



Niger : Payer ou Mourir

28 juin 2005

Des milliers de vies menacées au Niger : où sont les secours ?

Sans argent, pas d'aide alimentaire ! Telle est la réalité aujourd'hui au Niger pour les familles frappées par la pénurie alimentaire. Pourtant, le gouvernement et les bailleurs de fonds ont annoncé en octobre qu'un quart de la population (environ 3,5 millions de personnes) était menacé par cette grave crise.

9 mois plus tard, alors que les stocks existent, le mil est toujours inaccessible pour les personnes les plus frappées par le manque de nourriture.

9 mois plus tard, aucune distribution gratuite de nourriture n'a permis aux familles sans ressources de se procurer l'aliment de base au Niger, le mil.

A quand des mesures exceptionnelles enfin efficaces pour répondre à cette urgence ?

MSF appelle le gouvernement, les bailleurs de fonds et les autres organisations d'aide à porter assistance en toute urgence aux populations dans les villages les plus touchés en mettant en place des **distributions gratuites de nourriture** et en permettant **l'accès aux soins gratuits des enfants de moins de cinq ans**.



Juin 2005. Enfant souffrant de sévère malnutrition pris en charge au Centre de Nutrition de MSF, ici aux soins intensifs.

Abou Soufiane est dans le coma, il décèdera peu après. A ses côtés, Michel, médecin MSF et sa maman.

© Didier Lefèvre / imagesandco.com

Le constat : des dizaines de milliers de vie en danger

Des dizaines de milliers de jeunes enfants souffrent de malnutrition au Niger. Des milliers se trouvent dans un état sévère, menacés de mort s'ils ne sont pas d'urgence pris en charge.

Le seuil d'urgence de mortalité des moins de cinq ans est dépassé. Cette enquête nutritionnelle a révélé des taux de mortalité supérieurs au seuil d'urgence de 2 pour 10000 enfants par jour dans certains villages. Dans nos centres de nutrition thérapeutique, la présence de médecins permet de réduire le taux de mortalité à 6% dans nos programmes de prise en charge de la malnutrition sévère. Mais étant donné la gravité de la crise actuelle, cela veut dire que nous enregistrons entre 10 et 15 décès par semaine, principalement aux soins intensifs où sont pris en charge les cas les plus sévères.

Selon une enquête nutritionnelle réalisée par MSF et Epicentre en avril dans des villages au nord des provinces de Maradi et de Tahoua, un enfant sur cinq souffre de malnutrition. Les taux de malnutrition sévère sont de 2,4% (nord de Maradi) et de 2,9% (nord de Tahoua) parmi les enfants de moins de cinq ans (cf voir annexe). Dans certains villages du département de Keita, le taux de malnutrition sévère se situe autour de 6%.

A la date du 28 juin 2005, MSF a admis dans ses programmes de prise en charge de la malnutrition sévère plus de 9000 enfants depuis janvier dans les provinces de Maradi et de Tahoua, près du triple de l'année dernière à la même époque.

MSF s'attend encore à une nouvelle hausse de la malnutrition pendant la période critique dite de « soudure ». De juin à octobre, les deux facteurs principaux de la malnutrition (alimentation pauvre en quantité ou en qualité et/ou maladies), sont au plus haut au Niger : c'est à la fois la fin des réserves alimentaires alors que les récoltes sont en octobre et le pic de maladies telles que la diarrhée et le paludisme, en saison des pluies.

Au mois de juin 2005, plus de 1000 enfants ont été admis chaque semaine dans les programmes de Maradi, Dakoro, Keita et Tahoua.

A ce rythme d'admissions, nous prévoyons de prendre en charge 20 000 enfants dans nos programmes jusqu'à l'automne 2005. En 2004, avec 10 000 enfants sévèrement malnutris soignés, le programme MSF au Niger, représentait déjà à lui seul le tiers des admissions dans tous les programmes nutritionnels de la section française dans le monde.

La réaction du système de l'aide :

Une réponse inefficace, incapable de répondre à l'urgence

Loin d'être une catastrophe naturelle, cette grave crise alimentaire était prévisible. La politique de développement prive toujours une partie de la population de ressources vitales. Parallèlement à cela, les soins médicaux sont payants et les produits alimentaires de base hors de portée des plus démunis. Alors que le dispositif de sécurité alimentaire, co-géré par le gouvernement et les bailleurs de fonds, s'est engagé, dans les textes, à porter assistance à cette population (cf annexe charte de l'aide alimentaire extraits), il s'avère aujourd'hui incapable de répondre à l'urgence.

Enquête dans des villages du département de Keita

Lors d'une enquête de sécurité alimentaire dans quatre villages du département de Keita, fin mai, MSF a constaté que l'aide alimentaire ne parvenait pas aux personnes qui en ont le plus besoin. Alors que le département de Keita (province de Tahoua) devait recevoir 300 tonnes de céréales par mois à partir de novembre, seulement 700 tonnes au total étaient parvenues début mai, donc trois fois moins que prévu. Dans ces quatre villages, entre 60 et 100% des familles n'avaient pas pu acheter de mil à prix modéré, pour deux raisons principales : le manque de moyens (environ 45%) ou l'éloignement du point de vente. Quand à ceux qui ont pu acheter, une ou deux fois, ils ont obtenu entre 20 et 70 kilos de mil pour la famille, ce qui représente entre quatre et quatorze jours de consommation.

Aux faibles quantités de nourriture s'ajoute le problème de qualité nutritionnelle très pauvre. Lors de cette enquête de sécurité alimentaire, dès le mois d'avril, près de la moitié des familles interrogées ont déclaré ne faire qu'un seul repas par jour, avec pour tout plat familial de l'eau et du mil. Cette année, la consommation de lait, de niebe (haricots) et d'huile végétale a fortement diminué tandis que celle d'aliments de cueillette, notamment l'anza, a augmenté. Cette alimentation pauvre en nutriments fournit un apport calorique très insuffisant pour des enfants en pleine croissance et des adultes travaillant aux champs.

Absence d'aide alimentaire gratuite

Les bailleurs de fonds et le gouvernement refusent de changer de stratégie et d'affecter les ressources disponibles à des distributions gratuites de nourriture dans les villages les plus touchés par la malnutrition pour ne pas déstabiliser un marché qui est pourtant déjà fortement déséquilibré par la spéculation. Pourtant, ils reconnaissent que les mesures mises en place ne sont pas efficaces et que toute une partie de la population n'a pas accès à l'aide alimentaire payante. Les crédits de campagne restent formellement de l'aide payante puisque les 300 kilos de mil au maximum mis à disposition de familles durant la période de soudure sont remboursables après les récoltes.

La crise alimentaire est officiellement reconnue mais niée dans les faits puisque la mesure d'urgence, la distribution de nourriture gratuite, n'est pas prise. Le gouvernement et les bailleurs laissent les ONG se charger de cette « approche appropriée de distribution gratuite ciblée » pendant qu'ils se soucient de protéger le marché.

Ce qui n'empêche pas l'ambassadeur de France, la France était le principal donateur au Niger, de faire appel à la générosité des Français du Niger pour plus de ventes à prix modérés... (cf annexe)

Extraits d'un rapport de mission PAM- FEWS NET- CC/SAP

Les mesures mises en place par ce dispositif sont insuffisantes et inefficaces. Dans son dernier rapport (7-15 juin 2005), la mission conjointe PAM- FEWS NET- CC/SAP¹, soit ceux qui gèrent le dispositif d'aide alimentaire, le reconnaît :

« Dans toute la bande traversée, la mission a noté une persistance de la crise alimentaire liée aux capacités d'ajustement limitées des populations, à l'insuffisance et au problème de ciblage des appuis de l'Etat et des partenaires.

A ce jour, les mesures d'atténuation se résument, pour l'essentiel, comme suit :

- *La vente à prix modérés des céréales qui est dans sa quatrième phase dans beaucoup des zones visitées. Cette opération, bien qu'appréciée positivement par les populations est jugée très insuffisante en terme de quantité par rapport aux besoins réels et à son accessibilité aux ménages pauvres ;*
- *Les actions HIMO (FFW+CFW²) qui ont l'avantage de profiter à tous les ménages ont une couverture très limitée et mobilisent des quantités relativement insuffisantes de vivres.*
- *Les banques de céréales et d'aliments pour bétail sont jugées très efficaces mais leur nombre et leurs stocks sont insuffisants.*
- *Les distributions gratuites de rations alimentaires par Médecins Sans Frontières aux ménages concernées par la malnutrition des enfants de 0-5 ans est une approche appropriée de distribution gratuite ciblée. »*

Mais quelles sont les solutions proposées dans ce même document ?

« La mission a constaté une disponibilité de céréales de base sur les marchés. Cependant leur accessibilité se pose avec acuité aux ménages particulièrement pauvres ; ces derniers ont atteint la limite de leurs stratégies d'adaptation (vente de bétail, de paille, de bois, de gousses de légumineuses, exode, cueillette et consommation d'aliments de pénurie, etc.).

Pour permettre aux populations de s'adonner exclusivement aux travaux champêtres, la mission recommande la poursuite, le renforcement et le suivi rapproché des actions d'atténuation des crises : vente à prix modéré des céréales et aliments pour bétail, actions Food-for-work et Cash-for-work, Banques de Céréales, crédit de campagne, en ciblant les ménages les plus vulnérables. »

¹ Programme Alimentaire Mondial/Famine Early Warning Systems-Système d'Alerte Précoce

² Actions HIMO soit à Haute Intensité de Main d'Oeuvre (food for work ou cash for work)

L'urgence :

Des mesures exceptionnelles, maintenant !

Pour faire face à l'urgence, trois mesures doivent être mises en place le plus rapidement possible :

- Distribution de nourriture gratuite, dont une partie adaptée aux besoins spécifiques des enfants
- Accès aux soins gratuits pour les moins de cinq ans
- Mobilisation des autres ONG pour prendre en charge la malnutrition aiguë.

Accès gratuit à la nourriture

Le sac de 100 kilos de mil coûte 23000FCFA sur le marché. C'est inaccessible pour la majorité de la population. Les mesures d'aide alimentaire payantes ont fait la preuve de leur échec. La crise alimentaire est passée au stade d'avis d'urgence selon FEW-NET, le système d'alerte sur la famine.

Sans distributions générales de nourriture dans les régions les plus affectées durant les mois de juillet, d'août et de septembre, la malnutrition va encore augmenter, touchant d'abord les enfants de moins de cinq ans. Les jeunes enfants ont besoin d'une nourriture enrichie qui corresponde à leurs besoins caloriques.

Si la récolte de 2005 sert à rembourser les emprunts contractés durant ces mois de disette, les familles n'auront à nouveau plus de réserves au bout de quelques semaines et la crise continuera à s'aggraver.

Accès gratuit aux soins

La carte de santé est payante (500 FCFA) et le prix de la consultation pour les enfants varie entre 300 et 600FCFA. Ensuite, les médicaments sont officiellement gratuits mais, par manque de médicaments génériques disponibles, ce sont souvent des médicaments de marque qui sont prescrits. La plupart des familles d'enfants malnutris ne peuvent pas trouver les milliers de francs CFA nécessaires pour soigner leur enfant. Dans l'hôpital de Tahoua, au mois d'avril, MSF a calculé que les ordonnances des enfants malnutris s'élevaient en moyenne à 15000 FCFA. De plus les centres de santé ne disposent pas du matériel de dépistage de la malnutrition, des aliments thérapeutiques ou d'un stock suffisant de médicaments.

Le Premier Ministre nigérien s'est engagé à ce que les enfants malnutris puissent être pris en charge gratuitement dans les centres de santé. MSF se félicite de ce changement et attend que cette intention annoncée début juin se traduise concrètement sur le terrain rapidement. Nous demandons à ce que tous les enfants malades de moins de cinq ans puissent être soignés gratuitement. Les maladies comme la diarrhée et le paludisme augmentent en période de saison des pluies et les enfants qui ne pourront pas être soignés risquent de basculer dans la malnutrition.

Mobilisation des autres ONG

Plusieurs ONG vont débuter des opérations de prise en charge de la malnutrition modérée au Niger au cours du mois de juillet. Mais les projets concernent essentiellement les villages au nord de Maradi, au nord de Tahoua et à Zinder.

Dans les autres régions, les enfants malnutris, y compris les cas sévères, ne sont dans l'ensemble pas pris en charge. La mobilisation d'autres acteurs est urgente.

La réponse de MSF :

Une des plus grosses opérations de nutrition

Avec une capacité de prise en charge de 20000 enfants sévèrement malnutris³ sur l'année, cinq centres de nutrition thérapeutiques, 27 points ambulatoires, près de 10 millions d'euros de budget, une cinquantaine d'expatriés et 6000 tonnes d'aide alimentaire prévues, le Niger représente une des plus grosses opérations de prise en charge de la malnutrition sévère de l'histoire de MSF.

Cinq centre de nutrition thérapeutique intensive

Les centres de réhabilitation nutritionnelle intensive (CRENI au Niger) de Médecins Sans Frontières assurent la prise en charge nutritionnelle et médicale de la malnutrition sévère. Les patients sont des enfants de six mois à cinq ans.

La présence de médecins dans chaque centre de nutrition thérapeutique permet une mortalité relativement basse (6% du total des enfants sortis du programme en 2004). Il y a quatre médecins par centre de nutrition pour les hospitalisations, plus quelques médecins pour plusieurs centres ambulatoires. Les cas les plus sévères ont un suivi médical étroit en salle de soins intensifs.



Soins intensifs au centre de nutrition thérapeutique de Maradi.

Lors de la première phase du traitement, les enfants reçoivent huit repas par jour, uniquement du lait thérapeutique. Ensuite, en phase 2, les quantités de calories sont augmentées et réparties sur six repas, trois fois du lait et trois fois un aliment thérapeutique à base d'arachide appelé Plumpy nut ©. Les enfants ne nécessitant plus de surveillance médicale étroite et ayant retrouvé l'appétit, passeront en phase ambulatoire.

Les quatre centres de réhabilitation nutritionnelle sont ceux de Maradi, Dakoro, Keita, Tahoua. Un cinquième est en cours d'ouverture à Aguié.

³ Il existe différents types de malnutrition :

- la malnutrition chronique qui se manifeste par un retard de croissance par rapport à l'âge.
- la malnutrition aiguë qui se caractérise par un rapport poids/taille inférieur à 80% de la médiane ;

chacune de ces deux formes (chronique et aiguë) peut être qualifiée de sévère ou de modérée en fonction de la gravité.

La forme la plus létale est la malnutrition aiguë sévère (rapport poids/taille inférieur à 70% de la médiane).

La malnutrition aiguë sévère entraîne chez l'enfant une immuno dépression qui le rend très sensible aux infections. Sans traitement intensif, ce cercle vicieux mène irrémédiablement au décès de l'enfant.

27 centres ambulatoires de prise en charge de la malnutrition sévère

Un nouveau système de prise en charge de la malnutrition sévère a été mis en place au Niger en 2003. Avant, les patients étaient hospitalisés, avec leur mère, durant toute la durée de leur traitement. Un mois hors de chez soi, c'est lourd, à la fois pour l'enfant malade, pour la mère et pour les autres enfants restés à la maison. Mais il n'y avait pas d'autres solutions car les laits thérapeutiques, rapidement périssables ne peuvent être consommés que dans un cadre médical. Enfin depuis cinq ans, nous disposons d'aliments thérapeutiques solides qui se conservent plusieurs mois. Il n'y a aucune préparation, pas même besoin d'eau potable ou de récipient, ils peuvent être emportés et consommés à domicile. Quand l'état de santé de l'enfant n'impose pas une surveillance médicale étroite, on peut alors éviter l'hospitalisation.

Maintenant les enfants ne restent hospitalisés qu'une semaine, en moyenne, dans le centre de réhabilitation nutritionnelle intensif. Certains n'ont même pas besoin de passage en phase interne. Dès que leur état de santé le permet, ils rentrent chez eux et une fois par semaine, l'équipe médicale contrôle leur poids, leur état de santé et leur donne des aliments thérapeutiques pour une semaine (2 sachets de plumpy nut © par jour).

Afin d'éviter les abandons de traitement, il faut que le centre de nutrition thérapeutique soit proche de chez eux.

A Maradi par exemple, 11 centres ambulatoires sont localisés dans 11 villages. Chaque semaine, tous les centres sont visités par une équipe médicale. Celle-ci dépiste les nouveaux cas, assure le suivi des enfants déjà admis dans le programme et transfère les enfants nécessitant une prise en charge intensive au CRENI.

Le nombre et la localisation de ces centres ambulatoires sont adaptés en fonction des besoins. 27 CRENA (centres de nutrition thérapeutique ambulatoire) sont ouverts dans les provinces de Maradi et de Tahoua

Aujourd'hui, MSF prend en charge plus de 3500 enfants sévèrement malnutris, 600 en phase interne et 3000 en phase externe. La durée d'hospitalisation moyenne est de cinq jours, le traitement un mois.

Distributions de nourriture et accès aux soins

Depuis le début du mois de mai, MSF distribue des rations alimentaires aux enfants admis dans nos programmes. Durant le traitement, l'enfant une ration de protection de 25 kilos de farine enrichie et cinq litre d'huile végétale) pour la semaine. Lorsqu'il est guéri et sort du programme, l'enfant et sa famille reçoivent 50 kg de mil, 25 kg de Niebe (haricots) et 10 litres d'huile.

C'est une logistique énorme, avec deux stocks d'une capacité de 500 à 1000 tonnes, à Maradi et Tahoua. Deux autres stocks, à Keita et Dakoro, qui ont une centaine de tonnes et des approvisionnements quotidien dans les centres ambulatoires.

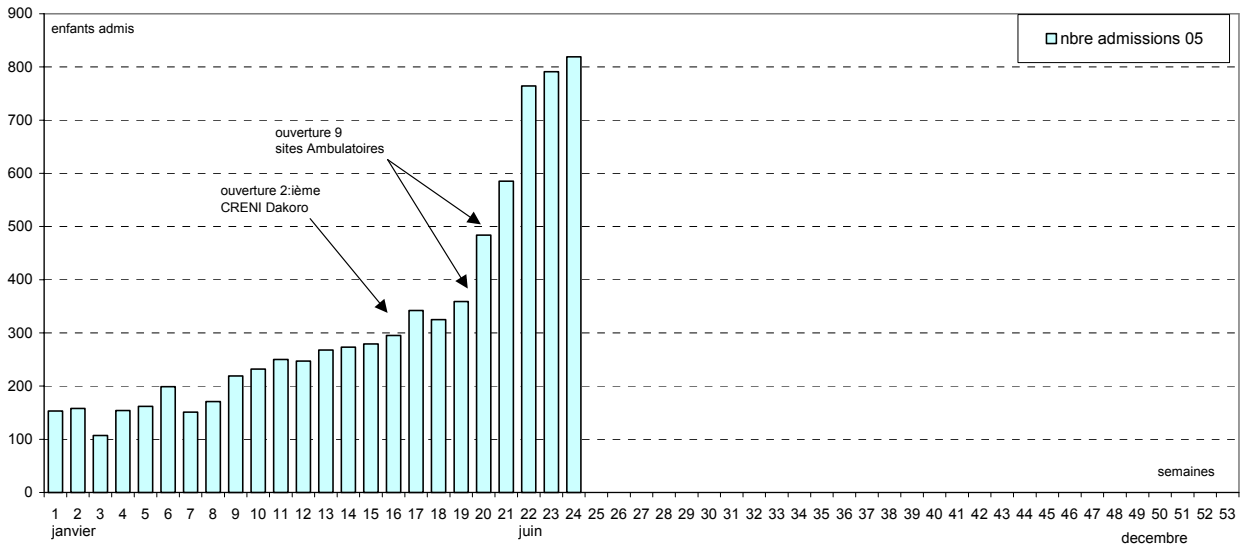
MSF renforcer ses distributions de nourriture. Au sud de Maradi, les enfants malnutris modérés qui se présentent dans nos centres ambulatoires recevront des rations alimentaires.

Concernant l'accès aux soins, les centres ambulatoires font des consultations et donnent les médicaments pour les enfants malnutris modérés ou les enfants malades. Cette action va être intensifiée pour que ces enfants puissent être soignés tous les jours de la semaine et non seulement le jour où le centre ambulatoire de MSF est présent. Nous souhaitons également développer les possibilités de référer les patients vers des centres hospitaliers, nos centre nutritionnels ou des hôpitaux.

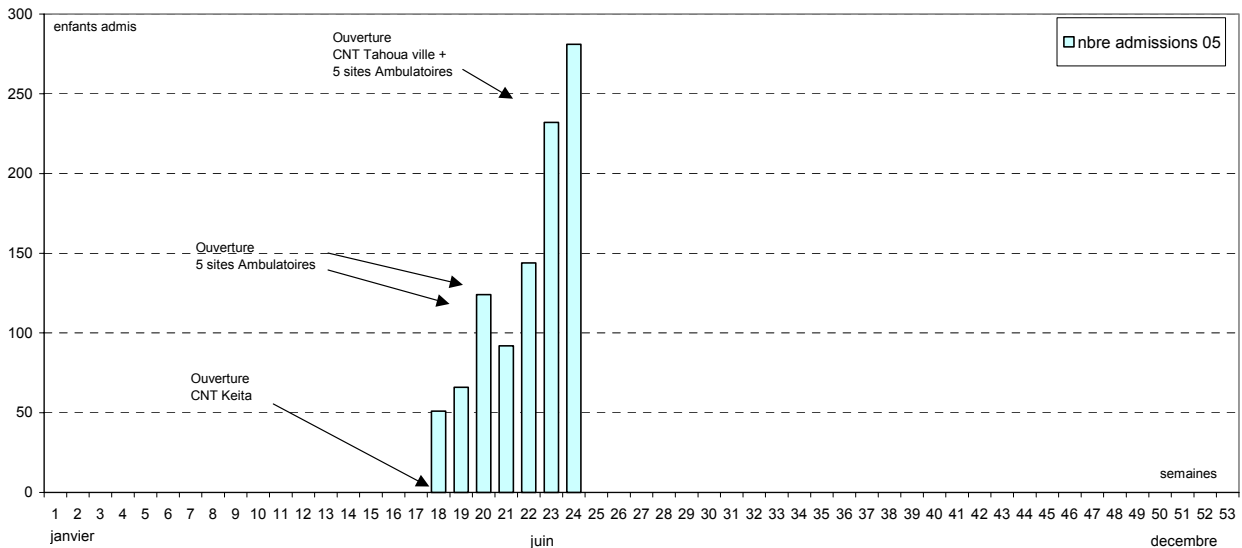
ANNEXES

Annexe 1 : Admissions Malnutrition sévère programmes MSF

NBRES ADMISSIONS (Nouvelles et réadmissions) PAR SEMAINE
PROGRAMMES NUTRITION, REGION MARADI 2005, Médecins Sans Frontières, Niger



NBRES ADMISSIONS (Nouvelles et réadmissions) PAR SEMAINE
PROGRAMME NUTRITION URGENCE, REGION TAHOUA, Médecins Sans Frontières, Niger 2005



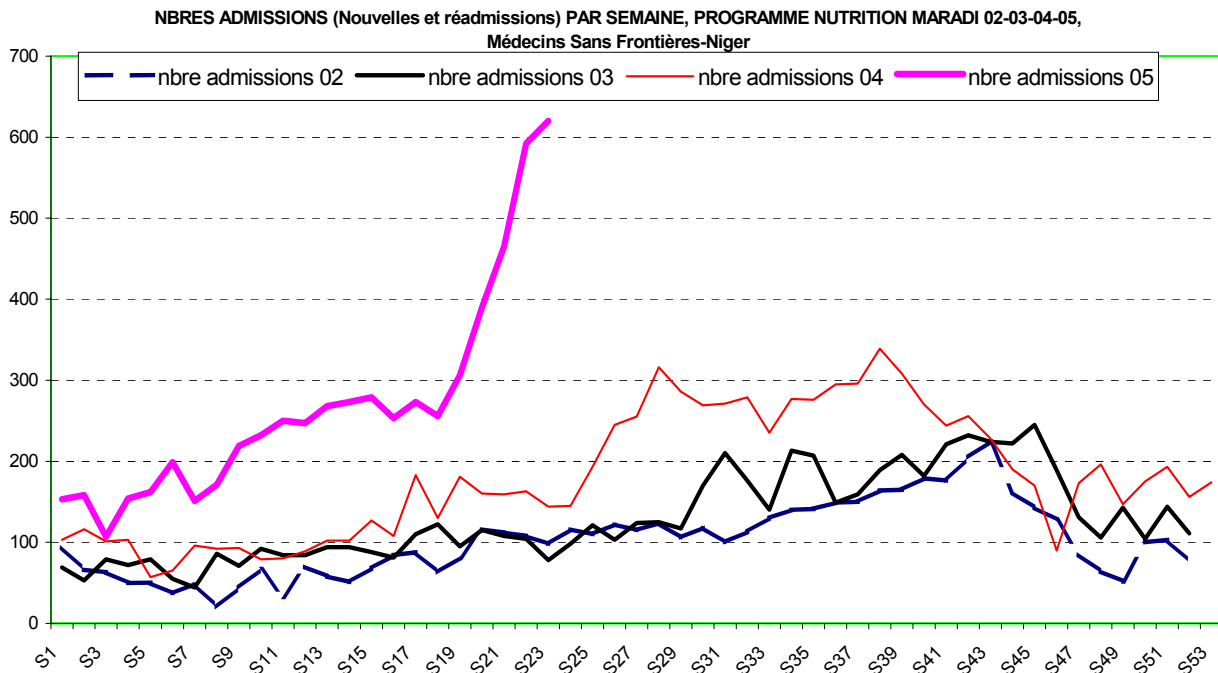
Total régions Maradi et Tahoua :

Total admissions la semaine 24 (du 13 au 19 juin) : 1100 enfants sévèrement malnutris

Total admissions depuis le 1 janvier 2005 : 8777 enfants sévèrement malnutris

Comparaison d'une année sur l'autre

La sévérité de la crise cette année est très nette sur ce graphique, qui représente le nombre d'enfants atteints de malnutrition sévère admis uniquement dans le programme de Maradi. Ouvert depuis 2001, ce programme permet une comparaison d'une année sur l'autre jusqu'à la semaine 16. Ensuite, semaine 16, l'ouverture d'un centre de nutrition thérapeutique intensive à Dakoro explique une baisse du nombre d'admissions sur le centre de Maradi, puis à partir de la semaine 19, les ouvertures de nouveaux centres de nutrition ambulatoires participent à l'augmentation massive du nombre d'admissions.



Annexe 2 : Chronologie de la crise

Octobre 2004 : plus de 3 millions de personnes soumises à une extrême vulnérabilité alimentaire

Dès le mois d'octobre, une mission conjointe d'évaluation CILLS/ PAM / FAO signale que 3 millions de personnes dans plus de 3000 villages au Niger sont exposées à une extrême vulnérabilité alimentaire. La région de Tahoua est annoncée comme l'une des plus touchées, le département de Keita comme zone la plus vulnérable avec un déficit céréalier moyen à 75% (SAP).

Novembre 2004: Appel à l'aide internationale resté sans réponse

En novembre, le gouvernement lance un appel à l'aide internationale de 78000 tonnes de céréales. Le PAM répond en février avec un plan d'urgence pour six mois couvrant moins de 10% de l'aide demandée par le gouvernement.

Le gouvernement nigérien débute les ventes à prix modérés en novembre.

Janvier : Des taux de malnutrition élevés

En janvier, les grands acteurs de la sécurité alimentaire au Niger (FEWS, Système d'Alerte Précoce, Cellule de Crise Alimentaire, ...) estiment que la situation est au niveau de « mise en garde », qui est juste avant celui d'« avis d'urgence ».

Les résultats d'une enquête Hellen Keller International/PAM réalisée en janvier dans les régions de Maradi et de Zinder indiquent que dès le début de l'année, le taux de malnutrition globale aiguë était de 13,4%, dont 2,5% de malnutrition sévère. *« Ces taux enregistrés quatre mois avant la période de soudure sont de l'ordre de ceux observés dans les pays en guerre ou au plus fort des crises alimentaires ou de la période de soudure au Niger. Les taux grimperont sûrement dans les mois à venir ».*

Avril : Médecins Sans Frontières confirme la gravité de la crise

Communiqué de presse de MSF : plus de 3000 enfants souffrant de malnutrition sévère ont été pris en charge par Médecins Sans Frontières depuis janvier. Le rythme des admissions est de 300 par semaine. C'est trois fois plus que les autres années à la même période. Une enquête nutritionnelle indique des taux de malnutrition très élevés. La situation est grave et va empirer si rien n'est fait rapidement. Médecins Sans Frontières appelle les autres acteurs de l'aide à se mobiliser de toute urgence.

MSF ouvre un nouveau centre de nutrition thérapeutique, à Dakoro et prévoit l'ouverture d'un troisième à Keita.

Mai: Appels d'urgence

Le 16 mai, les Nations unies lancent un appel d'urgence de 16,2 millions de \$. Ils qualifient la crise nigérienne de silencieuse et d'« urgence humanitaire la plus oubliée et la plus négligée ».

Fin mai, le premier ministre nigérien lance un « appel angoissé ».

Début juin : Une réponse insuffisante et inadaptée

Entre novembre et juin, la réponse à l'urgence nutritionnelle au Niger représente essentiellement 32 000 tonnes de mil ont été vendues à prix modéré à 3,4 millions de personnes vulnérables, soit... moins de 10 kg de mil par personne pour 9 mois, alors qu'une personne consomme en

moyenne 20 kg par mois. Le dispositif prévoit la vente à prix modéré, en tout, de 67000 tonnes de céréales. Ce qui reste bien inférieur aux besoins.

Le gouvernement nigérien reconnaît début juin les limites des ventes à prix modéré. Les familles les plus vulnérables n'y ont pas accès, n'ayant pas les moyens d'acheter, même à prix modéré.

Le gouvernement opte pour des crédits de campagne (octroi de 300 kilos de mil, remboursables après les récoltes). Cette mesure grèvera fortement les réserves des familles pour l'année suivante et poursuivra le cycle infernal de la pénurie. De fait, la nourriture reste payante, puisque remboursable.

Médecins Sans Frontières appelle à des distributions de nourriture gratuite et des soins de santé gratuits pour les enfants de moins de 5 ans.

Le 9 juin, communiqué de presse de Médecins Sans Frontières appelant à des distributions de nourriture gratuite dans les villages les plus touchés par la malnutrition.

Deux mois après de multiples appels à une aide d'urgence lancés par Médecins Sans Frontières ou d'autres acteurs, la réponse à la crise nutritionnelle au Niger reste très insuffisante par rapport à la gravité de la situation.

Nous avons admis dans nos programmes de prise en charge de la malnutrition sévère plus de 6000 enfants de moins de cinq ans de janvier à début juin 2005.

Des dizaines de milliers d'enfants modérément malnutris ne sont pas pris en charge. Entre juin et octobre, le pic de paludisme et de diarrhées conjugué à l'épuisement des réserves alimentaires pourraient être fatals aux enfants déjà affaiblis par la malnutrition. Or, malgré la gravité de cette crise, les soins et la nourriture restent payants, inabordables pour les plus vulnérables.

Pour éviter une surmortalité dans les semaines à venir, des mesures exceptionnelles doivent être prises en urgence. C'est pourquoi Médecins Sans Frontières appelle à des distributions gratuites de nourriture dans les villages les plus touchés par la malnutrition et à des soins de santé gratuits pour les enfants de moins de 5 ans.

Fin juin : toujours pas d'aide

Les grands acteurs de la sécurité alimentaire au Niger (FEWS, Système d'Alerte Précoce, Cellule de Crise Alimentaire, ...) estiment que la situation est au niveau d'« avis d'urgence ». Mais aucune mesure de distribution d'aide alimentaire gratuite n'est annoncée.

Le 28 juin, MSF organise une conférence de presse pour dénoncer la lenteur des secours. A ce jour, les enfants de moins de cinq ans n'ont toujours ni aide alimentaire ni soins médicaux gratuits.

Annexe 3 : Enquête nutritionnelles MSF/Epicentre avril/mai 2005

District Keita dans la région de Tahoua :

Prévalence de la malnutrition aiguë (en Ecart Type) en fonction de l'âge des 906 enfants de 6 à 59 mois, enquête nutritionnelle. de la région de Tahoua, Niger, avril-mai 2005

	6-29 (N=390)			30-59 (N=516)			Total (N=906)		
	n	%	[IC95%]	n	%	[IC95%]	n	%	[IC95%]
Malnutrition aiguë sévère (<-3 ET et/ou oedèmes)	16	4,1	[1,9-8,2]	10	1,9	[0,7-4,7]	26	2,9	[1,6-5,0]
Malnutrition aiguë modérée (= -3 et < -2 ET)	94	24,1	[18,4-30,8]	57	11,0	[7,6-15,7]	151	16,7	[13,4-20,5]
Malnutrition aiguë globale (<-2 ET et/ou oedèmes)	110	28,2	[22,1-35,2]	65	13,0	[9,3-17,9]	177	19,5	[16,0-23,6]

Mortalité rétrospective :

70 décès au total dont 39 ont moins de 5 ans. La période de rappelle est de 100 jours (entre Tabaski et le jour de l'enquête (21/01 au 1/05 2005)).

	Nb de décès/10000/Jour	IC 95%
Taux brut de mortalité	0,96	[0,7-1,4]
Taux de mortalité des moins de 5 ans	2,4	[1,5-3,8]

District Dakoro et Mayahi dans la région de Maradi:

Tableau 2: Prévalence de la malnutrition aiguë (en Ecart Type) en fonction de l'âge des 951 enfants de 6 à 59 mois, enquête nutritionnelle. de la région de Maradi, Niger, avril-mai 2005

	6-29 (N=411)			30-59 (N=540)			Total (N=951)		
	n	%	[IC95%]	n	%	[IC95%]	n	%	[IC95%]
Malnutrition aiguë sévère (<-3 ET et/ou oedèmes)	18	4,4	[2,0-8,9]	5	0,9	[0,2-3,6]	23	2,4	[1,2-4,6]
Malnutrition aiguë modérée (= -3 et < -2 ET)	99	24,1	[18,0-31,3]	62	11,5	[7,8-16,6]	161	16,9	[13,4-21,1]
Malnutrition aiguë globale (<-2 ET et/ou oedèmes)	117	28,5	[22,0-35,9]	67	12,4	[8,5-17,6]	184	19,3	[15,6-23,6]

Mortalité rétrospective :

38 décès au total dont 28 ont moins de 5 ans. La période de rappelle est de 100 jours (entre Tabaski et le jour de l'enquête (21/01 au 1/05 2005)).

	Nb de décès/10000/Jour	IC 95%
Taux brut de mortalité	0,83	[0,5-1,3]
Taux de mortalité des moins de 5 ans	2,2	[1,2-4,0]

Annexe 4 : Extraits de la charte de l'aide alimentaire

Extraits de la charte de l'aide alimentaire :

Cette charte, signée en 1990, a été élaborée « afin d'entretenir le dialogue sur les politiques d'aide avec comme objectif assigné de parvenir à utiliser l'aide alimentaire à des fins de développement ».

« Les donateurs et les pays bénéficiaires s'engagent :

- à ne distribuer gratuitement d'aide alimentaire qu'en cas de secours d'urgence ou pour secourir des groupes vulnérables ;
- à commercialiser cette aide de manière à ne pas porter préjudice aux prix du marché libre intérieur ; et
- à affecter le produit des fonds de contrepartie au soutien des actions de développement, notamment celles ayant pour objectif la sécurité alimentaire. »

Ce document a été formellement approuvé par les chefs d'Etats du CILSS le 10 Février 1990 en Guinée Bissau et a reçu l'adhésion unanime des Etats membres du CILSS et des pays donateurs membres du Club du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest (Etats-Unis d'Amérique, Canada, Communauté Economique Européenne, France, Pays Bas et Allemagne).



© Didier Lefèvre / imagesandco.com

NIGER / Tahoua, 08 juin 2005. Abdulay Abdulrazak arrive aux soins intensifs du Centre de Nutrition de MSF.

Annexe 5 : Mail d'appel aux dons de l'ambassadeur de France au Niger

Mail de l'ambassade de France aux ressortissants français du Niger :

Madame, Monsieur,

>Le Niger se trouve aujourd'hui dans une situation difficile de crise
>alimentaire qui se traduit par des situations individuelles dramatiques
>dans les zones les plus touchées de son territoire. Il a mis en oeuvre
>depuis plusieurs mois, en coordination avec ses partenaires
>internationaux, une action pour faire face au déficit de la récolte de
>2004 du à la conjugaison de la sécheresse et des attaques des criquets
>pèlerins.

>
> Mais l'ampleur des besoins est telle que cela risque de ne pas
>suffire. Dans certaines zones, particulièrement touchées, les ravages de
>la malnutrition infantile sont préoccupants.

>
> A coté de l'aide des Etats, vous pouvez manifester votre solidarité,
>avec les populations les plus vulnérables de ce pays, en adressant vos
>dons (chèques en CFA ou EUROS, soit directement, soit, pour les dons en
>numéraire notamment par l'intermédiaire du consulat de France, qui se
>chargera de leur acheminement) au compte :

>
> « Solidarité contre la Faim » n° 01144180008, ouvert à la "Bank Of
>Afrika" par les ambassades d'Allemagne et de France qui souhaitent
>lancer un appel en ce sens à leurs communautés, comme à tous ceux qui
>voudront bien se joindre à elles dans cette action.

>
> Les sommes recueillies seront consacrées, en priorité, à des actions
>en faveur de l'alimentation des enfants, dans les zones les plus
>touchées.

>
> Je vous remercie pour la contribution que vous sentirez pouvoir
>apporter et le message de solidarité personnelle qu'elle revêtira.

>
>
> L'Ambassade de France au Niger

Annexe 5 : Localisation des centres MSF

Centres de nutrition thérapeutique de Médecins Sans Frontières :

CRENI de Maradi (depuis 2001)

11 centres ambulatoires : Tibéri, Tessaua, Maradi ville, Aguié, Mayahi, Guidan Sory, Tchake, Guidan Roudji, Madarounfa, Sae Sabaua, Orofan.

CRENI de Dakoro, province de Maradi (depuis le 20 avril 2005)

6 centres ambulatoires: Kornaka, Korahane, Intwila, Soly, Dakoro, Alforma

CRENI de Keita, province de Tahoua (depuis le 1 mai 2005)

5 centres ambulatoires : Loudou, Gadamata, Laba, Garahanga, Keita

CRENI de Tahoua ville (depuis le 3 juin 2005)

5 centres ambulatoires : Kao, Tabalak, Bambey, Yama, Tahoua ville

Equipes Médecins Sans Frontières :

Postes expatriés : 44

Postes nationaux : 393 (médical : 302, logistique : 47, administratif : 44)

Emploi journalier : entre 70 et 80 personnes par jour



Annexe 6 : Information et matériel disponible

Plus d'infos sur notre site www.msf.fr:

- **« Les sacrifiés du développement »**, interview de Jean-Hervé Jezequel, chercheur en sciences sociales. Jean-Hervé Jezequel explique le fonctionnement du dispositif de sécurité alimentaire. Mis en ligne le 27 juin.
Extrait : *« Pour résumer, la sécurité alimentaire, telle qu'elle est appliquée au Niger, privilégie le long terme sur le court terme, le développement sur l'assistance, le marché sur le service public. Elle fait le choix d'abandonner les populations du temps présent en prétendant préparer la protection des générations futures. »*
- **Papier : Crise alimentaire : diagnostic précoce, secours lents et inadaptés.** Par Isabelle Defourny, médecin, adjointe responsable des programmes. Mis en ligne le 22 juin.
- **Interview : « Il faut des distributions gratuites de nourriture »**, interview d'Issiaka Abdou, responsable terrain à Tahoua. Mis en ligne le 22 juin.
- **Communiqué de presse**, 9 juin : « MSF appelle MSF appelle à des distributions gratuites de nourriture auprès des populations les plus touchées par la malnutrition »
- **Vidéo : Urgence au Niger**, extrait du journal de l'année de MSF
- **Papier : Enquête nutritionnelle, des résultats alarmants.** Mis en ligne le 1^{er} juin.
- **Reportage : Une malnutrition cachée mais pourtant bien réelle.** Mis en ligne le 1^{er} juin.
- **Reportage : Retour sur le lancement de l'opération d'urgence.** Mis en ligne le 11 mai.
- **Diaporama sonore**, prise en charge de la malnutrition sévère à Maradi, mai.
- **Communiqué de presse**, 26 avril : « MSF fait face à une urgence nutritionnelle au Niger et appelle les autres acteurs de l'aide à se mobiliser ».
- **Papier : MSF réagit à l'urgence**, mis en ligne le 26 avril
- **Papier : Hausse alarmante de la malnutrition.** Mis en ligne le 4 avril

Rushs audio-visuels :

- Images soins intensifs, consultation médicale et alimentation thérapeutique Maradi
- Intv Vanessa Remy-Piccolo, médecin MSF Maradi
- Images dépistage au centre ambulatoire de Keita
- Intv d'une maman de la région de Keita (Tahoua)
- Images dépistage au centre ambulatoire de Tibéri (Maradi)
- Intv Théodore Omari Bitangui, infirmier MSF
- Intv Isabelle Defourny, adjointe responsable programme MSF Niger
- Intv Emmanuel Drouhin, responsable programme MSF Niger

Photos de Didier Lefèvre/imagesandco.com. Reportage au Niger mai 2005

NIGER / Keita. Juin 2005. Yahia a eu 7 enfants, dont 3 sont morts. C'est la 4ème fois qu'il sème, le soleil a grillé les précédentes semences. Sa récolte ne permettra que 4 ou 5 mois de nourriture pour lui et sa famille.

© Didier Lefèvre / imagesandco.com

