



**REPUBLIQUE DU NIGER**  
**GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE DU NIGER**

**STRUCTURE CHARGEE DE LA COORDINATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SECURITE  
NUTRITIONNELLE (PNSN)**

**POLITIQUE NATIONALE DE SECURITE  
NUTRITIONNELLE AU NIGER (2016-2025)**

## Table des matières

<b>Abréviations</b> .....	3
<b>Préambule</b> .....	5
<b>Introduction</b> .....	6
<b>I. Analyse de la situation</b> .....	7
<b>1.1 Contexte national</b> .....	7
<b>1.2. Insécurité alimentaire et accès limité aux soins et aux services sociaux de base</b> .....	8
<b>1.3 Les principales causes directes de la malnutrition au Niger</b> .....	9
<b>1.4 Manifestation du problème: des niveaux de malnutrition très importants chez les enfants et les femmes au Niger</b> .....	11
<b>II. Formulation de la politique nationale de sécurité nutritionnelle</b> .....	12
<b>2.1 Vision, but et principes directeurs de la politique</b> .....	13
<b>Vision</b> .....	13
<b>But de la Politique</b> .....	13
<b>Principes directeurs</b> .....	13
<b>2.2 Objectifs de la politique</b> .....	14
<b>2.3 Engagements du Niger et orientations stratégiques correspondantes</b> .....	15
<b>2.4 Gouvernance et financement</b> .....	22
<b>2.5 Capacités de mise en œuvre et processus de renforcement</b> .....	22
<b>Annexes</b> .....	24
Annexe 1 : Le Cadre Conceptuel de la Nutrition .....	24
Annexe 2 : Cadre conceptuel d’optimisation des actions de nutrition (source Lancet).....	25

## Abréviations

- **AME** Allaitement Maternel Exclusif
- **ANJE** Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
- **CEDEAO** Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest
- **CMPS** Comité Multisectoriel de Pilotage du Programme Stratégique
- **CREN** Centre de Récupération et d’Education Nutritionnelle
- **CRENAM** Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour Modérés
- **CRENAS** Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour Sévères
- **CRENI** Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive
- **DI** Direction des Immunisations
- **DNPGCCA** Dispositif National de Prévention et de Gestion des Crises et Catastrophes
- **DSME** Direction Générale de la Santé de la Mère et de l’Enfant
- **EDS** Enquête Démographique et de Santé
- **EDSN** Enquête Démographique et de Santé Niger
- **FAO** Organisation des Nations Unies pour l’Alimentation
- **HCI3N** Haut-Commissariat à l’Initiative 3N
- **HTA** Hypertension artérielle
- **IMC** Indice de Masse Corporelle
- **INS** Institut National de la Statistique
- **I3N** Initiative 3N
- **JNV** Journées Nationales de Vaccination
- **MAG** Malnutrition Aiguë Globale
- **MAM** Malnutrition Aiguë Modérée
- **MAS** Malnutrition Aiguë Sévère
- **MNT** Maladies Non Transmissibles
- **MSP** Ministère de la Santé Publique
- **OMS** Organisation Mondiale de la Santé
- **ONG** Organisation Non Gouvernementale
- **OSC** Organisation de la Société Civile
- **PAM** Programme Alimentaire Mondial
- **PAN** Plan d’Action pour la Nutrition
- **PCIME** Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfance
- **PDES** Plan de Développement Economique et Social
- **PDS** Plan de Développement Sanitaire
- **PEC** Prise en charge
- **PEV** Programme Elargi de Vaccination
- **PFE** Pratiques Familiales Essentielles
- **PIB** Produit Intérieur Brut

- **PNAN** Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition
- **PNLP** Programme National de Lutte contre le Paludisme
- **PNN** Politique Nationale de Nutrition
- **PTF** Partenaires Techniques et Financiers
- **REACH** Renewed Effort Against Child Hunger and Under nutrition
- **SAN/DA** Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle et Développement Agricole Durable
- **SAP** Système d'Alerte Précoce
- **SDDCI** Stratégie pour un Développement Durable et une Croissance Inclusive
- **SDRP** Stratégie de Développement pour la Réduction de la Pauvreté
- **SISAN** Symposium International sur la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle
- **SNIS** Système National d'Information Sanitaire
- **SNU** Système des Nations Unies
- **SSP** Soins de Santé Primaires
- **SUN** Scaling Up Nutrition
- **TBS** Taux Brut de Scolarité
- **UNICEF** Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

## Préambule

La sécurité nutritionnelle existe quand tous les êtres humains sont assurés à tout moment d'un accès: 1/ à une alimentation suffisante et suffisamment diversifiée; 2/ à des services de santé de base et un environnement sain; et 3/ aux soins, à l'appui et à la protection requise pour vivre une vie saine et satisfaisante. Par conséquent, l'alimentation, la santé et les soins sont tous des éléments nécessaires mais aucun n'est en lui-même suffisant. Il faut souligner que l'accès aux soins et le soutien/conseil sont particulièrement importants pour les groupes les plus vulnérables (nourrissons, jeunes enfants, et femmes enceintes et allaitantes).

La sécurité nutritionnelle est le fondement de la survie et du développement humain, et donc de la croissance socio-économique et de la prospérité nationale. L'article 12 de la constitution nigérienne du 25 novembre 2010 affirme d'ailleurs que « chacun a droit à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et morale, à une alimentation saine et suffisante, à l'eau potable, à l'éducation, et à l'instruction (...) ». L'avenir de l'individu, de la communauté et la prospérité de la nation sont liés à la capacité des familles, des communautés et des gouvernements à répondre de façon adéquate au défi de la malnutrition. Des niveaux élevés de sous-nutrition et de surnutrition peuvent entraver non seulement le développement des individus, mais aussi celui de la communauté et de toute la nation, avec un impact majeur sur la croissance économique nationale.

La présente politique de sécurité nutritionnelle reflète l'engagement du Niger à assurer le bien-être de tous les Nigériens. Cette politique guidera la formulation des programmes et actions de nutrition, ainsi que les provisions légales requises pour respecter, protéger, et accomplir le droit à la sécurité nutritionnelle pour tous. Elle définit également les rôles et responsabilités pour la gestion du secteur de la nutrition, la coordination, la mise en œuvre et le suivi par les institutions nationales et les partenaires techniques et financiers concernés par la nutrition au Niger. Enfin, elle établit une redevabilité globale pour le processus, ainsi que les modalités de collaboration avec la société civile, les partenaires techniques et financiers, et le secteur privé.

La compréhension et la connaissance globale pour lutter contre la malnutrition n'ont jamais été aussi fortes et les efforts pour éliminer la faim ont démontré qu'une approche multisectorielle à l'échelle devait être mise en place car aucun acteur, aucune organisation, aucune structure gouvernementale, ne peut à lui seul atteindre la sécurité nutritionnelle.

Cette politique nationale de sécurité nutritionnelle est le résultat d'une analyse concertée de la situation de la nutrition au Niger à travers de vastes consultations avec les acteurs clés du Gouvernement, des représentants d'institutions nationales et régionales, des collectivités décentralisées et des partenaires au développement. La formulation de cette politique a été faite sous la direction du Haut-Commissariat à l'Initiative 3N (Les Nigériens nourrissent les Nigériens), ainsi que du Programme de Développement Economique et Social (PDES), et avec l'appui technique et financier des partenaires au développement.

## Introduction

Le Niger, pays sahélien continental fréquemment confronté à des catastrophes naturelles, doit faire face à plusieurs défis majeurs de développement, dont celui d'assurer la sécurité nutritionnelle à sa population, notamment des Nigériens les plus vulnérables. A cause de la forte interaction entre le statut nutritionnel et le développement humain et socioéconomique d'une population, de nombreux pays investissent aujourd'hui massivement dans la nutrition en tant que priorité nationale.

Le Niger a démontré qu'il était conscient du rôle majeur d'une bonne nutrition pour le développement du pays et a indiqué son engagement à s'attaquer au problème de la sous-nutrition, notamment à travers la mise en œuvre du PDES. Preuve de cette volonté, le Niger a adhéré aux engagements de la résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé sur la Nutrition (2012), aux Objectifs de Développement Durables (2015), à la stratégie de Nutrition de la Région Africaine (2015-2025), et au mouvement global « SUN » (Scaling Up Nutrition).

Un autre exemple de l'engagement du Niger dans la lutte contre la malnutrition, est la mise en place en 2005, du Programme de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA). Ce programme, le premier à l'échelle nationale au Niger, a démontré l'impact positif de la prise en charge des cas de Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) et de la Malnutrition Aiguë Modérée (MAM) sur la baisse de la mortalité. Cependant, traiter les enfants déjà atteints de MAS ou de MAM ne permet pas de prévenir ce problème à la source. Ces interventions permettent d'éviter aux enfants de mourir mais laissent le pays dans une dépendance continue par rapport à l'approvisionnement en aliments thérapeutiques prêt à l'emploi (ATPE). Cette politique nationale de sécurité nutritionnelle marque un changement fondamental dans la lutte contre la malnutrition au Niger, en introduisant une approche multisectorielle de la prévention, tout en maintenant une forte capacité de traiter les enfants touchés par la malnutrition aiguë modérée ou sévère.

Afin de mettre en place une transition vers une approche multisectorielle de la prévention de la malnutrition au Niger, des changements d'approche, d'orientation, de structures et de responsabilités organisationnelles doivent être opérés. Cette évolution est nécessaire car la nutrition a été trop longtemps perçue comme une priorité relevant seulement du secteur de la santé. Les interventions en nutrition se sont donc surtout focalisées sur la prise en charge de la malnutrition. Pourtant si l'on se réfère au Cadre Conceptuel de la Nutrition élaboré par l'Unicef en 1990 (cf. annexe 1), la nutrition est par définition un domaine multisectoriel et multifactoriel.

Améliorer de manière significative et durable le statut nutritionnel des populations implique donc que des actions multisectorielles soient mises en œuvre à l'échelle, soutenues par un engagement politique, une bonne coordination et une implication forte de tous les acteurs du développement. Cela passe aussi par la mise en place d'actions complémentaires qui produisent par synergie des effets directs sur la nutrition.

## I. Analyse de la situation

### 1.1 Contexte national

**Une économie dominée par le secteur primaire:** L'économie du Niger repose essentiellement sur le secteur rural et l'exploitation des ressources minières et énergétiques. Près de 80% de la population travaille dans le secteur rural, qui produit près de 43% Produit Intérieur Brut (PIB). Le PIB par habitant au Niger est l'un des plus faibles au monde et son évolution est très limitée, le PIB par habitant est ainsi passé de 144 098 FCFA en 2011 à 160 408 FCFA en 2014.

**Une forte croissance démographique:** Si le taux annuel de croissance de 3,9 % se maintient sur les trois prochaines années, le Niger passera de 18 millions d'habitants en 2015 à plus de 20 millions en 2018. Cette hausse entraînera une demande potentiellement critique pour les secteurs sociaux (éducation, santé, agriculture, emploi, habitat, eau potable, hygiène et assainissement, etc.) et une forte pression sur les ressources naturelles (eau, sol, végétation, faune).

**Des groupes sociaux vulnérables:** Les disparités de sexe, de genre, d'âge, de statut socio-économique et culturel, sont fortes et limitent l'accès et l'utilisation par ces groupes vulnérables aux services sociaux, qui ont un impact sur leur statut nutritionnel. La documentation disponible et les données collectées au Niger démontrent que les personnes affectées par ces disparités sont les plus touchées par l'insécurité nutritionnelle et qu'elles ont une plus faible résilience face aux effets du changement climatique et des chocs et stress saisonniers.

**Faible base d'accès au capital, et tout particulièrement aux actifs/capitaux productifs :** Les très pauvres, surtout les femmes, souffrent d'un accès limité aux actifs/capitaux productifs et tout particulièrement à la terre cultivable, restreignant leur accès aux revenus et leur possibilité de prise en charge des besoins de la famille.

**L'impact du changement climatique:** Les terres cultivables du Niger représentaient seulement 12,5% de la superficie du pays en 2013. Au cours de ces dernières décennies, le Niger a subi les effets des chocs climatiques entraînant une sécheresse persistante et une dégradation des sols qui ont accéléré une avancée du désert de 66 à 77 % de sa superficie. Depuis l'an 2000, le Niger a connu des déficits majeurs de sa production agricole causés par les aléas climatiques, tels que les sécheresses ou les inondations (2000/2001, 2004/2005, 2009/2010 et 2011/2012.) Les effets de ces chocs récurrents affectent la résilience des ménages vulnérables.

Le changement climatique accroît la fréquence et la gravité des conditions météorologiques extrêmes et augmente le risque de catastrophes partout dans le monde, en touchant à la fois les moyens de subsistance ruraux et urbains, ce qui accélère les déplacements de population. Le changement climatique constitue une menace majeure pour la sécurité alimentaire et l'agriculture: il a un impact sur la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation de la nourriture. Le changement climatique constitue également une menace majeure pour la santé, et contribue à augmenter la prévalence de certaines maladies (notamment celles liées à l'eau), ainsi que de la malnutrition et du taux de morts prématurées.

**Une situation sécuritaire instable:** Les événements politiques qui se déroulent dans les pays voisins affectent occasionnellement la situation sécuritaire dans certaines zones frontalières du Niger. De tels événements risquent de perturber et de limiter l'accès aux services sociaux de base, à l'agriculture et aux autres activités économiques, et peuvent conduire à d'importants déplacements de population. La sécurité nutritionnelle pourrait ainsi être détériorée par cette situation sécuritaire instable, ce qui requiert une attention continue et la mise en place de mesures conséquentes.

**Vulnérabilité aux chocs économiques:** Les chocs économiques qui frappent le Niger sont multiformes: fluctuations des prix des produits agricoles, fluctuations des prix du pétrole, d'uranium et d'autres ressources. Leur impact sur le budget de l'Etat et sa capacité à répondre aux besoins et priorités de la population restent une préoccupation majeure et ont un impact important sur la consommation alimentaire des populations.

## **1.2. Insécurité alimentaire et accès limité aux soins et aux services sociaux de base**

**Insécurité alimentaire:** L'insécurité alimentaire est une cause importante de la malnutrition au Niger, où le nombre de Nigériens touchés par l'insécurité alimentaire modérée et sévère au cours des cinq dernières années a oscillé entre 3 et 7 millions (respectivement 20% et 48% de la population). Cependant, comme cela a été démontré dans différents contextes à travers le monde, la seule sécurité économique et alimentaire ne garantit pas nécessairement un état nutritionnel satisfaisant.

Du fait de la pauvreté des sols et des changements climatiques, les bilans céréaliers bruts sont déficitaires une année sur trois. Quelle que soit l'issue de la campagne agricole, la production des ménages ne couvre que les besoins alimentaires de cinq à six mois par an. Ces déficits récurrents sont en grande partie liés à la forte croissance démographique et à la faible productivité agricole, indépendamment de toutes les autres causes structurelles et conjoncturelles connues (changements climatiques, sécheresse, inondations, etc.). Le Niger compte 36 millions de têtes de bétail mais l'élevage reste tributaire des conditions climatiques.

**Un accès limité aux services de santé:** La couverture sanitaire a peu évolué passant de 47% en 2012 à 48% en 2014, loin de la cible de 70 % prévue pour 2015. Il en est de même pour le taux d'accouchement assisté qui est passé de 42% en 2012 à 45% au troisième trimestre 2014, et du taux d'utilisation de la contraception moderne, qui est passé de 11% à 13,5% au cours de la même période. Même si le Gouvernement a introduit en 2006 la gratuité des soins pour traiter les principales maladies touchant les enfants, la qualité de la couverture sanitaire des besoins de santé primaires reste cependant limitée, à cause notamment de la faiblesse de l'approche communautaire sur ce point.

**Un faible accès à l'eau potable, à l'hygiène, et à l'assainissement:** Le taux d'accès à l'eau potable est passé de 76% en 2011 à 77% en 2014. On note en 2014 de fortes disparités selon le milieu de résidence (89% en milieu urbain contre 50% en milieu rural). Le taux national d'accès aux infrastructures d'assainissement de 19% en 2012 cache lui aussi de grandes disparités entre le milieu urbain (65%) et le milieu rural (7%). Le très faible niveau d'assainissement dans les zones rurales est particulièrement préoccupant, et les données récentes montrent que les



contacts répétés avec des excréments humain et/ou animal peuvent entraîner une altération du développement et un retard de croissance.

**Des capacités de soins et de conseil limitées pour les enfants et les femmes enceintes / allaitantes:** Les femmes sont très majoritairement les personnes en charge des enfants au Niger, et elles doivent dans le même temps continuer à subvenir à leurs propres besoins pendant la période où elles sont enceintes, puis lorsqu'elles allaitent. Leur capacité à fournir des soins et à recevoir un soutien/conseil en cas de besoin est limitée en raison de:

- La faible connaissance et compréhension des bonnes pratiques de soins concernant les principaux aspects liés au bien-être et à la santé de l'enfant, ainsi qu'à leur propre bien-être et au repos nécessaire durant leur grossesse, qui est due à leur faible niveau d'éducation et à l'existence de pratiques néfastes, principalement d'origines culturelles, malgré les efforts de sensibilisation des relais communautaires.
- L'importante charge de travail domestique et agricole à effectuer quotidiennement pour les femmes résidant en zones rurales (comprise entre 16 et 18 heures par jour selon les estimations), constitue un facteur limitant pour les soins des enfants, la scolarisation des jeunes filles, l'alphabétisation des femmes et le développement des activités productives.
- Le faible pouvoir de décision sur les dépenses des revenus du foyer
- Une perte de l'estime de soi et de confiance qui restreint l'accès des femmes à l'information et aux services.

**Une population peu scolarisée:** Le taux brut de scolarisation a récemment chuté de plus de 10%, passant de 82% au cours de la période 2012-13, à 71% en 2013-14. Seules 9% des femmes ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. Les Series (articles) du Lancet 2013 sur la nutrition maternelle et infantile confirment l'évidence de liens entre: la grossesse des adolescentes, les risques élevés de complications et de résultats défavorables de la délivrance, la mortalité, et la malnutrition chronique. L'expérience a montré que les filles qui restent à l'école sont moins susceptibles d'être mariées de manière précoce, ce qui réduit les risques de grossesses précoces. Les études ont aussi montré que l'achèvement du cycle scolaire par les filles a un effet positif sur leurs attitudes et leurs comportements en matière de santé.

**Un système de protection sociale peu performant au Niger:** Un des moyens les plus efficaces pour appuyer l'amélioration de la nutrition est de mettre en place un système de protection sociale efficient ciblant les familles et les individus les plus vulnérables, grâce à des transferts de fonds qui assurent la sécurité alimentaire des ménages; et d'assurer un accès gratuit aux services sociaux de base (santé, nutrition et éducation). Au Niger, plusieurs initiatives sont en cours mais de manière encore fragmentée. Leur mise en œuvre concertée devrait grandement contribuer à la prévention de la malnutrition dans le futur.

### **1.3 Les principales causes directes de la malnutrition au Niger**

**L'allaitement maternel:** Moins d'un quart des enfants nigériens de moins de six mois sont allaités exclusivement (selon les estimations de l'adhésion à l'allaitement maternel exclusif

pendant les six premiers mois de la vie). Par conséquent, les niveaux de malnutrition chez les enfants nigériens commencent à se détériorer immédiatement après la naissance, et les centres de prise en charge de malnutrition aiguë sévère et modérée sont remplis par de très jeunes enfants. Cette situation ne nécessite pas de vastes ressources financières et logistiques pour être corrigée, mais elle exige plutôt de renforcer l'éducation, l'accès à l'information et le soutien/conseil aux femmes enceintes et/ou allaitantes.

**Des compléments alimentaires inadaptés:** Seuls 6% des enfants âgés de 6-24 mois au Niger reçoivent une alimentation complémentaire appropriée (alimentation fréquente avec des aliments diversifiés). La faible diversité alimentaire s'explique entre autres par les habitudes alimentaires et la priorisation des productions à haute valeur nutritive vers la vente. L'alimentation complémentaire inadaptée du jeune enfant a été clairement identifiée comme une raison majeure des niveaux élevés de malnutrition chronique et aiguë dans le pays, et doit donc être traitée comme une priorité essentielle.

#### **Maladies infantiles menant à la malnutrition (exemples):**

- la diarrhée est étroitement liée à la malnutrition et résulte également d'un environnement sanitaire déficient et des pratiques hygiéniques limitées (seuls 7% des ménages ruraux possèdent des toilettes).
- La malaria affecte à la fois les mères et les enfants. Le pic de prévalence du paludisme et la hausse des taux de malnutrition se produisent pendant la même période de l'année (au cours de la saison des pluies).
- Les infections respiratoires sont très répandues au Niger et conduisent à une diminution de l'ingestion de nourriture et à une réduction de l'utilisation des nutriments.
- L'amélioration de la couverture de la vaccination contre la rougeole et d'autres maladies évitables par la vaccination permettrait de réduire immédiatement le risque de malnutrition induite par ces maladies.

#### **Les facteurs de santé associant maternité et malnutrition (exemples):**

**De nombreuses mères adolescentes:** La malnutrition est fréquente chez les mères au Niger. Elles sont souvent trop jeunes, avec un statut nutritionnel précaire, et ne bénéficient que d'un minimum de pouvoir décisionnel, de peu de capacités et d'informations pour assurer une bonne nutrition pour elles-mêmes et leurs enfants. Un nombre significatif d'enfants âgés de 0 à 24 mois, admis pour malnutrition aiguë sévère avec complications médicales au Niger, sont des enfants dont les mères sont très jeunes. L'âge et le statut nutritionnel des mères sont fortement associés à la malnutrition chronique. Lorsqu'une jeune fille de moins de 18 ans tombe enceinte, son développement physiologique entre en compétition avec celui du fœtus, entraînant souvent la naissance d'un enfant avec un petit poids (inférieur à 2,5kg).

**Un intervalle intergénérisique trop court:** Un court intervalle entre les naissances est un facteur de risque important pour la santé et le statut nutritionnel des mères et des enfants. Au Niger, 66% des mères accouchent à nouveau après un intervalle de temps trop court (inférieur à 36 mois, dont 23% inférieur à 24 mois) pour leur permettre une pleine récupération de la naissance antérieure. L'Enquête Démographique et de Santé de 2012 (EDS 2012) montre que 51% des enfants nés dans un intervalle intergénérisique inférieur à 24 mois souffre de malnutrition chronique; 42 % s'il est supérieur à 24 mois et inférieur à 48 mois; et 36 % dans le groupe d'enfants nés avec un intervalle intergénérisique supérieur à 48 mois.

#### **1.4 Manifestation du problème: des niveaux de malnutrition très importants chez les enfants et les femmes au Niger**

La prévalence actuelle de la sous-nutrition au Niger est très élevée et les tendances sont restées inchangées durant la dernière décennie malgré les efforts et engagements forts pris par le Gouvernement du Niger. Les taux de malnutrition, toutes formes confondues, indiquent que le Niger dépasse les seuils globalement admis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Au Niger, près d'un enfant de moins de cinq ans sur deux (soit plus d'un million et demi d'enfants) souffre aujourd'hui de malnutrition chronique (reconnaisable physiquement par un retard de croissance, un enfant de petite taille par rapport à son âge). Ceci entrave considérablement le développement de son cerveau et de son système immunitaire. Les enfants malnutris chroniques sont ainsi plus sensibles aux maladies et risquent d'avoir plus de difficultés durant leur scolarité, pouvant entraîner des résultats médiocres à l'école, puis plus tard, une activité économique réduite et donc une plus faible capacité à générer des revenus à l'âge adulte. La malnutrition chronique durant la petite enfance peut aussi être à l'origine de maladies non transmissibles chez l'adulte (hypertension, diabète, surpoids/obésité, etc.). Ceci est lié au fait que l'organisme s'est habitué à fonctionner avec peu et s'adapte ensuite mal physiologiquement à une alimentation plus riche. C'est un problème croissant au Niger, surtout en zone urbaine.

L'état nutritionnel des femmes en âge de procréer (15-49 ans) est marqué par le double fardeau de la sous nutrition et de la surnutrition. En effet, le déficit énergétique (IMC inférieur à 18,5) reste important (16%)<sup>1</sup>, tandis que 14% des femmes ont eu un IMC élevé (25 ou plus), ce qui les expose aux maladies chroniques non transmissibles. Bien que de plus faible ampleur que chez les adultes, la surnutrition touche également 3% des enfants de moins de 5 ans<sup>2</sup>.

Plus du quart (27%) des enfants nigériens (soit plus de 225 000 chaque année) naissent avec un faible poids de naissance, indication d'un retard datant de la vie intra-utérine. Ce retard est souvent lié à la santé de la mère, à son statut nutritionnel (notamment si elle aussi a souffert de malnutrition chronique durant sa petite enfance) et à son âge.

---

<sup>1</sup> EDSN-MICS 2012

<sup>2</sup> Source : Global Nutrition Report 2014

Enfin, la malnutrition aiguë (reconnaissable physiquement par une extrême maigreur pour les cas sévères) affecte chaque année plus d'un million d'enfants dont au moins 350 000 sous la forme la plus sévère (MAS). Parmi ces cas de MAS, quelque 55 000 enfants présentent des complications médicales sérieuses qui nécessitent une hospitalisation et des soins intensifs.

Moins visibles que la malnutrition chronique ou la malnutrition aiguë, les carences en micronutriments, souvent qualifiées de « tueur silencieux », sont également présentes au Niger. Près des trois quarts (73%) des enfants de moins de cinq ans souffrent d'anémie, un indicateur de carences en fer, un des micronutriments clés essentiels à la survie, à la croissance et au développement de l'enfant. L'anémie touche aussi plus de la moitié (56%) des femmes nigériennes en âge de procréer. Les autres carences en micronutriments y compris en acide folique, vitamine A et zinc, sont également élevés. Enfin, plus de 80% de la population risque des troubles dus aux carences en iode car le sel consommé est principalement non iodé ou en dessous du seuil optimal requis. Les troubles dus aux carences en iode sont l'une des causes les plus connues de retard mental et de troubles durant la grossesse pouvant occasionner la mort du fœtus dans l'utérus ou la naissance d'un enfant mort-né.

De tels niveaux de malnutrition au Niger ont des conséquences alarmantes:

- Plus de 46 000 décès annuels d'enfants sont estimés être liés à la sous-nutrition (toutes formes confondues : malnutrition chronique, aiguë et carence en micronutriments).
- Le manque à gagner pour le Produit Intérieur Brut (PIB) est considérable. Le rapport global de nutrition de 2014 estime que les pays connaissant le fardeau de la sous-nutrition en Afrique perdent 8% à 20% de leur PIB.
- Les investissements dans le secteur de l'éducation ne produisent pas les résultats escomptés car les enfants ont un potentiel d'apprentissage plus limité par un statut nutritionnel amoindri.
- La capacité d'initiative et de travail est affectée et la productivité est réduite, ce qui contribue au cycle vicieux de la pauvreté et de la sous nutrition.

## **II. Formulation de la politique nationale de sécurité nutritionnelle**

Globalement, les connaissances sur les causes de la malnutrition n'ont jamais été aussi fortes qu'aujourd'hui. Cette meilleure compréhension permet dorénavant de réduire efficacement le taux de malnutrition et de mieux estimer les coûts de mise en opération. Toutes les formes de sous-nutrition peuvent ainsi être significativement réduites à moyen terme. Selon le Lancet (2013) si 10 interventions spécifiques à la nutrition sont menées sur 90 % du pays, on pourrait avoir une réduction de 20% du retard de croissance, 60% de la MAS et 15% de la mortalité. Au Niger, seules les interventions d'urgence de lutte contre la MAS ont reçu une attention particulière jusqu'à présent. La prévention et les autres interventions ont été reléguées au second plan, avec la mise en place de projets pilotes, à petite échelle, et les autres secteurs n'étaient que peu (ou pas) intéressés à la nutrition.

Tous les secteurs concernés par la nutrition doivent contribuer autant qu'ils le peuvent à améliorer l'état nutritionnel des populations, en élargissant la couverture des interventions ciblées de nutrition<sup>3</sup> (spécifique et sensible) à toutes les personnes qui en ont besoin. De plus, un engagement politique fort est une condition préalable qui doit permettre la réduction de la malnutrition en assurant un suivi / évaluation des résultats, une coordination horizontale et verticale, un plaidoyer stratégique, une meilleure mobilisation des ressources favorisant des investissements conséquents dans le domaine de la nutrition; comme mentionné dans la plus récente publication scientifique de référence sur ce sujet (*The Lancet, Maternal and Child nutrition Series*, 2013). Ainsi, le Cadre conceptuel d'optimisation des actions de nutrition, issu du Lancet 2013 (cf. Annexe 2) a été utilisé et suivi pour articuler les engagements du Gouvernement du Niger.

## 2.1 Vision, but et principes directeurs de la politique

Les orientations de la politique nationale multisectorielle de sécurité nutritionnelle trouvent leurs fondements dans la Constitution du Niger de 2010, la Déclaration de Politique Générale de 2012, le Plan de Développement Economique et Social du Niger 2011-2015, et les instruments juridiques internationaux ratifiés par le Niger.

### Vision

La population nigérienne jouit d'un statut nutritionnel adéquat pour assurer le développement, la résilience et la prospérité du Niger.

### But de la Politique

La présente politique vise à permettre au Niger d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD), particulièrement l'ODD2: éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir une agriculture durable.

### Principes directeurs

La question de nutrition est un élément de souveraineté et de développement national qui nécessite un engagement politique fort. Les principes suivants seront considérés:

- **L'Intégration:** la promotion d'un ensemble intégré d'interventions multisectorielles à fort impact basées sur des évidences scientifiques, mis à une échelle significative pour obtenir

---

<sup>3</sup> **Les interventions spécifiques à la nutrition** visent à influencer sur les déterminants immédiats de la nutrition et le développement foetal et infantile, notamment par un apport nutritionnel adéquat, et le contrôle des maladies infectieuses. Exemples: apport de micro nutriments à la mère et à l'enfant, promotion d'un allaitement optimal, traitement de la malnutrition aiguë sévère, prévention et prise en charge des maladies, et nutrition en situation d'urgence. **Les interventions sensibles à la nutrition:** visent à influencer sur les déterminants sous-jacents et structurels de la nutrition comme la sécurité alimentaire; la disponibilité de ressources; l'accès aux services sociaux de base (dont la santé, l'eau et l'école), les pratiques de soins et d'éducation adéquates, et un environnement salubre. Ces interventions sensibles à la nutrition (comme la micro irrigation familiale, les transferts sociaux, l'autonomisation des femmes, le planning familial, la scolarisation de la jeune fille, etc.) peuvent amplifier et accroître l'efficacité et l'impact des interventions spécifiques.

des résultats qui influenceront les indicateurs nationaux du statut nutritionnel. Il en est de même pour l'intégration systématique de la nutrition dans tous les programmes de développement.

- **La prise en compte du genre, de l'équité** afin de créer un environnement favorable pour renforcer le pouvoir de décision et la participation des femmes dans l'ensemble des secteurs concernés par la sécurité nutritionnelle.
- **La participation communautaire:** Les communautés et la société civile doivent jouer un rôle central et leur responsabilité doit être accentuée dans la lutte contre l'insécurité nutritionnelle. Les activités communautaires mises en place doivent notamment favoriser les changements de comportement (exemple des PFE), l'augmentation de la demande et l'utilisation des services sociaux de base, et l'adaptation aux changements climatiques.
- **Le renforcement de la bonne gouvernance, de la coordination et du partenariat:** l'accent sera mis sur la coordination, l'harmonisation et le renforcement de partenariats (OSC, PTF, Etat) pour plus de synergie, de complémentarité, d'efficacité et d'appropriation des interventions.
- **Les évidences scientifiques:** Les engagements de la PNSN s'appuient sur des évidences scientifiques ainsi que sur des bonnes pratiques locales et globales.
- **La consolidation du lien entre urgence, réhabilitation et développement:** L'urgence, la réhabilitation et le développement ne doivent pas être séquencés mais au contraire, ils doivent se dérouler simultanément en considérant la réduction des risques et la mitigation des catastrophes comme un élément central de leurs actions, notamment à cause du changement climatique.

## 2.2 Objectifs de la politique

### Objectif général

La politique nationale sur la sécurité nutritionnelle, qui exprime l'engagement pris par le Gouvernement de la République du Niger, vise à éliminer toutes les formes de malnutrition au travers d'une large mobilisation multisectorielle de ressources institutionnelles, humaines, et financières.

### Objectifs spécifiques

- Assurer le développement d'un cadre multisectoriel permettant l'opérationnalisation des services d'appui à la sécurité nutritionnelle.
- Instaurer les accords et mécanismes institutionnels à mettre en place pour la planification, la coordination, les ressources, la mise en œuvre et le suivi du processus;
- Définir les rôles et responsabilités des secteurs clés du Gouvernement, des institutions et à tous les acteurs concernés pour répondre à cet objectif.
- Définir les cadres de redevabilité pour les principaux acteurs concernés.

## 2.3 Engagements du Niger et orientations stratégiques correspondantes

Tenant compte de la situation de la sécurité nutritionnelle, et pour atteindre les objectifs fixés, la présente politique nationale de sécurité nutritionnelle formule les engagements majeurs que le Niger et ses partenaires doivent honorer pour le bien-être des Nigériennes et des Nigériens, au cours de la période 2016-2025. Ces engagements ciblent particulièrement les plus vulnérables d'entre eux, les femmes et les enfants.

**Engagement 1:** Le Niger s'engage à assurer que les politiques et instruments qui protègent et améliorent la sécurité nutritionnelle et le cadre de vie des Nigériennes et des Nigériens, particulièrement au niveau des groupes vulnérables, soient formulés et guident les décisions et actions du Gouvernement et de ses partenaires.

### Directions stratégiques

- 1.1 Développer et valider la politique et la stratégie nationale de sécurité nutritionnelle en incluant un cadre de redevabilité et de suivi.
- 1.2 Analyser, réviser et mettre à jour les principales politiques, stratégies et plans d'action des secteurs clés (santé, agriculture, élevage, environnement, hydraulique, assainissement, éducation, protection sociale) en intégrant les connaissances les plus récentes et les indicateurs de sécurité nutritionnelle
- 1.3 Assurer une information adéquate sur l'impact du statut nutritionnel d'une communauté sur son développement socio-économique et mobiliser les ministères concernés pour la prise en compte de la nutrition dans leur planification et mobilisation de ressources.
- 1.4 Assurer une complémentarité et une articulation entre les efforts encadrés par les politiques nationales de développement et les réponses aux situations d'urgence en matière d'insécurité alimentaire et nutritionnelle aiguë. Appuyer le développement de lignes d'action de nutrition et de leurs budgets, et introduire la sécurité nutritionnelle dans le cadre commun de résultats des secteurs clés du Gouvernement au niveau national et local, en suivant l'adoption du schéma développé par la politique nationale de décentralisation.
- 1.5 Coordonner les efforts de mobilisation des ressources pour assurer un appui adéquat aux actions spécifiques et sensibles à la nutrition par les différents secteurs et créer un environnement favorable à la sécurité nutritionnelle en créant les liens appropriés avec les autres politiques et programmes du gouvernement portant sur la réduction de la pauvreté, le genre et la protection environnementale.
- 1.6 Assurer que les dépenses effectuées pour la sécurité nutritionnelle, tant sur le plan national qu'au niveau décentralisé, soient suivies et révisées selon le processus de revue des dépenses publiques.
- 1.7 Assurer que le pouvoir de prise de décision des femmes en relation avec la nutrition soit renforcé; et que les femmes soient assurées d'un environnement favorable (famille, communauté), particulièrement en ce qui concerne l'accès aux services de santé

maternelle et de nutrition, et la promotion des pratiques familiales essentielles, notamment l'allaitement maternel, la prévention de la grossesse précoce et d'un intervalle intergénérisique trop court, et l'accès aux compléments nutritionnels.

- 1.8 Répondre à la détérioration de la situation et/ou à l'accroissement des risques nutritionnels dus aux crises et aux catastrophes en collaboration avec le Dispositif National de Gestion et de Prévention des Crises et Catastrophes (DNPGCCA), et assurer qu'un ensemble minimum d'interventions pour la préparation et la gestion de l'urgence nutritionnelle et sa mitigation soit mis en œuvre.
- 1.9 Créer des conditions favorables pour la mise en œuvre et le suivi des interventions prioritaires qui assurent la sécurité nutritionnelle en établissant des mécanismes forts de coordination, de suivi et de redevabilité et en maintenant un système d'information transparent et inclusif.
- 1.10 Développer des politiques et des stratégies visant le renforcement des capacités en faveur de la sécurité nutritionnelle et à tous les niveaux.

**Institutions responsables: Haut-Commissariat à l'Initiative 3N, CMPS 4**

**Secteurs collaboratifs:** Ministère de la Santé Publique, Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement, Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant, Ministère de l'Agriculture, Ministère de l'Elevage, Ministères en charge de l'Education et de la Formation, Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère de l'Aménagement du Territoire et du Développement Communautaire, Ministère des Mines et du Développement Industrielle, Ministère en charge du Commerce, Ministère de l'Economie et des Finances.

**Engagement 2: Le Niger s'engage à assurer une nutrition et un développement optimal pour chaque enfant, une nutrition adéquate durant l'adolescence en particulier pour les jeunes filles, et un apport nutritionnel approprié pendant la grossesse et l'allaitement.**

**Directions stratégiques**

- 2.1 Développer et mettre en œuvre à grande échelle et durant le cycle de vie, des stratégies ayant fait leurs preuves et qui concernent:
  - La santé et la nutrition des adolescentes avant/pendant/après leur grossesse (par exemple: l'éducation nutritionnelle générale et ciblée, la supplémentation en fer-acide folique / en micronutriments multiples).
  - La santé et la nutrition de la mère pendant la grossesse et l'allaitement (éducation nutritionnelle, satisfaction des besoins caloriques croissants, conseil sur les micronutriments, allégement de la charge de travail).
  - Le renforcement des services de santé reproductive et la promotion des bonnes pratiques, notamment la prévention des grossesses chez l'adolescente et des grossesses rapprochées, causes fréquentes de nouveau-nés avec un petit poids de naissance.



- Les pratiques optimales d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, avec une attention particulière sur les deux premières années de vie (0-24 mois), notamment les pratiques optimales d'allaitement maternel et d'alimentation de complément (y compris la diversification), ainsi que l'amélioration de l'accès aux micronutriments essentiels comme la vitamine A, le fer et l'iode.
- 2.2 Assurer le traitement de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans.
  - 2.3 Assurer la prévention, le traitement et la gestion des maladies pendant la grossesse, la petite enfance et l'enfance (notamment le paludisme, la diarrhée, la pneumonie et les vers intestinaux, la diversification alimentaire).
  - 2.4 Développer et mettre en œuvre des stratégies de communication pour un changement de comportement et d'éducation qui prennent en compte les spécificités sociales et culturelles du Niger (par exemple: la prévention des grossesses précoces et de l'intervalle intergénéral trop court, et la promotion et protection de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant).
  - 2.5 Veiller à ce que le dépistage des troubles nutritionnels, le référencement et la provision de services soient intégrés durant le développement, la planification, la mise en œuvre, et le suivi de la politique nationale de sécurité nutritionnelle.
  - 2.6 Assurer une coordination nutritionnelle efficace dans le secteur de la santé et renforcer les structures de coordination qui facilitent l'analyse multisectorielle et la réponse aux problèmes de malnutrition et de l'insécurité nutritionnelle.
  - 2.7 Garantir que les stratégies et programmes de nutrition soient conçus en reconnaissant et en identifiant les rôles que les femmes et les hommes doivent respectivement jouer dans la sécurité nutritionnelle.

**Ministère responsable: Ministère de la Santé Publique**

**Secteurs collaboratifs:** Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement, Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant, Ministère de l'Agriculture, Ministère de l'Elevage, Ministères en charge de l'Education et de la Formation, Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère de l'Aménagement du Territoire et du Développement Communautaire.

**Engagement 3: Le Niger s'engage à créer les conditions d'une disponibilité accrue de l'approvisionnement et de la consommation d'aliments diversifiés, pour garantir une alimentation quantitativement et qualitativement adéquate aux enfants de moins de cinq ans, aux adolescentes et adolescents, aux femmes enceintes et allaitantes et ceci durant les différentes périodes de l'année y compris la période de soudure.**

**Directions stratégiques**

- 3.1 Développer et mettre en œuvre des stratégies basées sur des évidences scientifiques pour assurer que les investissements clés du secteur de la sécurité alimentaire soient guidés par

l'amélioration de l'accès et l'accroissement de la consommation d'aliments à haute valeur nutritive, en quantité adéquate par les enfants de moins de cinq ans (et surtout durant les premiers 24 mois de vie), les femmes enceintes et allaitantes, les adolescentes et adolescents.

- 3.2 Assurer que des stratégies de renforcement des responsabilités et des droits de la femme dans le secteur de l'Agriculture, y compris pour la promotion, la transformation et la préparation des aliments, soient développées et mises en œuvre, en veillant à mitiger tout impact négatif sur l'allaitement maternel, et les soins aux enfants.
- 3.3 Renforcer le développement agricole au travers de transferts sociaux.
- 3.4 Promouvoir la demande avec un appui aux achats locaux, ainsi qu'à la production locale, à la transformation, à la fortification, au stockage, et à la commercialisation dans de bonnes conditions de sécurité alimentaire, et la préparation des aliments à haute valeur nutritive.
- 3.5 Assurer une meilleure sécurité sanitaire des aliments.

**Ministères responsables: Ministère de l'Agriculture. Ministère de l'Elevage.**

**Secteurs collaboratifs:** Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement, Ministère de l'Environnement, de la Salubrité Urbaine et du Développement Durable, Ministère de la Santé Publique, Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant, Ministère en charge du Commerce et de la promotion du secteur privé.

**Engagement 4: Le Niger s'engage à assurer le développement et la mise à l'échelle de stratégies permettant un accès à l'eau potable, et aux infrastructures d'hygiène et d'assainissement pour les enfants, les femmes et les hommes.**

### **Directions Stratégiques**

- 4.1 Promouvoir l'accès à l'eau potable et à des pratiques optimales d'hygiène et d'assainissement en accordant la priorité aux interventions basées sur des évidences scientifiques notamment le lavage des mains aux moments critiques de la journée et l'assainissement total piloté par les communautés. Promouvoir des pratiques de conservation et de gestion de l'eau au niveau des ménages qui garantissent une eau potable au point d'utilisation.
- 4.2 Renforcer le plaidoyer et la sensibilisation à tous les niveaux concernant l'impact de l'assainissement, de la salubrité publique, et de l'accès/utilisation de l'eau potable sur le statut nutritionnel en documentant par des évidences locales, régionales et globales.
- 4.3 Assurer que les stratégies et interventions visant à faciliter l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, prennent en compte la situation, le rôle et le temps de travail des femmes.
- 4.4 Assurer un contrôle de la qualité de l'eau pour que de l'eau non contaminée et de qualité soit utilisée pour la consommation humaine.
- 4.5 Assurer l'utilisation d'une eau non polluée par des éléments nocifs à la santé humaine dans la production agricole.

- 4.6 Assurer que les indicateurs nutritionnels soient pris en compte dans la conception, le ciblage des interventions en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement (WASH) et dans la mobilisation des ressources.
- 4.7 Assurer que les interventions communautaires ou basées dans les structures, intègrent le paquet minimum dénommé « Eau et Assainissement dans la nutrition ».
- 4.8 Assurer une gestion durable des déchets solides et liquides pour éviter la contamination de l'environnement et des aliments.

**Ministères responsables: Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement, Ministère de l'Environnement, de la Salubrité Urbaine et du Développement durable**

**Secteurs collaboratifs:** Ministère de l'Agriculture, Ministère de l'Elevage, Ministère de la Santé Publique, Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme, et de la Protection de l'Enfant, Ministères en charge de l'Education et de la Formation, Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère de l'Aménagement du Territoire et du Développement Communautaire.

**Engagement 5: Le Niger s'engage à ce qu'un socle de protection sociale ou des programmes de protection sociale contribuent directement ou indirectement à la promotion de la sécurité nutritionnelle en particulier pour les catégories les plus vulnérables.**

### **Directions stratégiques**

- 5.1 Assurer que les programmes de protection sociale dont les programmes de transferts sociaux, prennent en compte la capacitation des femmes et les vulnérabilités spécifiques liées à la sécurité nutritionnelle.
- 5.2 Accompagner autant que possible les programmes de protection sociale, et en particulier les programmes de transferts sociaux qu'ils soient durables ou d'urgence (distributions en nature ou en espèces), par des services essentiels de nutrition y compris des activités d'information et de promotion des actions de nutrition pour les mères et les enfants.
- 5.3 Assurer que les catégories vulnérables à l'insécurité nutritionnelle (femmes enceintes, allaitantes ou mères d'enfants de moins de 24 mois) ne soient pas exposées à un travail excessif ou à un travail interférant négativement sur les soins aux jeunes enfants dans les programmes de protection sociale.
- 5.4 Assurer que les stratégies et les programmes de nutrition soient conçus par tous les Ministères concernés (Santé, Population, Promotion de la femme et Protection de l'enfant, Education, Agriculture, Hydraulique, etc.), en tenant compte de la différence des rôles joués par les hommes et les femmes dans la sécurité nutritionnelle, dont notamment le besoin de prévenir les grossesses précoces et l'intervalle intergénéral trop court.

**Ministère responsable: Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme, de la Protection de l'Enfant.**

**Secteurs collaboratifs:** Ministère de la Santé Publique, Ministère de l'Éducation, DNPGCCA, Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement, Ministère de l'Agriculture, Ministère de l'Élevage, Ministères en charge de l'Éducation et de la Formation.

**Engagement 6: Le Niger s'engage pour une éducation formelle et non formelle qui promeut la sécurité nutritionnelle.**

### **Directions stratégiques**

- 6.1 Assurer que les écoles soient utilisées comme des plateformes de transfert de compétences de vie incluant la sécurité nutritionnelle, la promotion de l'hygiène et de l'assainissement en milieu scolaire et communautaire y compris l'amélioration des infrastructures (approvisionnement en eau, latrines), les connaissances clés et pratiques pour une nutrition optimale, promouvoir le maintien des filles à l'école, et la lutte contre les grossesses précoces.
- 6.2 Promouvoir et faciliter l'accès aux interventions pertinentes pour améliorer le statut nutritionnel de la jeune fille (exemples : promotion d'aliments riches en micronutriments, supplémentation en micronutriments, déparasitage).
- 6.3 Assurer que l'enseignement préscolaire intègre les interventions visant le développement psychomoteur et social du jeune enfant.
- 6.4 Assurer que les adolescentes et adolescents accèdent aux connaissances clés concernant la nutrition durant la grossesse, et le suivi de la grossesse pour une protection optimale de la croissance du fœtus; la nutrition et le développement psychomoteur du nourrisson et du jeune enfant.
- 6.5 Assurer que les programmes de nutrition scolaires soient conçus avec des objectifs et des indicateurs précis (éducation de la jeune fille, fréquentation scolaire etc.), en lien avec les produits de la sécurité nutritionnelle.
- 6.6 Assurer que les formations de base et continues d'enseignants et de personnels d'encadrement pédagogique, intègrent les notions de base de la nutrition.

**Ministères responsables: Ministères en charge de l'Éducation et de la Formation**

**Secteurs collaboratifs:** Ministère de la Santé Publique, Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme, et de la Protection de l'Enfant, Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement, Ministère de l'Agriculture, Ministère de l'Élevage.

**Engagement 7: Le Niger s'engage à lutter contre le surpoids et l'obésité, y compris la surnutrition des enfants, et à réduire l'incidence des maladies non transmissibles (prévenir et contrôler les maladies liées à la mauvaise alimentation et ses conséquences).**

### **Directions stratégiques**

- 7.1 Sensibiliser la population sur les facteurs de risques et les déterminants majeurs des maladies non transmissibles notamment en ce qui concerne les conséquences de l'obésité, les maladies cardiovasculaires, la goutte, etc.
- 7.2 Assurer que les interventions spécifiques et basées sur l'évidence soient menées pour prévenir et prendre en charge la malnutrition, notamment la surveillance intégrée des maladies non transmissibles, afin de quantifier les déterminants et les tendances des maladies non transmissibles liées à la nutrition.
- 7.3 Assurer la mise en place de cadres régulateurs et de mesures de suivi, pour prévenir et adresser la surnutrition.
- 7.4 Faire un plaidoyer à l'intention des décideurs sur les liens entre sous-nutrition et surnutrition, par exemple : la sous-nutrition de la mère et ensuite sa surnutrition à des stades plus avancés.

### **Ministère Responsable: Ministère de la Santé Publique**

**Secteurs collaboratifs:** Ministère de l'Agriculture, Ministère de l'Elevage, de l'Environnement, de la Salubrité urbaine et du développement durable, de l'Hydraulique, du Commerce, de l'Economie et des Finances, Ministères en charge de l'Education et de la Formation, Ministère de la Jeunesse et des Sports.

**Engagement 8: Le Niger s'engage à développer et mettre à l'échelle des stratégies de communication cohérentes et multisectorielles assurant un support politique, des changements sociaux et de comportements favorisant une meilleure nutrition.**

### **Directions Stratégiques**

- 8.1 Elaborer et assurer le suivi de la mise en œuvre d'un plan de communication et de plaidoyer cohérent, harmonisé, et multisectoriel, ainsi que son plan opérationnel budgétisé.
- 8.2 Assurer la cohérence et l'harmonisation des messages clés, notamment: sur les grossesses précoces, l'intervalle intergénérisique trop court, les soins et le soutien/conseil aux femmes enceintes, les bonnes pratiques d'allaitement maternelle, les compléments alimentaires appropriés, l'hygiène et assainissement, et l'importance des bonnes pratiques pour prévenir les maladies infantiles.
- 8.3 Assurer un processus continu d'information, d'éducation et de communication, aussi bien pour le niveau national que pour des contextes spécifiques (activer/revitaliser la mise à

l'échelle des actions de nutrition, en utilisant dans la mesure du possible le Mouvement SUN).

**Ministère responsable: Ministère en charge de la Communication**

**Secteurs collaboratifs:** Ministère de la Santé Publique, Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement, Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant, Ministère de l'Agriculture, Ministère de l'Élevage, Ministères en charge de l'Éducation et de la Formation, Ministère de l'Économie et des Finances, Ministère de l'Aménagement du Territoire et du Développement Communautaire, Ministère des Mines et du Développement Industrielle, Ministère en charge du Commerce.

## **2.4 Gouvernance et financement**

Pour la mise en œuvre de la politique nationale de sécurité nutritionnelle, l'adoption du schéma développé par la politique nationale de décentralisation serait un atout. En effet, le rôle accru attribué aux conseils régionaux et aux conseils communaux fait que ces institutions sont les plus indiquées pour mener à bien l'opérationnalisation de cette politique. Ces institutions décentralisées jouissent dorénavant d'une autorité morale et juridique leur permettant d'élaborer leurs propres budgets et planifications et d'en assurer la mise en œuvre, ce qui est un gage de pérennisation. Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) intervenant dans les différents secteurs, reconnaissent d'ailleurs unanimement la nécessité de responsabiliser davantage les conseils régionaux et locaux.

Au niveau national, le Comité Multisectoriel de Pilotage du Programme Stratégique (CMPS), soutenu par le Haut-Commissariat à l'Initiative 3N, conservera la responsabilité globale de la préparation et de la supervision des plans et budgets annuels, du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la politique nationale de sécurité nutritionnelle par les institutions et acteurs concernés.

Aux niveaux des régions et des communes, le modèle d'opérationnalisation de la politique nationale devrait s'appuyer sur le leadership des conseils régionaux et communaux. Les directions techniques décentralisées (régionales et départementales) assureront l'accompagnement et l'assistance technique aux élus locaux (conseillers communaux et régionaux), tandis que les gouverneurs et préfets assureront le contrôle de la légalité des activités planifiées par les élus. La nutrition devra être intégrée dans les plans de développement régionaux et communaux au même titre que l'agriculture, l'élevage, la santé, ou l'hydraulique.

## **2.5 Capacités de mise en œuvre et processus de renforcement**

Les dispositions émises dans la PNSN doivent être traduites en stratégies, plans d'action et budgets par les ministères et les institutions gouvernementales responsables, selon les indications mentionnées dans chaque «engagement». Les objectifs à atteindre pour chaque activité mise œuvre doivent être clairement définis, ainsi que leurs moyens de vérification.

Dans les cas où les capacités (humaines, matérielles et organisationnelles) existantes des organismes désignés pour la planification, la mise en œuvre, et le suivi et évaluation ne sont pas suffisantes pour l'accomplissement de leur mandat, les plans d'action respectifs et les budgets de ces organismes devraient inclure des dispositions explicites pour remédier à ces déficits de capacités. Les ministères et secteurs concernés devront ainsi s'assurer qu'ils disposent ou mettent en place les capacités nécessaires pour qu'ils puissent répondre à leurs obligations, telles que définies dans la PNSN.

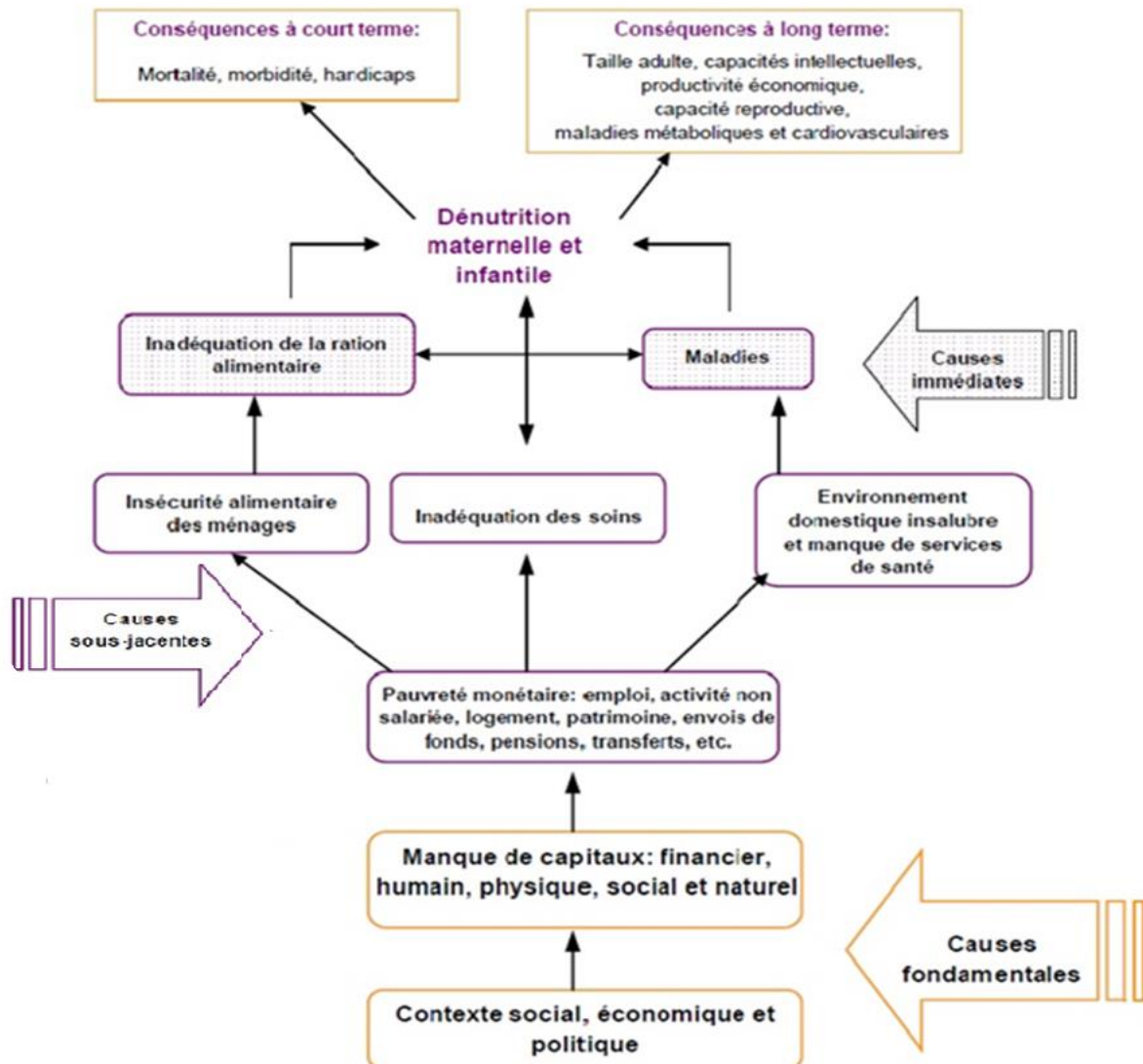
Ces dispositions s'appliquent également pour le management multisectoriel et pour la coordination des activités de nutrition, qui doivent aujourd'hui faire face à des capacités limitées, notamment aux niveaux régional et local (régions, districts, communes et villages).

L'ensemble du processus de planification de la mise en œuvre et du renforcement des capacités permettant un management multisectoriel effectif de la nutrition doit être contrôlé et soutenu par l'agence nationale en charge de la coordination de cette politique, le HCI3N, et constitue l'objet d'une attention particulière d'un comité multisectoriel de haut niveau, le CMPS4.

## Annexes

### Annexe 1 : Le Cadre Conceptuel de la Nutrition

Cadre conceptuel de la nutrition



Source: basé sur l'UNICEF (1990) et adapté dans *The Lancet Series*, 2008



Annexe 2 : Cadre conceptuel d'optimisation des actions de nutrition (source Lancet)

