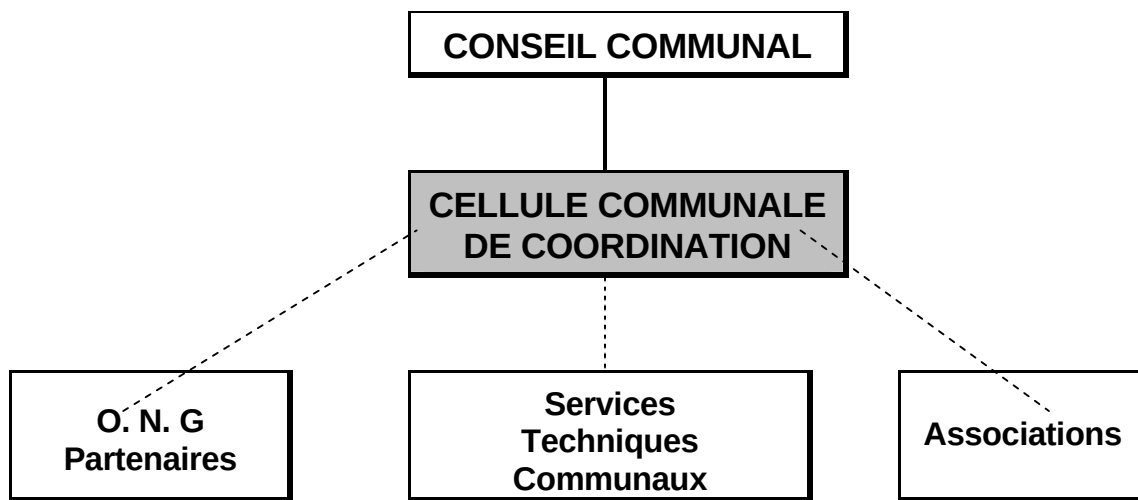
Organigramme de la structure régionale de coordination



Organigramme de la structure sous régionale de coordination



Organigramme de la structure communale de coordination



5.4. Suivi-évaluation

Le suivi et l'évaluation du PNAN seront réalisés dans un cadre cohérent afin de disposer des informations nécessaires à la mesure des performances des actions réalisées dans les différents programmes. La mise en place du dispositif de suivi et évaluation se fera sur la base du noyau d'indicateurs d'impacts et de résultats propres à chaque programme et d'indicateurs transversaux (exemples ceux relatifs au niveau de pauvreté). Un tableau de bord initial devra être élaboré pour récapituler les valeurs de référence des indicateurs. En relation avec le système de suivi de la SRP et l'Institut National de la Statistique, des études régulières générales ou ponctuelles devront être menées par le Bureau de Surveillance et de Suivi-Evaluation en vue de suivre l'évolution des différents indicateurs.

5.5. Les structures opérationnelles

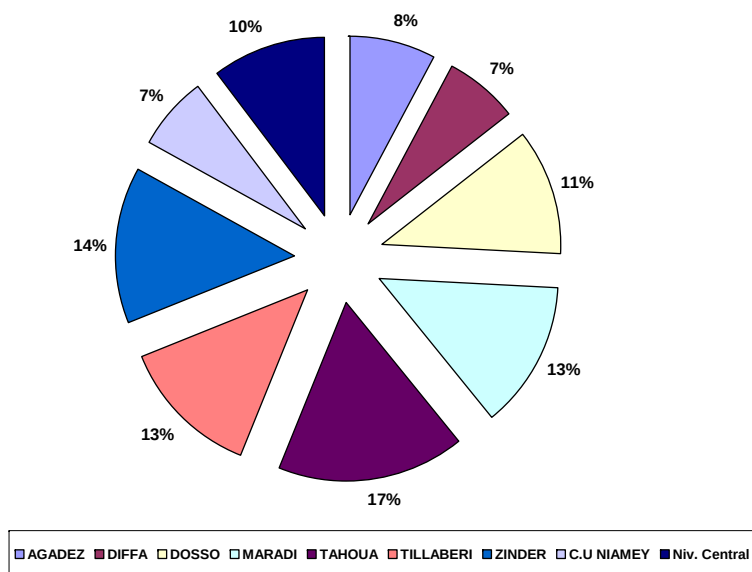
- Le réseau national de structures sanitaires, publiques ou privées ;
- Le réseau national des intervenants en nutrition et sécurité alimentaire ;
- Les ONG et associations ;
- Les organisations à base communautaire ;
- Les coopératives agricoles et micros entreprises agropastorales ;

VI. BUDGET DU PLAN

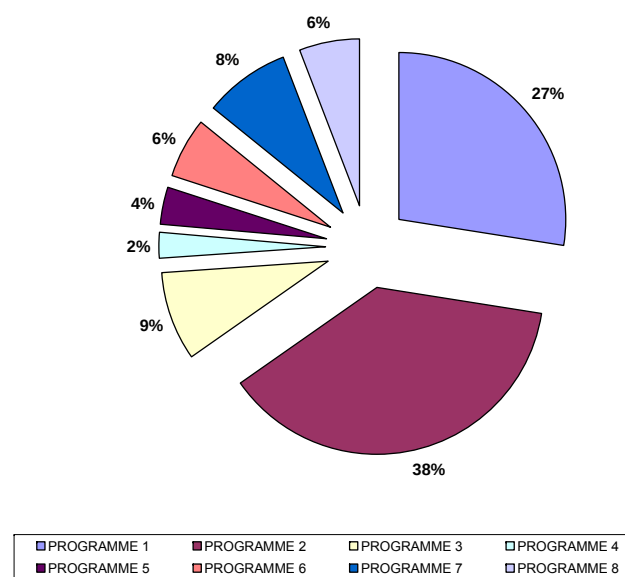
PROGRAMMES	R E G I O N S									SOUS-TOTAL
	AGADEZ	DIFFA	DOSSO	MARADI	TAHOUA	TILLABERI	ZINDER	C.U NIAMEY	Niv. Central	
PROGRAMME 1	540,000.00	440,000.00	750,000.00	955,000.00	1,165,000.00	855,000.00	910,000.00	550,000.00	675,000.00	6,840,000.00
PROGRAMME 2	671,000.00	591,000.00	1,143,000.00	1,302,000.00	1,675,000.00	1,312,000.00	1,441,000.00	614,000.00	697,000.00	9,446,000.00
PROGRAMME 3	254,500.00	179,500.00	268,500.00	274,000.00	402,000.00	282,000.00	329,000.00	137,500.00	35,000.00	2,162,000.00
PROGRAMME 4	30,000.00	30,000.00	50,000.00	60,000.00	72,000.00	60,000.00	60,000.00	35,000.00	215,000.00	612,000.00
PROGRAMME 5	52,500.00	52,500.00	87,500.00	105,000.00	135,000.00	105,000.00	110,000.00	77,500.00	177,500.00	902,500.00
PROGRAMME 6	130,250.00	130,250.00	193,750.00	220,500.00	270,000.00	200,500.00	238,500.00	66,000.00	50,000.00	1,499,750.00
PROGRAMME 7	160,000.00	160,000.00	233,500.00	270,000.00	343,500.00	270,000.00	286,500.00	98,000.00	221,000.00	2,042,500.00
COORDINATION, FORMATION ET RECHERCHE	83,500.00	85,000.00	121,000.00	138,000.00	170,000.00	137,000.00	140,500.00	79,000.00	528,000.00	1,482,000.00
TOTAL	1,921,750.00	1,668,250.00	2,847,250.00	3,324,500.00	4,232,500.00	3,221,500.00	3,515,500.00	1,657,000.00	2,598,500.00	24,986,750.00

TOTAL DU BUDGET ESTIME POUR 8 ANS (2007-2015) : 24 986 750 X 8 ANS = 199 894 000 \$ US

Répartition du budget par Région



Budget par programme



VII. DOCUMENTS CONSULTÉS

1. AGRHYMET : Atlas agroclimatique
2. Atelier de planification de la stratégie nationale pour l'alimentation du Nourrisson et du jeune enfant (09-11 août 2006) - Synthèse des travaux - Geslin Collette et Aminou Maman (Modératrice : Dr Guimba Aissata);
3. CAB/PM : Deuxième rapport de mise en œuvre de la SRP, juin 2003-juillet 2004
4. Comité interministériel de pilotage de la SDR : Contribution du secteur rural à la révision de la SRP.
5. Dardel Sylvain - Etude sur l'identification de critères et l'élaboration d'un guide de sélection des filières agro-sylvo-pastorale devant être prises en compte dans les plans d'action des programmes de la SDR ; rapport final ; Juin 2005
6. Équipe Profiles NIGER : Analyse Profiles Nutrition au Niger (Ensemble, Investissons dans la Nutrition pour Réduire la Pauvreté au Niger), Niamey, 19 au 27 juin 2006
7. Etude sur l'approfondissement du diagnostic et l'analyse de systèmes de production agro-sylvo pastoraux dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie de développement rural (SDR) octobre 2004
8. INS : Enquête sur le degré de satisfaction des besoins essentiels- DSBE Niger 2005; le Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du bien-être – QUIBBB 2005 et l'évaluation participative de la pauvreté de 2005.
9. INS : Rapport sur les indicateurs sociaux (Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être QUIBB-2005), rapport provisoire d'analyse -mars 2005
10. INS/SIMA/PAM : Enquête sur la conjoncture et la vulnérabilité alimentaire des ménages (pour le mois de mai 2006)- juillet 2006.
11. Institut National de la Statistique : Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS 3) – Présentaton des principaux résultats préliminaires (juillet 2006).
12. MDA : Recensemnt des banques céréalières, juillet 2006.
13. MDA/FAO : Programme National Global de Sécurité Alimentaire – Décembre 2003
14. MDP/LCE : Divers modules de formation sur la promotion de la croissance à assisaance communautaire (PCAC)
15. MDP/LCE : Module de formation des agents en charge du contrôle de la qualité du sel iodé

16. Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre les endémies -UNICEF-US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) : Rapport d'enquête sur la nutrition dans un contexte d'urgence au Niger (17 septembre – 14 octobre 2005)
17. MSP/LCE Programme National de Santé de la Reproduction 2005 – 2009 - Juin 2005
18. MSP/LCE-UNICEF-OMS – HKI : Protocole national de prise en charge de la malnutrition – Août 2005
19. Plan National d'Actions pour la Nutrition 2003-2015 (décembre 2002)
20. Plan d'action de la SDR, rapport provisoire- décembre 2005
21. Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2009.
22. Plan de Développement Sanitaire 2005 – 2009
23. SAP ; Cadre harmonisé d'analyse permanente de la vulnérabilité courante au Sahel
24. Schéma directeur de mise en valeur et de gestion des ressources en eau 1999 - Stratégie nationale du développement de l'irrigation 2001.
25. Secrétariat Exécutif de la SDR : Etude sur les systèmes de production
26. SE-SDR : Etude de l'impact Institutionnel de la mise en oeuvre de la SDR – décembre 2004
27. Stratégie de Développement Rural (SDR), novembre 2003
28. Stratégie de réduction de la pauvreté : SRP complète Janvier 2002
29. Stratégie nationale du développement de l'irrigation 2001
30. UNICEF : Contrôle à long terme de la malnutrition au Niger – Document d'orientations stratégiques
31. UNICEF : Contribution introductive à l'élaboration d'une politique contre la malnutrition
32. UNICEF : Contrôle à long terme de la malnutrition au Niger 6 Document d'orientation stratégique