



étude  
de cas



## Prise en charge de la malnutrition au Niger

### Situation

Les enfants malnutris sont parmi les plus vulnérables au Niger, un des pays les plus pauvres du monde. Le Niger occupe le dernier rang (182) dans le classement 2009 de l'Indice de développement humain<sup>1</sup> et avait en 2008<sup>2</sup> un taux de pauvreté estimé à 59,5 %.

En juin 2010, le taux de malnutrition aiguë au Niger a atteint 16,7 % chez les enfants de moins de cinq ans, un niveau bien au-dessus du seuil d'urgence de 15 % et du taux de 12,3 % estimé en 2009. Dans certaines régions, telles que Diffa et Maradi, il est de 22,1 % et 19,7 % respectivement, contre 17 % et 13,1 % en 2009. De même, le taux de malnutrition aiguë sévère, qui augmente sérieusement les risques de mortalité infantile, est passé d'une moyenne de 2,1 % en 2009 à 3,2 % en 2010<sup>3</sup>. En novembre 2010, le taux de malnutrition aiguë globale a atteint 15,5 %, alors que le taux de malnutrition aiguë sévère est resté le même<sup>4</sup>.

Première cause de mortalité et de morbidité infantile au Niger, la malnutrition n'est pas causée exclusivement par l'insécurité alimentaire. Elle peut résulter d'une multiplicité d'autres causes dont la maladie, un environnement insalubre, la consommation d'eau polluée ou la négligence parentale. Les habitudes alimentaires, la faible couverture sanitaire, la disponibilité limitée d'eau potable et de médicaments sont autant de facteurs qui influent sur la nutrition et la santé. On peut les considérer comme des causes sous-jacentes de la maladie et de l'inadéquation du régime alimentaire<sup>5</sup>. Lorsqu'un enfant souffre de malnutrition, son système immunitaire est affecté. Les maladies courantes comme le paludisme ou les diarrhées peuvent générer des complications et les risques de décès sont très élevés. Cependant, la malnutrition se soigne, et des actions de prévention sont possibles.

Suite aux mauvais résultats de la campagne agricole et pastorale de l'année 2009-2010, le Niger a subi en 2010 une grave crise alimentaire. L'analyse de la sécurité alimentaire actuelle des ménages, menée par le gouvernement en avril 2010, montre que l'insécurité alimentaire sévère a touché 22,2 % de la population, soit 3,3 millions de personnes, tandis que l'insécurité alimentaire modérée a affecté 25,5 % de la population, soit 3,8 millions de personnes. Globalement, l'insécurité alimentaire sévère et modérée touche 47,7 % de la population soit 7,1 millions de personnes.

## Faits et chiffres

Aujourd'hui, dans le monde, 1 milliard de personnes souffrent de malnutrition.

Chaque année, plus de 6 millions d'enfants meurent des suites de la malnutrition.

Chaque jour 25 000 personnes, essentiellement des enfants, meurent de malnutrition.

En Afrique, un tiers des enfants souffre de malnutrition.

Au Niger, seulement 9,9 % des enfants de moins de 6 mois sont exclusivement allaités et ce taux est plus faible chez les mères sans instruction.

40 % de la population nigérienne n'a pas accès à l'eau potable.

80 % des ménages nigériens n'ont pas leurs propres latrines.

Au Niger, le taux de couverture en assainissement est de 43 % en milieu urbain, et de 4 % seulement en milieu rural.

La Croix-Rouge et le Croissant-Rouge luttent contre la malnutrition dans les pays les plus touchés.

Au Niger, la Croix-Rouge intervient dans 66 centres de santé intégrée et trois CRENI au niveau des hôpitaux de district dans les régions de Zinder, d'Agadez et de Niamey.

## Action

La Croix-Rouge française est présente au Niger depuis 1998. Elle y a établi une coopération avec la Croix-Rouge nigérienne pour combattre la malnutrition dans les régions de Niamey, d'Agadez et de Zinder. Elle a mis en place des programmes pour lutter dans la durée contre la malnutrition.

## Renforcement des capacités

Les programmes de la Croix-Rouge prennent en charge le renforcement des capacités des agents de santé, en les formant aux protocoles nationaux de prise en charge de la malnutrition. Ils comprennent l'équipement des centres de santé intégrés (CSI) en matériel anthropométrique (balances, toises) afin de pouvoir évaluer l'état nutritionnel des enfants, et en matériel médical pour faire un examen adéquat de l'enfant lorsqu'il arrive au CSI, ainsi que la fourniture d'intrants thérapeutiques.

## Partenariat

La démarche de la Croix-Rouge française consiste à permettre aux centres de santé publique nigériens de prendre en charge les enfants malnutris. Ces centres sont le premier point de contact de santé auquel les populations ont accès. Intégrer ces activités à celle de l'État est une méthode novatrice et peu habituelle des actions humanitaires.



Cette approche, dite d'intégration, permet au centre de santé publique d'avoir les moyens et les compétences de prendre en charge les enfants malnutris. Les centres de santé peuvent aborder la santé de l'enfant dans sa globalité. Travailler avec l'État permet d'inscrire ces projets dans la durée, et d'être plus près des populations. Ces structures de santé publique existaient avant la présence de la Croix-Rouge française et perdureront après.

---

Les tabous alimentaires et l'ignorance font partie des causes sous-jacentes de la malnutrition et constituent un véritable frein à l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des enfants. La sensibilisation doit être un des piliers de l'approche intégrée des programmes afin de susciter un changement de comportement auprès des populations en générale et des mères d'enfants de moins de 5 ans en particulier.

**Ferdows Brah,**  
**Croix-Rouge française**

---

## Dépistage et orientation

Dans le cadre de son projet « nutrition à assise communautaire », la Croix-Rouge française a formé les volontaires de la Croix-Rouge nigérienne au suivi de la croissance des enfants de 0-36 mois, au dépistage actif (en utilisant le MUAC ou périmètre brachial), et les sept pratiques familiales essentielles<sup>6</sup> dans 85 villages qui se trouvent dans l'aire de santé de 14 centres de santé intégrée. Les volontaires sensibilisent les communautés à travers des messages relatifs à la santé et à la nutrition infantile, le suivi mensuel de la croissance des enfants de 0-36 mois par la pesée dont les valeurs sont reportées sur la courbe de croissance, ainsi que le dépistage actif des enfants de 37 à 59 mois par la mesure du périmètre brachial. Les enfants qui ont un périmètre brachial inférieur à 125 mm sont orientés vers les centres de santé intégrée, où ils sont pesés et toisés. Leur état nutritionnel y est évalué, et s'ils souffrent de malnutrition modérée ou sévère, ils sont pris en charge.

Dans le cadre de la crise alimentaire 2010, la Croix-Rouge a organisé des campagnes de dépistage actif dans 253 villages dans les aires de santé de 14 centres de santé intégrée dans le district sanitaire de Tanout (dans un rayon de 10 km des centres de santé intégrée). Le dépistage a été effectué par cinq équipes ambulatoires composées de cinq personnes (quatre volontaires de la Croix-Rouge nigérienne et un infirmier comme chef d'équipe), deux superviseurs d'équipes et un responsable du dépistage.



Au total, 24 268 enfants de 6 à 59 mois ont bénéficié du dépistage actif par la mesure du périmètre brachial. Tous les enfants ayant un périmètre brachial inférieur à 125 mm ont été pesés et toisés par les équipes au niveau des villages. Les enfants souffrant de malnutrition modérée, sévère ou sévère avec complications ont été orientés vers les structures sanitaires étatiques pour la prise en charge.

Au total, 2 356 enfants ont été dépistés et orientés vers les structures de prise en charge. Parmi eux, 2 072 ont été pris en charge, soit 88 % (1 534 souffrant de malnutrition modérée, 517 de malnutrition sévère et 21 de malnutrition sévère avec complications). Les 284 autres enfants feront l'objet de recherches lors du deuxième passage du dépistage actif.

Ce dépistage est essentiel, car plus la pathologie est décelée rapidement, plus les chances de survie de l'enfant sont importantes. Les enfants sont orientés vers les structures sanitaires étatiques pour une évaluation de leur état nutritionnel et une prise en charge de qualité. Le dépistage est souvent fait en coopération avec l'UNICEF et d'autres organisations, de manière à pouvoir toucher une plus grande partie de la population et évaluer le nombre d'enfants souffrant de cette pathologie. Coupler les actions de sensibilisation aux actions de dépistage est très important, car cela permet d'avoir un impact plus important sur le comportement.



## Prise en charge

Le niveau de prise en charge des enfants malnutris diffère selon le degré de malnutrition. En cas de malnutrition modérée, l'enfant reçoit un traitement systématique (vitamine A, fer, acide folique et mebendazol), son état vaccinal est contrôlé (vaccination contre la rougeole au besoin) et des intrants thérapeutiques (CSB<sup>7</sup>, huile et sucre sous forme de prémix) sont remis à la mère qui devra les préparer sous forme de bouillie. Dans les cas de malnutrition sévère sans complication, l'apport thérapeutique diffère, l'enfant bénéficiant de « plumpy nut », un aliment prêt à l'emploi administré en fonction du poids de l'enfant. En cas de malnutrition sévère avec une complication médicale (paludisme, infections respiratoires aiguë, diarrhée), l'enfant est orienté vers l'hôpital de district où il recevra les soins adéquats (les centres de santé intégrée ne sont pas habilités à traiter les cas à complication médicale). Après les consultations médicales, les mères participent à des séances de sensibilisation organisées par les volontaires de la Croix-Rouge. On y discute des actions essentielles à la bonne nutrition de l'enfant, des pratiques alimentaires adéquates et d'autres actions de prévention liées à l'hygiène et à la promotion de la santé.

Selon le type de programme (malnutrition modérée ou sévère sans complication), les mères reviennent tous les 15 ou 8 jours respectivement pour un suivi de l'état nutritionnel de leur enfant et pour bénéficier des intrants thérapeutiques fournis par le Programme alimentaire mondial et l'UNICEF. La Croix-Rouge a donc renforcé les structures de santé existantes (en ressources humaines qualifiées, équipements médicaux, matériel de prise en charge et médicaments) qui aujourd'hui sont capables de prendre en charge les enfants malnutris, quelle que soit la gravité de leur état de santé.

---

C'est à travers cette sensibilisation que les populations changent leurs comportements.

**Animateur communautaire de la Croix-Rouge nigérienne**

---

## Sensibilisation

De plus, la Croix-Rouge mène des actions de sensibilisation à la fois pour faire connaître cette pathologie méconnue par la population et pour repérer les enfants malnutris dans les villages et les prendre en charge dans les centres de santé intégrée.

Ces actions de sensibilisation sont menées par les volontaires de la Croix-Rouge nigérienne, qui ont reçu au préalable des formations sur un certain nombre de messages clés sur la santé – nutrition infantile notamment à l'allaitement maternel exclusif, alimentation de complément, utilisation de moustiquaires imprégnées, importance de la vaccination. Les volontaires transmettent ces messages à travers les séances de sensibilisation organisées dans les différents villages.

## Résultats

La Croix-Rouge intervient dans 66 centres de santé intégrée et trois CRENI (centres de récupération nutritionnelle intensive) au niveau des hôpitaux de district dans les régions de Zinder, de Niamey et d'Agadez.

Pour l'année 2010 (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 octobre), le nombre des bénéficiaires par programme et par région se présente comme suit :

	<b>Enfants malnutris modérés (CRENAM)</b>	<b>Enfants malnutris sévères sans complication (CRENAS)</b>	<b>Enfants malnutris sévère avec complication (CRENI)</b>
<b>Zinder</b>			
Enfants entrés dans le programme	33 407	13 969	683
Enfants sortis du programme	19 276	9 666	569
Enfants sortis guéris du programme	16 104	8 923	524
Taux de guérison	83,54 %	92,31 %	92,09 %
<b>Agadez</b>			
Enfants entrés dans le programme	6 012	3 233	389
Enfants sortis du programme	4 355	2446	326
Enfants sortis guéris du programme	3 784	2 067	290
Taux de guérison	86,9 %	84,51 %	88,96 %
<b>Niamey</b>			
Enfants entrés dans le programme	1 677	1 204	0
Enfants sortis du programme	1 317	902	
Enfants sortis guéris du programme	1 174	824	
Taux de guérison	89,14 %	91,35 %	

Le taux de guérison des enfants malnutris, pour les centres où la Croix-Rouge intervient, est de 87 %. Il est de 84 % pour les enfants malnutris modérés, 94 % pour les malnutris sévères sans complication et 91 % pour les malnutris sévère avec complications. Cette différence est vraisemblablement due au fait que le suivi est plus poussé pour les enfants souffrant de malnutrition sévère.

## Que faire à long terme ?

Les habitudes alimentaires, l'absence de centre de santé, la disponibilité limitée d'eau potable et de médicaments sont autant de facteurs qui influent sur la nutrition et la santé. On peut les considérer comme des causes sous-jacentes de la maladie et de l'inadéquation du régime alimentaire. Au vu de la dimension multisectorielle des causes de la malnutrition, pour que ces actions aient un réel impact et pour réduire la malnutrition à long terme, il ne faut pas se limiter aux actions de sensibilisation, de dépistage et de prise en charge. Il

faut disposer de systèmes qui peuvent être renforcés quand cela s'avère nécessaire. Il faut également que les populations vulnérables puissent avoir accès à l'eau potable, et il est essentiel d'améliorer l'hygiène et l'assainissement. Et il faut créer des activités génératrices de revenus pour rehausser le niveau économique des ménages et faciliter ainsi l'accès aux denrées de première nécessité. Sans une approche intégrée, il est impossible d'avoir un véritable impact dans la durée.

<sup>1</sup> PNUD, Indice de développement humain 2009, <http://hdr.undp.org/fr/statistiques/>

<sup>2</sup> Le produit intérieur brut (PIB) par habitant est d'environ 340 dollars des États-Unis selon l'Enquête nationale budget consommation.

<sup>3</sup> Enquête nutrition et survie des enfants de 6 à 59 mois, Niger, mai – juin 2010. <http://ochaonline.un.org/CoordinationIASC/Securitealimentairenutrition/tabid/5651/language/fr-FR/Default.aspx>

<sup>4</sup> Enquête nutrition des enfants de 6 à 59 mois, Niger, octobre – novembre 2010.

<sup>5</sup> Comment évaluer la sécurité alimentaire ? Guide pratique pour les Sociétés nationales africaines. Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, avril 2006.

<sup>6</sup> Ces sept pratiques sont : 1) allaitement maternel exclusif, 2) lavage des mains, 3) utilisation de moustiquaires imprégnées, 4) diagnostic et traitement de la diarrhée, 5) alimentation complémentaire de qualité, 6) utilisation des services de santé préventifs et curatifs, 7) signes de danger des trois principales maladies.

<sup>7</sup> Mélange maïs-soja-bourgou.



Pour en savoir plus, contactez:

**Département de la préparation communautaire et de la réduction des risques**

Fédération internationale des Sociétés  
de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge  
Case postale 372  
CH-1211 Genève 19 Suisse  
Tél.: +41 22 730 4222  
Fax: +41 22 733 0395  
Courriel: [secretariat@ifrc.org](mailto:secretariat@ifrc.org)  
Site Web: [www.ifrc.org](http://www.ifrc.org)

[www.ifrc.org](http://www.ifrc.org)  
Sauver des vies,  
changer les mentalités.

