



Dossier de presse

Niger

21 octobre 2008

Retour sur 8 ans de prise en charge de la malnutrition à Maradi

2001

Fin juillet 2001, à l'issue d'une campagne de vaccination contre la rougeole, Médecins Sans Frontières ouvre à Dakoro un centre nutritionnel thérapeutique en collaboration avec le centre de santé et apporte son soutien au centre nutritionnel intensif existant à l'hôpital régional de Maradi.

En 2001, 4 430 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévèreⁱ sont pris en charge. A l'époque, sans la prise en charge ambulatoire (voir encadré) grâce aux produits thérapeutiques prêts à l'emploi, tous les enfants étaient hospitalisés.

Taux de guérison : 58,3%

Taux d'abandon : 34,8%

Taux de décès : 6,8%

2002

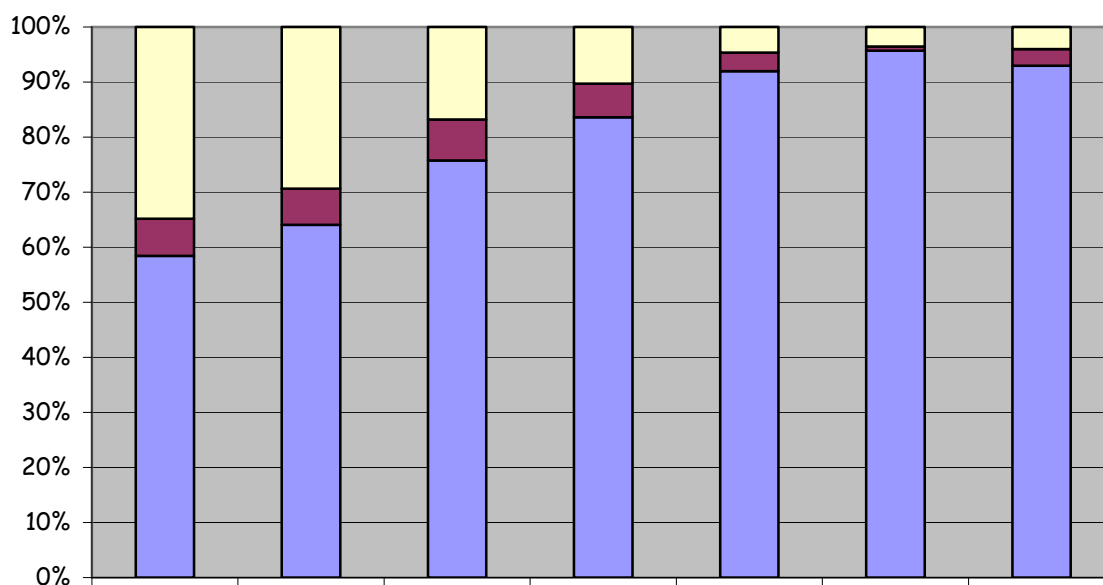
En 2002, 5 244 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère sont pris en charge. Tous les enfants sont hospitalisés à l'admission, mais le suivi ambulatoire des enfants est introduit dans une deuxième phase, une fois que leur état nutritionnel et de santé s'est amélioré.

Taux de guérison : 63,9%

Taux d'abandon : 29,3%

Taux de décès : 6,6%

Résultats par Modes de Sortie (%), Maradi 2001-2007



■ % Abandons	34,8	29,3	16,8	10,3	4,5	3,5	3,6
■ % Décès	6,8	6,6	7,4	6,0	3,2	0,8	2,7
■ % Guéris	58,3	63,9	75,8	83,5	89,0	95,3	83,7

Prise en charge en ambulatoire : une révolution en marche depuis 2001

La prise en charge en ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère consiste à soigner les enfants sans les hospitaliser. Ils prennent leur traitement quotidien (2 sachets de pâte nutritive prête à l'emploi) à domicile, sous la supervision de leur mère. Une fois par semaine, les enfants en cours de traitement se rendent dans un CRENA⁽¹⁾ pour surveiller l'évolution de leur état nutritionnel et de santé.

Seuls les enfants avec une complication médicale en plus de leur malnutrition doivent être hospitalisés dans un CRENI⁽²⁾, soit au moment de l'admission, soit ultérieurement en cours de traitement.

MSF développe l'approche ambulatoire depuis le début de son intervention nutritionnelle au Niger en 2001. Non seulement cela permet d'augmenter le nombre d'enfants traités, mais cela améliore aussi les résultats de la prise en charge. Lorsque l'hospitalisation était systématique, la proportion d'enfants qui quittaient le centre nutritionnel en cours de traitement dépassait 30%. En 2007, sur 22 325 enfants souffrant de malnutrition sévère sortis du programme de MSF à Maradi, le taux d'abandon n'était que de 3,6%, avec plus de 83,7% de guérison et seulement 2,7% de décès.

(1) CRENA : Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire

(2) CRENI : Centre de récupération nutritionnelle intensive

2003

En 2003, 6 697 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère sont pris en charge dans le centre nutritionnel de MSF à Maradi. A partir de juillet, les équipes expérimentent la prise en charge en ambulatoire dès le moment de l'admission. La proportion d'enfants concernés augmente rapidement, pour atteindre 40% en décembre.

Taux de guérison : 75,8%

Taux d'abandon : 16,8%

Taux de décès : 7,4% (légère hausse par rapport à l'année précédente explicable par le fait que beaucoup d'enfants qui étaient auparavant comptabilisés comme ayant abandonné en cours de traitement étaient en réalité décédés).

2004

En 2004, 9 632 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère sont pris en charge.

Taux de guérison : 83,5%

Taux d'abandon : 10,3%

Taux de décès : 6%

Enfants soignés exclusivement en ambulatoire : 45%

2005

Au premier semestre, la nette augmentation des admissions par rapport à l'année précédente conduit MSF à étoffer son dispositif opérationnel en ouvrant de nouveaux centres ambulatoires et structures d'hospitalisation. Au-delà de la région de Maradi, d'autres sections de MSF sont intervenues pour faire face à cette crise nutritionnelle de 2005, et ce sont au total 63 000 enfants malnutris sévères qui ont été soignés dans les divers centres nutritionnels de MSF.

En 2005, 39 353 enfants souffrant de malnutrition sévère sont pris en charge par MSF dans la région de Maradi, et 3 600 autres dans la région de Tahoua.

Taux de guérison : 89%

Taux d'abandon : 4,5%
Taux de décès : 3,2%
Enfants soignés exclusivement en ambulatoire : 60%

Par ailleurs, une distribution ciblée de nourriture (25 kilos de farines enrichies et 5 litres d'huile) est organisée durant 3 mois dans les deux districts de la région de Maradi où se concentrent le plus grand nombre de cas de malnutrition. 50 000 enfants souffrant de malnutrition modérée ou âgés de moins de 6 mois sont concernés.

2006

En 2006, 73 401 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère ou modéréeⁱ sont pris en charge.

Taux de guérison : 95,3%
Taux d'abandon : 3,5%
Taux de décès : 0,8%
Enfants soignés exclusivement en ambulatoire : 85%

Par ailleurs, MSF mène pour la première fois dans quelques villages des distributions d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi à tous les enfants de moins de 3 ans pendant la période de soudure. Le produit utilisé pour ce projet pilote est le même que celui utilisé dans le traitement de la malnutrition (Plumpy'Nut), mais en quantité deux fois moindre. L'objectif est de prévenir la malnutrition.

Les résultats provisoires sont probants. Dans les villages bénéficiaires de la distribution mensuelle, l'incidence de la malnutrition aiguë est réduite de moitié.

2007

22 035 enfants souffrant de malnutrition sévère (mesurée par rapport aux nouvelles normes OMS de croissance de l'enfantⁱⁱ) sont pris en charge.

Taux de guérison : 83,7%
Taux d'abandon : 3,6%
Taux de décès : 2,7%
Enfants soignés exclusivement en ambulatoire : 64%

Par ailleurs, un projet de prévention de la malnutrition est mené dans le district de Guidan Roumji, avec l'accord des autorités nigériennes. Un complément alimentaire spécifique (le Plumpy'Doz) est distribué à tous les enfants âgés de 6 à 36 mois (soit 62 000 enfants au total), une fois par mois pendant la période de soudure d'avril à octobre.

Ce complément alimentaire se présente sous forme de pâte d'arachide enrichies, conditionnée en pots, et apportant les nutriments essentiels aux jeunes enfants. Chaque jour, en complément du régime alimentaire normal de la famille, les mères doivent donner trois cuillérées de ce produit à leur enfant.

Ce programme a donné des résultats très encourageants, notamment en termes de réduction du taux de malnutrition compliquée, c'est-à-dire les enfants devant être hospitalisés pour une complication médicale associée à la malnutrition sévère. Par ailleurs, parmi les enfants ayant bénéficié des distributions qui font un épisode de malnutrition sévère, le taux de guérison (92,3%) est meilleur que celui des enfants n'ayant pas reçu de Plumpy Doz (90,1%).

2008

De janvier 2008 à mi-juillet, 13 611 enfants souffrant de malnutrition sévère (mesurée par rapport aux nouvelles normes OMS de croissance de l'enfantⁱⁱ) ont été admis dans l'un des quatorze centres nutritionnels de MSF dans les districts de Guidan Roumji et Madarounfa.

Par ailleurs, le projet de prévention de la malnutrition initié en 2007 a été reconduit. Quatre distributions de compléments nutritionnels ont été effectuées en avril, mai, juin et juillet. Trois autres distributions étaient planifiées au cours de la période de soudure.

Ces programmes de traitement et de prévention de la malnutrition ont été interrompus suite à la décision des autorités nigériennes, le 18 juillet, de suspendre l'autorisation de travailler de la section française de MSF.

Taux de guérison : 89 %

Taux d'abandon : 5,7%

Taux de décès : 2,2%

Enfants soignés exclusivement en ambulatoire : 67,5%

En conclusion

Depuis 8 ans, MSF mène en collaboration avec les autorités de la santé nigérienne des programmes novateurs rendus possible par la mise sur le marché d'un traitement facile d'utilisation et le développement de stratégies de prise en charge en ambulatoire. Ces projets permettent de soigner un nombre beaucoup plus important d'enfants avec de bons résultats (augmentation du taux de guérison, diminution du nombre d'abandons).

ⁱ L'état de malnutrition est mesuré par rapport au ratio poids-taille d'un enfant ayant une croissance considérée comme normale. Un enfant souffre de malnutrition aiguë si son ratio poids-taille est inférieur à 80% du ratio standard. En-dessous de 70% du ratio normal, on parle de malnutrition aiguë sévère.

ⁱⁱ Le référentiel universel pour déterminer le ratio poids-taille standard d'un enfant, ce sont les normes de croissance de l'enfant établies par l'OMS. En 2005, à l'issue d'une étude très vaste sur les 5 continents, l'OMS a publié de nouvelles courbes et recommandé qu'elles soient utilisées comme point de comparaison.

Conséquences de la suspension des activités nutritionnelles de MSF à Maradi

Suite à la décision des autorités nigériennes de suspendre les activités de la section française de MSF dans les districts de Guidan Roumji et Madarounfa (région de Maradi), MSF estime que plus de 8 000 enfants souffrant de malnutrition sévère auraient dû être soignés. En l'absence de solutions alternatives suffisantes, en quantité comme en qualité, les conséquences de cette suspension sont très inquiétantes. Une évaluation rapide dans quelques villages laisse supposer des taux de mortalité au-delà du seuil d'urgence parmi les enfants de moins de 5 ans.

De nombreux enfants sévèrement malnutris sans prise en charge

Depuis le 18 juillet, date de la suspension, et l'interruption forcée des admissions dans les centres nutritionnels de MSF à Maradi et en périphérie, ce sont environ 8 000 enfants souffrant de malnutrition sévère qui auraient dû être pris en charge, dont plus de 2 000 auraient dû être hospitalisés.

Ces estimations, basées sur les chiffres d'activités de l'année 2007, sont probablement en-dessous de la réalité, pour les raisons suivantes :

- En même temps que les admissions dans les centres nutritionnels, la distribution de compléments alimentaires dans le district de Guidan Roumji a dû également être interrompue. Or, ce projet initié en 2007, avait donné des résultats encourageants en terme de prévention de la malnutrition. On peut donc s'attendre à un nombre plus élevé d'enfants tombant dans la malnutrition sévère en 2008 qu'en 2007.
- Sans prise en charge adaptée, l'état nutritionnel des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère n'a pu que s'aggraver, avec le risque de développer une complication médicale.
- Enfin, cette année, le pic saisonnier de paludisme est plus virulent qu'en 2007, avec une hausse de 30% du nombre de cas à ce jour (source : OMS). Là encore, ce constat pousse à croire que les besoins d'hospitalisation des enfants malnutris sont supérieurs à ceux de l'année dernière, avec un risque de mortalité accru pour les enfants.

Par rapport au pic saisonnier de paludisme et à ses conséquences en terme de mortalité des enfants, notre inquiétude est d'autant plus forte que nous devons intervenir, comme en 2007, pour assurer une bonne prise en charge des enfants impaludés, qu'ils souffrent ou non de malnutrition. Nous avons prévu d'ouvrir une unité d'hospitalisation à Dan Issa et de soutenir cinq centres de santé dans le même district. La mesure de suspension nous en a empêchés.

Des alternatives insuffisantes

Certains enfants ont pu être pris en charge dans d'autres structures. Depuis la suspension de MSF, les Centres de santé intégrés (CSI) du ministère de la Santé – dans lesquels étaient installés les CRENA de MSF – ont vu augmenter le nombre d'enfants malnutris qui se présentent.

Pour soutenir ces CSI, MSF a procédé à plusieurs donations d'aliment thérapeutique prêt à l'emploi . Nous avons également sollicité l'Unicef pour que l'approvisionnement se poursuive

au-delà de la fermeture, le 29 août, des CRENA de MSF. La réaction a été tardive, mais l'Unicef a finalement effectué des donations à plusieurs CSI de la région de Maradi au cours de la première semaine du mois d'octobre.

Cependant, même lorsqu'ils disposent des produits nécessaires au traitement de la malnutrition, les CSI ne sont pas toujours en mesure d'assurer une prise en charge adéquate. Dans certains CSI où se sont rendues les équipes de MSF, le personnel a déclaré être débordé par le nombre de patients et n'avoir pas le temps de faire le dépistage de la malnutrition chez les enfants. Les témoignages de mères rencontrées dans des villages, qui racontent avoir amené leur enfant au CSI sans qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge, confirment ce constat.

La situation est encore plus dramatique pour les enfants qui doivent être hospitalisés. A l'hôpital régional de Maradi, où le service de pédiatrie et le centre nutritionnel ont une capacité cumulée d'une soixantaine de lits, une équipe de MSF a dénombré le 14 octobre environ 150 enfants. Là encore, le personnel a déclaré ne pas être en nombre suffisant pour pouvoir faire face à l'afflux de patients.

Pour que leur enfant bénéficie d'un traitement, certaines mères parcourent de longues distances. Ainsi, le CRENA de Sabon Machi, géré par la section belge de MSF, a vu ses admissions d'enfants malnutris sévères monter en flèche (39 admissions en semaine 30, 161 admissions en semaine 39), avec de nombreux enfants en provenances du district voisin de Guidan Roumji. Le nombre total d'admissions dans les sept CRENA de MSF-Belgique dans le district de Dakoro est passé 615 en juillet à 1 370 en août et 2 020 en septembre.

A Sabon Machi, en raison de l'état de santé de certains enfants, la section belge a décidé d'ouvrir, mi-octobre, un CRENI temporaire à Sabon Machi. En trois jours, 36 enfants ont été admis dans ce CRENI.

Ces alternatives ne peuvent cependant répondre à l'ampleur des besoins.

Des conséquences inquiétantes en terme de mortalité

Il n'est pas possible de chiffrer précisément le nombre de décès qu'a provoqué la suspension forcée des activités de MSF France. Mais notre équipe à Maradi a néanmoins observé une situation particulièrement inquiétante.

Lors de visites d'évaluation effectuées les 25 septembre et 1^{er} octobre dans 13 villages des districts de Guidan Roumji (commune de Sae Saboua) et Madarounfa (communes de Gabi et Safo), une équipe de MSF a ainsi constaté le grave déficit de prise en charge. Plus inquiétant encore, les informations recueillies sur les décès d'enfants de moins de 5 ans au cours de la période écoulée depuis la suspension des activités de MSF laissent supposer des taux de mortalité supérieurs au seuil d'urgence.

Trois mois de suspension d'activités de MSF France à Maradi : principales étapes et démarches

Arrêté de Suspension

- **18 juillet** : Arrêté de suspension de l'autorisation d'exercice de MSF France non motivé, signé par le Ministre de l'Intérieur qui vise une lettre du Ministère de la Santé du 8 juillet 2008
- **22 juillet** : Réception de l'arrêté de suspension par MSF France à Niamey
- **23 juillet** : Réunion à Maradi entre le Gouverneur, la Direction Régionale de la Santé et l'équipe de terrain de MSF France pour une mise en œuvre de la suspension. Il est décidé par les autorités régionales l'arrêt des admissions, l'arrêt des activités préventives et l'arrêt de la prise en charge des cas de paludisme grave à Dan Issa. MSF France conserve une seule activité, le volet curatif (traitement des enfants déjà admis). Accord pour permettre aux centres nutritionnels ambulatoires (CRENA) de continuer à fonctionner pendant 3 semaines et au centre nutritionnel intensif (CRENI) pendant 4 semaines.

Recherches d'explications

- **23 juillet** : Lettre de réponse à l'arrêté de suspension envoyée au Ministre de l'Intérieur par MSF France
- **24 juillet** : La présidente de MSF France, le Docteur Marie-Pierre Allié, envoie une lettre de demande d'audience au Président de la République et au Premier Ministre.
- **29 juillet** : Conférence de presse télévisée du Ministre de la Santé avec mise en avant de multiples raisons à la décision de suspension.
- **30 juillet** : Lettre demandant une audience auprès du Ministre de la Santé pour la Présidente de MSF France
- **31 juillet-10 août** : Visite de la Responsable de Programme de MSF France pour le Niger, le Docteur Isabelle Defourny
- **3 août – 7 août** : Visite de la Présidente de MSF France, le Docteur Marie Pierre Allié
- **7 août** : Audience de la Présidente de MSF France auprès du Ministre de la Santé

Mission Conjointe à Maradi

- **10-11 août** : Sur instruction du Ministre de la Santé une mission conjointe est envoyée à Maradi. La mission est composée d'un envoyé du Ministère de la Santé (Dr Barra Ibrah, Directeur National de la Nutrition) et de deux membres de l'équipe de coordination de MSF France au Niger. La mission conjointe travaille avec les représentants de la Direction Régionale de la Santé Publique à un cadre de partenariat et à un projet de protocole d'accord.
- **13 août** : Première prolongation d'échéance pour le traitement des enfants admis avant le 23 juillet dans les centres nutritionnels ambulatoires (CRENA) et dans le centre nutritionnel intensif (CRENI) de MSF France à Maradi
- **15 août** : Des documents de proposition de cadre de partenariat et de protocole d'accord entre la DRSP de Maradi et MSF France sont produits par la mission conjointe du Ministère de la Santé et de MSF-F, et sont officiellement transmis à la Primature par le Ministre de la Santé

Attente de validation du nouveau Protocole d'accord

- **21 août** : Lettre de la Présidente de MSF France au Premier Ministre pour solliciter une décision urgente
- **27 août** : Deuxième et dernière prolongation d'échéance pour le traitement des enfants admis avant le 23 juillet dans les centres nutritionnels ambulatoires (CRENA) et dans le centre nutritionnel intensif (CRENI) de MSF France à Maradi
- **28 août – 9 septembre** : Visite de la Directrice des Opérations de MSF France, Madame Annick Hamel
- **29 août** : Demandes d'audiences à l'occasion de la visite de la Directrice des Opérations de MSF France : Premier Ministre, Ministre d'Etat, Ministre des Affaires Etrangères, Ministre de l'Aménagement du Territoire, Secrétaire Générale du Ministère de la Santé, Président de l'Assemblée Nationale.
- **29 août** : Fermeture du dernier centre nutritionnel ambulatoire de MSF France à Maradi
- **30 août** : Arrivée d'une délégation des employés de MSF France de Maradi à Niamey
- **3 septembre** : Audience accordée à la Directrice des Opérations de MSF France par la Ministre des Affaires Etrangères
- **4 septembre** : Lettre de la Présidente de MSF France au Président de la République. Cette lettre est transmise au Président par la Ministre des Affaires Etrangères.
- **4 septembre** : Lettre de « recours gracieux » de MSF France adressée au Ministre de l'Intérieur avec ampliation au Ministre de la Santé et au Ministre de l'Aménagement du Territoire.

Arrêt des dernières activités MSF-F

- **6 septembre** : Fermeture du centre nutritionnel intensif (CRENI) de MSF France à Maradi
- **8 – 12 septembre** : Demandes d'audience pour la Présidente de MSF France auprès du Président de la République, du Premier Ministre, du Ministre de la Santé, du Ministre d'Etat, de la Ministre des Affaires Etrangères et de la Ministre de l'Aménagement du Territoire.
- **14 – 21 septembre** : Visite de la Responsable de Programme pour le Niger, Gwenola Seroux
- **17 septembre** : Demande d'audience pour les Chefs de Mission des 4 sections MSF au Niger auprès du Ministre de la Santé
- **17 septembre** : Lettre de proposition de levée de la suspension de MSF France du Ministre de la Santé adressée au Ministre de l'Intérieur
- **18 septembre** : Procédure de rupture de contrat des employés MSF France de Maradi entamée
- **25 septembre** : Le Directeur des Affaires Politiques et Judiciaires du Ministère de l'Intérieur contacte MSF France pour faire savoir que la levée de la suspension a été décidée et que l'arrêté de levée de la suspension est prêt à être signé.
- **1^{er} octobre** : Communiqué de presse de MSF France intitulé « MSF France toujours bloqué à Maradi »
- **3 octobre** : Licenciement effectif des employés de MSF France à Maradi en contrat à durée déterminée
- **4 octobre** : Interpellation du Ministre de la Santé à l'Assemblée Nationale

Seconde Visite de la Présidente de MSF-F

- **7 octobre** : Audience du Chef de mission de MSF France auprès du Ministre d'Etat. Confirmation de la nécessité d'une communication par le Ministre de la Santé en Conseil des Ministres comme préalable à la levée de la suspension de MSF-F.
- **7 octobre – présent** : Seconde visite de la Présidente de MSF France, Dr Marie-Pierre Allié
- **9 octobre** : Audience de la Présidente de MSF France auprès de la Ministre des Affaires Etrangères
- **13 octobre** : Audience de la Présidente de MSF France par le Ministre de la Santé. Le Ministre exprime son soutien à la reprise des activités par MSF France et s'engage à faire une proposition de soutien au prochain Conseil des Ministres. A l'issue le Ministre s'engage à faire connaître la position définitive du gouvernement du Niger à la Présidente de MSF-F
- **16 octobre** : Conseil des Ministres a lieu et la suspension des activités de MSF-F est à l'ordre du jour.
- **18 octobre** : Le Ministre de la Santé répond à l'interpellation du Député Jackou à l'Assemblée Nationale.
- **21 octobre** : Conférence de presse organisée par MSF France à l'hôtel Terminus pour rappeler l'urgence d'une prise en charge nutritionnelle des enfants de la région de Maradi.

Stratégies et intentions de travail développées par la section française de Médecins Sans Frontières sur la prise en charge de la malnutrition au Niger

Avant-propos : Ce document a d'abord été adressé au Premier Ministre du Niger le 21 août 2008, avec pour intention de rappeler les axes de travail développés par MSF France au Niger. Puis, dans le cadre des différentes démarches entreprises au cours des deux derniers mois, il a également été envoyé à diverses personnalités et autorités nigériennes, dans le but de clarifier nos intentions de collaboration et de bonne entente.

Une nouveauté technologique qui permet de revoir les stratégies nutritionnelles

A la fin des années 90 a été mis au point un nouveau type de produits nutritionnels qui ont permis de réelles avancées en matière de prise en charge de la malnutrition. Les pâtes de lait fortifiées ou aliments prêts à l'emploi ont la caractéristique de rassembler en un seul aliment l'ensemble des vitamines, minéraux, protéines et acides gras essentiels nécessaires à la croissance d'un jeune enfant. Ces pâtes ont été élaborées à partir des connaissances actuelles en nutrition et correspondent aux standards pédiatriques internationaux. Elles sont très aisées d'utilisation et se conservent pendant des mois sous de hautes températures ou des climats humides. Elles possèdent de plus l'énorme avantage de pouvoir être produites localement.

Cette nouveauté technologique, les pâtes de lait fortifiées, nous oblige à revoir nos ambitions en matière de traitement de la malnutrition. Leur composition peut être aisément adaptée afin de répondre aux besoins des stades les plus sévères de dénutrition mais également à des stades moins avancés. Non seulement, ces pâtes nous permettent aujourd'hui de traiter un nombre élevé d'enfants atteints de malnutrition sévère mais permettent également une approche très en amont visant à diminuer le nombre d'enfants tombant dans la malnutrition sévère.

Le lait, aliment clé d'une stratégie de lutte contre la malnutrition infantile

La malnutrition touche essentiellement les enfants de 6 mois à 3 ans, à un âge où physiologiquement, une croissance harmonieuse nécessite l'introduction d'une alimentation complète, notamment à base de lait.

La moitié des jeunes enfants américains reçoit une aide de l'état consistant en des produits lactés. En France, 12% de la population est pauvre¹ et si elle devait acheter les denrées alimentaires de la petite enfance aux prix du marché, nul doute que ce pays devrait faire face à une épidémie de malnutrition aiguë et à une surmortalité infantile. Au Niger également, les familles les plus pauvres ont beaucoup de difficultés à se procurer les aliments nécessaires à leur jeune enfant particulièrement en période de soudure.

Les pâtes de lait fortifiées ou aliments prêts à l'emploi ont la caractéristique de rassembler en un seul aliment l'ensemble des vitamines, minéraux, protéines et acides gras essentiels nécessaires à la croissance d'un jeune enfant et sont produites au Niger. En réalité, nous assistons au grand retour du lait, enrichi en énergie et en micro-nutriments. Le lait en poudre avait été banni des programmes de santé publique car il constituait un réel danger : les

¹ selon la définition de la pauvreté monétaire adoptée par l'Union Européenne. « L'Europe et la pauvreté : quelles réalités ? » Sarah Bouquerel et Pierre-Alain de Malleray. Notes de la Fondation Robert Schuman, 2006.

conditions de reconstitution d'un lait liquide à partir d'une poudre, à l'aide d'une eau souvent non potable, augmentent le risque de nuire. Avec la nouvelle génération d'aliments prêts à l'emploi, nous assistons à la redécouverte du lait, sous forme d'une pâte ou d'un biscuit, enrichi en énergie et en micro-nutriments, comme l'élément clef d'une stratégie de lutte contre la malnutrition infantile.

L'effort particulier du gouvernement nigérien et ses résultats positifs

Dès le début de la crise de 2005, le Niger a adopté cette pâte, le Plumpy Nut, comme protocole national. Depuis, grâce à des efforts importants déployés en matière de lutte contre la malnutrition, le Niger a enregistré des progrès notables. Alors que la situation nutritionnelle s'était dégradée de façon constante entre 1992 et 2002²; elle s'est améliorée ces dernières années. En effet, depuis 2005, une réponse très conséquente a été mise en place. En 2006, ce sont près de 400 000 enfants atteints de malnutrition aiguë qui ont été pris en charge. Et en 2007 et 2008, les enquêtes nationales nutrition et survie des enfants de 6 à 59 mois montrent une situation qui s'améliore et une diminution constante de la sous-nutrition sévère depuis 2005. Ces progrès sont particulièrement notables dans la région de Maradi³, une des zones où la malnutrition infanto-juvénile était la plus sévère⁴.

La stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté 2008-2012 continue à mettre l'accent sur la nécessité de poursuivre les efforts en matière de malnutrition en signalant que la malnutrition intervient dans près de 60% des décès des enfants de moins de 5 ans. Les taux de mortalité infantile les plus élevés sont enregistrés dans les régions où les taux de sous-nutrition infantile sont également les plus élevés. La prévalence de la sous-nutrition chronique est la plus élevée dans les régions de Maradi et Zinder.

Vers une diminution du nombre d'enfants malnutris : l'expérience de MSF à Maradi

Depuis 2001, Médecins Sans Frontières travaille dans les districts sud de la région de Maradi en collaboration avec le système de santé nigérien et a été confronté chaque année à plusieurs dizaines de milliers d'enfants malnutris à prendre en charge. Continuer dans cette seule direction n'était pas faisable.

Dans des régions comme Maradi, affectées par des problèmes chroniques et conséquents de malnutrition, la stratégie nutritionnelle choisie devrait viser à réduire le nombre d'enfants qui seront atteints de malnutrition années après années. En effet, prendre en charge chaque année plusieurs centaines de milliers d'enfants dans des centres nutritionnels n'est pas faisable pour un système de santé. Tout d'abord, une prise en charge d'un tel nombre d'enfants nécessite des moyens très importants particulièrement en ressources humaines qualifiées et entraîne un coût de programme très élevé et qui ne peut qu'augmenter. Ensuite, chacun notera le côté absurde et médicalement peu éthique d'attendre chaque année que ces enfants deviennent dénutris alors qu'il existe une possibilité de prévenir l'apparition de la dénutrition grâce à l'enrichissement de la ration familiale par des aliments de compléments adaptés aux jeunes enfants et produits au Niger.

Afin de diminuer le nombre d'enfants malnutris et particulièrement le nombre d'enfants sévèrement malnutris ou devant être hospitalisés, il a été décidé d'enrichir la ration familiale à

² PRSP de 2002

³ L'enquête nationale nutrition et survie de l'enfant de 2008 note que la région de Maradi qui était un foyer de sous-nutrition a enregistré une amélioration avec un taux inférieur à 10%.

⁴ La malnutrition est la plus sévère dans les régions de Diffa, Zinder et Maradi (PRSP 2002).

un moment de l'année où elle devient trop pauvre pour répondre aux besoins des jeunes enfants, pendant la période de soudure. Un peu plus d'1 kg d'une pâte de lait et d'arachide enrichie (1, 3 kg de plumpy doz) ont donc été distribués mensuellement à tous les enfants de moins de 3 ans du district de Guidan Roumji. Il est important de noter qu'avec ce type d'approche, la majorité des ressources financières est allouée aux aliments et non à la gestion de grands centres nutritionnels.

Les résultats sont extrêmement encourageants : depuis 2006, nous notons une diminution du nombre de malnutris sévères et du nombre d'hospitalisations. En 2007, nous avons observé une réduction du besoin d'hospitalisation parmi les enfants admis dans le programme nutritionnel mais bénéficiant de la distribution de plumpy doz. Cela semble signifier que si les enfants développent une malnutrition malgré la distribution de plumpy doz, ils atteignent des stades moins profonds de dénutrition et font des complications moins sévères.

Maintenir une réponse efficace dans la durée

Distribuer pendant quelques mois par an, un aliment de complément aux familles les plus vulnérables, afin de diminuer la pression sur le système de santé, devrait être une stratégie envisagée dans des zones de forte prévalence de malnutrition et de sur-mortalité infanto-juvénile.

Comment et pourquoi ce type de distributions pourrait-il s'envisager dans la durée ?

De nombreux pays, comme le Niger ont développé depuis de nombreuses années un savoir-faire autour des distributions de nourriture qu'elles soient gratuites ou sous forme de ventes à prix modérés à destination de familles vulnérables. Malheureusement, ces distributions de nourriture ne sont pas composées d'aliments adaptés aux jeunes enfants qui sont cependant les premières victimes du manque de nourriture. Aujourd'hui, grâce aux aliments prêts à l'emploi, il est tout à fait envisageable d'améliorer la qualité des rations familiales distribuées.

Le prix des aliments prêts à l'emploi reste élevé (environ 3 euros le kilogramme). Cependant, en raison de l'importance de ce problème de santé publique, il serait logique que les matières premières destinées à la fabrication des produits thérapeutiques échappent à la logique de marché et bénéficient d'une dérogation. Des organismes tel le Programme Alimentaire Mondial pourrait donner les matières premières à des productions locales d'aliments prêts à l'emploi.

Un avantage considérable de ces produits est qu'ils peuvent être produits localement. Aujourd'hui, la production actuelle à Niamey est d'environ 500 MT annuelle et pourrait être augmentée sans déployer des moyens considérables.

Actuellement, la distribution de Plumpy doz en cours est organisée et financée par MSF. En 2009, l'organisation espère modifier ce projet à Maradi et trouver un partenaire nigérien intéressé par la reprise de cette distribution.

La question du financement des programmes nutritionnels et la pérennité de ces financements est une question cruciale. Depuis 2005, la campagne menée par MSF en international vise à mobiliser différents bailleurs autour de la nutrition. Le contexte international actuel de « crise alimentaire mondiale » ainsi que l'intérêt notamment de la banque mondiale sur la question nutritionnelle pourrait être favorable à une augmentation des financements de la malnutrition.

En conclusion

Une distribution d'aliments prêts à l'emploi, produits localement et dont les matières premières seraient subventionnées, pendant certains mois de l'année, à une tranche d'âge spécifique et dans certaines régions pourrait permettre de réduire considérablement la pression sur le système de santé et être une alternative efficace aux stratégies actuelles qui consistent à prendre en charge chaque année des nombres très élevés d'enfants dénutris.

MSF au Niger : au-delà de la nutrition

Les quatre sections de Médecins Sans Frontières présentes au Niger (MSF Belgique, MSF Espagne, MSF France et MSF Suisse) mènent toutes des activités en dehors du domaine de la nutrition.

Réponse aux épidémies

Déjà, en **2001**, c'est à l'occasion d'une campagne de vaccination contre la rougeole que Médecins Sans Frontières avait mené des évaluations et décidé d'ouvrir un projet de prise en charge de la malnutrition. Depuis, chaque année, MSF a collaboré avec le ministère de la Santé publique pour répondre aux épidémies, avec plus de 3 millions de vaccins administrés.

Autre exemple, en **2006**, MSF a mené une campagne de vaccination contre la méningite en collaboration avec le ministère de la santé publique vaccinant 817 799 personnes et traitant 1295 patients.

Au cours de l'année **2008**, une campagne de vaccination contre la rougeole en situation épidémique dans les régions de Zinder et de Maradi a permis de vacciner environ 700 000 enfants nigériens âgés de 6 mois à 15 ans. Cette intervention d'urgence a duré sept semaines. Le taux de couverture vaccinale était de 91% dans les zones ciblées. Parallèlement, les équipes de MSF ont appuyé les structures sanitaires nigériennes pour la prise en charge des enfants souffrant de rougeole

Dans les districts de Birni N'Konni, Bouza et Madaoua (région de Tahoua), 437 000 personnes ont été vaccinées contre la méningite lors d'une campagne menée conjointement par MSF et les équipes du ministère de la Santé.

A Birni N'Konni, un soutien a été apporté à partir de septembre à la prise en charge de cas de choléra au sein de l'hôpital de district.

Santé materno-infantile et pédiatrie

Dans le district de Dakoro, MSF Belgique soutient les département de pédiatrie et de maternité de l'hôpital de district et les consultations externes pour les enfants de moins de cinq ans dans chaque CSI où sont installés des CRENA (environ 10 000 consultations en moyenne par mois). Dans l'hôpital de district, 1 618 enfants ont été admis au service de pédiatrie en 2007, et 1 340 à ce jour pour l'année 2008. Le nombre d'accouchements à la maternité s'élève à 718 en 2007 et 841 de janvier à septembre 2008.

Dans la région de Maradi, pendant le pic saisonnier de paludisme de 2007, MSF France avait ouvert de juillet à octobre une unité d'hospitalisation pédiatrique et soutenu cinq centres de santé pour assurer une bonne prise en charge des enfants impaludés. Une intervention similaire était prévue en 2008 mais n'a pu être menée à bien en raison de la suspension. Ceci est particulièrement inquiétant vu le pic saisonnier de paludisme particulièrement important cette année.

A Agadez, une équipe de MSF France d'une quinzaine de personnes – dont un gynécologue-obstétricien et un pédiatre – vient en appui aux services de maternité de deux centres de santé intégrés (CSI).

Autres interventions

La section suisse de MSF est intervenue en juillet 2008 suite aux inondations survenues à Zinder. Un appui en matériel de secours (moustiquaires, nattes, jerricans, couvertures, savons) et en farines enrichies (Unimix) a été apporté à 500 familles sinistrées réfugiées dans des écoles de la ville.

En août, toujours suite à des inondations, MSF Espagne a effectué à Tillabéri une distribution d'articles de secours auprès de 250 familles.

Par ailleurs, dans la région de Tahoua, un appui logistique en terme d'eau et assainissement a été fourni dans plusieurs centres de santé intégrés (réhabilitation des systèmes d'adduction en eau potable).

Les activités nutritionnelles au Niger des autres sections de Médecins Sans Frontières

MSF-Suisse

La section suisse de MSF travaille dans la région de Zinder. Cette année, le dispositif d'intervention comprend un CRENI¹ et huit CRENA² dans le district de Zinder, un CRENI et six CRENA dans le district de Magaria.

Admissions d'enfants malnutris sévères* (anciennes courbes**) en 2007 :

- en CRENI : 6 494
- en CRENA : 7 521

De plus, 7 527 personnes souffrant de malnutrition aiguë modérée ont été pris en charge.

Admissions d'enfants malnutris sévères* (anciennes courbes**) de janvier 2008 à fin septembre (semaine 40) :

- en CRENI : 5 307
- en CRENA : 7 282

Par ailleurs, 3 905 personnes souffrant de malnutrition aiguë modérée ont été pris en charge.

L'équipe de MSF Suisse comprend 552 personnes, dont 527 Nigériens.

MSF Espagne

La section espagnole de MSF travaille dans la région de Tahoua. Le dispositif d'intervention comprend deux CRENI (à Bouza et Madaoua, avec également des lits d'hospitalisation pédiatrique) et onze CRENA installés sur les sites des centres de santé intégrés (CSI) pour la prise en charge en ambulatoire de la malnutrition sévère, ainsi que de la malnutrition modérée dans le district de Madaoua.

Admissions d'enfants malnutris (anciennes courbes**) en 2007 :

- Malnutris sévères : 3 847
- Malnutris modérés : 10 308

Admissions d'enfants malnutris (anciennes courbes**) de janvier 2008 à fin septembre (semaine 40) :

- Malnutris sévères : 3 387
- Malnutris modérés : 12 250

L'équipe de MSF Espagne comprend 278 personnes, dont 261 Nigériens.

¹ CRENI : Centre de récupération nutritionnelle intensive

² CRENA : Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire

MSF Belgique

La section belge de MSF travaille dans le district de Dakoro de la région de Maradi. Le dispositif d'intervention comprend un CRENI à Dakoro et sept CRENA installés sur les sites des centres de santé intégrés (CSI) pour la prise en charge en ambulatoire de la malnutrition sévère et modérée. Dans le district de Dakoro, MSF Belgique soutient par ailleurs les services de pédiatrie et de maternité.

Admissions d'enfants malnutris (anciennes courbes**) en 2007 (projet ouvert en avril) :

- Malnutris sévères* : 1 530
- Malnutris modérés : 14 378

Admissions d'enfants malnutris (nouvelles courbes** à partir d'avril) de janvier 2008 à fin septembre (semaine 39) :

- Malnutris sévères : 8 843
- Malnutris modérés : 19 768

L'équipe de MSF Belgique comporte 349 personnes, dont 330 Nigériens.

* L'état de malnutrition est mesuré par rapport au ratio poids-taille d'un enfant ayant une croissance considérée comme normale. Un enfant souffre de malnutrition aiguë si son ratio poids-taille est inférieur à 80% du ratio standard. En-dessous de 70% du ratio normal, on parle de malnutrition aiguë sévère.

** Le référentiel universel pour déterminer le ratio poids-taille standard d'un enfant, ce sont les normes de croissance de l'enfant établies par l'OMS. En 2005, à l'issue d'une étude très vaste sur les 5 continents, l'OMS a publié de nouvelles courbes et recommandé qu'elles soient utilisées comme point de comparaison.