

# LASDEL

**Laboratoire d'études et recherches sur  
les dynamiques sociales et le développement local**

---

*BP 12901, Niamey, Niger – tél. (227) 72 37 80  
BP 1383, Parakou, Bénin – tél. (229) 61 16 58*

**La crise alimentaire de 2005 au Niger dans la région  
de Madarounfa et ses effets sur la malnutrition infantile :  
approche socio-anthropologique**

**Mariatou Koné**

Assistant de recherche : Mahaman Moha

**Préface : Jean-Pierre Olivier de Sardan**

## **Etudes et Travaux n° 53**

mai 2006

Financement : MSF

## TABLE DES MATIERES

Sigles et abréviations .....	3
Avant-propos .....	4
 PREFACE .....	 5
La crise alimentaire de 2004-2005 : bilan .....	5
Et la malnutrition infantile dans tout cela ? .....	7
MSF et les centres de récupération nutritionnelle .....	9
Le faux débat « humanitaire vs développement » .....	11
Textes cités .....	14
 INTRODUCTION.....	 16
 1. APPROCHE METHODOLOGIQUE .....	 18
1.1 Choix et caractéristiques des sites .....	18
1.2. Procédure de collecte des informations .....	18
1.3. Quelques techniques d'enquêtes.....	19
1.4. Difficultés de l'enquête .....	20
 2. FORMES ET AMPLEUR DE LA CRISE ALIMENTAIRE 2005 .....	 21
2.1. Effets annonciateurs et causes de la crise .....	21
2.2 Effets ou facteurs aggravants de la crise.....	23
2.3 Stratégies ou effets atténuateurs de la crise .....	24
2.4 Impact des projets.....	33
2.5 Les secours ou l'aide alimentaire .....	35
2.6 Une sortie de crise difficile ?.....	38
 3. MODALITES ET CAUSES DE LA MALNUTRITION : CONCEPTS, CONCEPTIONS ET PRATIQUES AUTOUR DE LA MALNUTRITION.....	 39
3.1 Représentations populaires et pratiques relatives à la malnutrition.....	39
3.2. Quelques facteurs explicatifs de la malnutrition .....	42
3.3 Prise en charge de la malnutrition .....	56
3.4 Les raisons de la fréquentation des CNT par les mères.....	61
 CONCLUSION : LA MALNUTRITION A DES RACINES MULTIFACTORIELLES NON EXCLUSIVES .....	 70
 Bibliographie sélective .....	 71

*Sigles et abréviations*

AGR	Activités Génératrices de Revenus
ANPIP	Association nigérienne pour la petite irrigation
CARE	Cooperative Assistance and Relief Everywhere
CCA	Cellule crise alimentaire
CNT	Centre nutritionnel thérapeutique
CSI	Centre de Santé Intégré
CRENI	Centre de Récupération Nutritionnelle Intensif avec complication médicale
CRENAM	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire Modéré pour malnutrition modérée
CRENAS	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire Sévère Sans Complication médicale
IDH	Indice du Développement Humain
MMD	Mata Matasu Dubara
MNSD	Mouvement National pour la Société de Développement
MSF	Médecins sans frontières
ONG	Organisations non gouvernementales
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PDLM	Projet de développement local de Maradi
PSPR	Programme Spécial du Président de la République
SAP	Système d'alerte précoce
SIM	Société internationale des Missionnaires
SCVM	Sécurité des conditions de vie des ménages
UCA	Unité de Culture Attelée
UNICEF	United Nations Children's Fund ou Fond des Nations Unies pour l'Enfance (en français)
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine

### *Avant-propos*

L'enquête qui a abouti à la rédaction de ce rapport s'est déroulée en deux phases : une phase collective d'enquête suivie d'une phase individuelle.

La phase collective a regroupé à Madarounfa plusieurs chercheurs : Mariatou Koné (chercheur en accueil au LASDEL), Younoussi Issa et Hamani Omar (chercheurs au LASDEL), Elise Guillermet (chercheur en accueil au LASDEL), Ali Bako, Kalilou Seydou, Moha Mahaman (assistants de recherche au LASDEL), et Hélène Charton-Bigot (chercheur à l'IFRA à Nairobi, Kenya). Cette phase a permis : (a) l'élaboration en commun de pistes de recherches et d'indicateurs qualitatifs pour les enquêtes individuelles ultérieures; (b) l'analyse comparative des résultats provisoires issus de cette enquête ; (c) la constitution de références empiriques partagées par l'ensemble de l'équipe d'enquête.

La phase individuelle a été réalisée par Mariatou Koné, assistée de Moha Mahaman.

L'enquête s'est déroulée sous la responsabilité scientifique de JP. Olivier de Sardan, chercheur au LASDEL et directeur de recherche au CNRS.

Jean-Pierre Olivier de Sardan

## Préface

Le grand mérite du rapport de Mariatou Koné est de décrire la crise alimentaire qu'a connue le Niger en 2004-2005 « vue d'en-bas », au plus près des représentations populaires, sur la base des récits des villageois. De plus, les enquêtes, de type socio-anthropologique, autrement dit qualitatives, ont été menées dans un site particulièrement stratégique et paradoxal, puisqu'il s'agit de Madarounfa, plutôt connu comme un « grenier du Niger », et où pourtant MSF (qui a financé cette recherche) a enregistré dans ses centres de récupération nutritionnelle les plus forts taux d'admission d'enfants malnutris.

Je voudrais dans cette préface situer le contexte de ce travail, et en commenter quelques résultats.

### *La crise alimentaire de 2004-2005 : bilan*

Une excellente analyse générale de cette crise (la meilleure à ce jour) a été présentée par l'équipe conduite par J. Egg pour l'IRAM<sup>1</sup>. Nous nous appuyons en grande partie sur elle pour le bref bilan ci-après.

1. La crise alimentaire de 2004-2005 a certes été induite par des récoltes insuffisantes et une invasion acridienne dans une partie du pays<sup>2</sup>. Mais le déficit de production en céréales n'a sans doute pas dépassé 8%, ce qui ne met pas 2004-2005 au rang des années catastrophiques (du type des famines de 1973 ou 1984), et évoque plutôt 2001-2002, qui avait été une mauvaise année à laquelle le Dispositif national avec l'appui des partenaires internationaux avait pu faire face sans trop de problèmes. *La grande spécificité de 2004-2005 a été la flambée largement imprévisible<sup>3</sup> des prix*, due au marché régional des céréales qui a fonctionné à l'envers des années difficiles précédentes : en particulier le Nigéria, qui d'ordinaire vend sa production excédentaire au Niger en cas de mauvaises récoltes, s'est au contraire cette année fourni de façon massive sur le marché nigérien. Le marché régional n'est plus régulé dans aucun Etat (les échecs de l'OPVN et la puissance politique des commerçants<sup>4</sup>, au Niger, les politiques d'ajustement structurel, partout, sont passés par là), et n'a pas fait l'objet d'interventions coordonnées entre les Etats voisins (bien au contraire) ou de la CEDEAO. Laisse à lui-même, ce marché a donc fonctionné en 2005 « contre » les

---

<sup>1</sup> Cf. J. Egg (dir), 2006. Mariatou Koné a également participé à ce travail, et le rapport qu'elle a rédigé dans ce cadre (cf. Koné, 2006) doit être considéré comme complémentaire de celui-ci.

<sup>2</sup> Nous n'insisterons pas ici sur les déficits fourragers, qui ont été particulièrement importants dans la zone pastorale du pays, et qui ont entraîné une grave crise de l'alimentation animale, souvent passée sous silence du fait de la crise alimentaire « humaine ».

<sup>3</sup> Cette flambée des prix n'était évidemment imprévisible que dans le cadre des systèmes d'alertes actuels, qui restent essentiellement nationaux et ont de nombreuses limites

<sup>4</sup> Office des produits vivriers du Niger : structure publique longtemps chargée de stabiliser les prix des céréales. Sur les rapports difficiles entre l'OPVN et les commerçants, cf. Grégoire, 1990.

populations nigériennes, en rendant quasi inabordable le prix du sac de mil, de sorgho ou de riz<sup>5</sup>.

2. Cette crise conjoncturelle n'a fait qu'amplifier une crise structurelle de l'agriculture nigérienne. De plus en plus, et en particulier ces dernières années, les cultures pluviales (mil et sorgho) qui sont à la base de l'alimentation ne peuvent suffire à nourrir les populations (dont on connaît la forte croissance démographique). Le manque de terres commence à se faire sentir, la jachère disparaît, les terres cultivées sont de plus en plus épuisées, l'agriculture irriguée (coûteuse, et non praticable partout) ne peut prendre suffisamment le relais. *L'auto-suffisance du pays en céréales appartient désormais au passé*. Même les bonnes années, la plupart des paysans sont dépendants du marché pour la soudure, autrement dit ils doivent acheter les compléments de céréales qui font défaut dans leurs greniers (pour un mois, deux mois, quatre mois...). L'économie rurale nigérienne est depuis longtemps très monétarisée, et la production de nourriture pour l'auto-consommation est systématiquement associée à la recherche de ressources complémentaires, ceci pour toutes les couches sociales (saliariat temporaire et « *coping strategies* »<sup>6</sup> pour les plus pauvres, cultures commerciales - arachide, souchet, sésame, oignon - et commerce pour les mieux lotis, migrations temporaires des hommes vers le Nigéria pour tous)<sup>7</sup>. On comprend mieux dans ce contexte le grave problème qu'a représenté en 2005 la flambée des prix : les paysans ne pouvaient plus, avec leurs économies ou leurs revenus habituels, se procurer les quantités nécessaires pour assurer la soudure.

3. Des retards et des dysfonctionnements divers n'ont pas permis au Dispositif national et aux partenaires du Niger de faire face à temps et de façon adaptée à cette situation inédite. La stratégie des ventes de céréales à prix modéré, sans doute efficace lors de crises moyennes « normales », n'a pas enrayé la hausse des prix et a injecté des quantités bien trop faibles par rapport aux besoins. C'est finalement l'aide internationale massive, mobilisée grâce à la campagne médiatique européenne montée en puissance entre avril 05 et juillet 05, qui a permis, certes tardivement, à travers des distributions alimentaires gratuites à partir de juin 05, de trouver enfin une solution à la crise pour la période des cultures et des récoltes. Mais cette aide n'a pas été sans entraîner divers effets pervers : contournement de l'Etat nigérien, distributions non ciblées, arrivée de très nombreuses ONG sans connaissance du terrain, augmentation des stratégies « assistancielles » chez les populations...

---

<sup>5</sup> En août 2005 le sac de mil se vendait jusqu'à près de 40.000 FCFA pour 15.000 à 17.000 FCFA d'habitude à la même époque ; en outre, la médiatisation internationale sur le thème de la « famine » et les achats massifs par des ONG ont eu pour conséquence de faire encore monter les prix au niveau régional.

<sup>6</sup> Ces « stratégies de débrouillardise » en vue de se procurer sur place du numéraire sont multiples et varient selon les saisons et les régions : à Madarounfa, par exemple, on aura : coupes de bois et collectes de produits forestiers, fabrication de briques et maçonnerie, ramassage et vente de paille et de fanes d'arachide, salariat agricole, préparation et vente de plats cuisinés, etc...

<sup>7</sup> L'importance de la circulation monétaire avait été mise en évidence il y a longtemps par C. Raynaut (1977) pour la région de Maradi (les compléments alimentaires n'étant qu'une des causes de cette circulation parmi bien d'autres : dons et prestations multiples, mariages et baptêmes, pratiques magico-religieuses, habillement, etc.). On a pu parler de « sur-monetarisation » (Olivier de Sardan, 1999) pour décrire cette pression monétaire permanente, cette quête de cash, qui caractérisent les comportements des populations (et qui explique aussi bien les difficultés de gestion des caisses collectives que le succès du micro-crédit).

### *Et la malnutrition infantile dans tout cela ?*

La campagne médiatique sur la crise alimentaire a été « amorcée » par MSF à partir de la malnutrition infantile <sup>8</sup>, ce qui n'a pas été sans créer une certaine confusion. En effet, les médias se sont emparés d'images sur les enfants décharnés ou moribonds dans les centres de récupération nutritionnelle pour promouvoir une peinture terrible d'une famine menaçant de morts des millions de personnes... *Et, dans l'opinion publique occidentale, l'équivalence « malnutrition infantile = famine » s'est imposée. Or elle est fausse.*

Les médecins et les nutritionnistes savent en effet depuis bien longtemps que la malnutrition infantile en Afrique (et le Niger n'est pas une exception) est un phénomène chronique, relevant de variables multiples, et n'est pas simplement la conséquence de mauvaises récoltes (même si les famines, comme les guerres, produisent évidemment de la malnutrition infantile « supplémentaire » ou spécifique). *La complexité des facteurs qui entraînent la forte prévalence de la malnutrition infantile a déjà été documentée* <sup>9</sup>, y compris pour le Niger <sup>10</sup>, et en particulier la région de Maradi <sup>11</sup>. Il n'y a pas de corrélation *directe* entre le statut socio-économique et la malnutrition infantile. Le rapport de Mariatou Koné en apporte, s'il en était besoin, à travers ses études de cas, une confirmation.

Elle revient sur la plupart de ces facteurs multiples: la non consommation du colostrum après la naissance <sup>12</sup>, le sevrage toujours brutal associé de plus à une séparation d'avec la mère, le sevrage en outre souvent précoce si la mère allaitante tombe enceinte (dans la mesure où son lait est alors considéré comme impropre), l'absence de repas adaptés aux jeunes enfants (ils mangent les mêmes rations que les adultes, ils ont peu ou pas accès à la viande, au lait, à l'huile, aux œufs, les sauces sont de faible qualité nutritive) pour des motifs à la fois économiques et culturels, la baisse en quantité et en qualité de la ration collective en période de soudure ou de crise alimentaire (et ceci plus encore au sein des ménages les plus vulnérables), le manque de disponibilité de certaines mères pendant la saison des cultures, les représentations populaires locales autour des maladies de l'enfant <sup>13</sup>, l'interaction entre malnutrition et autres maladies infantiles (paludisme, diarrhées, etc...), elles-mêmes

---

<sup>8</sup> D'autres que MSF avaient à la même époque souligné la gravité de la malnutrition infantile, comme le rapport HKI-PAM (2005) en avril (enquête faite en février). Par ailleurs, on ne peut évidemment imputer à MSF les excès des médias par la suite.

<sup>9</sup> Sur les facteurs socio-culturels, cf. entre autres Bonnet, 1996 ; Roger-Petitjean, 1996.

<sup>10</sup> Cf. entre autres Barennes, 1996 ; Barennes & Banos, 1994 ; Jaffré, 1996.

<sup>11</sup> Cf. Raynaut, 1978, 1989 ; Meslet, 1988 ; Raynaut, Meslet & al., 1992 ; CARE-BARA, 1997 (chapitre 10). En faisant le bilan des nombreuses enquêtes nutritionnelles réalisées au Niger en 2005 (entre autres par Epicentre ou ACH, 2005) , Delpuech (2006) a constaté que « quasiment aucune référence à la situation nutritionnelle des années antérieures ou des pays de la sous-région n'avait été faite ». La prise en charge de la malnutrition infantile au Niger en 2005 par les « urgentistes » semble avoir été associée à une étonnante absence de prise en compte du contexte (historique , sanitaire, social, national).

<sup>12</sup> Cf. Keith, 1990

<sup>13</sup> Les chercheurs du LASDEL ont travaillé sur les représentations populaires des maladies infantiles dès les années 1990. Nous étions, comme Mariatou Koné, parvenu à la conclusion que la malnutrition n'était pas une catégorie pertinente pour les mères. Les symptômes associés à la malnutrition sont en fait renvoyés à diverses entités nosologiques populaires (cf. Jaffré & Olivier de Sardan, 1999), en hausa comme en zarma, qui ne relèvent pas pour l'essentiel de la compétence de la médecine moderne, mais qui renvoient aux « féticheurs », aux « marabouts », aux tradi-praticiens ou, surtout, aux « remèdes de grand-mère ».

amplifiées par les décoctions non stériles que l'on fait boire dès le plus jeune âge à l'enfant, etc.<sup>14</sup>

Le secteur de Madarounfa est assez particulier au Niger. Il est tout d'abord caractérisé par sa forte densité démographique, ses bonnes récoltes moyennes, et le primat aux cultures commerciales. Dans un tel contexte, quatre facteurs spécifiques à la zone semblent concourir plus particulièrement à l'appauvrissement non seulement des rations (quantité) mais aussi ou surtout des sauces (qualité) : (a) le morcellement des terres familiales depuis au moins trois générations et une concentration foncière croissante au profit de privilégiés entraînent la paupérisation d'une fraction importante de la population rurale, de plus en plus privée de terres<sup>15</sup>; (b) la claustration croissante des femmes au nom d'une certaine vision de l'Islam aboutit à les priver de la possibilité de cultiver des petits champs personnels (*gamana*) ; (c) les condiments ne sont pas cultivés par les femmes pour l'auto-consommation (comme c'est le cas ailleurs au Niger), mais ils sont produits en tant que cultures commerciales dans des jardins maraîchers, ce qui les rend moins accessibles ; (d) un système d'usure très développé aboutit à accroître la fragilité et l'endettement des ménages les plus vulnérables. On ne retrouve que peu ces éléments ailleurs, en particulier dans des zones pourtant beaucoup plus fragiles, et frappées par les mauvaises récoltes et/ou les acridiens.

La crise alimentaire 2004-2005 a évidemment aggravé dans une grande partie du pays, et plus encore à Madarounfa, la situation alimentaire des jeunes enfants, en particulier pour les familles les plus vulnérables: les repas familiaux ont connu une baisse qualitative et quantitative (diminution ou absence d'huile, de condiments, de viande ; dilution et espacement des rations), ce qui a en outre abaissé la qualité du lait des mères (les travaux ou déplacements effectués par les femmes en raison de la crise allant dans le même sens).

*Mais, comme la crise alimentaire, ce qu'on pourrait appeler la « crise de malnutrition infantile » 2004-2005 est d'abord et avant tout un problème structurel, qui a été amplifié par une crise conjoncturelle.*

Il faut reconnaître que cette malnutrition infantile chronique, bien que largement connue des spécialistes, avait été quelque peu « oubliée » en termes de santé publique. Elle ne figurait nullement comme priorité sanitaire du pays. Les tentatives de mettre en place des centres de récupération nutritionnelle dans les années 1970 avaient tourné court (il y avait eu divers échecs, dont un bilan serait fort utile), et le PAM avait progressivement abandonné la mise à disposition de nourriture auprès des centres de santé pour la récupération nutritionnelle et l'éducation des mères (considérant, non sans raisons, que les personnels de santé se les accaparaient le plus souvent et qu'elles n'étaient guère efficaces). Certes divers intervenants (comme l'UNICEF dans la région de Madarounfa) continuaient un travail de « sensibilisation », mais on ne dispose guère d'informations fiables sur l'efficacité réelles de ces dispositifs, en tout cas non adaptés à l'ampleur du problème.

Il est donc clair que l'appel au secours de MSF en avril 2005, et la mobilisation médiatique et internationale qui a suivi (malgré les approximations, excès et erreurs qui se sont multipliés dans la presse, et divers effets pervers qu'on ne saurait ignorer), ont eu le grand mérite de faire exister la question de la malnutrition infantile comme problème de

---

<sup>14</sup> On pourrait y ajouter le mauvais état nutritionnel des femmes enceintes ou allaitantes (cf. Delpeuch, 2006).

<sup>15</sup> La polarisation foncière dans la région de Madarounfa mise en évidence par Mariatou Koné est spectaculaire. Si, à chaque crise alimentaire, de nouvelles familles vulnérables se voient contraintes de vendre ou de mettre en gage leurs champs (ce qui va de pair avec un endettement récurrent), d'autres groupes sociaux locaux inversement « profitent » de ces crises pour accroître leur patrimoine foncier.



santé publique majeur (et, sans doute, d'inciter pour l'avenir à une prise en compte des données nutritionnelles lors des crises alimentaires).

### ***MSF et les centres de récupération nutritionnelle***

MSF, on le sait, est intervenu au Niger en 2001 face à une épidémie de rougeole, et y est resté pour s'occuper de malnutrition infantile, à la suite de bilans nutritionnels réalisés dans la zone de Maradi à l'occasion de sa campagne de vaccination, qui avaient révélé des taux de malnutrition infantile chronique comparables à ceux de régions en guerre. L'action de MSF en ce domaine, commencée avec des centres nutritionnels à Maradi et Dakoro en période de soudure, a pris la forme d'un hôpital (CRENI) à Maradi, traitant les malnutris sévères, que le système de santé national ne prenait pas en charge. MSF se risquait ainsi à la marge de sa stratégie « urgentiste », puisque l'organisation s'attaquait, dans la durée, et hors « crise majeure », à un des multiples problèmes structurels de la santé au Niger.

Mariatou Koné souligne dans son rapport les innovations décisives introduites par MSF au fil du temps, du point de vue des mères, et qui expliquent pour une grande part la montée des admissions dès 2003-2004 (sans lien en tout cas avec une quelconque crise alimentaire conjoncturelle) : alors que les longues hospitalisations au CRENI de Maradi décourageaient les mères d'enfants malnutris sévères, MSF a ouvert des centres ambulatoires et introduit un nouveau protocole, limitant l'hospitalisation à une semaine, avec un suivi hebdomadaire par la suite. Ce protocole a été facilité par la diffusion dans les CRENI et CRENA d'une innovation technique très importante, le Plumpy'nut, une pâte nutritive particulièrement efficace conditionnée en sachets (et assimilée par les mères à du « biscuit » et à des « vitamines »), qui a profondément amélioré l'administration et l'acceptation de la récupération nutritionnelle. *De nombreux enfants malnutris « hors système de santé » y sont donc rentrés grâce à l'amélioration de l' « offre » de MSF.*

Mais en 2004-2005 les taux d'admission ont encore grimpé, et à un point tel (ils ont doublé) qu'il semble impossible de les interpréter comme une simple progression « normale » des chiffres de 2003-2004 et les imputer seulement au nouveau protocole. Il est très probable que la crise alimentaire qui se développait alors a été un facteur important de cette augmentation spectaculaire du nombre d'enfants malnutris présentés dans les centres de MSF. Mariatou Koné décrit ainsi fort bien <sup>16</sup> les multiples micro-stratégies alimentaires par lesquelles les familles les plus pauvres ont essayé de faire face au manque de nourriture (comme la consommation de produits de cueillette inhabituels et parfois toxiques, le remplacement de la pâte par de la bouillie et la dilution des bouillies, l'usage de piment pour freiner l'appétit, etc.) et on peut facilement imaginer leur impact négatif sur la nutrition des enfants. Mais il est impossible de quantifier le rôle exact de cette augmentation de la « demande » imputable à la crise alimentaire, dans la mesure où *l'ouverture de nombreux centres de récupération nutritionnelle, ainsi qu'un nouveau changement, conjoncturel mais important, dans le protocole de MSF (la distribution d'une aide alimentaire destinée à la famille) ont aussi modifié l' « offre » en la rendant à la fois beaucoup plus accessible et beaucoup plus attractive.*

Cette nouvelle offre était plus accessible et plus attractive, mais elle était aussi *sélective*. Seuls les mères des enfants malnutris sévères, d'abord, puis également modérés, ensuite, avaient le « droit » de bénéficier de cette aide alimentaire. L'affluence des mères, qui fut grande, et sans doute fortement liée à la perspective de bénéficier de cette aide alimentaire pour la famille, a aussi engendré de nombreuses frustrations chez les « exclues ». Dans ce

---

<sup>16</sup> Voir aussi son rapport précédent pour l'IRAM (Koné 2006)

contexte, on ne saurait s'étonner des multiples stratégies développées par les femmes dans les villages pour « contourner » les critères de malnutrition, ou faire entrer leurs enfants dans ces critères, et accéder malgré tout et quoi qu'il arrive à ces ressources. Mariatou Koné décrit bien ces stratégies, depuis les trafics de bracelets jusqu'aux enfants malnutris qu'on se « prête ». Ces pratiques, qui n'ont pas été marginales mais massives, constituent certes, en un sens, des « fraudes », mais, dans un autre sens, on peut y voir le prolongement des stratégies habituelles menées face aux projets de développement ou face aux services publics <sup>17</sup>, ainsi qu'une extension des « *coping strategies* » pour faire face à une crise alimentaire sévère.

Au-delà des effets directs ou indirects des distributions alimentaires opérées par MSF comme par les autres opérateurs, dont il est difficile d'évaluer quel fut l'impact hier sur le revenu des familles en situation de crise et quel il sera demain sur les stratégies « assistancielles » des populations, c'est peut-être à un autre niveau que les moyens mis en place par MSF pour faire face à la crise ont produit des conséquences bénéfiques, que met en évidence Mariatou Koné. *Les femmes n'ont plus honte d'aller dans les centres de récupération nutritionnelles. Elles en connaissent le chemin. Elles ont bien compris l'efficacité du Plumpy'nut* sur la santé, la corpulence et la bonne mine de leurs enfants. Autrement dit, c'est sans doute « grâce » à la crise 2004-2005 et à MSF que les symptômes de la malnutrition infantile, qui jusqu'ici n'avaient pas de sens « pathologique » pour les mères (cf. supra, note 10), commencent à devenir des signes justifiant qu'on aille au CRENI ou au CRENA avec son enfant (la constitution progressive d'une entité nosologique populaire correspondant à la malnutrition est une question plus complexe).

D'où ces résultats sans doute inattendus, mais positifs : *de même que la crise et MSF ont fait exister la malnutrition infantile comme problème prioritaire de santé publique au niveau des pouvoirs publics nigériens et des organismes internationaux, de même la crise et MSF ont commencé à faire exister la malnutrition infantile au niveau des familles paysannes comme un état susceptible d'être traité par les centres de récupération nutritionnelles.*

Il reste évidemment à se poser la redoutable question de la pérennité de la politique de santé suivie par MSF en ce qui concerne la malnutrition, et de sa compatibilité à moyen terme avec la politique de santé du Niger <sup>18</sup>. En effet, dans un contexte de recouvrement des coûts, qui permet certes aux médicaments d'être disponibles dans les centres de santé, mais qui fait qu'un malade non solvable n'est plus soigné, les soins gratuits dispensés par MSF (concernant non seulement la récupération nutritionnelle mais aussi les autres affections touchant les enfants malnutris) engendrent évidemment ce constat: la stratégie des « humanitaires » est en partie en contradiction avec la stratégie des pouvoirs publics soutenue par les organisations internationales et les institutions de développement... Ne risque-t-elle pas d'affaiblir ou de discréditer plus encore un système de santé public déjà fortement « inhospitalier » <sup>19</sup>, ou bien, à l'inverse, va-t-elle contribuer à le changer et à le faire évoluer dans le bon sens ? Plus généralement, *ce qui est acceptable ou souhaitable lorsqu'on a affaire à une catastrophe naturelle ou humaine l'est-il encore lorsqu'il s'agit d'un problème*

<sup>17</sup> Il faut rappeler que la captation par tous les moyens de la « rente du développement » se pratique largement (cf. infra), et que la « corruption » (au sens large) et les « arrangements » sont généralisés (cf. Blundo & Olivier de Sardan, 2001).

<sup>18</sup> Depuis la crise de 2005, où tous les intervenants humanitaires ont travaillé de façon fortement indépendante des structures de santé locales et en situation de quasi extra-territorialité, il semble que des efforts aient été faits récemment par MSF pour mettre en place diverses formes de coordination.

<sup>19</sup> Selon le titre d'un livre qui montre à quel point les structures publiques de santé en Afrique de l'Ouest (et au Niger) ont, non sans raisons, une mauvaise image auprès des malades (cf. Jaffré & Olivier de Sardan, 2003).

*structurel lié à l'ensemble de la situation sanitaire du pays et renvoyant au fonctionnement ordinaire du système de santé public ? MSF n'est-il pas confronté à un problème relevant du développement, et non de l'aide humanitaire d'urgence ?*

### ***Le faux débat « humanitaire vs développement »***

Disons-le carrément : « vu d'en-bas », du point de vue des populations, le fameux débat entre « humanitaires » et « développementistes » n'a guère de sens <sup>20</sup>. Les distributions alimentaires gratuites, délivrées d'ailleurs de façon indissociable sur le terrain par des organismes humanitaires et par des organismes de développement, sont apparues aux destinataires comme une forme supplémentaire d'aide extérieure, dans la continuité des interventions développementistes antérieures. Les villages non touchés par de mauvaises récoltes ont d'ailleurs considéré qu'ils y avaient droit comme les autres, et ceux qui n'en ont pas bénéficié (parce qu'ils étaient dans des régions non concernées par la crise, ou parce qu'ils n'avaient pas les appuis nécessaires) ont vécu cette situation comme une profonde injustice.

Il faut, pour comprendre de telles réactions, prendre la mesure de ce que signifie, dans un pays comme le Niger, la « rente du développement » <sup>21</sup>, non seulement à l'échelle nationale (la moitié du PIB officiel), mais aussi à l'échelle locale. Diriger les « projets » vers le village, en obtenir le plus de ressources possible, prélever sur eux des « péages », maximiser les avantages qu'on peut en obtenir et minimiser les contreparties qu'ils exigent, détourner leurs objectifs (et parfois leurs fonds), contourner leurs « conditionnalités », tout cela est un sport largement pratiqué, un savoir-faire qui s'est répandu dans toutes les campagnes, un ensemble de pratiques désormais quotidiennes.

Quand les organismes humanitaires ont débarqué par centaines en 2005, quand les vannes de l'aide alimentaire massive et gratuite se sont ouvertes, la « rente » s'est soudainement amplifiée, les opportunités d'en bénéficier se sont multipliées. Tant mieux pour chacun, l'essentiel était d'en avoir sa part, comme avant, mais sur une autre base, sur une échelle plus large. Personne, dans les villages, n'y a vu un mode d'intervention « urgentiste » nouveau, et bien peu voient une différence de nature entre MSF et les divers « projets » qui se succèdent depuis des années. *Le poids des stratégies « assistancielles » liées à la rente du développement, au sommet comme à la base, est désormais tel que toute intervention est interprétée dans ce cadre et assimilée à ce flux, qu'on le veuille ou non.*

De plus, au Niger même, la crise 2004-2005 n'avait pas été perçue, jusqu'à la mobilisation des médias internationaux, comme une crise majeure, loin de là. Aucun signe de « famine » n'était visible : les récoltes, certes inégales (comme chaque année, mais un peu plus), certes déficitaires (comme chaque année, mais un peu plus) n'avaient pas été catastrophiques, il n'y avait pas d'afflux de réfugiés dans les villes (comme en 1973 et 1984), les *coping strategies* habituelles semblaient fonctionner (comme chaque année, mais un peu plus). *La forte mobilisation humanitaire n'a donc pas été, au niveau des villages, perçue comme une réponse de solidarité à une catastrophe évidente, mais bien comme une nouvelle forme de la rente du développement, un solide dépannage inattendu et fort bienvenu (bien que tardif) venant comme d'habitude du monde du développement (c'est-à-dire du monde des « Blancs »).*

---

<sup>20</sup> Il a été repris pour une part dans le rapport de Jézéquel (2005) pour MSF. L'auteur considère que l'assistance alimentaire à court terme (domaine des humanitaires) a été à tort subordonnée au développement et au long terme.

<sup>21</sup> Cf. Bierschenk, Chauveau & Olivier de Sardan, 2000

Ce n'est pas seulement au niveau des populations destinataires que le débat « humanitaire vs développement » n'a guère de sens. Au niveau des analystes du Niger que nous sommes, il n'en a guère non plus. Nous savons, certes, que l'identité de nombreux organismes humanitaires (et MSF en particulier) s'est construite dans ce débat (c'est leur histoire, et c'est leur droit), et que de nombreux professionnels du développement, inversement, contestent l'irruption des humanitaires dans ce qu'ils considèrent être leur domaine réservé. Mais on a affaire, en l'occurrence, à une contradiction interne au Nord, à une polémique typiquement Nord-Nord, et qui étonne parfois vue de Niamey. Dans une situation de déficit alimentaire chronique, de malnutrition infantile chronique, mais aussi de crise sanitaire chronique (les enfants nigériens meurent chaque année de façon tout autant scandaleuse de paludisme, de rougeole, ou d'affections respiratoires aiguës que de malnutrition), *comment séparer le conjoncturel et le structurel ?* Comment distinguer ce qui relève d'une crise appelant l'intervention d'urgentistes et ce qui relève d'une dégradation générale progressive (de l'agriculture, de la santé, de l'Etat) à laquelle sont confrontées les institutions de développement ? Sauver des vies aujourd'hui et rendre efficaces les structures de santé nationales pour demain : il semble impossible de séparer ces deux objectifs. MSF et les intervenants humanitaires ne peuvent éviter de regarder en face les problèmes de « développement » (et de réformes du fonctionnement du système de santé) que pose leur intervention. C'est le paradoxe de l'urgence chronique.

Par exemple, comment gérer la cohabitation à moyen terme avec les services publics de santé ? Peut-on simplement débaucher leurs personnels (MSF, et les divers « projets de développement » intervenant dans le domaine de la santé, recrutent des agents de la fonction publique auxquels sont proposés très normalement des salaires nettement supérieurs à ceux, dérisoires, de la fonction publique) ? Quelles conséquences a le fait de fournir, dans des enclaves fonctionnelles gérées de l'extérieur, des services gratuits et d'excellente qualité, alors que les centres de santé publics font partout payer pour des services de faible qualité<sup>22</sup> ?

Dans la mesure où, au Niger, la crise alimentaire comme la malnutrition infantile sont structurelles, et où des crises conjoncturelles « additionnelles » comme celle de 2004-2005 vont nécessairement se reproduire d'ici peu, ne serait-ce que localement, il semble indispensable d'aller au-delà d'une réponse purement « urgentiste » et *d'affronter non seulement le problème de la sécurité alimentaire et de l'amélioration du dispositif actuel, mais aussi celui de la réforme des services de santé et du type d'appui qu'il est souhaitable de leur fournir, sans nourrir d'illusion sur leur état présent.*

### ***Le faux débat « causes économiques vs causes culturelles »***

Non seulement le débat « humanitaire vs développement » a montré ses limites avec la crise alimentaire au Niger, mais d'autres oppositions classiques en sortent également mal en point, selon nous. C'est en particulier le cas avec le débat sur les causes de la malnutrition infantile, où certains se plaisent à opposer les facteurs économiques aux facteurs culturels, et vice versa. Cette opposition, qui peut prendre la forme sophistiquée d'une « hiérarchisation » des facteurs (en d'autres temps on parlait de détermination en dernière instance, voire de surdétermination...), n'a selon nous pas de sens, et telle est bien la conclusion de Mariatou Koné. La multi-factorialité de la malnutrition infantile ne

---

<sup>22</sup> L'intention récemment proclamée du gouvernement du Niger et de la Banque mondiale de faire bénéficier de soins gratuits les enfants en dessous de 5 ans est une conséquence de l'action de MSF et de l'impact de la crise alimentaire. Le problème du financement de cette mesure et de la disponibilité des médicaments reste posé.

s'accommode pas de prêt à penser sommaire, ou de dichotomies simplistes, où il faudrait choisir entre des propositions contradictoires telles que « c'est la faute de la pauvreté » et « c'est la faute des coutumes locales »...

Prenons l'exemple de l'alimentation courante des jeunes enfants, après le sevrage. Elle se résume au plat familial. Ils n'ont pas de régime spécifique. Ce plat familial est dans toutes les familles rurales, pauvres ou riches, composé pour l'essentiel de la même façon : une base de céréales (avant tout le mil), et une sauce (condiments). Il n'est pas très favorable à une alimentation adaptée aux enfants en bas âge (les nutritionnistes ont depuis longtemps documenté ce constat). Mais, dans certaines familles riches, la viande ou le poisson ajoutés à la sauce sont cependant plus fréquents que dans les familles pauvres (sans pour autant être réguliers, loin de là). Dans la région de Madarounfa, les condiments, qui apportent d'utiles compléments nutritionnels, sont achetés sur le marché, alors qu'ailleurs dans le pays ils sont souvent auto-consommés (champs de condiments des femmes). En cas de manque de numéraire pour acheter la nourriture, les condiments sont donc sacrifiés en premier, en particulier chez les familles pauvres. De fait, *sur un fond de régime alimentaire « normal » qui est un « facteur de risque » (entre autres facteurs : cf. ci-dessus) pour une malnutrition qui touche toutes les couches sociales, les familles vulnérables sont encore plus frappées (autrement dit « à risque ») en cas de crise alimentaire. Qui peut décréter, face à une situation pourtant ici très simplifiée, que la malnutrition est d'abord culturelle, ou d'abord économique ?*

### **Conclusion**

Notre point de vue de chercheur a certes ses limites. Les « gens de la connaissance » n'ont aucune supériorité par rapport aux « gens de l'action ». Chacun son métier. Mais nous avons au moins la particularité, parce que nous menons des enquêtes au plus près des représentations et pratiques quotidiennes des acteurs sociaux concernés, avec des méthodes qualitatives éprouvées, de mettre en évidence que nombre de pré-supposés chez nombre d'intervenants quels qu'ils soient (« professionnels » ou « amateurs » de l'humanitaire comme « professionnels » ou amateurs » du développement) ne cadrent pas avec la complexité de la réalité.

Mais nous nous réjouissons de trouver aussi, chez les professionnels de l'humanitaire comme chez les professionnels du développement, des interlocuteurs qui acceptent ce démenti que la recherche de terrain adresse aux idéologies ou aux clichés, lesquels, sur la crise alimentaire au Niger, n'ont pas manqué. Le fait que MSF ait demandé une telle étude au LASDEL est à cet égard encourageant. La qualité du travail de Mariatou Koné devrait donc convaincre les sceptiques que la socio-anthropologie est, pour les intervenants, un détour utile, voire nécessaire, même s'il est parfois dérangent.

*Textes cités*

- ACH, 2005, Etude de l'état nutritionnel et du taux brut de mortalité chez les enfants âgés de 6 à 59 mois des zones agricole, agropastorale et pastorale des régions de Maradi et de Tahoua au Niger
- Barenes, H., 1996, « Faut-il fermer les centres de récupération nutritionnelle ambulatoire à Niamey (Niger) ? Analyse de situation, propositions et évaluations d'une intervention », *Cahiers Santé*, 6: 220-228
- Barenes, H. & Banos, M.T., 1994, « Prévalence et facteurs socio-économiques de la malnutrition chez les consultants (0-4 ans) des centres de santé maternelle et infantile de Niamey (Niger) », *Médecine d'Afrique Noire*, 41 (11): 648-652
- Bierschenk, T., Chauveau, J.P. & Olivier de Sardan, J.P. (eds), 2000, *Courtiers en développement. Les villages africains en quête de projets*, Paris: Karthala
- Blundo, G. et Olivier de Sardan, J.P. (eds), 2001, *La corruption au quotidien*, Politique Africaine, 83
- Bonnet, D., 1996, « Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant », *Sciences Sociales et Santé*, 24(1): 5-16
- CARE International-BARA (Université d'Arizona), 1997, Evaluation de la sécurité des conditions de vie des ménages dans le département de Maradi
- Delpuech, F., 2006, Synthèse concernant les aspects nutritionnels, in Egg (dir.)
- Egg (dir.), 2006, Evaluation du dispositif de prévention et de gestion des crises alimentaires du Niger : rapport principal, IRAM
- Grégoire, E., 1990, « L'Etat doit-il abandonner le commerce de vivres aux commerçants ? », *Politique Africaine*, 37
- HKI-PAM, 2005, Evaluation de l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois dans les régions rurales de Maradi et Zinder
- Jaffré, Y., 1996, « Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger », *Sciences Sociales et Santé*, 14(1): 41-72
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.P. (eds), 1999, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris: PUF
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.P., (eds), 2003, Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris: Karthala
- Jézéquel, 2005 « 'Ici l'enfant n'a pas de valeur'. Sécurité alimentaire, malnutrition et développement au Niger », MSF
- Keith, N., 1990, Infant feeding, weaning and diarrhea disease management: Hausa practice and beliefs and educational implications, USAID
- Koné, M., 2006, Enquête sur les conditions de vie des ménages dans la région de Maradi, in Egg (dir.)
- Meslet, B., 1988, La malnutrition et l'urbanisation en Afrique. Le cas de Maradi au Niger, Paris: Université Paris VII, thèse de médecine

- Olivier de Sardan, J.P., 1999, « A moral economy of corruption in Africa ? », *The Journal of Modern African Studies*, 37(1) : 25-52
- Raynaut, C., 1977, « Circulation monétaire et évolution des structures socio-économiques chez les Haoussas du Niger », *Africa*, 47(2): 160-171
- Raynaut, C., 1978, « Aspects socio-économiques de la préparation et de la circulation de la nourriture en pays haoussa », *Cahiers d'Etudes Africaines*, 68: 569-597
- Raynaut, C., 1989, « Disparités économiques et inégalités devant la santé à Maradi (Niger) » in Salem, G. d
- Raynaut, C., Meslet, B. & al., 1992, « L'approche sociale de l'alimentation », *L'Enfant en Milieu Tropical*, 201
- Roger-Petitjean, M., 1996, « Représentations populaires de la malnutrition au Burkina Faso », *Sciences Sociales et Santé*, 14(1): 17-40

## Introduction

Quand en 2001<sup>23</sup>, MSF débarquait à Maradi pour une campagne de vaccination contre la rougeole, cette ONG était loin de s'imaginer qu'elle s'installerait dans cette région pour cause de malnutrition ; en effet c'est au cours de cette campagne que MSF a constaté le fort taux de malnutrition dans la région. Et, aujourd'hui, c'est grâce à MSF que les crises nutritionnelle, alimentaire (crise des systèmes de production) et socio-économique que vit le pays ont été mise au grand jour en 2005. C'est la crise nutritionnelle qui a permis d'ouvrir la boîte de pandore. En effet, en 2004, 9.600 enfants souffrant de malnutrition sévère<sup>24</sup> ont été reçus par MSF dans la région de Maradi, parmi eux 85% ont été guéris, 6% décédés et 9% ont abandonné le traitement. En 2005, entre janvier et début juin plus de 6.000 enfants ont été admis dans les programmes MSF de prise en charge de la malnutrition sévère, soit deux fois plus qu'en 2004 à la même période. En avril 2005, l'enquête nutritionnelle PAM/HKI diligentée par le PAM (en janvier 2005, quatre mois avant la période de soudure) montrait 13,4% de prévalence de malnutrition aiguë dans la région de Maradi contre 13,5% dans la région de Zinder, et 2,2 % de malnutrition sévère à Maradi contre 2,7% à Zinder. Ces taux de malnutrition sévère sont au dessus du seuil critique (2%) considéré par les urgentistes et qu'on rencontre en principe dans les pays en situation de guerre. Le rapport HKI montre aussi que au moins 3/5 des enfants de 6 à 59 mois présentent un retard de croissance dans les deux régions. Ces taux de malnutrition sont accompagnés de taux de mortalité également élevés, au-delà du seuil d'alerte (2 décès/10 000/jour) chez les enfants de moins de 5 ans.

C'est pourquoi MSF a multiplié les signaux d'alerte<sup>25</sup> pour une assistance aux plus vulnérables, un appel à l'aide alimentaire d'urgence, et à des distributions gratuites de nourriture. Les réactions ont été nonchalantes (le déficit vivrier selon les autorités nationales n'est que de 7,5% pour l'année 2004-2005, soit 223 000 tonnes de besoins nationaux) : un système de vente à prix modéré initié était déjà en place et était considéré comme adéquat. En fait, il s'est avéré insuffisant car non seulement les quantités disponibles n'étaient pas à la mesure des besoins mais aussi les populations démunies n'arrivaient pas à acheter des céréales même à bas prix ; en outre, la vente à prix réduits n'a nullement permis de faire baisser le prix du mil. La solution de prêt de céréales remboursable après la récolte, préconisée par la suite, s'est avérée elle aussi inadaptée et n'a pas même été vraiment mise en place. Pendant ce temps, beaucoup de personnes avaient déjà épuisé leurs ressources en vendant biens et animaux pour se nourrir, d'autres avaient opté pour l'émigration. L'arrivée de la saison des pluies en juin 2005 a vu l'apparition ou l'augmentation de maladies telles que la diarrhée et le paludisme, fragilisant davantage la situation d'enfants déjà affaiblis par le manque de nourriture. Ainsi au début du mois d'août 2005 dans la région de Maradi, MSF reçoit en moyenne 1800 enfants souffrant de malnutrition sévère chaque semaine. A cette même période affluent les contributions, les aides internationales.

---

<sup>23</sup> Selon une note de Crombe, X. (2006), « MSF est intervenu de façon récurrente dans ce pays depuis les années 80 en réponse principalement à des épidémies mais aussi à des crises alimentaires (ce fut le cas en 1985) »

<sup>24</sup> Selon un agent de MSF, « Pour que l'enfant soit considéré comme souffrant de malnutrition sévère, il faut que il ait un rapport poids - taille inférieur à moins 3 écarts types, un périmètre brachial inférieur à 110 ou bien avoir des œdèmes bilatéraux. Pour la malnutrition modérée, il faut que l'enfant ait un rapport poids - taille inférieur à moins de 2 écart types, un périmètre branchail compris entre 110 et 114 ».

<sup>25</sup> Le 26 avril 2005, MSF fait un communiqué de presse insistant sur l'augmentation des admissions dans son CRENI de Maradi : plus de 3000 enfants malnutris sévères depuis janvier 2005, soit environ 300 enfants/semaine. Ces chiffres sont alarmants car les années précédentes à la même période, MSF recevait trois fois moins d'enfants.



Déjà en 1997, une étude menée dans la région de Maradi par CARE International Niger et BARA/Université d'Arizona (1997 : 155) a montré que la malnutrition est un gros problème dans la mesure où « 20% d'enfants souffrent de sous-nutrition aigue, dont 4,1% affectés par la forme sévère de malnutrition aigue ». Selon cette étude il n'y a pas une grande différence entre les enfants issus des ménages vulnérables (24%) et ceux des ménages très vulnérables (21%) ; c'est dans la catégorie intermédiaire (c'est à dire les moyennement vulnérables) qu'on recense les taux les plus bas avec 12% de malnutris. Cinq ans auparavant, l'enquête EDSN montrait 15,8% d'enfants souffrant de sous-nutrition aigue, dont 2,8% affectés par la forme sévère de malnutrition aigue, et 17,7% pour Maradi (avec 3,9% de forme grave). L'EDS-II (1998) quant à elle estimait que 21% d'enfants de zéro à 3 ans sont atteints par la malnutrition aigüe et 41% par une malnutrition chronique au niveau national.

La malnutrition est donc un phénomène chronique dans la région de Maradi et particulièrement dans le département de Madarounfa couvrant une superficie de 3500 km<sup>2</sup> et situé à environ 35 km de Maradi. Il a une population d'environ 400 000 habitants (325 445 hbts en 2005 et 334 562 hbts en 2006) : 114 hbts/km<sup>2</sup> et un taux d'accroissement de 2,8%. Le département est la zone la plus dense du Niger. Il compte 415 villages, 5 cantons et 2 groupements peulh, 6 communes. C'est l'une des zones les plus arrosées du pays.

Les infrastructures sanitaires du district sanitaire de Madarounfa comprennent : 10 CSI, 1 pharmacie populaire, 2 centres médicaux privés (à Angoul Mata et Jirataoua). Les ressources humaines sont composées de :

- 3 médecins, soit 1 médecin pour 111.521 hbts (norme OMS 1 médecin pour 10.000 hbts)
- 30 infirmiers, soit 1 infirmier pour 11.152 hbts (norme OMS 1 infirmier pour 5.000 hbts)
- 06 sages femmes, soit 1 sage femme pour 11877 femmes en âge de procréer (norme OMS 1 sage femme pour 5.000 femmes en âge de procréer)
- 04 technicien d'hygiène, soit 1 technicien d'hygiène pour 83.640 hbts (norme OMS 1 technicien d'hygiène pour 10.000 hbts)
- 02 techniciens de laboratoire, soit un pour 1 technicien de laboratoire pour 167.281 hbts.
- 16 auxiliaires

L'équipe du district sanitaire se déplace dans les villages pour les vaccinations (au moment des enquêtes : vaccins contre la méningite car il y avait épidémie), les CPN et les pesées. L'équipe est aidée dans les villages par des matrones formées.

Cette présentation, qui a pour objet de comprendre les facteurs explicatifs de la malnutrition dans une zone considérée comme le grenier du Niger, est structurée autour de trois points :

- Approche méthodologique
- Formes et ampleur de la crise alimentaire 2005
- Concepts, conceptions et pratiques autour de la malnutrition

## 1. Approche méthodologique

### 1.1 Choix et caractéristiques des sites

Trois sites ont été retenus dans le département de Madarounfa : 2 villages : Garin Liman et le campement peul qui y est rattaché (Makouna), et Safo Nassarawa, et la ville de Dan Issa.

Safo Nassarawa (commune de Safo Oubandawaki) est une zone dense en population qui présente les caractéristiques suivantes : c'est un village déficitaire selon le SAP à 70%, il y a une pléthore de projets : CARE, FAO, UNICEF (existence d'1 équipe EVPC), ... C'est un village proche du CRENI MSF de Maradi (moins de 5 km), proche du district sanitaire et du CRENA de Madarounfa (13 km). Les villageois font référence à des cadres, commerçants et ressortissants « bien placés ». Au plan religieux, on y pratique la claustration des femmes ou « *sari* » mais moins qu'à Garin Liman. Le franc CFA y est plus utilisé qu'à Garin Liman. A Safo Nassarawa, on observe de nombreux greniers dans la cour (motifs : vols de récolte, petits champs (autour de 2 ha)). Au plan sanitaire, ce village fait partie ou est proche de 4 aires de santé :

- Safo Oubandawaki (moins de 5 kms)
- l'hôpital SIM de Danja (moins de 15 kms)
- le CHR de Maradi (moins de 15 kms)
- l'hôpital de district de Madarounfa

Le village de Garin Liman (commune de Dan Issa) n'est pas classé parmi les villages déficitaires selon le SAP. Il n'y a pas de projets à retombées financières mais tout de même le projet de surveillance de la croissance nutritionnelle des enfants (initié par l'UNICEF), et de sensibilisation des mères à la propreté. CARE s'y était intéressé il y a 10 ans mais le projet s'est arrêté (échec ?). Garin Liman est proche du Nigéria (Magama et Jibia) ; toutes les transactions monétaires se font en naira. Le CSI le plus proche de ce village est celui de Dan Issa. C'est le village qui a recruté le plus de malnutris sévères selon le major du CSI. Les habitants ne font pas référence à des cadres, commerçant ou ressortissant « bien placés » (sauf Chaoureye dont la mère serait originaire du village, mais ce dernier semble plutôt distant malgré la mosquée qu'il y a fait construire). A Garin Liman, la pratique de « *sari* » ou claustration est plus importante qu'à Safo Nassarawa. Il y a de nombreux greniers hors de la cour (champs relativement grands, autour de 5 ha). La zone est moins peuplée qu'à Safo Nassarawa. Makouna est un village peul rattaché à Garin Liman peuplé de Haoussa.

La ville de Dan Issa fait partie du département de Madarounfa. Elle n'a pas été classée déficitaire par le SAP. MSF dit y avoir recruté le plus de malnutris. A Dan Issa, il y a 1 CRENA MSF, 1 centre pédiatrique MSF. C'est une nouvelle commune qui fait frontière avec le Nigeria.

### 1.2. Procédure de collecte des informations

Dans les ménages, les entretiens ont été réalisés la première fois simultanément avec les parents puis ensuite séparément avec le chef de ménage d'un côté et une mère dont l'enfant a été concerné par la malnutrition, de l'autre. Pour des compléments d'informations, on est revenu dans certains ménages.

On a systématiquement eu des entretiens par ordre d'importance,

- dans les ménages où il y a eu plus d'un cas de malnutrition (importance du lieu de référence : CRENI d'abord puis CRENA puis modéré),
- dans les ménages polygynes où il y a eu un cas de malnutrition. A l'intérieur de ce ménage on a discuté aussi avec l'épouse dont aucun enfant n'a été admis pour malnutrition ; l'objectif étant de savoir qu'est-ce qui fait que dans un même ménage (même chef de ménage), un enfant est malnutri et l'autre non : on a discuté autour des activités de la mère, du rang de l'enfant, de la position de la mère dans son foyer, de l'alimentation au sein non pas du ménage mais de la maison de la femme avec ses enfants, du mode de sevrage, ).
- dans quelques ménages où il n'y a pas eu de cas de malnutrition.

La plupart des personnes ressources aussi ont été interrogées, chez MSF (CRENA, CRENI ou bureau Maradi), dans les services de santé (le DRSP de Maradi, le médecin-chef de district de Madarounfa, le responsable chargé de la planification familiale à la DRSP de Maradi), dans les services techniques (DDC, agriculture, élevage, ..), dans les bureaux de projets (CARE, ANPIP, ...).

### ***1.3. Quelques techniques d'enquêtes***

- Entretiens approfondis : cela a été la principale forme de production de données
- Observations de consultation au CRENI de Maradi, au CRENA de Dan Issa, au CRENA de Madarounfa, au CSI de Dan Issa
- Biographies de grands producteurs (avec visite de champs ou de réalisations)
- Etudes de cas : famille riche ou pauvre où il y a plus d'un enfant malnutri (de la même mère ou de mères différentes), famille où il y a récurrence de malnutrition chez un même enfant, famille où une maman faisait avec un enfant malnutri le tour des jours de marché pour avoir de l'aide (plusieurs bracelets et autres stratégies, connaissance parmi les agents MSF, etc...)
- Suivi d'enfants malnutris (cas de 6 mères référées avec leurs enfants de Dan Issa vers Maradi)
- Recension des documents de MSF au CRENI de Maradi : fiches d'enfants reçus, quelques statistiques

Les rumeurs nous ont aussi guidé dans nos investigations non pas parce que ce sont des vérités mais il était important pour nous de voir comment ces représentations contribuent à rendre compréhensible la réalité. Ainsi, la quasi-totalité de nos interlocuteurs mâles ont abordé la question de la malnutrition comme étant un fond de commerce pour les femmes. Il y avait aussi la rumeur des femmes qui priveraient volontairement leurs enfants de la nourriture ou qui « affameraient » leurs enfants : cette piste par exemple s'est avérée fructueuse, car l'enquête montre qu'elles n' « affament » pas leurs enfants mais utilisent des produits qui provoquent la diarrhée chez l'enfant afin qu'il présente des signes de malnutrition : face à des ressources rares, ce sont des stratégies de captation d'aide. Des rumeurs concernent également les chiffres de malnutrition de MSF qui seraient élevés parce que beaucoup d'enfants venus du Nigeria iraient dans les centres MSF : l'investigation de cette piste nous a permis de comprendre que certes il y a des mères qui résident au Nigeria mais le plus souvent elles sont nigériennes (leur mari aussi pour la plupart) ; lorsque son enfant est malade, la mère préfère selon les habitudes locales rejoindre sa famille (résidant donc au Niger) où la grand-mère contribue et financièrement et moralement à la prise en charge de l'enfant ; de plus, du fait des mariages de part et d'autre de la frontière, certains pères nigériens résidants au Nigeria préfèrent que leur épouse accompagne l'enfant là où

réside sa belle-mère (il est donc important de faire la distinction entre l'origine des parents et leur lieu de résidence).

Au cours des entretiens, nous avons opté pour un découpage de l'année en 4 saisons comme l'évoquaient nos interlocuteurs en langue haoussa ; ces périodes ne correspondent pas toujours au calendrier grégorien :

- *Bazara* : préparation des terres pour les cultures (début des travaux agricoles)
- *Damana* : saison pluvieuse, saison des cultures
- *Kakaha* : période de récolte
- *Rani* : saison sèche

#### ***1.4. Difficultés de l'enquête***

L'équipe de recherche a rencontré deux types de problèmes: les difficultés pour obtenir les données statistiques (en dehors de celles de MSF, commanditaire de l'étude) et le refus d'entretiens ou le refus d'enregistrement observé chez par des agents de plusieurs services (y compris MSF). Ils auraient reçu pour consigne de ne pas discuter du sujet (politiquement très sensible) malgré notre autorisation de recherche délivrée par les autorités compétentes.

## 2. Formes et ampleur de la crise alimentaire 2005

A l'unanimité, les personnes interrogées ont insisté sur le fait que l'année 2004-2005 a été une année de crise alimentaire.

### 2.1. Effets annonciateurs et causes de la crise

Deux éléments ont annoncé des difficultés. D'abord le niveau des pluies : il y a eu une insuffisance et une mauvaise répartition des pluies cette année-là. Ensuite, et c'est la conséquence de la première situation, une baisse des récoltes a été observée dans tous les ménages (démunis ou non) comparativement aux années antérieures. Pour les besoins de l'enquête, les personnes interrogées ont comparé les productions des 3 dernières années agricoles<sup>26</sup> : *bala autchan*, l'année surpassée (2003-2004), *bala*, l'année passée (2004-2005) et *bana*, cette année (2005-2006). La production de l'année dernière a été la plus mauvaise. La période de soudure a été plus longue que d'habitude pour les plus démunis. La période la plus difficile l'an dernier a été *damana* (saison des cultures). L'enquête a montré qu'il y a eu aussi insuffisance de la production fourragère ; avec l'augmentation des besoins en fourrages ces dernières années, les agriculteurs ne laissent rien dans les champs. Dès qu'ils récoltent le mil, ils ramassent aussi les tiges, la paille, ... On enlève pour vendre (spéculation) ou pour l'auto-consommation (constituer un stock de fourrage pour les animaux). Le pâturage devient une denrée rare dans la zone de Madarounfa.

#### Cas 1 : Production agricole sur trois années et stratégies de vie d'un agriculteur démuné

Malam M. est marabout à Safo. Il a 40 ans, marié (monogame) père de 5 enfants. Actuellement il a à sa charge 9 personnes. Pendant la saison hivernale il pratique l'agriculture et enseigne le Coran aux enfants du village. Après cette saison, il part à Maradi ou au Nigeria faire le cirage des chaussures. Malam a 3 champs qui ont une superficie totale d'1 ha et demi. Il en a hérité de son père (1 champ) et de sa mère (2 champs). Il cultive du mil, du sorgho, du haricot, et de l'arachide. En 2003-2004 (*bala autchan*), il a récolté 20 bottes de mil, 4 bottes de sorgho et 4 tias de haricot. L'année passée (*bala*) 2004-2005, année de la crise, il n'a eu que 10 bottes de mil, 2 bottes de sorgho, aucune production de haricot, un sac et demi d'arachide. Le mil et le sorgho qui sont la base de son alimentation ont baissé de moitié alors que le nombre de personnes à charge n'a pas diminué. Cette année (*bana*) 2005-2006, il a récolté 13 bottes de mil, une botte de sorgho, 5 tias de haricot et un sac d'arachide. L'arachide et le haricot sont ses cultures de « rente », il les commercialise pour les compléments alimentaires et les autres besoins de la famille (santé, vêtement, ..) et les dépenses sociales relatives aux mariages, baptêmes et décès de tierces personnes dans le village ou ailleurs, au nom de la sociabilité.

Malam pratique une agriculture d'autosubsistance qui couvre à peine 3 mois. Il cultive à la daba, paye à crédit deux personnes pour l'aider (500 F la prestation le matin mais 250 F l'après-midi. L'année dernière, il a préféré les prestations de l'après-midi qui coûtent moins cher. Malam a des stratégies de consommation pour longtemps conserver sa production qu'il répartit en bonne qualité et basse qualité (en fonction de la variété de semences cultivée) afin qu'elle « couvre » une année. D'une saison des pluies à une autre, il rationne sa production et fait des petits boulots pour combler le déficit : « *Nous commençons d'abord par utiliser le mil de basse qualité. Cette année j'en ai eu 12 tias. Ce mil de basse qualité est appelé "Bouckou". Lorsque nous épuisons ce Bouckou, s'il y a possibilité de payer du mil sur le marché, nous le faisons sinon, nous attaquons le stock de la bonne qualité* ». Pourquoi achète-t-il du mil? « *On achète pour accompagner le stock de bonne qualité ; cet accompagnement nous épargnera de quitter nos champs pour aller faire du salariat agricole pendant la saison des pluies* ». Le *fura* est l'aliment de base de la famille ; quelques rares fois, une ou deux fois par semaine en période faste et deux fois par mois en période difficile, sa famille et lui mangent du *tuwo*.

Il réserve en fait une partie de sa production pour la période la plus difficile de l'année : « *nous n'avons pas de quantité fixe. Tout dépend de la disponibilité en argent. Si nous avons de l'argent on achète du mil et le consomme sinon, on est obligé de nous plier sur notre stock de sécurité* ». L'année 2003-2004 par exemple, il

<sup>26</sup> Les années agricoles sont à cheval sur deux années grégoriennes.

avait « à l'arrivée de la saison pluvieuse un stock de 6 bottes. Ce sont ces 6 bottes qui nous ont servi à préparer la boule dans la soirée, nous utilisons ce que je gagne quand je fais le cirage, pour acheter à manger. Je gagne de 500F à 1000F quand je sors. On paie avec cette somme par fois du sorgho pour préparer de la pâte ou un kilo de riz pour préparer ». C'est l'argent récolté pendant l'exode qui permet à Malam de s'occuper de sa famille. Par exemple, à Bazara, e l'année de la crise, il faisait le cirage des chaussures à Kano au Nigeria. Avant de partir, il leur avait laissé 12 tias de mil et 8 tias de sorgho. A Kano, il gagnait par jour entre 200 à 300 naira, l'équivalent de 800 à 1200 F. « J'économise petit à petit ; c'est cette économie qui me permet d'acheter des habits à ma famille. Avec le reste de l'argent, je paie du mil ». Pendant son exode, il leur a envoyé un demi sac de mil et 4000 F. A son retour, « comme j'attendais à l'époque un événement heureux (le baptême), j'avais payé un mouton, puis avec le reste d'argent, comme il n'y avait pas de nourriture, j'avais payé 20 tias de mil ». La famille de Malam vit dans un état de pauvreté tel que, même quand il est présent au village pendant l'hivernage, « je travaille pendant deux jours sur mon champ, le 3<sup>ème</sup> jour, je pars à Maradi faire du cirage et ramener quelque chose à la maison ».

L'année 2004-2005 a été particulièrement difficile pour sa famille et lui. Il la compare à 1984 : « Au temps de El Bohari, il y avait du travail et les gens gagnaient de l'argent ; si tu fais un petit commerce, tu pourrais gagner de quoi acheter du mil. quand je parlais travailler, je pouvais gagner 1250 voire 1500 F par jour et le mil à l'époque se vendait à 500 F la tia. L'année passée, tous les gens qui font des petites activités ne peuvent pas gagner de quoi manger en une journée de travail parce que les céréales coûtaient beaucoup plus cher qu'au temps de El Bohari. C'était cher parce que c'est rare sur le marché. Ici au village on n'en trouvait pas l'année passée, il nous faut aller à Maradi. Pendant la crise passée c'est que quand même tu exerces une petite activité, cela ne peut pas te permettre d'assurer de quoi manger à ta famille. Le mil se vendant à l'époque entre 900 à 1000 F, pour une personne comme moi qui fait une petite activité qui lui rapporte un revenu de 500 à 1000 F au meilleurs des cas, il lui serait difficile de pouvoir payer une tia par jour. Surtout le jour où on gagne 500 F. C'est à cause de ça que beaucoup de gens ont mangé des feuilles, n'importe quelles feuilles ». Cette situation de flambée des prix sur le marché est pour lui le signe que l'Etat ne maîtrise pas les commerçants au Niger, c'est pourquoi la crise alimentaire a porté des noms : « beaucoup des gens l'appellent Mai guilaché ; c'est la caricature de notre président, celui qui a les lunettes ». Malam dénonce aussi la déshumanisation des rapports entre membres d'une même communauté, l'absence de solidarité communautaire au début de la crise au profit d'une marchandisation accrue des rapports humains : « il n'y avait pas de prêt parce que presque personne n'en avait. Les quelques personnes qui en disposaient préféraient vendre à celui qui a de l'argent ».

Les enfants ont beaucoup plus souffert pendant la crise alimentaire 2005, ils n'étaient pas psychologiquement disposés à supporter la faim : « l'insuffisance de nourriture a entraîné beaucoup de maladies chez les enfants (la fièvre, la diarrhée, les vomissements, c'est l'essentiel des maladies) et, c'est cela qui les a fait beaucoup plus souffrir. En clair je peux dire que les enfants ont beaucoup plus souffert que les grands puisque eux, ils attendent à ce qu'on leur apporte à manger ». En plus des maladies citées, trois de ses enfants ont souffert de *tamowa* qui survient parfois « lorsque l'enfant ne mange pas d'aliments riches, un aliment riche est celui là qui contient de l'huile. Il faut aussi qu'il soit tiède ». Malam raconte le parcours d'une de ses filles, Aïcha, 2 ans et quelques mois, tombée malade pendant Bazara, quelques temps avant la saison des pluies ; selon son diagnostic, elle souffrait de *tamowa* : « Elle a été sevrée à 1 an et 8 mois. Un beau jour, sa maman avait arrêté de lui donner du lait. 3 mois après, elle avait commencé par des fièvres, des diarrhées et vomissement. On a fait des traitements traditionnels. C'étaient des décoctions des feuilles d'arbres qu'on lui donnait. C'était soit contre "Zahi" ( autre entité nosologique populaire) soit contre le dépérissement de l'enfant après le sevrage. Et comme la maladie continuait, nous l'avions amené au dispensaire de Safo (Oubandawaki) où on avait payé 400 F. Ils lui avaient fait une injection et on a accompagné avec des comprimés. Il y avait eu une petite amélioration certes mais vous savez, *tamowa* a des fièvres persistantes. Lorsque nous avions vu que la fièvre persiste et que nous avions appris, à travers des femmes qui partent à Maradi, l'existence de *kwamisu* (nom hausa donné à la malnutrition par les infirmiers de MSF et désignant de ce fait les CRENI et CRENA), où on donne des médicaments gratuits, ma femme a amené la fille. Moi je l'avais rejoins après ». Ce n'est pas l'état nutritionnel de l'enfant qui a conduit ses parents vers le CNT (centre nutritionnel thérapeutique) mais bien la gratuité des soins qui y sont offerts aux malades. Malam est cependant étonné que les agents MSF du CRENI aient d'abord refusé son enfant, et n'eut été l'intervention d'une de ses connaissances, sa fille serait retournée malade au village : « il y avait eu une petite réticence à l'accepter. Il a fallu l'appui d'une femme qui travaille là-bas pour qu'elle soit acceptée ; elle m'a dit que la fille est en train d'être traité et même sur le plan alimentaire <sup>27</sup>, elles sont prises en charge. Donc on n'a pas besoin de leur amener quoi que ce soit. Elle a passé une semaine là-bas avec sa mère. J'étais parti les voir 3 fois durant leur hospitalisation. A chaque fois que je pars à Maradi pour mon cirage, je passe les voir ».

<sup>27</sup> Malam dissocie la maladie et l'état nutritionnel.

L'étude de cas de Malam M. résume assez bien la situation de la crise alimentaire 2005. Elle reflète le vécu de la plupart des personnes démunies ou vulnérables interrogées au cours de notre enquête. L'importance de la religion musulmane dans la région induit d'autres causes à la crise : « *Avant, il y a 30 ans de cela, à Madarounfa, les nuits du jeudi à vendredi sont toujours éclairées par des lumières des tombeaux saints qu'on avait enterré ici. Actuellement cela se produit difficilement 1 à 2 fois par an. Avant également à Madarounfa, il n'y a pas de prostituées, pas de bar, pas d'enfant hors mariage. Actuellement on voit tout ça, on dit que c'est la démocratie chacun fait ce qu'il veut. Il n'y avait pas non plus de vol les rares voleurs qu'on attraper sont écroués 3 à 4 ans à Maradi aujourd'hui ils font difficilement 2 à 3 mois derrière les barreaux. C'est tout ça qui a entraîné la crise* » (l'imam de la mosquée de vendredi de Madarounfa). La crise serait donc une sorte de châtime de Dieu. La dimension religieuse évoquée par l'imam pour expliquer la crise est une représentation partagée par la plupart des interlocuteurs bien qu'aucune des crises ou famines ne porte un nom en référence à cette cause implicite : dans les villages, et même à Madarounfa ville, les imams, les marabouts ont organisé des séances de prières (Fatiha) pour demander la clémence ou le pardon de Dieu, pensant que c'est le mauvais comportement des Hommes et leurs pratiques déviantes qui ont attiré la colère de Dieu (manifesté par l'absence, le retard ou l'arrêt précoce des pluies. Il n'est pas rare, à la fin de la saison hivernale que des prières individuelles ou collectives soient faites pour demander la clémence du seigneur pour la saison prochaine.

## 2.2 Effets ou facteurs aggravants de la crise

C'est la comparaison avec des crises antérieures qui permet de mesurer l'ampleur de la crise alimentaire 2005 ; les personnes interrogées font par exemple référence aux crises de 1984 (*el bohari*), 1998 (*el bare*<sup>28</sup>), crises qui n'ont pas permis aux plus vulnérables de sortir de la pauvreté ou qui y a plongé des moins vulnérables. La majorité des habitants de la zone, notamment les familles vulnérables, ont vécu une crise sévère.

Trois facteurs aggravants de la crise 2005 ont été rapportés, comparativement à d'autres crises :

1) La spéculation sur les prix : au mois d'octobre 2004, le sac de 100 kg de mil était entre 4.000 F et 6.000 F au village, 10 000 F en ville à Madarounfa. En juin 2005, le même sac a été vendu à 23.000 F voire plus (contre 15 000 F d'habitude à la même période) sur le marché en ville (on n'en trouvait pratiquement plus au village). Les populations de Garin Liman achetaient au Nigéria (Jibia). La recherche d'un gain spéculatif est une tradition de la région de Maradi, probablement à cause de la proximité du Nigéria ; c'est une grande caractéristique de la zone. Avec la libéralisation des prix, des gens achètent les céréales à bas prix et les revendent au double ou au triple. La spéculation sur les prix des denrées alimentaires s'est ressentie aussi sur les produits consommés par les animaux. Laouali, éleveur peul de Makouna (70 ans) explique que « *il y avait manque de pâturage et les « abinci bisaché » (nourriture des animaux) : « guriya » (grain de coton), « dusa » (son) etc. sont devenus très rares et très chers, même à Jibia au Nigeria* ». On note par contre une baisse des prix de vente des animaux à cette même période.

---

<sup>28</sup> La référence aux présidents Bohari du Nigeria et Baré du Niger, indique que c'est sous leur mandat que la crise est arrivée. Cette référence n'implique pas la responsabilité du président ou de la personne dont le nom est évoqué.

2) La médiatisation de la crise aurait contribué à la flambée des prix des céréales. A partir de mi-juillet 2005, la médiatisation de la crise alimentaire a suscité un mouvement d'aide internationale. De nombreux organismes ont cherché par tous les moyens à se procurer des céréales dans la région, à des prix de plus en plus élevés, en vue de les distribuer.

3) La médiatisation des distributions a mis les populations dans une situation d'attente. Des distributions alimentaires gratuites (DAG) ont été organisées en premier lieu par le programme alimentaire mondial (PAM) fin juin. L'écho des distributions via la radio locale<sup>29</sup> par exemple, le fait d'attendre son tour pour la distribution alimentaire, incitent à l'attente. Même quand on n'a pas de radio, on a l'information par les élites du village : des chefs de villages (33 villages de Madarounfa) se sont mobilisés pour aller chercher la part d'aide de leur « population » auprès du préfet, représentant de l'Etat : « *on a entendu que la crise est nationale, on a entendu qu'il y a des distributions de vivres et on ne sait pas pourquoi on ne nous donne rien alors qu'on a faim aussi* » (un chef de village parmi les 33 « contestataires »). Le chef de groupement peul de Angoual Roudji, dit Douban, a aussi expliqué face à l'écho des distributions « *chaque jour des gens viennent chez moi demander ou attendre ; certains ont même pensé que nous on a reçu et on refuse de leur donner* ».

Début octobre, le gouvernement nigérien a demandé l'arrêt des DAG, deux semaines après le début de la récolte, afin de ne pas déstabiliser le marché (entraver la bonne vente des céréales et avoir un effet négatif sur les ressources des paysans nigériens). A partir du 28 octobre 2005, MSF a arrêté les distributions alimentaires en direction des familles des enfants malnutris modérés et vulnérables<sup>30</sup>.

### 2.3 Stratégies ou effets atténuateurs de la crise

Les crises de 1984 (*el bohari*) et 1998 (*el bare*), sont des repères pour les enquêtés car ces crises n'ont pas permis de sortir de la pauvreté pour certains ou les y a plongés. Le processus de paupérisation enclenchée depuis lors les a contraint à adopter différentes stratégies de survie. Ces stratégies sont généralement anciennes (exode, salariat agricole, modification des habitudes alimentaires et des pratiques de consommation, entraide et solidarité, vente de petits ruminants, ...); certaines sont épuisées ou en cours d'épuisement (entraide et solidarité), d'autres sont renouvelées. Autrement dit, la plupart des stratégies évoquées sont aussi structurelles que les problèmes alimentaires et les problèmes de pauvreté même si certaines ne marchent pas toujours. Toutefois, lorsque la crise devient exceptionnelle, on observe un réaménagement des stratégies habituelles (exodes fréquents de courte durée, exode prématuré et prolongé, vente d'une partie des récoltes sur pied, cueillette et vente de feuilles sauvages (kaoutchi, dagna, anza, ...), consommation de nouvelles espèces végétales, consommation de riz ou de pâte, baisse des rations quotidiennes en nombre et en qualité...). Ces stratégies sont nombreuses et ne sont pas toujours exclusives.

#### 2.3.1 Autour de l'amélioration des revenus

##### 2.3.1.1 Réorganisation des migrations

L'émigration saisonnière est l'une des premières stratégies mises en oeuvre - en particulier par les ménages les plus vulnérables - pour faire face à l'insécurité alimentaire,

<sup>29</sup> Elle-même reprenant les informations de la presse nationale.

<sup>30</sup> Mais quand les équipes de MSF repèrent des cas de malnutrition modérée lors du dépistage de la malnutrition sévère, l'enfant reçoit une ration d'Unimix.



l'objectif étant de différer la consommation d'une production agricole insuffisante pour couvrir la fin de la saison sèche et la saison culturale, notamment à la période des labours et des semis, et/ou d'éviter la décapitalisation en biens productifs. Aujourd'hui, l'exode des jeunes est la principale source de revenu des ménages ruraux vulnérables, aussi bien en saison sèche qu'en saison des pluies.

La durée du séjour en émigration, le lieu d'émigration, la fréquence des allers/retours, la période de départ, la qualité et la quantité des partants, ont été les principales variables modifiées en 2005. On peut signaler par exemple plusieurs départs dans l'année au lieu d'une ; des séjours plus courts pour certains migrants, plus prolongés ou même définitifs pour d'autres. Du fait de son âge (70 ans) Chéhou de Garin Liman n'a pu émigrer. Il a fait partir son fils en exode à l'est du Nigeria « *vers Baoutchi où il travaille dans les champs. Et comme c'est un almajiri (élève coranique), il fait du bara (mendicité). Quand il part, il passe 2 à 3 semaines et il revient avec des vivres. C'est comme ça que nous avons passé l'année difficile* ».

### 2.3.1.2 Exercice d'AGR (activités génératrices de revenus) par les femmes

Habituellement, les femmes sont actives autour de la petite restauration (vente de nourriture, sur laquelle on prélève une part pour les enfants), du pilage de mil rétribué (dan *dakaw*), du déglumage (*soosoka*: séparer les grains des tiges) et du petit commerce (vente de condiments par exemple). La plupart des femmes sont aussi « huilières », elles produisent de façon artisanale de l'huile d'arachide. Avec la crise, elles ont multipliés ces activités. Certaines huilières par exemple prennent l'arachide à crédit, la transforment, la commercialisent, avant de rembourser le crédit. Celles qui n'avaient aucune AGR en ont créé avec leurs maigres moyens, d'autres ont exercé des AGR ne nécessitant pas de capital financier (cueillette et vente de feuilles ou de fruits sauvages pour l'alimentation des hommes ou des animaux, ramassage et vente de bois mort). Quelques unes ont exercé le nouveau métier de « *tala* » (colporteur): revente de tasses, et de biens ou effets personnels, que des femmes ont dû vendre au moment de la crise pour acheter à manger. : « *Les femmes qui achètent les tasses viennent me trouver chez moi ; elles me laissent des biens personnels féminins (draps, tasses,...). Elles me fixent un prix de vente. Moi je vends plus cher. Elles me payent après sur la base du prix qu'elles m'ont fixé. Moi je me promène pour vendre dans le village aux plus nanties. De temps en temps, celle qui m'a confié les tasses à vendre passe voir si j'ai vendu* » (Maïmouna, Madarounfa).

Les quelques hommes restés sur place ont pratiqué aussi des activités génératrices de revenus (AGR): le petit commerce, le commerce de bois de chauffe, la fabrication de briques, des travaux de main d'œuvre, le forage manuel de puits, le jardinage .... Les villageois de Garin Liman ont exercé une AGR spontanée : le ramassage de pierre. Il y avait un chantier de construction d'une retenue d'eau, qui a duré 3 mois. Les villageois vont donc vendre leur force de travail en rassemblant des pierres au village. Chaque tas de pierre équivalent un voyage d'un camion est rémunéré à 2000Naira. C'est avec cet argent qu'ils ont pu payer des vivres et payer une main d'œuvre salariale sur leurs propres champs qu'ils avaient délaissés au profit du chantier. Mr A.S.I, éleveur peul de Makouna, lui a mis une portion de son champ en gage et combiné plusieurs petites activités « *je partais chez les gens pour mendier ; celui qui me donne un « damé » (une botte), ou un « tia » je prends et petit à petit nous avons surmonté la pente. J'ai aussi fait le « baréma » pour nourrir ma famille. Parfois je conduits les animaux au Nigeria pour les commerçants de bétail. J'ai donné un demi hectare de champ en « jingina » à Kilou en raison de 12.000 nairas... jusqu'à présent je n'ai pas pu remettre son argent pour retirer mon champ. Les 12.000 nairas j'ai acheté 12 tia de mil tout juste avant la saison des pluies. Pendant le rani j'avais cherché à faire du*

« *sasabé* » (défrichage) des champs aux personnes qui ont quelque chose dans leurs mains, pour avoir de l'argent et acheté quelques graines de mil ».

### 2.3.1.3 Vente et/ou déstockage de biens, d'animaux et d'objets de valeur

La principale stratégie chez les Peuls pendant la crise alimentaire a été la vente d'animaux pour subvenir aux besoins alimentaires, mais aussi pour acheter des aliments pour le bétail (cumul de déficit vivrier et de déficit fourrager) : « *Nous vendons d'abord les petits animaux avant de commencer à vendre les grands. Plus la crise s'amplifie, plus on a vendu les grands animaux. Moi, j'ai vendu cinq vaches* » (le chef de groupement ou *rouga* peul de Makouna). Abou du même village a vendu pendant la crise toutes ses cinq chèvres : « *j'ai vendu 5 chèvre pour acheter la nourriture. La première je l'ai vendue pendant le « rani » au 4<sup>ème</sup> mois de la sécheresse à 10.000 nairas, j'ai acheté avec cet argent onze tia de mil. J'ai fais environs 20 jours avec. La deuxième chèvre je l'ai vendue à 7000 nairas. C'était au septième mois pendant le bazara comme maintenant. J'ai acheté dix tia de mil avec. La troisième je l'ai vendu à 5000 dans le même mois. Quant à la quatrième je l'ai vendue à 5500 et la cinquième à 6000 et j'ai acheté respectivement cinq tia avec le prix de chacune. C'était pendant le « damana » ».*

Les Haoussa aussi ont vendu animaux et objets de valeur. I.M., producteur pourtant aisé, confirme cette information, il a vendu sa motopompe achetée à 250.000 F CFA à 70.000 F pour faire face aux besoins alimentaires de sa famille.

Safia, de Garin Liman, a deux co-épouses, elle explique comment sa famille et elle ont perdu tous leurs animaux : « *Moi j'ai vendu 2 chèvres l'une à 7.000 F et l'autre à 6.500 F. Mon mari, quant à lui, il a vendu un bœuf mais je ne connais pas le prix. Quand il a vendu le bœuf il a payé sur place du mil avec l'argent au marché de Jibiya (Nigéria) pendant Damana ... depuis que je suis née nous n'avons jamais payé la tia à 250 nairas, quand on vend une chèvre, l'argent ne suffit même pas à couvrir 1 semaine de nourriture, un mouton c'est la même chose. Un boeuf couvre difficilement 2 mois. Mes co-épouses aussi ont vendu leurs animaux* ». Certaines femmes ont vendu des bijoux, des couvertures, des cuvettes, etc.

### 2.3.1.4 Modification des pratiques socio-foncières

Les différentes crises qui se sont succédées ont contribué à modifier les pratiques socio-foncières dans la région de Madarounfa. On note une évolution dans les modes d'accès à la terre avec une monétarisation plus importante des transactions foncières. Ainsi, les ventes de terre (*saidawa*), les mises en gage ou « garanties » (*jingina*) et les locations sont plus fréquentes au moment des difficultés. Les coûts varient en fonction du type de terre ou de la qualité du sol (les *fadama*, terres de bas-fonds<sup>31</sup>, sont plus chères que les *jigawa* (terres lessivées), les *tsawuna*, sols dunaires et les *hako*, terres avec cuirasse), en fonction de la distance qui sépare le champ du village. A Garin Liman, les ventes de terre se font en cachette ou dans la discrétion, mais depuis l'existence des commissions foncières (COFO), il faut informer le chef de village à qui on donne une commission, et établir des actes de vente (papiers). Les actes sont établis au village par des jeunes lettrés en présence de l'acheteur et du vendeur. Les ventes existent aussi à Safo Nassarawa comme l'atteste I.M. : « *J'ai acheté 3 champs. Il y a un champ qui fait 80 ares à 64.000 F, un autre qui fait un hectare à 120.000F (comme ce n'est pas loin du village) et le dernier de 2,5 hectares à 70.000 F, c'est loin* ». Le prix des transactions foncières est aussi fonction de l'acheteur. Il y a une présence de plus en plus remarquée de grands producteurs dans la région de Madarounfa. Ils exploitent de grands

<sup>31</sup> La région de Madarounfa est ceinturée par la vallée du Goulbi.

domaines contigus ou dispersés dans le terroir de la région (dans plusieurs villages) dont la superficie varie entre 100 et 2.000 ha. Les grands producteurs créent une dépendance des petits producteurs envers eux. A Baba Rafi par exemple, où les populations vendaient les champs entre 10.000 et 12.000 F/ha, certains grands producteurs proposent des prix à la hausse entre 25 000 F et 50 000 F/ha, « pour qu'on reste ensemble pour travailler » (S.K). Les familles vulnérables qui pratiquent une agriculture de subsistance sont très attirées par ce genre de proposition.

**Cas 2 : Bipolarisation foncière : S.K. grand producteur analphabète qui a su se réapproprier et mettre en pratique des « politiques » de développement (food for work, cash for work, ventes à prix modéré, etc.)**

S.K, résidant à Maradi, est éleveur, agriculteur, transitaire, transporteur, commerçant. C'est un homme politique analphabète qui a plus de 1.000 ha de terres disséminés sur le terroir de Madarounfa. Ses activités agricoles sont concentrées dans le département de Madarounfa : « J'ai un seul champ dans la communauté urbaine de Maradi, tout le reste est dans le département de Madarounfa. Même l'élevage c'est là bas que je pratique ça ». Il a commencé l'agriculture avec 2 hectares mais actuellement « c'est 1.300 hectares, il y a même un puits dans les champs. J'ai aussi acheté des vaches et chameaux pour les élever. Si vous étiez venus lorsqu'ils étaient là vous alliez les voir ».

Comment a-t-il obtenu ses champs, contigus par endroits? Il les a tous achetés en refusant la location ou le prêt ; il a proposé l'achat au moment des pluies (*damana*) quand la situation était difficile pour les familles vulnérables; il a su courtiser ses vendeurs ; il a créé l'offre, et les demandes ont afflué. Il donne ici un exemple « à Babban Rafi j'étais allé par hasard, quand j'ai quitté ici il ne pleuvait pas mais quand je suis arrivé là bas il pleuvait beaucoup et les gens ont même semé. Alors j'ai demandé à maïgari (chef de village) de me donner un champ, ils m'ont proposé un champ en location. Mais je leur avais dit que c'est mieux si je trouvais un champ à acheter. Ils m'ont proposés 8 hectares que j'ai achetés sur place. Le temps que je suis là bas on a semé du sorgho dans le champ je suis revenu à la maison. Ensuite je suis reparti pour chercher un champ cette fois où je pourrais cultiver du mil. J'ai eu 17 hectares que j'ai payé ; petit à petit j'ai eu 85 hectares que je cultive là bas. Ils m'ont dit aussi qu'ils ont une problème de vivres ; je leur ai apporté 5 tonnes de vivres, alors je leur ai dit que je n'ai pas besoin de leur argent, tout celui qui veut payer par la force de travail dans mon champ, ils étaient content. Le maïgari a envoyé un crieur public pour annoncer la nouvelle, ils ont fait le travail, quand la période de « Maye – Maye » était arrivée ils ont travaillé mon champ gratuitement sans même m'informer alors je leur ai donné 2 tonnes pour qu'on distribue dans tout le village. Actuellement j'ai 276 hectares de champ. Mais je voudrais d'ici la saison pluvieuse atteindre les 300 hectares et les mettre en valeur car ce sont vraiment des terres propices à l'agriculture. J'ai même construit une maison là bas à Babban Rafi, chaque fois quand je vais j'ai où habiter j'ai des groupes électrogène, des antennes paraboliques, j'ai un téléphone satellitaire « turaya ». Selon un chef de village, « au début quand il est arrivé chez nous, on a proposé de lui prêter un champ, il a dit que ce n'est pas ce qu'il cherche et qu'il veut acheter des champs. Alors, j'ai un petit frère qui est conseiller qui lui a vendu 15 ha à 375 000 F. S.K. a donné l'argent pour débroussailler et arranger le champ. Ensuite, il a donné du mil pour faire manger les travailleurs de son champ. En hivernage quand il est revenu, plusieurs personnes l'ont approché pour lui proposer des champs à acheter. Il a préféré les champs qui sont collés à son premier champ. Ainsi, individuellement, ses futurs voisins lui ont proposé deux hectares par ci, trois hectares par là. A la fin, il s'est retrouvé avec un grand domaine. C'est la situation de difficulté qui a poussé les gens à vendre tous les champs ».

Pour se rapprocher de la population, dans ses stratégies de séduction, il a même fait construire une école coranique après avoir constaté que les chefs de famille conduisaient leurs enfants au Nigéria pour apprendre le Coran : « Quand je partais là bas je m'amusais à faire réciter quelques versets du Coran aux enfants, celui qui le fait bien je lui donne 2000 F, certains 1.000 F et certains 500 F. Cela les a encouragés à vouloir apprendre. On a donc créé une école coranique, la nuit on utilise du feu de bois pour les études ». Dans un des villages où il a un champ, « il y a un enseignant, le directeur de l'école par exemple, qui a eu un baptême dernièrement, il est venu me trouver pour me dire que sa femme a accouché à Mayayi et qu'il n'a pas de quoi acheter le mouton. Je lui ai demandé le prix d'un mouton, il m'a dit entre 17.000 F et 18.000 F, je lui ai donné 20.000 F. Il m'a demandé quand il va me rembourser, je lui ai dit que c'est une aide gratuite, il a pleuré devant moi car le geste l'a beaucoup touché. Si il y a quelqu'un qui tombe malade là bas, comme ce sont les salles de soins construites, au cours du programme du Président Tandja, c'est en général par équipe, alors s'il y a des évacuations à faire c'est l'hôpital de Maradi pour qu'on fasse le traitement et qu'on m'envoie la facture. Il n'y a pas longtemps on a évacué une femme là bas et ça a coûté 15.000 F pour son traitement. Elle avait mal à la bouche et était enceinte, ils ont dit qu'ils ne peuvent pas lui faire l'intervention comme elle est

*enceinte mais quand elle va accoucher de revenir après le 40<sup>ème</sup> jour comme ça on va faire l'intervention. Ce sont des choses comme ça. Si par exemple je fais 2 jours sans partir c'est comme si je fais 2 ans pour eux ».*

S.K. pense que l'année dernière a été difficile pour les gens : *« c'est pour ça que j'ai produit plus que d'habitude »*. Il a fait de la zakat (dîme coranique) : *« Chaque année je distribue beaucoup mais cette année-là j'ai distribué beaucoup plus les gens étaient dans la nécessité »*. Mais il a aussi acheté beaucoup de champs : *« J'ai augmenté les champs et je me suis encore plus investi »*. Au plus fort de la crise, il a fait de la vente à prix modéré, en versant des ristournes de 10F/tia à chaque vendeur militant de son parti ou chef de village : *« quand la tia de mil coûtait 1.000 F je leur vendais ça à 475 F ; comme je suis politicien j'ai responsabilisé dans chaque village le président de mon parti au niveau local et le chef de village pour s'occuper de la vente et de la collecte de l'argent sur les 485 F de chaque tia ils prélèvent 10 F pour le travail qu'ils font et ils me versent les 475 F c'est comme ça que ça s'est passé dans tous les villages jusqu'à l'arrivée des pluies. »*. Il a aussi prêté des céréales remboursables en travail (food for work) de la manière suivante : *« il y a par exemple ceux qui demandent 10 tias pour les rembourser par le travail au champ, je leur donne. Donc ils travaillent aujourd'hui dans leur champ et le lendemain dans le mien et ainsi de suite jusqu'à ce qu'ils payent les 10 tias. Certains prennent un sac et c'est la même procédure. Cette pratique a plu à tout le monde et a encore plus renforcé nos liens. Cela m'a donné encore plus de courage pour avoir d'autres champs. J'ai eu donc d'autres champs dans les villages de Dan Adouwa, à Kalapoto, à Gandou, à Baguéza, à Babban Rafi. »*. Il a aussi pré-financé les semences, remboursables en nature à la récolte.

S.K. se considère comme un acteur de développement. C'est un homme à tout faire. Sa présence aurait contribué à freiner l'émigration et à fixer les jeunes : *« Avant les gens quittaient la zone mais depuis que je me suis installé les gens se sont aussi fixés ... j'ai créé un projet là bas c'est un magasin d'alimentation que j'ai fait. De Maradi j'amène tous les aliments, le riz, la farine, tout ce qui est nécessaire. Je leur vends au même prix qu'à Maradi, les gens sont contents car c'est comme une banque céréalière que j'ai créé pour eux. Il y a le stock de riz, de mil, de haricot, d'arachide, plus les pâtes alimentaires. Les gens se sont fixés, ils ne vont plus exode »*. Il met son véhicule à la disposition du CSI pour les évacuations sur Maradi. Il pré-finance les mariages : *« A mon arrivée, j'ai créé du travail, 12 mois sur 12 il y a du travail, moi je ne suis pas là bas mais les gens travaillent pour moi. Si tu n'as pas l'argent pour te marier on te paye le mariage tu restes avec ta femmes puisqu'il y a du travail et qu'on te paye pour le travail (...) si tu es avec moi tu es obligé de cultiver »*

Dans le cadre de notre enquête, nous avons discuté avec une dizaine de grands producteurs, acheteurs de champs en vue de constituer des propriétés privées reconnues par les autorités ou des institutions validantes (chef de village, COFO). Ce sont des commerçants, originaires ou non de la région, des fonctionnaires ou agents qui travaillent dans la région, des cadres ressortissants vivant au loin qui commencent à y investir au nom de la décentralisation, etc. Ces nouveaux acteurs ont tous déjà un métier avant de venir dans l'agriculture. Même sur les aménagements hydro-agricoles, ils sont présents (ils engagent des ouvriers agricoles pour travailler à leur place) car les frais de gestion ou les charges sont tels que beaucoup de petits producteurs abandonnent parce qu'ils sont endettés.

En raison de telles pratiques, et du fait des crises successives, est né un nouveau métier dans les villages : « démarcheur de champ » comme il y a en ville des démarcheurs de maisons à louer ou à vendre. Ce sont des intermédiaires (*dillali*<sup>32</sup>) pour la vente, la location ou la mise en gage de champs, entre un propriétaire terrien et un acheteur ou un locataire,... Ce sont eux qui vont à la recherche de terres à céder ou de preneurs de terre. Ils perçoivent une commission sur toute transaction foncière dont ils ont assuré le courtage. Madarounfa est perçu depuis longtemps comme le grenier de la région de Maradi mais en réalité, du fait des grands exploitants, la production n'y reste pas, bien qu'elle soit comptabilisée pour le compte de cette région. Il y a un transfert de la production agricole vers les lieux d'exercice du commerce de ces grands exploitants (Maradi ou le Nigéria). Concernant le Nigeria, *« rien que le département de Madarounfa partage près de 100km de frontière avec le grand Nigeria*

<sup>32</sup> *Dillali* est un terme générique haoussa pour désigner « l'intermédiaire » d'une transaction aussi bien pour l'habitat, les animaux et maintenant le foncier rural agricole.

*réputé être très habile et très subtile dans les transactions commerciales. Donc il y a une grande quantité de ce mil qui part de l'autre côté de Nigeria.... la frontière reste encore perméable pour toutes les fraudes. Bon cela n'est pas spécifique à notre pays, la fraude est un phénomène qui mène beaucoup de pays en développement » (un fonctionnaire).*

Au contraire des grands producteurs qui achètent, certaines personnes non vulnérables ont opté pour une prise en gage ou en location de champs pendant la crise. De nombreuses familles, préalablement fragilisées, ont mis en gage tout ou une partie de leur patrimoine foncier, moyennant une certaine somme d'argent, pour des besoins alimentaires, dans le secret espoir de récupérer ces terres dès qu'ils en auront les moyens financiers. Le preneur (homme ou femme) exploite et bénéficie de la totalité des produits du champ jusqu'à ce que le metteur en gage lui rembourse l'argent emprunté. I.M. riche agriculteur, commerçant et éleveur de Safo Nassarawa, a pris durant la crise 5 champs en gage : « *Q : Tu as dit avoir pris des champs à gage, combien ? R : 5, je crois. Q : Comment ça se passe ? R : C'est quand quelqu'un a besoin d'argent qu'il vient te voir, selon le besoin d'argent qu'il a, pour mettre son champ en gage et tu lui donnes l'argent ; quand il te rembourse ton argent, il récupère son champ. Q : C'est à quel moment en général que les gens mettent leurs champs en gage ? R : Il n'y a pas de moment pour ça, il y a cette année des gens qui ont mis à gage ou en vente un champ après avoir commencé à le labourer. Q : On fait appel à des témoins dans ces situations ? R : Oui, tu vas chez le maïgari pour qu'il te fasse le papier, on fait 3 exemplaires. Maïgari garde un, et les 2 parties chacune un exemplaire. Q : On donne quelque chose à Maïgari ? R : Oui, 500 F. Q : Et en cas de vente, comment ça se passe ? R : Là quand quelqu'un veut vendre son champ, il te vient voir pour te le proposer, si tu es intéressé on cherche alors 4 témoins côté acheteur et 4 témoins côté vendeur, tu informes tes enfants et Maïgari fait le papier ».* Sachant que celui qui cède en *jingina* est dans la détresse, le preneur exige une formalisation de la transaction devant témoin et validée par le chef de village.

### **Cas 3 : Mise en gage (*jingina*) de champs : coût et processus**

Saa est une femme riche de Safo Nassarawa. Elle a 2 coépouses, et 8 enfants dont 3 sont actuellement malnutris. Chacun de ses 8 enfants a déjà eu un épisode de malnutrition. Saa est commerçante, huilière, restauratrice et a 6 champs constitués de 3 *fadama* et 3 *jigawa*. Les *jigawa* ont été achetés l'un à 65.000 F, un autre 50.000 F, et le dernier à 32.000F. Quant aux *fadama*, elle en a hérité un de son père et les 2 autres ont été obtenus grâce au *jingina* lors de la crise 2005: l'un à 20.000 F et l'autre à 10.000 F. Selon elle, « *c'est la difficulté que les gens ont traversé qui ont conduit les gens à mettre leurs champs en gage. Il y a même ceux qui ont mis en gage des champs où ils ont déjà semé. C'est dans cette situation que j'ai eu les champs, les propriétaires étaient vraiment obligés et avaient besoin d'argent pour nourrir leur famille (...) religieusement il paraît que ce n'est pas autorisé de mettre un champ en gage c'est mieux de le prendre en location je ne savais pas quand j'ai pris les champs en gage* ». L'un des *jingina* a commencé juste après les récoltes de 2004. Le propriétaire, père de 8 enfants, a mis son champ en gage pour un besoin de 5000 F, il n'a pas pu rembourser, et les problèmes se sont succédés jusqu'en 2006 « *après il a eu un baptême il est venu demander 10.000 F, une fois encore il n'avait rien chez lui, il est venu prendre 2.000 F et cette année (2006) pendant « damana » il a pris 3.000 F* ». Au moment des enquêtes, la crise pour lui continue car son champ est toujours en gage. Saa est persuadé que cette mise en gage se transformera en vente (*saidawa*) mais elle est prête à lui restituer son champ si lui ou ses ayants droits remboursent, même des années après: « *généralement les champs qu'on achète ça commence comme ça. Si Dieu dit que ça va être mon champ je l'aurai. S'il trouve l'argent pour rembourser je lui rends son champ ou bien même si c'est un de ses enfants qui me rembourse l'argent je leur rends leur champ. Je ne regrette rien car j'ai profité du champ* ».

Le second champ en *jingina* a été obtenu depuis 4 ans (2002) mais n'est toujours pas récupéré. Saa explique que « *c'est quelqu'un qui avait un mariage, il a eu besoin des 10.000 F alors je les lui avait donné* ».

Sur les trois années (l'an surpassé 2003-2004, l'an passé 2004-2005<sup>33</sup> et cette année 2005-2006), Saa juge que il y a plus de *jingina* l'an passé ; c'est au moment des pluies qu'on s'en rend compte dans le village : « généralement les gens ne sont pas au courant c'est seulement après les premières pluies qu'on remarque que les champs d'un tel c'est un tel qui le cultive ». Les ventes de champs aussi ont été plus importantes en 2004-2005 car c'est une année « terrible, les hommes ont vendu des animaux, certains des champs et les femmes leurs équipements ».

Au moment des enquêtes, jusqu'à la fin du mois d'avril, la plupart des *jingina* n'avaient pas été remboursées, et au contraire certaines se sont conclues par des ventes (*saidawa*), diminuant considérablement le patrimoine foncier de familles déjà vulnérables. La pratique de *jingina* menace considérablement les forêts classées et les ressources renouvelables contiguës de certains villages, car, selon le chef de village de Baban Raffi, « dès que tu as besoin d'argent tu mets ton champ en gage et tu débrousses un autre ».

La crise 2005 a également augmenté le nombre de prêts ou « confiages » de champs. Ceux qui se reconvertissent en d'autres activités ou qui émigrent pour une longue durée sont contraints, s'ils ne veulent pas vendre, de « confier » la gestion et l'occupation de leur champ à une tierce personne sinon ils en seront spoliés par toute personne qui l'exploitera en leur absence. Cette situation s'explique, selon le chef de groupement peul (*rugga*) de Angoual Roumji, par le fait que « le code foncier dit que si on ne confie pas, et qu'on revient au bout de 30 ans, on ne peut rien réclamer ». Certains n'attendent pas les « 30 ans » ; ils profitent de l'absence prolongée d'un agriculteur pour prendre possession de son champ ou empiéter sur lui. Ce nouveau « mode d'accès » à la terre fait l'objet de violents conflits dans les villages, portés à la connaissance des nouvelles autorités de la décentralisation. Selon le maire de Safo Oubandawaki dont dépend Safo Nassarawa, « la gestion des conflits est une de nos principales activités depuis notre installation ».

Selon la coutume et la religion, il y a une « équité » d'accès à la terre : les femmes héritent (1 part pour la femme, 2 parts pour l'homme), elles achètent, elles louent, elles prennent en gage. Certaines reçoivent 0,5 ha en moyenne du mari. Tout ce qui y est cultivé dans son champ appartient à la femme (pour ses besoins et ceux de ses enfants : vêtements, tontine, alimentation...). Traditionnellement, c'est dans son champ que la femme cultive des légumes et autres condiments nécessaires à la préparation de la sauce. Or, avec les ventes ou mises en gage de terres, et du fait de la claustration (« *sari* » ou *kulbi* ») pratiquée dans la région de Maradi en général et de Madarounfa en particulier, les femmes reçoivent de moins en moins de terres, et ont de moins en moins d'espace pour les condiments, ce qui influe sur la qualité des sauces. Au nom de la religion et de la claustration, les hommes refusent que la femme mariée (hormis les ménopausées) cultive la terre. Même quand elle a un champ (hérité ou acheté), elle le met en valeur grâce au salariat agricole ou bien elle le loue ou encore le « confie » à ses frères. La plupart des femmes claustrées font le petit commerce : elles restent à la maison, et des enfants utérins ou confiés vont vendre pour elles. Le directeur de l'école de Garin Liman a dénoncé ce « travail des enfants », surtout des enfants scolarisés. Le taux de fréquentation de la seule école créée en 1988 est très faible et le taux d'abandon très élevé « généralement ce sont les femmes qui s'amuse (ne prennent pas au sérieux ou délaissent) avec la scolarisation des enfants, très absentéistes dont la réussite est difficile » (le directeur) ; certaines mères claustrées font travailler leurs enfants et les détournent de l'école. La claustration pratiquée dans les ménages vulnérables les fragilise davantage en situation difficile : c'est le mari qui part à la recherche de la nourriture, c'est lui qui donne la nourriture. Le jour où il n'en a pas, toute la famille reste sans manger. C'est pourquoi A.M., gestionnaire de banque céréalière, ironise à propos de la crise de 2005 : « Pendant la période

<sup>33</sup> Année de la crise alimentaire

de "kara da rwa" (littéralement : compléter avec de l'eau), *il n'y avait pas de clausturation, tout le monde allait chercher à manger. Toutes les femmes sont sorties* » ; hommes et femmes ont du enfreindre les règles de leur religion pour survivre ou nourrir la famille.

#### 2.3.1.5 Un système agricole local particulier qui marginalise les petits producteurs ... et les femmes

On constate une agriculture très diversifiée dans tous les villages : mil, sorgho, sésame, manioc, arachide et de manière un peu marginale le maïs et spécifiquement la patate douce chez les peuls. Le mil et le sorgho sont des cultures de consommation alors que le sésame et l'arachide sont destinés à la vente. Les peuls précisent bien que la vente du sésame leur permet de payer les impôts et aussi constituent un capital monétaire leur permettant de faire face à certaines dépenses de souverainetés liées au mariage, au baptême etc..

La région de Madarounfa est une région de production de souchet et de sésame, cultures de rente qui nécessitent de l'engrais. Ce sont des cultures intensives qui mobilisent une importante main d'œuvre agricole, généralement salariale. On y produit également de l'arachide que des femmes transforment en huile. L'alimentation de base, qui est le mil et le sorgho, est produite en faible quantité parce que tout le monde s'investit dans les cultures de rente dont l'argent sert à acheter les compléments alimentaires nécessaires. Il existe un paradoxe entre la diversité de cultures et le régime alimentaire assez pauvre.

La répartition des ressources à l'intérieur des ménages se fait au détriment de la femme chez les haoussa : les hommes haoussa prennent une grande part de la récolte et donnent aux femmes une part presque insignifiante sauf dans les familles où du fait de la clausturation strictement appliquée, la femme ne cultive et donc n'a pas de grenier à elle. Seules les veilles femmes peuvent travailler au champ. Les autres sont privées de toute activité hors de la famille parce qu'elles sont claustrées. Dans certaines familles, les femmes claustrées ne partent pas au champs mais ce sont leurs maris ou des salariés agricoles qui exploitent les champs dont elles disposent ; les produits de la récolte leur appartiennent, elles les stockent dans leurs propres greniers et l'utilisent pour satisfaire certains besoins (achat de vêtement, accomplissement d'obligations sociales liées au mariage, au décès ou au baptême. Chez les Peuls le grenier familial est commun et c'est l'homme qui le gère petit à petit jusqu'à épuisement du stock. Quoi qu'il en soit, du fait de la clausturation, les femmes produisent de moins en moins des légumes et condiments servant à la préparation de la sauce (déjà si pauvre).

#### 2.3.2 Modification des habitudes alimentaires

Il y a modification aussi bien dans la quantité que dans la qualité des aliments. Les habitudes alimentaires sont les mêmes chez les Peuls et les Haoussa : *fura* (la boule), *kunu* (la bouillie) et *tuwo* (la pâte). Elles ont été modifiées pendant la crise en fonction des denrées disponibles : introduction de nouveaux ingrédients adaptés à des techniques culinaires anciennes (exemple : farine de manioc, unimix (farine de maïs enrichie offerte par MSF)), introduction de nouvelles espèces végétales de cueillette (*adwa*, *kalgo*, ...), rajout de nouveaux ingrédients ou augmentation de leur quantité (piment)... La très forte consommation de feuilles<sup>34</sup>, y compris celles qu'on ne mangeait pas d'habitude (*adwa*, *kalgo*, *anza* etc.), avec sel mais sans tourteau d'arachide, est une caractéristique de la crise 2005 ;

---

<sup>34</sup> Ici on consomme généralement les feuilles des plantes ou herbes suivantes : *el maka*, *dagna*, *zure*, *kautchi*, *tafassa*, *jiga* et quelques fois *chiria* et *kaiwa*. « *haki* » est le nom générique de tout ce qui est herbe ou feuille.

les populations estiment qu'elles n'avaient pas le choix à cause de la faim («*gniwan*») : « *des gens ont passé une nuit ou 2 sans manger* » en 2005 (Salissou de Garin Liman). *Gniwan* est une des appellations de la crise 2005. Certaines de ces feuilles nécessitent d'être bouillies plusieurs fois avant d'être mangé afin d'en atténuer le degré de toxicité ou d'acidité. D'autres comme *anza* doivent être bouillies pendant des heures «*Anza est un arbre aux fruits très amers, que l'on doit traiter pendant plusieurs heures pour que ce soit consommable* » (le chef du groupement peul (*rugga*) de Makouna, près de Garin Liman).

En plus des feuilles consommées, il y a des éléments nouveaux :

- un peu plus de piment dans le *fura* : « *pour ne pas que les enfants en prennent beaucoup, on garde la même quantité d'eau, mais on ajoute beaucoup de piment* » (Soumana Sabara à Safo Nassarawa)
- du gratin de *tuwo* : on en fait une sorte de bouillie qu'on donne aux enfants dans la matinée comme petit déjeuner quand il n'y a pas de reste de *tuwo*.
- dans la famille de Zalya, on a mangé de la farine de manioc à la place du mil ou du sorgho : les enfants la consommaient sous forme de bouillie sans sucre et les adultes en mangeaient sous forme de pâte, mélangée rarement à du tourteau d'arachide et sans sauce. Cette farine de manioc a été envoyée à la famille par le petit frère de son époux ; il est en exode à Niamey. Son mari est vendeur d'eau dans le village (« *garwa* »).
- dilution importante du *fura* et/ou du *kunu* : d'où l'expression « *kara da rwa* » qui signifie augmenter avec l'eau. C'est une stratégie qui consiste à boire la même quantité de *fura* ou de *kunu* mais en qualité moindre (peu de mil ou de sorgho pour plus d'eau).
- consommation plus tôt que d'habitude du « *chibura* », variété de mil consommée sur pied.
- classement et consommation de la production de céréales en fonction des variétés de semences (de la « mauvaise » qualité (*buku*) vers les bonnes ou l'inverse).

Il y a eu également changement dans les comportements des individus ; au lieu de l'hospitalité traditionnelle qui recommande qu'on invite à manger toute personne étrangère à la famille qui arrive au moment du repas, la plupart des chefs de familles se cachaient pour manger afin de ne pas partager le repas. Et si par hasard, un visiteur arrive pendant le repas, on se lèche rapidement les doigts avant de sortir de la case pour le recevoir ; d'où l'expression « *swe mo gayssa* » (« se laper ou lécher les doigts avant de sortir saluer les gens ») parfois utilisée pour désigner cette crise.

La modification des pratiques et des habitudes alimentaires a touché les enfants aussi pendant la crise. Comme les grands, ils ont supporté la faim : décalage dans les heures de repas, saut de certains repas ou réduction du nombre de repas. Ils ont parfois consommé les mêmes aliments que les grands. A Makouna (groupement peul ou *rugga* proche de Garin Liman), « *Les enfants ont passé tout leurs temps à pleurer. Mais nous leur donnions les feuilles d'herbe mélangés au sel* ». Les mamans ont dû parfois user de stratégies pour freiner l'appétit de leur progéniture (plus de piment dans la boule ou le *fura*, conservation du *fura* pendant plus de trois jours afin de le rendre très aigre, ), ou pour leur offrir un repas dont se privent les grandes personnes (le gratin de *tuwo* préparé comme une bouillie, ....). Les plus petits ont pour certains, été victimes de sevrage précoce parce que la mère n'a plus de lait ou parce qu'elle est occupée à l'exercice d'activités génératrices de revenus ; d'autres ont eu la « chance » d'un sevrage tardif parce que la mère n'avait rien d'autre à proposer.



### 2.3.3 Entraide et solidarité

Les parents en émigration à Niamey ou à l'extérieur du pays, ont apporté secours aux membres de la famille restés sur place au village. Ainsi par exemple Oumarou de Safo Nassara a été secouru par son petit-frère « *vendeur de kuli-kuli au marché de Katako à Niamey. Il a envoyé une fois 10 000 FCFA puis une autre fois un demi sac de riz, un sac de gari, un sac de haricot et une autre fois encore 5000 FCFA avec quoi nous avons acheté du gari* ». Chabou lui a reçu de son fils du Nigeria 3 sacs de mil.

L'entraide et la solidarité intravillageoise n'ont pas véritablement fonctionné comme stratégies au début des difficultés, ni au sein des ménages, ni entre membres de même familles ou de familles différentes : chacun a géré les vivres qui lui restaient. Les plus nantis ont usé de stratégies d'évitement pour ne pas partager, face aux nombreuses sollicitations (de proches voire d'inconnus) car, selon Laouli, peul de Makouna : « *si celui qui est en difficulté te trouve à la maison, sachant que que tu en as, il est très difficile de refuser. Et puis il y'a beaucoup de personnes qui viennent nous solliciter, des parents et même des gens que nous ne connaissons pas. Tu es obligé de te cacher* ».

C'est seulement lors des distributions alimentaires ciblées des centres de récupération nutritionnelle que s'est manifestée la solidarité intra et interfamiliale. Pour I.A (ressortissant de Safo Oubandawaki), « *c'est MSF qui a apporté le complément alimentaire afin que chacun puisse avoir l'essentiel au quotidien* ». Mme I., mère de deux enfants hospitalisés au même moment au CRENI de Maradi, témoigne de cette solidarité, lorsque pour la première fois, elle s'est rendu au village de Safo Gao suite à une annonce du crieur public de son village (Safo Nassarawa) : cette fois-là « *j'ai eu en total 3 sacs de farine et 15 litres d'huile. J'avais partagé 5 litres d'huile aux femmes âgées qui n'ont pas d'enfant et qui ne peuvent pas en bénéficier* ».

### 2.4 Impact des projets

Dans la région de Madarounfa, il y a beaucoup de projets de développement et d'institutions de micro-finance (IMF). Ils sont gérés ou proposés par des ONG nationales, internationales, des coopérations bilatérales ou multilatérales, ou par l'Etat nigérien. On dénombre ainsi de nombreuses banques céréalières (BC), et même des banques d'animaux (chèvres), ... S'il y a très peu ou pas de projets à retombée financière à Garin Liman (fort probablement à cause de son enclavement), Safo Nassarawa, lui, regorge de nombreux projets de développement « participatifs » : « *Notre grand projet c'est l'UNICEF. Elle nous créé la banque céréalière, donné des chèvres aux femmes, les a formées, construit des classes, elle a donné des fournitures scolaires, elle nous a mis en place des moulins, elle organise des cours d'alphabétisation, elle a formé les agents de santé, elle a assuré la formation des gens sur le droit de propriété, elle a formé les gens sur l'utilisation des pesticides et intrants agricoles. On a des puits qui sont au nombre de 3. Deux ont été forés par l'Unicef pour le jardinage des femmes et un pour tout le village. Ce dernier a été foré sur fond propre du village qui, pour la circonstance a cotisé de l'argent. En dehors de l'UNICEF, il y a eu la Fao, qui a eu à travailler avec 10 personnes avant de quitter il y a 4 ans de cela. Elle donnait des semences d'arachides et d'autres semences pour les cultures de contre saison. Actuellement elle continue à donner des motos - pompe. Il y a aussi l'ANPIP qui est en cours d'intervenir dans le village car déjà il a donné 3 charrettes à des paysans* » (le chef de village de Safo Nassarawa).

La plupart des institutions de microfinance proposent des crédits aux femmes afin de leur permettre d'épargner, d'avoir un capital qui servira à l'exercice ou au développement d'une activité génératrice de revenu (AGR). Chez AQUADEV par exemple, « *sur la base des*

activités génératrices de revenus que les membres d'un groupement font, notre chargé de prêt monte un dossier de crédit, ..., en majorité, nous finançons le petit commerce, la transformation des produits agricoles, l'activité d'embouche bovine et ovine, les différentes ventes de produits céréaliers, l'artisanat, le warrantage qui est le crédit sur stock. Le dossier est soumis à un comité de crédit ; ce comité étudie le dossier et l'approuve ou non. Si le crédit est octroyé, le chargé de prêt va sur le terrain avec le crédit et l'octroie aux bénéficiaires. C'est un crédit à remboursement mensuel. Le chargé de prêt a obligation de suivre l'utilisation du crédit, il donne des conseils nécessaires à son client par rapport à la rentabilité de son activité, jusqu'au premier remboursement et jusqu'au remboursement final », (H.M., chef de branche AQUADEV AD-finance Maradi). Cette IMF octroie des crédits cycliques : « le premier cycle est un crédit test va de 3 à 4 mois avec remboursement à chaque fin de mois, capital plus intérêt. Après ce cycle, si le client rembourse sans aucun problème, on le reconduit à un deuxième cycle qui va de 4 à 6 mois. Plus le client rembourse bien, plus il aura besoin de fond de roulement ».

CARE, à travers le projet MMD (*mata masu dubara*) de « tontines améliorées » pour les femmes, ne donne pas de crédit mais apprend à s'organiser autour du crédit : « il y a 2 types de crédits, les crédits à courts termes et les crédits à long termes. Il y a des crédits qui sont remboursable en 4 semaines, d'autres sur deux mois et certains, quand il s'agit de la période de soudure le remboursement se fait après la récolte » (S.M., responsable suivi et évaluation). Mais la pression monétaire est telle que les femmes contractent ces crédits moins pour des AGR que pour satisfaire les besoins alimentaires de la famille et pour régler des problèmes conjoncturels (mariage, baptême, décès,...) : « Vous savez, il y a certaines contraintes qui surviennent et qui nous obligent à les vendre (chèvres, volailles ou céréales des projets). Il fut une année où au début de l'hivernage, nous avons eu des difficultés alimentaires. Cette année ma femme en a vendu une (chèvre). Une autre fois c'était à cause des obligations liées au mariage d'un des parents à ma femme que l'on a vendu une » (Malam M.). Les IMF et les projets sont détournés de leur objectif premier. Des problèmes surviennent au moment du remboursement. Là où il y a pléthore de projets et d'IMF, on s'endette auprès de X pour rembourser Y (enlisement dans l'endettement). Ces projets et IMF deviennent parfois plus des générateurs de pauvreté que des générateurs de revenus. La question du surendettement ou de l'endettement auprès de plusieurs IMF est un gros problème dans la zone de Madarounfa. C'est pourquoi, ces institutions de crédit ont décidé de créer un cadre de concertation (avec des rencontres bimensuelles) qui regroupe toutes les institutions de micro-finance de la région de Maradi. C'est un cadre qui permet de savoir qui fait quoi dans quelle zone. Les groupements qui demandent un crédit font de plus en plus l'objet d'enquêtes de moralité pour savoir « à qui on a affaire ? Sont-ils crédibles ? Est-ce qu'ils ont des partenaires ? Est-ce qu'ils ont des antécédents ? A partir de ces enquêtes, on arrive à déceler si le groupement appartient à d'autres structures ou bien s'il a des collaborations en terme financier avec d'autres institutions de micro-finance. Si le groupement n'est pas sain<sup>35</sup>, on ne lui fait pas crédit. Le surendettement peut amener une défaillance du groupement » (un agent d'une IMF)

---

<sup>35</sup> Certains groupements contournent ces barrières : « ils nous contournent ; parfois ce sont les mêmes personnes avec un nom de groupement différent, ou bien ils gardent le même nom de groupement mais en changeant les dirigeants parce que généralement, les noms de groupements sont des noms communs : anfani ici, anfani là, cigabon gari par ci, cigabon gari par là » (M., agent d'une IMF).

La plupart des IMF ont des conditions préalables à l'octroi de crédit : se constituer en groupement avec un bureau et une liste exhaustive de membres, verser une caution<sup>36</sup>, ... , « *on ne peut pas donner un crédit à un pauvre et dire qu'il aura à rentabiliser ça ; son problème immédiat c'est la subsistance* » (H.M., chef de branche AQUADEV AD-finance Maradi).

CARE qui est très sensible à la sécurité des conditions de vie des ménages (SCVM) en est conscient, c'est pourquoi cette ONG a réorganisé ses objectifs et les critères d'octroi de crédits en fonction des réalités du terrain. Ainsi, selon S.M., « *les caisses MMD sont devenues des rentes villageoises. Car avant, lorsque le mari ne donne pas de quoi préparer le repas, la famille reste comme ça. Mais maintenant, elle peut aller prendre un crédit au niveau de la caisse pour acheter de la nourriture à la famille, elle peut rembourser conformément aux conditions fixées par le règlement intérieur. Avant, nous conseillons aux femmes de ne contracter des crédits que dans le cadre des AGR (activités génératrices de revenus). Mais après on s'était rendu compte que l'économie n'est pas le seul besoin du ménage. Il y a d'autres composantes telles que la sécurité des conditions de vie des ménages. On s'était rendu compte aussi qu'il y a des ménages qui vendent leur alimentation pour amener les enfants au dispensaire. Ce qui traduit la nécessité de faire intervenir d'autres conditions pour que le ménage soit en sécurité. C'est entre autres l'alimentation, l'habillement, l'éducation, l'environnement, partant de cela, nous avons non seulement sensibilisé les femmes à faire des AGR, mais aussi leur dire de prendre des crédits en cas de problème* ».

La crise alimentaire 2005 a été si durement ressentie par les familles vulnérables que selon I. A., d'une ONG de développement, « *s'il n'y avait pas les BC, les caisses, le bétail, ... s'il n'y avait pas tout ça, les distributions alimentaires généralisées n'auraient trouvé personne* ». A Safo Nassarawa, l'UNICEF a initié une banque céréalière qui selon le chef de village et la gestionnaire de la banque a contribué à atténuer l'effet de la crise alimentaire à un moment précis, chaque mardi jusqu'à la rupture des stocks : « *l'Unicef au départ nous a donné 100 sacs. Nous vendons chaque semaine 10 sacs de mil à 300 F la tia. Chaque famille n'a la possibilité d'acheter que 3 tias. Mais exceptionnellement, le 18 juin 2005, nous avons vendu 21 sacs aux femmes enceintes et aux mères des enfants malnutris, en raison de 150 F la tia au moment où sur le marché le mil se vendait à 850 F voire 900 F* » (A.M.). Après chaque mardi, il faut attendre encore une semaine et, pendant ce temps, on recherche argent et nourriture. On cherche aussi la clémence de Dieu par les prières des marabouts : « *Le rôle des marabouts était de dire des prières chaque jour pour que Dieu puisse atténuer la souffrance des gens* » (l'imam de la grande mosquée de Madarounfa).

## **2.5 Les secours ou l'aide alimentaire**

Le recensement des stratégies des ménages face à la crise alimentaire 2005 montre qu'elle a été sévère pour les ménages et familles les plus vulnérables. Différents organismes et ONG se sont mobilisés pour leur venir en aide. Il y a des acteurs qui sont des professionnels de la gestion de la crise (PAM, MSF, ...). Il y en a qui sont intervenus occasionnellement ; ils ont d'autres activités qu'ils faisaient sur le terrain : c'est le cas de l'UNICEF qui était venu dans le cadre du programme SVI, c'est le cas de la SNV qui était déjà là dans le cadre de l'appui institutionnel des communes. Il y a des organismes et ONG qui sont là pour faire des actions de développement, il y a ceux qui sont là pour faire de l'humanitaire. Même parmi ceux qui font l'humanitaire, il y a 2 catégories, il y a ceux qui

<sup>36</sup> Chez AQUADEV, la caution est de 10 000 F dont 5000 F pour les frais d'inscription et 5000 F en dépôt minimum.

sont là en permanence, c'est le cas de MSF. Il y a en qui se sont mobilisés seulement à la faveur de la crise : l'agence des musulmans d'Afrique, la croix sans rouge koweïtienne, etc.

Plusieurs actions et services ont été menés : la vente à prix modéré (VPM) par le dispositif de la cellule crise alimentaire (CCA), par certains projets et par des particuliers (quelques grands producteurs), la distribution alimentaire gratuite (DAG)<sup>37</sup> par le PAM, les ONG, et tous les intervenants à partir de juillet 2005, et la prise en charge ou la récupération nutritionnelle pour malnutris sévères ou modérés. Les intervenants ont offert des services variés, chacun dans son domaine de spécialisation, chacun avec ses règles, ses quantités, ses denrées et sa population cible : les chefs de ménages, les enfants malnutris et les femmes allaitantes (pour les acteurs autour de la malnutrition), les handicapés physiques et les invalides, etc. Si la vente à prix modéré a principalement porté sur les céréales, la DAG comprenait des denrées variées : sorgho, mil, riz, haricot ou niébé, farine de manioc, sel, tomate, huile, sucre, lait en poudre, dattes, sachets de farine de tamarin, ... . Les acteurs spécialisés dans la récupération nutritionnelle ont, en plus des soins apportés aux enfants, selon le degré de la malnutrition, fourni des aides alimentaires (céréales) aux parents d'enfants malnutris. MSF par exemple a distribué des rations alimentaires aux mères d'enfants malnutris sévères admis dans son CRENI de Maradi ou dans ses 11 centres ambulatoires (CRENAS, centre de récupération nutritionnelle ambulatoire sévère ou CRENAM, Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire Modéré) : durant le traitement la mère de l'enfant reçoit une ration de protection de 5 kg de farine enrichie et 1 litre d'huile végétale pour la semaine. Quand l'enfant est guéri et sort du programme MSF, elle reçoit 50 kg de mil, 25 kg de niébé et 10 litres d'huile lors du départ. Les plus vulnérables ont apprécié ce type d'aide. D'ailleurs l'un des termes qui traduit la crise alimentaire 2005 est *kwamisu* : *ce terme utilisé par les agents des centres de récupération nutritionnelle pour désigner la malnutrition, est réappropriée par les populations pour nommer l'aide alimentaire apportée par ces centres durant la crise ; ainsi, l'aide « kwamisu » aura été le principal filet de sécurité pour de nombreux villages.*

Les bénéficiaires des aides reprochent les quantités insuffisantes (trop faibles pour couvrir les besoins alimentaires des ménages sur une longue durée) et la rupture de stock des produits de la VPM, qui n'a pas non plus eu un impact réel sur l'inflation des prix. Les DAG ont été très appréciées pour les plus vulnérables qui vivent au jour le jour et pour qui la mobilisation des réseaux sociaux a souvent été un échec. Ces DAG ont été jugées tardives car elles sont arrivées au moment des récoltes ou au mois de ramadan ; la population venait de traverser une très longue période de soudure inhabituelle (entre 4 et 6 mois). L'écho des distributions a suscité des frustrations au sein de certaines communautés. Le chef de village de Garin Liman en parle : *« nous étions au courant qu'il y a eu de l'aide mais on ne nous a pas donné. Et quand on se débrouillait pour aller chercher à manger au Nigeria, on était furieux que les douaniers nous rackettent. Ici nous n'avons rien reçu comme pendant la crise. Au début des récoltes, ils nous ont demandé d'aller à Dan Issa prendre 6 sacs de maïs et 2 sacs de riz pour tout le village. J'ai partagé cela en raison d'une tia de maïs à chaque chef de ménage et six chef de ménage pour une tia de riz. Voilà ce que nous avons reçu. Et pourtant ici, il y a des gens qui ont passé plus d'une semaine sans avoir goûté à la pâte (le tuwo) »*. Cet exemple montre que le chef de village a procédé aux distributions selon ses propres règles, en fonction de la quantité de vivres reçue et au prorata des chefs de ménages

---

<sup>37</sup> Il y a eu deux types de DAG : une part le dispositif national de prévention et gestion des crise (DNP-GCA) et le PAM, puis une par un comité ad'hoc mis en place pour aider à gérer le flux d'aides. Si le PAM était pour une distribution par le canal des ONG, le DNP-GCA penchait plutôt pour une distribution par le comité ad'hoc.

(153 selon lui). Il explique aussi comment il a reçu les vivres pour son village mais ne connaît pas l'identité du ou des donateurs : *« C'est la mairie qui nous a convoqué. Quand nous étions arrivé à la maire, c'est le maire et les élus locaux qui ont fait le partage. Mais nous ne savons pas de qui venait cette aide. Et cette aide était arrivée après que les gens aient commencé à récolter (...), on ne peut pas dire que cela n'a rien servi. Parce que celui à qui on a donné une tia de ma, il pourra au moins préparer un plat de pâte; c'est un plus »*. Les informations du chef du groupement peul ou rouga de Angoual Roumji dit Douban permettent de comprendre qu'il y a eu plusieurs aides, à des périodes différentes et aussi que tous les villages n'ont pas bénéficié des mêmes aides. Le chef de groupement peul de Makouna confirme cette information *« dans certains villages nous apprenons que l'aide a été variée, riz, mil, sorgho, et en quantité beaucoup plus importante, parce que ce sont des sacs qu'on donne aux chefs des familles »*.

Le chef de groupement peul de Angoual Roumji lui, gère 63 tribus éparpillées dans plusieurs départements : *« nous avons eu de l'aide de la part du gouvernement du Nigeria. C'était dans le mois d'Août. Nous avons eu 20 tonnes pour le groupement peul. En dehors de ça, il y a eu des interventions du PAM un peu partout. Je ne sais pas la quantité d'aide fourni par le PAM parce qu'eux ils font une intervention directe. En fait moi je suis ici mais, j'ai des tribus éparpillées dans les régions de Madarounfa, de Dakoro, d'Aguié »*. A la différence du chef de Garin Liman, celui du groupement peul connaît l'identité des donateurs, probablement parce qu'il a été scolarisé, c'était un électricien dans une grande entreprise nigérienne. Mais contrairement au chef de Garin Liman, celui du groupement peul a dû faire un tri dans la distribution selon ses propres critères : *« J'avais fait venir les chefs de tribus les plus proches de nous. Je n'ai pas appelé tous les chefs des 63 tribus qui sont sous ma coupe parce que la quantité n'est pas suffisante pour tous. Ceux là que j'ai appelé représentent 25% de l'ensemble des tribus ; Certaines grandes tribus ont reçu jusqu'à 10 sacs »*. Ce chef de groupement en excluant 75% de son « peuple » de la distribution a supposé que ces derniers recevraient de l'aide là sur leur lieux de transhumance *« Les autres pourraient en bénéficier avec le PAM ou le CARE qui a aussi intervenu un peu partout »*. Les distributions tardives dans la zone de Madarounfa s'expliquent selon ce chef de groupement le fait que *« compte tenu de notre situation géographique (sud) le gouvernement pense que nous n'avons pas des besoins comme les gens qui sont au Nord. De sorte que, à un certain moment, nous nous senti un peu négligés »*. Négligence, oubli sont la cohorte de frustrations évoquées par les populations dont certaines ont menacé de ne plus payer les impôts. Or, *« il faut que les populations payent les taxes pour que les maires puissent travailler sous le contrôle du conseil communal »* (le vice-maire de Madarounfa)..

Certaines personnes ont supposé que c'est parce qu'il y a eu détournement de vivres que les quantités sont infimes : *« Nous ici, nous n'avons reçu qu'une tia par ménage. Alors que nous avons appris que le canton aurait reçu, plus de trois camions »* (le chef de groupement peul ou rouga de Makouna). Les rumeurs de détournement ou soupçon de détournement ont beaucoup circulé pendant et après la crise. Les populations incriminent les notabilités villageoises, eux-mêmes pensent que les chefs de canton, les maires et les préfets sont les principaux bénéficiaires de la crise. Quoi qu'il en soit, les grands producteurs, les grands commerçants, viennent rallonger cette liste de bénéficiaires de la crise alimentaire 2005. Certains agents de l'Etat ou des collectivités locales (préfets, agents de service d'agriculture, de l'élevage, de la DDC, certains maires, etc...), se considérant comme des acteurs clés en milieu rural, se sont plaints d'avoir été ignoré par des ONG au moment des distributions : *« il y a en a qui étaient venu dans la commune sans passer par nous. Mais pour ne pas chercher des problèmes à la population, nous les avons observé faire. Car si nous réagissons, et que le donateur arrête sa distribution la population nous tiendra*

responsables de cela. Sinon, ils devraient passer par la mairie, se présenter. On ne peut pas venir dans une localité pour une opération de distribution, écarter les autorités locales» (le maire de Safo Oubandawaki).

## 2.6 Une sortie de crise difficile ?

Malgré de bonnes récoltes cette année (2005-2006), plusieurs interlocuteurs pensent que la crise va continuer car selon le chef de village de Safo Nassarawa, « beaucoup de gens ont donné leurs champs en gage ou en métayage ; ils sont obligés de rembourser leurs dettes avant de reprendre leurs terres. Pour que la situation soit normale, il faut 3 ans ». Selon le directeur départemental du développement communautaire et de l'aménagement « cette situation de crise alimentaire qui s'explique par des phénomènes naturels et sociaux risque de se reproduire en 2006 car tous les ingrédients sont réunis : des familles ne disposent pas d'1 ha, extrême dénuement de la population,... ». Au moment des récoltes, les intermédiaires de commerçant sont venus acheter bord-champ (au lieu d'acheter sur le marché), donc à vil prix. De plus, des chefs de ménage ont emprunté des céréales ou de l'argent pour en acheter ; ainsi, « au sortir de la période de soudure généralement les familles sont endettées. L'on est obligé donc et vendre une partie de la maigre récolte pour payer les dettes et prétendre à d'autres dettes ultérieurement. Si donc, la dette est payée il ne va plus rester à la famille au sortir d'une année de faible pluviométrie et de criquets pèlerins» (un agent de santé, agriculteur). Un agent du service de développement communautaire pense lui que, le remboursement des dettes affectera certes les ménages mais en plus il y a les mariages à honorer : « ça constitue un carcan pour le paysan nigérien. En effet, c'est après les récoltes que les gens vendent une partie de leurs productions pour réaliser certains projets qui leur tiennent à cœur (mariage, baptême etc.) Pour un paysan qui a plusieurs enfants à marier il doit le faire, quelle que soit la situation à laquelle cela va conduire la famille. On ne badine pas ici avec l'honneur de la famille pendant le mariage. C'est devoir pour le parent de marier son enfant. En procédant de la sorte il sera difficile de constituer une réserve pour la prochaine échéance : lorsque paie sa dette, qu'on fait les mariages et que l'on mange le restant de céréales, on va se retrouver à la situation antérieure».

**I. M., en plus des céréales, pratique la culture maraîchère (choux, carottes, ...) ; il est persuadé que la crise va continuer en raison du système de remboursement des dettes qu'il explique :**

*Q : Comment se fait le remboursement ?*

*R : Quand tu tombes sur quelqu'un d'honnête, d'intègre, il ne cherche pas de bénéfice, s'il te donne une botte, il demandera que tu lui rembourses la botte qu'il t'a donnée. Une bonne botte fait 10 tia. Quand tu tombes sur quelqu'un qui n'est pas honnête, s'il te donne une tia tu lui donneras l'équivalent de son prix en tia à la récolte. Par exemple pendant la crise, la tia fait 1.000F or à la récolte c'est 125 ou 150 F la tia. Tu donneras, pour 1 tia qui valait 1.000F, 8 tias à 125 F.*

*Q : Qu'est ce que veut dire alors "Atchi ba dadi"?*

*R : C'est aller voir quelqu'un plusieurs fois pour trouver de quoi manger, en le négociant, quand il accepte, si tu obtiens un sac, tu rembourseras son double ou son triple. Tu prends crédit malgré toi parce que tu n'as pas le choix.*

*Q : Qu'est ce qui a causé la crise de l'année passée ?*

*R : Nous avons fait de très mauvaises récoltes dues à des insuffisances de pluie.*

*Q : C'est fini maintenant la crise ?*

*R : Non pas tout à fait, car il y a des gens qui ont emprunté du mil avec les gens, c'est maintenant qu'ils remboursent. Or même avec une production de 100 bottes de mil, s'il faut rembourser 25 bottes, les 75 bottes qui restent ne couvriront pas toute l'année, car c'est ça seulement que les gens mangent. Quand les*

*réerves vont finir c'est un autre problème. Et parfois ici les contraintes pour les cérémonies de mariage ou baptême sont courantes, il faut donc vendre. Et pour ne rien arranger encore la "fadama", cette année a été mal arrosée, elle est sèche actuellement. Si c'était en temps normal la "fadama" nous aide à combler beaucoup de trous. Avant, 2m, quand on creuse un puits il a de l'eau mais actuellement il faut 5m. Une moto pompe met 25mn pour pomper de l'eau. Si c'était un cours d'eau permanent qu'on avait les choses allaient être encore plus simples.*

La sémiologie populaire autour de la crise alimentaire 2005 est très expressive. Certains termes traduisent la gravité ou l'ampleur de la crise (*gniwan* : la faim), d'autres les facteurs aggravants (*mai gilachi* (ou « celui qui a les lunettes », en référence au chef de l'Etat au moment de la crise) pour traduire l'inflation et la spéculation sur les prix et l'impuissance de l'Etat), d'autres les stratégies de survie (*kara da rwa* : « augmenter la nourriture avec l'eau », *ati badadi* « manger avec dégoût » signifierait emprunter malgré soi pendant la crise, d'autres encore l'identité de celui qui a apporté secours (*kwamisu* : c'est la malnutrition selon les agents des centres de récupération nutritionnelle ; les populations utilisent ce mot comme un raccourci pour désigner ceux qui soignent *kwamisu* et qui ont apporté de l'aide alimentaire),...

La situation de crise alimentaire aurait eu selon MSF un impact sur la malnutrition. La malnutrition aiguë sévit au Niger de manière hyper endémique, mais avec des pics épidémiques plus ou moins forts selon les années. L'année 2005 serait une année de pic ; c'est parce qu'il y a eu dysfonctionnements (baisse de la récolte, hausse des prix, etc.) que le nombre d'enfants tombant dans la malnutrition sévère a considérablement augmenté.

### **3. Modalités et causes de la malnutrition : concepts, conceptions et pratiques autour de la malnutrition**

#### **3.1 Représentations populaires et pratiques relatives à la malnutrition**

Il est très important au préalable de préciser que ce que la biomédecine appelle « malnutrition » n'a pas d'équivalence dans les langues locales. La plupart des mères ne savent pas que leur enfant est « malnutri ». Lorsqu'elles choisissent d'aller dans un centre de santé, c'est parce qu'elles pensent que l'enfant est malade pour d'autres raisons et présente certains signes : diarrhée, vomissement, perte de poids, ... Elles décrivent en fait des symptômes liés pour elles à des entités nosologiques populaires (ENP) ; symptômes qui, pour le clinicien moderne, relèvent de pathologies multiples non réductibles à telle ou telle ENP<sup>38</sup>. Généralement, au cours de cette recherche, au niveau local, les interlocuteurs ont évoqué 3 entités nosologiques populaires (ENP) : *tyon fulani*, *tamowa* et *dan kwamisu*. Celles-ci ne sont toutefois pas figées, du fait de leur complexité, et des variantes locales.

*Tyon fulani* : « c'est une maladie qu'on attrape lors du passage d'un troupeau de Peuls. L'enfant qui respire la poussière qui se dégage lors de ce passage de troupeaux est atteint. C'est contagieux. L'enfant l'attrape en passant sur les selles d'un enfant qui l'a » (Hindatou et Zouleye, deux matrones de Garin Liman).

*Tamowa*, selon les régions, peut être considéré comme une « conséquence d'autres maladies infantiles » (Bozari, M., 1996:45). Elle concerne exclusivement les nourrissons ou

<sup>38</sup> Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J-P., 1999 : 8.

les enfants de 0 à 3 ans. Il y a plusieurs types de *tamowa*, chacune liée à une cause (Souley, A., 1996:49). *Tamowa* peut être lié à l'état nutritionnel ou non. Cet ensemble d'ENP est parfois lié au sevrage : « lorsqu'un nourrisson fait l'objet d'un sevrage brutal<sup>39</sup> (...), la consommation d'aliments autres que le lait entraînerait des diarrhées intempestives... cet enfant est incapable de digérer d'autres aliments ». (Bozari, M., 1996:46). Des enfants naissent avec *tamowa* parce que la maman lorsqu'elle était en grossesse a eu des comportements à risques (« le port de lourds fardeaux, l'exercice de travaux pénibles, mauvaise hygiène alimentaire et vestimentaire, etc. », Souley, 1996:51). *Tamowa* peut être le fait des génies (lorsque l'enfant tète « un lait maternel effleuré par un mauvais génie » Bozari, M., 1996:46) ou des sorciers. *Tamowa* peut aussi survenir chez certains enfants lors d'un changement climatique ou au début de la première dentition...

Tout comme pour *Tyon fulani*, on ne peut pas réduire *tamowa* à « malnutrition », c'est une entité nosologique populaire où les symptômes de la malnutrition peuvent se retrouver. Les registres explicatifs de la bio-médecine ne sont pas les mêmes que ceux de la malnutrition. Mais certains signes sont les mêmes, en fonction du stade d'évolution de la maladie. C'est probablement la raison pour laquelle le terme *kwamisu*, a été « créé » ou introduit par les agents ou animatrices des centres de récupération nutritionnelle pour désigner la malnutrition en haoussa. Les populations se le sont approprié et il fait désormais partie de leur vocabulaire : les centres de récupération nutritionnelle sont appelés *kwamisu*, les médecins ou personnels de santé qui y travaillent sont désignés sous le vocable « *likita kwamisu* » (le docteur *kwamisu*), les enfants ayant séjourné dans les CNT (centre nutritionnel thérapeutique) sont aussi des *kwamisu*. *Kwamisu* serait une variante dialectale d'un mot haoussa du Nord Nigéria : c'est le substantif *komasa* qui viendrait du verbe *kwamu chewa* ou *koma sewa* signifiant « se déformer ou s'abîmer »; par extrapolation, *komasa* serait la déformation physique d'une personne (dans le sens « amaigrissement »).

Il y a donc eu semble-t-il une évolution sémantique des entités nosologiques populaires pouvant avoir des liens avec la malnutrition. On est passé de *tyon fulani* et *tamowa* à *kwamisu*. Selon de vieilles matrones de Garin Liman, « ce sont les Blancs qui ont fait changer de nom. Nous, au village, on disait *tyon fulani*. Puis on a commencé à dire *tamowa*, car chaque fois qu'on envoie un enfant au CSI, on nous dit qu'il a *tamowa* avec les signes suivants : peau ratatinée, cheveux blancs, diarrhée et fièvre ; et maintenant c'est *kwamisu* ». Autrement dit, *tamowa* puis *kwamisu* seraient dans ce village des entités nosologiques empruntées et réappropriées par toute la société locale. Ces matrones remarquent que les médicaments du village ne suffisent plus à soigner *tyon fulani* dans ses manifestations actuelles (il faut forcément aller chez le docteur, *likita*) et *tamowa*. Selon Safia, jeune maman, « la différence ici au village entre *tamowa* et *tyon fulani* est grande : avec *tyon fulani*, un enfant devient très maigre et sa peau devient très ratatinée, sa peau devient comme celle d'un vieillard, comme s'il n'y a pas du sang dans son corps. Or avec *tamowa*, l'enfant tombe malade, il a la fièvre, la diarrhée, on ne remarque pas un manque de sang sur sa peau » La différence pour elle semble tenir à la couleur ou pâleur de la peau et aussi à la teneur de la peau (ratatinée ou non) et de surcroît, « *tyon fulani* ne se soigne pas à l'hôpital il faut les boka pour soigner ça, or *tamowa* se soigne à l'hôpital ».

	Age d'apparition	Signes (par ordre d'importance)	Causes	Traitement	Période
--	------------------	---------------------------------	--------	------------	---------

<sup>39</sup> La mère en grossesse s'empresse de sevrer l'enfant.



Tyon fulani	0 à 2 ans	Amaigrissement Vomissement Diarrhée Fièvre Tête de vieillard Cheveux roux ou blancs	Poussière de troupeaux de bœufs	Ecorces d'un arbre : on les fait piler. La mère consomme mélangé à la nourriture. On lave l'enfant avec l'eau de l'écorce	Il y a plus de 80 ans
Tamowa	0 à 3 ans			Le traitement a changé : on utilise beaucoup de plantes et d'herbes. Mais 2 sont efficaces : Yassatara (« 9 doigts ») et bagaroukassam. On pile et on fait boire à la maman, mélangé à du mil	Depuis environ 30 ans
Kwamisu (c'est la forme résistante de tyon fulani)				On donne tous les médicaments mais la diarrhée continue, la fièvre aussi. L'enfant ne guérit que si on l'amène à Kwamisu. Notre traitement prend jusqu'à 1 an alors qu'à Kwamisu c'est entre 2 et 3 semaines voire 10 semaines si c'est grave	Il y a 3 ans

Selon A.M. une éducatrice<sup>40</sup> chargée de la surveillance nutritionnelle des enfants dans son village, « on nous a dit au cours de la formation que un enfant qui est malade, c'est celui qui a tamowa. Devient malnutri tout enfant à qui on donne de l'eau avant l'âge de six mois. Ou encore un enfant ayant au-delà de cet âge mais qui ne mange pas une alimentation riche composée de trois types d'aliment suivants : les aliments qui construisent l'organisme (mil), les aliments qui protègent l'organisme (légumes et fruits), les aliments qui rendent l'organisme résistant. Les enfants âgés de 6 à 8 mois qui ne mangent pas ces différents types d'aliments sont exposés au risque de malnutrition. A partir d'un an, l'enfant peut manger le repas familial c'est-à-dire de la pâte du mil avec assez de sauce mais sans piment. L'enfant de 1 à 2 ans peut manger tout ce que les grands mangent ». A.M. explique que « Au village les gens identifient les enfants malnutris à travers l'amaigrissement, les diarrhées, le blanchissement des cheveux, les œdèmes, qui ne mange pas ». Toutes les pertes de poids ne sont pas considérées par les gens comme inquiétantes. L'anorexie et l'amaigrissement au moment du sevrage ou d'épisodes de maladies sont considérés comme normaux. L'amaigrissement de l'enfant ne devient motif de consultation que lorsqu'il est exagéré ou sans raison.

<sup>40</sup> A.M. a 35 ans. Elle est mariée et mère de 8 enfants. Elle a 3 co-épouses. Elle a le niveau d'études de la 3<sup>ème</sup> ; à ce titre, elle est gestionnaire de la banque céréalière du village, elle s'occupe de la pesée des enfants de 0-3 ans, elle est secrétaire générale du projet « chèvres rousses », elle est secrétaire générale du projet « aviculture » de la FAO et secrétaire générale du projet UNICEF. La plupart des projets valorise le « genre » et A.M. est la seule « lettrée » du village de son époux à avoir atteint le niveau d'études de la 3<sup>ème</sup> ; ce qui explique cette concentration des responsabilités et des pouvoirs chez A.M. Elle se considère comme agent de chacun de ces projets et programmes (se démarquant clairement des autres femmes du village) et réclame pour cela une rétribution financière.

Une fois par mois, l'éducatrice<sup>41</sup> nutritionnelle pèse les enfants et note leur poids dans un cahier. Elle établit ainsi des courbes de croissance. Aux mères dont l'enfant perd du poids, elle donne des conseils. Quand l'état de l'enfant ne s'améliore pas, alors elle le réfère vers le CSI le plus proche : « *lorsque j'identifie un enfant malnutri, je conseille la mère sur l'alimentation à donner à l'enfant. Je lui propose une gamme d'aliments à savoir le haricot, l'huile, la tomate, les oranges ou bananes. Si un mois après la situation de l'enfant ne s'améliore pas, je réfère la maman au niveau de Safo Oubandawaki. Si la malnutrition est sévère, à Safo, on l'envoie à Maradi* ». C'est l'éducatrice nutritionnelle qui fait l'annonce de la maladie (malnutrition ou retard de croissance) aux mamans et les guide en principe vers les lieux de traitement les plus appropriés.

Les enfants cibles d'entités nosologiques populaires ayant des rapports avec la malnutrition ont un âge compris entre 04 et 24 mois ; exceptionnellement, des enfants de 3 ans peuvent les contracter.

Médicalement, (en dehors du caractère sévère ou modéré), il y a deux types de malnutrition infantile : celle qui gonfle le corps de l'enfant (malnutrition liée au kwashiorkor) et celle qui rend l'enfant totalement squelettique (malnutrition liée au marasme) : c'est pour cette forme de malnutrition qu'on parle de *kwamisu*.

### **3.2. Quelques facteurs explicatifs de la malnutrition**

Entre l'épuisement des stocks et la récolte suivante, la période de soudure est un moment de précarité pour toute la famille. A cette vulnérabilité alimentaire, s'ajoutent d'autres facteurs de risques tels un accès à l'eau et aux soins insuffisants, des conditions d'hygiène inadéquates, et des pratiques de sevrage inadaptées. Il suffit d'un facteur aggravant pour que la relative précarité se transforme en situation critique. Or, en 2004, la mauvaise répartition des pluies a entraîné de mauvaises récoltes.

#### *3.2.1. Des causes « classiques » connues*

##### Les facteurs directs liés à l'alimentation et à l'état de santé du jeune enfant

Des apports alimentaires insuffisants en quantité et en qualité peuvent faire basculer un enfant dans la malnutrition. Autant l'accès à la nourriture (en quantité et en qualité) est important pour l'état nutritionnel de l'enfant, autant l'accès aux soins, qui est loin d'être assuré dans les campagnes nigériennes.

De plus, certaines maladies comme la rougeole, le paludisme<sup>42</sup>, la méningite (épidémie de méningite au moment des enquêtes), les infections respiratoires aiguës peuvent augmenter le risque de malnutrition chez l'enfant.

---

<sup>41</sup> L'éducatrice nutritionnelle est une femme formée lors d'un bref stage à la surveillance nutritionnelle des enfants dans les villages. C'est un maillon entre la population et le CSI. Ce « nouveau métier » a été initié par l'UNICEF pour favoriser le « dépistage communautaire » de la malnutrition : « *Ce sont les communautés qui les choisissent, 3 femmes par exemple qui savent lire et écrire. Elles reçoivent une formation et elles sont supervisées par les infirmières des centres de soins intégrés pendant 5 jours. Et nous donnons la balance, la toise, la poche, les registres, les supports, les fiches. Les équipes des CSI sont chargées de leur suivi mensuel. Elles font des pesées tous les mois couplées à des séances de vaccinations et de distribution. Il y a un rapport de synthèse qui doit logiquement remonté jusqu'au district* » (un responsable UNICEF Maradi).

<sup>42</sup> Pour soigner le paludisme, MSF utilise les ACT (artémisinin-based combined therapy), combinaison à base d'artémisine.

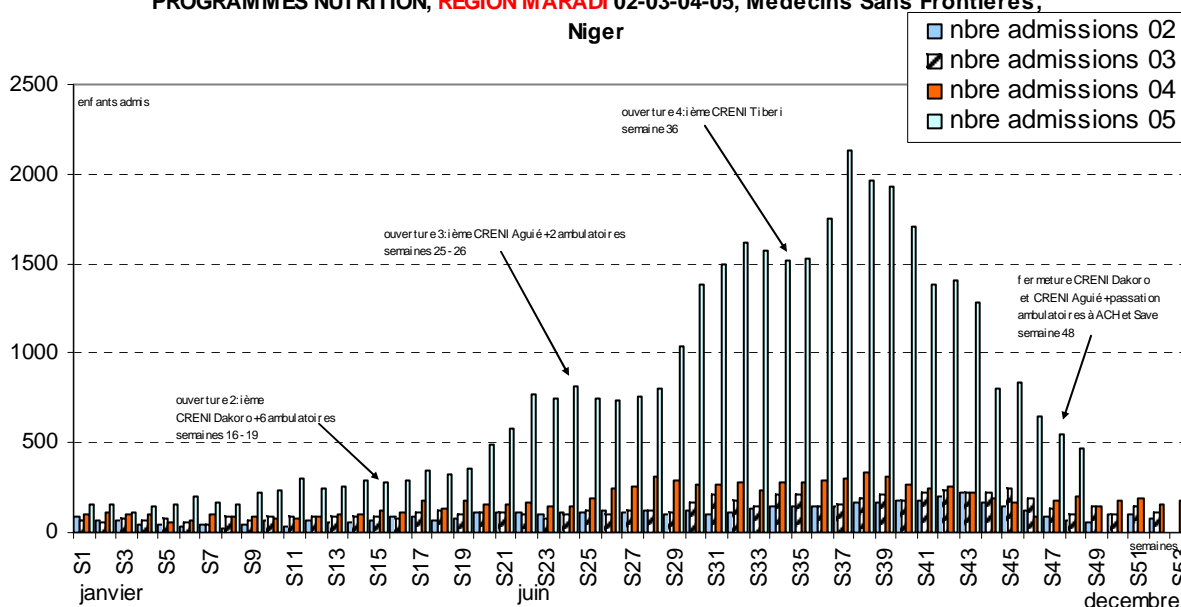
Tableau : principales morbidités en 2005 (3 trimestres)

Morbidités	Cas	%
1. Paludisme	40.489	42,7 %
2. IRA	15.713	16,9 %
3. Les affections diarrhéiques	8.855	9,5 %
4. Les affections ophtalmologiques	6.332	6,9 %
5. Les malnutritions <sup>43</sup>	5.041	5,4 %

(Source : district sanitaire de Madarounfa)

Or, entre autres du fait des accouchements à domicile, de nombreux enfants ne sont pas vaccinés. La protection par la vaccination est donc très faible. La prévention n'est pas effective. Dans la région de Maradi, les chiffres de MSF indiquent que les semaines 35, 36 et 37 ont été une période de grande affluence de malnutris dans les CRENI ou CRENA ; or cette période correspond à la période de pic de paludisme. Le paludisme est saisonnier et sévit pendant "damana et kaka". Pendant « rani », il y a des infections, des épidémies (rougeoles, méningites), c'est la saison sèche et chaude. Les IRA ont cours durant "kaka".

**NBRES ADMISSIONS (Nouvelles et réadmissions) PAR SEMAINE**  
PROGRAMMES NUTRITION, REGION MARADI 02-03-04-05, Médecins Sans Frontières,  
Niger



### Les facteurs liés à l'environnement familial de l'enfant

La situation économique, alimentaire et sanitaire des parents et de la famille de l'enfant est importante pour comprendre son l'état nutritionnel. On sait par exemple que c'est en raison de l'augmentation des admissions dans les centres nutritionnels que les urgentistes ont attiré l'attention sur la situation alimentaire en 2005, surtout à partir de mars-avril comme l'explique I., agent MSF : « De 2001 jusqu'à 2003, nous avons observé une

<sup>43</sup> La malnutrition commence timidement à s'inscrire dans les causes de morbidité sur les registres des CSI (avant, on la considérait rarement comme une maladie); c'est un avantage de la révélation de la crise nutritionnelle en 2005.

*période de pic pour la malnutrition. Elle s'étale sur Août, septembre, octobre chaque année. A partir de novembre, on constate une baisse du taux de malnutrition reprend à partir d'avril. Pendant toutes ces années nous avons observé une sorte d'ascendance de la courbe représentative de la malnutrition et ce jusqu'au début des récoltes. La différence entre 2004 et les autres années est que, la baisse que l'on observait pendant les périodes des récoltes des années antérieures, n'a pas du tout été constatée en 2004. La courbe était restée constante. Ce qui du coup a suscité beaucoup d'interrogation à notre niveau. Ensuite à partir des mois de mars et avril, la courbe a monté de façon vertigineuse. On avait plus de 300 admissions par mois alors que dans les années antérieures à la même période les admissions ne dépassaient guère 100 par mois ». Cette année-là le mois de mars 2005 faisait partie de la saison sèche chaude (« rani<sup>44</sup> ») ; il n'y avait pas de travaux champêtres. C'est aussi une période de difficultés alimentaires et financières pour les parents. Les difficultés ont commencé cette année dès la fin des travaux des champs en octobre 2004 (fin *kakaha*) Selon le chef de village de Garin Liman, « Ici il y a des gens qui n'ont pratiquement rien récolté. Sorte que les gens ont commencé à vivre la crise dès que la récolte était terminée. On achetait la tia de mil sur place à 250 Naira, 1000F environ ». C'est la période à laquelle ont commencé les migrations pour rechercher des compléments de nourriture, et des activités génératrices de revenus (« il faut aller à Jibia au Nigeria. Je paye cinq sacs de mil là-bas que je viens revendre ici pour repartir ; sur chaque sac, il faut donner quelque chose au douanier » (le chef de village de Garin Liman), etc. Le père est absent, la mère cherche de l'argent. Les soins de santé (payants) sont minimisés.*

Les facteurs propres à la société : quantité, qualité et contrôle des ressources réelles (humaines, économiques, institutionnelles)

On peut ici inclure l'absence d'infrastructures et de services publics fonctionnels. Le cas du village de Garin Liman (zone où MSF aurait recruté le plus de malnutris), est éclairant. C'est un village enclavé, sans dispensaire, sans maternité, sans aucune structure de soins. Les accouchements se font à domicile. Pour aller au CSI nigérien le plus proche (Dan Issa), il faut une charrette. Les taxi-motos y sont arrivés depuis seulement deux ans (300 nairas A/R en situation normale mais plus lors d'urgence). Pour les vaccinations, c'est le major du CSI de Dan Issa et son équipe qui, quand ils ont un véhicule, se déplacent dans le village : « chaque mois les agents de santé viennent du CSI de Dan Issa et font des injections aux enfants, et aux femmes enceintes » (le chef de village de Garin Liman. Les villageois souhaiteraient que ces séances de vaccination soient aussi l'occasion pour soigner les malades, et que les visites soient plus fréquentes (actuellement une seule fois/mois et parfois l'équipe ne vient pas, faute de véhicule ou de carburant) : « Si un enfant tombe malade pendant une période qui ne coïncide pas avec leur arrivée, que devons-nous faire ? » (le chef de village de Garin Liman). L'interrogation de ce chef semble justifier certains recours aux soins et certaines pratiques (médicaments dits traditionnels, pharmacie par terre, accouchement à domicile ...).

---

<sup>44</sup> Il y a deux saisons sèches. Avant « rani », c'est « seyni » : la saison sèche froide où ceux qui en ont la possibilité font des cultures de contre-saison.

### 3.2.2. Des pratiques sociales et culturelles néfastes pour la santé de l'enfant

#### 3.2.2.1. Autour de l'allaitement

Dans certains cas, on peut dire que la malnutrition commence dès le jour de la naissance chez certains enfants dans la mesure où le lait maternel (qui est encore du colostrum, en fait riche en nutriments et en anticorps qui protègent le bébé contre de nombreuses maladies et infections) est « testé » traditionnellement : ce lait jaunâtre est considéré en général comme « mauvais » on pense que sa consommation présente des « dangers » pour l'enfant, qui est de ce fait privé de tétée pendant trois (pour les garçons) ou quatre jours (pour les filles) voire une semaine (si la coloration continue); on lui donne du lait de chèvre ou de vache (sans tenir compte des conditions d'hygiène ni des maladies possibles, etc.) jusqu'à l'écoulement complet du colostrum et après que ce lait ait été « purifié » selon des procédures traditionnelles. HS jeune maman (hospitalisée au CRENI de Maradi avec son enfant malnutri de 8 mois), qui a réussi le test après une journée, raconte la mise au sein de son bébé né pourtant dans le CSI du village: « *Le 1<sup>er</sup> jour de sa naissance on lui a fait boire le lait de chèvre. Elle a commencé à téter le 2<sup>ème</sup> jour de sa naissance le lait maternel. C'est pour prévenir les démangeaisons, il a fallu qu'on vérifie que je ne l'ai pas, ça pris une journée. C'est la matrone qui a vérifié ça. Elle a chauffé un morceau de pot de terre sur le feu, ensuite on a pris un peu du lait de mon sein qu'on a versé sur le morceau de pot chaud. Après elle a dit que je n'ai pas de démangeaison. C'est en ce moment que j'ai lavé mon sein pour le donner au bébé* ». De son point de vue, la mère transmettrait à l'enfant des affections dermatologiques non visibles à l'œil nu. En attendant la mise au sein maternel, on donne au bébé des aliments comme le lait de vache ou chèvre, ou une solution d'eau sucrée, pour « couper la faim ». Or, selon les personnels médicaux, ces pratiques alimentaires pendant les premières heures de vie du nouveau-né sont parfois dangereuses (risque de diarrhée pour le nouveau-né, de réaction allergique au lait d'animaux, retard dans la montée de lait chez la maman, etc.). Le lait de vache « cru » (non stérilisé) donné à l'enfant peut être porteur de germes pathogènes responsables de maladies infectieuses; il peut aussi être contaminé par des personnes infectées quand elles le manipulent ou parce qu'il est mis dans un récipient qui n'est pas propre...

Les femmes formées à la surveillance nutritionnelle des enfants aux villages, grâce à l'appui de l'UNICEF, font des séances de sensibilisation afin que l'enfant soit mis au sein dès sa naissance (mais les résultats ne sont hélas pas probants pour l'instant).

La situation de l'enfant orphelin est plus dramatique : il tète les seins de n'importe quelle femme qui a du lait, sans que l'on tienne compte de l'état de santé de cette personne

Le sein lui-même véhicule parfois des microbes ; on ne se lave pas les seins ni les mains avant la tétée.

#### 3.2.2.2 Autour de l'alimentation et du régime alimentaire des enfants

L'âge d'introduction d'un aliment autre que le lait maternel semble avoir une incidence sur la malnutrition. La plupart des mères interrompent l'allaitement exclusif dès l'âge de trois mois ou 4 mois (la maman pense qu'elle n'a pas assez de lait, ou bien elle veut habituer l'enfant à une alimentation qui le rendrait autonome, afin qu'elle puisse vaquer à ses occupations). La diversification alimentaire précoce induit des risques de carence et de déséquilibres nutritionnels, dans la mesure où c'est une période où on essaie d'habituer l'enfant aux repas « normaux » (pour adultes) que sont le *fura*, le *two*, le *kunu* (tous à base de mil ou de sorgho).

Les enfants consomment très peu ou pas du tout de lait. C'est pourquoi, l'UNICEF a initié un projet de chèvres laitières auprès des femmes dans certains villages, chèvres dont le lait pourrait accompagner le *fura* (la boule) et le *kunu* (la bouillie). A Safo Nassarawa par exemple, « *20 femmes ont bénéficié chacune de 3 chèvres depuis 2003 grâce au projet UNICEF) pour préparer de la boule à l'enfant ; Aujourd'hui ces chèvres se sont multipliées et les premières bénéficiaires ont fourni à d'autres femmes. Nous sommes passé de 20 bénéficiaires à 140 aujourd'hui.* » (A.M.). Des femmes ont vendu leurs chèvres pour acheter à manger ou satisfaire d'autres besoins d'elles-mêmes et de leurs enfants ; d'autres sont réticentes à donner du lait de chèvre à leurs enfants sevrés: certaines évoquent le goût, d'autres des croyances (le lait de chèvre serait réservé aux enfants orphelins de mère ; cette croyance n'existe pas chez les femmes peuls de Makouna car elles compensent l'alimentation de leur enfant avec le lait des animaux, de préférence le lait des chèvres).

On fait manger les enfants en grande quantité mais pas en qualité. Les aliments ne sont pas variés et les enfants n'ont pas d'heure de repas : *fura, kunu* et *tuwo*, sauce baobab ou oseille ou gombo (piment, sel, soumbala, cube maggi, eau), sans viande (« *Pour le pauvre ce n'est pas possible de manger de la viande au point d'en avoir assez. Pour satisfaire notre besoin en viande il faut attendre la fête de tabaski* » (le chef de village de Garin Liman). Dans l'éducation « alimentaire » de l'enfant, il y a des tabous alimentaires : par exemple un enfant qui mangerait des œufs pourrait devenir voleur ; ou la fille est privée de viande car elle risquerait de voler la viande dans la sauce chez ses beaux-parents quand elle sera grande.

La consommation de l'eau par l'enfant dès sa naissance (elle sert pour des décoctions censées fortifier l'enfant et le protéger des génies ou de certaines maladies) est aussi source de fragilisation de l'enfant avec des risques infectieux importants (quand l'eau n'est pas potable ou bien si le récipient qui sert à puiser l'eau n'est pas toujours propre). Les éducatrices chargées de la surveillance nutritionnelle sensibilisent les mamans à ne pas faire boire de l'eau à l'enfant au moins les 6 premiers mois de sa naissance. Mais les mamans s'imaginent que si elles ne donnent pas d'eau à l'enfant il mourra de soif, car dans leur entendement le bébé a besoin d'eau en supplément. HS, jeune maman hospitalisée au CRENI de Maradi avec son enfant malnutri de 8 mois explique comment et pourquoi, 3 jours après sa naissance, elle a donné des décoctions à son enfant : « *On a fait bouillir des fruits du jujubier c'est ça qu'on lui a fait boire pendant 3 jours pour qu'elle fasse la diarrhée parce que ses selles étaient quelque chose de gluant qui n'a rien à voir avec les selles d'un bébé. La diarrhée provoquée peut corriger cet aspect des selles. On lui donnait aussi l'eau naturelle que nous buvons. Mais cette diarrhée ne s'est arrêtée que quand la période de nouveau né est passée, c'est-à-dire après le 40<sup>ème</sup> jour* »

L'âge de la mère n'a semble-t-il aucune incidence sur la qualité nutritionnelle, notre échantillon comprend aussi bien des jeunes mamans que des mamans âgées ; l'expérience antérieure de l'enfantement et de l'alimentation des enfants n'a pas d'incidence. Par contre, le fait d'être « allé à l'école » participe à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants de quelques rares mamans.

Les risques de malnutrition pour l'enfant qui tète sont grands lorsque la mère elle-même mange en qualité et quantité insuffisante et plus encore lorsque celui-ci n'a d'autre alimentation que le lait maternel.

Des enfants naissent malnutris parce que durant la grossesse, la mère elle-même l'était (exemple S. S.) : c'est la malnutrition foetale.

**Cas 4 : Famille pauvre. Mme S. S. de Safo Nassarawa est mère de deux jumelles dont l'une est décédée. Sa fille a 4 mois, née malnutrie. Elle été refoulée du CRENI de Maradi parce qu'elle ne répondait au critère de l'âge (plus de 6 mois).**

S.S a contracté la grossesse des jumelles pendant qu'elle allaitait un enfant (Samira) de 1 an et 3 mois, qu'elle a donc sevré.. S.S a souffert de malnutrition pendant sa grossesse et quand elle a accouché, l'une des jumelles est décédée. L'autre souffre de malnutrition. Celle qui précède (Samira) souffre aussi de malnutrition. Avec sa co-épouse, S.S. pratique le « sari ». Elles ne cultivent pas ; leur époux est maçon saisonnier, exodant, et agriculteur : il a un champ qui produit 10 bottes de mil. Pour le repas familial (le *tuwo* le soir une fois tous les 3 jours ou plus), la cuisinière de service prend 2 tias de sorgho par jour pour ce ménage de 12 personnes.

Alimentation de S.S. pendant la grossesse

*Q : A quel moment de l'année tu as eu la grossesse de ta dernière fille ?*

*R : Pendant la saison sèche*

*Q : Et tu as mis au monde quand ?*

*R : Pendant la période des récoltes.*

*Q : Pendant cette période de grossesse, qu'est-ce que tu mangeais ?*

*R : Je mangeais de la pâte (tuwo) et de la boule (fura). C'est ce que tous les membres de la cour mangeaient aussi. En tant que femme en grossesse je n'avais pas de repas particulier.*

*Q : Tu mangeais cela combien de fois ?*

*R : La boule, on en prend deux fois par jour. La pâte, quant à elle, c'est le soir, une fois tous les 3 ou 10 jours selon les saisons. Celle-ci est faite soit à base du mil ou de sorgho. Pendant la saison des pluies, alors que je portais ma grossesse, je mangeais la pâte les nuits et la boule les jours. La pâte parfois, on n'en trouvait même pas. La boule parfois est sans lait ni sucre.*

*Q : La pâte, vous en mangez combien de fois par semaine ?*

*R : Une fois tous les 3 jours ou même rien pendant la semaine.*

*Q : Et le matin, vous mangez quoi ?*

*R : S'il y a de quoi acheter des galettes on en mange. Sinon, chacun reste comme ça*

Le vécu de la crise 2005 a été difficile mais une véritable solidarité a pris place autour des rations de protection ou de décharge de MSF.

*S.S : Pendant la saison sèche, il n'y avait ni fura, ni la pâte. Nous mangeons les feuilles d'arbres plus précisément "el maka" que nous trouvons dans le champ "fadama" de mon mari. Nous la cuissons dans de l'eau simple. Après nous mélangeons cela avec du tourteau. On mangeait cela une fois par jour. Les enfants aussi mangeaient cela.*

*Q : Qu'est-ce que vous aviez mangé pendant la saison des pluies de l'année passée ?*

*R : Vous savez l'année passée fut une année de crise. En ce moment nous, notre mil était terminé. Il nous faut en acheter pour manger. Il arrive des fois où on passe la nuit sans avoir rien mangé.*

*Q : Qu'est-ce que vous mangez alors ?*

*R : Comme il avait eu de l'aide de kwamisu, nous avons bénéficié de la farine. C'est ça que nous mangeons et buvons de l'eau. J'avais amené ma fille Samira à Safo et nous avons eu 10 tias de farine et 5 litres d'huile.*

*Q : Vous avez mangé pendant combien de temps ?*

*R : Comme ce que nous avons eu nous donnons à nos voisins, j'en ai partagé 3 tias et avais gardé 7 tias. Il y a des femmes qui viennent même demander cette farine. les sept tias que nous avons gardé, nous les avons consommé en moins d'un mois.*

*Q : La farine est distribuée par mois ou par semaine ?*

*R : C'est chaque mois. J'en ai reçu pendant 3 mois.*

L'unimix (farine enrichie de maïs et distribuée gratuitement par MSF), ne faisant pas partie des habitudes alimentaires, a été réapproprié par les femmes dans leurs recettes culinaires (en remplacement du *tuwo*) ; elles l'appellent aussi « *gari* » (farine de manioc).

*Q : Comment vous préparer cette farine ?*

*R : On fait de la bouillie avec ou encore on la prépare avec de l'huile seulement, on mange. Dans la bouillie on ne met pas du sucre mais on met de l'huile. C'est une recette que l'on nous a montré là-bas à Safo.*

*Q : Quand vous préparez de la bouillie, préparez-vous autre chose ou bien c'est la bouillie que vous prenez toute la journée ?*

*R : Là-bas on nous a dit que, même en cas de préparation de la bouillie, de ne pas laisser le reliquat traîner. De le donner à quelqu'un d'autre. Pour cela, nous ne nous contentons pas seulement de cette bouillie, nous préparons aussi de la pâte.*

*Q : Pour ne pas faire du gaspillage, quelle quantité de farine utilisez-vous pour préparer de la bouillie ?*

*R : Ils nous ont aussi montré la quantité à utiliser : une demie tia.*

*Q : Vous préparez cette quantité pour vous et vos enfants ou bien pour toute la famille ?*

*R : C'est pour toute la famille, car si j'en prends, mes enfants en prennent, le reste je le donne aux autres.*

*Q : Ta coépouse a aussi amené son enfant là ou tu as amené le tien ?*

*R : Oui, elle en a reçu aussi : Nous partons chaque mois ensemble. Nous recevons les mêmes quantités.*

*Q : Donc chacune de vous prépare chaque jour une demie tia ?*

*R : Non, nous avons une seule fois préparé la bouillie avec. Comme s'il n'y a pas du sucre dans la bouillie ce n'est pas bon, nous avons préféré mélanger cela à de l'huile et du tourteau.*

*Q : Pourquoi vous ne mettez pas du sucre ?*

*R : Le sucre s'achète. On n'a pas de quoi en payer.*

*Q : Lorsque vous avez vu que la bouillie sans sucre n'est pas bonne, vous préparez cette farine comment ?*

*R : On fait de la pâte à la sauce des feuilles du baobab avec. Aussi on prépare ça sous forme de la farine du manioc. C'est-à-dire un peu d'eau, de l'huile et du tourteau.*

*Q : La farine que vous gagnez ne vous suffit pas pour votre consommation d'un mois, si cela finit, comment vous faites pour manger en attendant la date à laquelle vous devriez aller prendre cette farine ?*

*R : S'il y a de l'argent on paie de la boule pour boire ; l'argent nous provient du travail que le mari fait sur les chantiers de construction (en argile). Si le mari ne trouve pas de l'argent, c'est la belle-mère qui s'occupe des enfants.*

*Q : Vous êtes pas retourné à kwamisu ?*

*R : Non, à partir de trois mois, on a cassé le bracelet de l'enfant. Donc, on ne pouvait plus y retourner. S'il était possible d'avoir un nouveau bracelet, on allait retourner.*

*Q : Le kwamisu (CRENA) de Safo a été ouvert quand ? Et quand est-ce qu'on l'a fermé ?*

*R : Il a été ouvert pendant la saison des pluies et n'a duré que 3 mois.*

Les raisons de la fréquentation du CNT : une annonce

*Q : Tu avais amené ta fille à kwamisu l'année passée. Pourquoi tu l'avais amenée et, qui t'a informé de l'existence de kwamisu ?*

*R : En fait je l'avais appris par le biais de mes voisines qui avaient amené les leurs. De retour elles m'ont dit qu'on cherche des enfants ayant tamowa pour identification. C'est ainsi que j'avais amené ma fille et on lui avait placé le bracelet. On a attendu un mois avant d'aller prendre de la farine.*

*Q : Comment est-ce qu'on reconnaît tamowa ?*



*R : Moi je ne sais pas si elle avait tamowa. Nous amenons simplement l'enfant. C'est à eux de juger ; si l'enfant a tamowa, on lui place un bracelet sinon on ne le retient pas.*

*Q : Pour toi, Samira n'avait pas tamowa. Et pourtant tu l'avais amené. Est-ce pour bénéficier de la farine ?*

*R : En effet oui. Je l'avais amenée parce que j'ai vu toutes les femmes amener leurs enfants. C'était vraiment dans l'objectif de bénéficier de la farine. Pour cela, j'avais le vif souhait que Samira soit retenu pour que je ne sois pas la risée des autres femmes qui en bénéficieront.*

*Q : Avant de partir, est-ce que tu connaissais les critères pour lesquels on retient l'enfant ?*

*R : Je ne le savais pas et personne ne me l'avait dit. Mais là-bas, eux ils savent celui qui a tamowa.*

*Q : Quand on retient ton enfant, est-ce qu'on t'a dit la raison pour laquelle il a été retenu ?*

*R : Non, on ne nous dit rien. Nous reconnaissons que l'enfant est retenu à travers le bracelet. Puis on nous donne rendez-vous 4 semaines après pour revenir prendre la farine.*

Sa fille jumelle souffrant de malnutrition fœtale est refusée au CRENI de Maradi parce qu'elle a moins de 6 mois : depuis qu'elle a 40 jours, S.S. lui donne des biscuits à la place du Plumpy'nut. Elle est donc consciente que l'enfant a un problème nutritionnel mais la diversification alimentaire est précoce et inadaptée.

*Q : Le jumeau à ta fille était décédé quand ? R : Il était décédé 24 jours après sa naissance. Celle ci qui vit, se porte bien.*

*Q : Tu dis qu'elle a 4 mois mais, elle est toute chétive ! R : Elle est née comme ça. Même celui qui était décédé était comme ça aussi.*

*Q : Penses-tu qu'elle va grossir ? R : C'est que les gens disent.*

*Q : Qu'est-ce que vous lui donnez ? R : Du lait et du biscuit qu'on lui achète ici. Ce biscuit est différent de celui qu'on donne à kwamisu. Nous avons commencé à lui donner du biscuit depuis qu'elle avait 40 jours. Le lait que nous donnons est terminé, c'est un type de lait qu'avait distribué une équipe qui était de passage ici. Moi je n'en ai même pas bénéficié. C'est ma voisine qui m'en a donné un peu.*

*Q : Celle qui t'a donné un peu de lait, son enfant a quel âge ? R : Nous avons mis au monde pendant la même période. Je lui ai donné ce lait que pendant 2 jours. Après j'en ai cherché, je n'en ai pas trouvé.*

*Q : Quand tu l'as amené à kwamisu, qu'est-ce qu'on t'a dit concrètement ?*

*R : On m'a dit de l'amener au dispensaire de Endoumi. Je l'avais amené dans l'objectif de lui trouver au moins du lait. Car la nuit elle passe tout le temps à pleurer. Elle réclame du lait car mon lait ne lui suffit pas. Pour la calmer il faut lui donner du biscuit.*

*Q : Est-ce qu'on t'a donné un papier pour amener au dispensaire de Endoumi ? R : Non. Ils m'ont chassé d'ailleurs.*

*Q : On t'a chassé sans avoir consulté l'enfant ? R : Ils m'ont demandé de montrer l'enfant. Après ils m'ont dit que eux, ils ne prennent pas les nouveaux nés.*

*Q : Mais ton enfant n'est pas nouveau né ! R : Je leur ai même signifié que mon enfant a 4 mois. Ils m'ont dit que eux, ils ne prennent pas des enfants de cet âge. Ils ne m'ont rien dit par rapport à ce dont il souffre, ni par rapport aux raisons pour laquelle ils m'ont dit de l'amener au dispensaire de Endoumi.*

La vie de cet enfant malnutri, avec retard de croissance, est fort en danger du fait du manque d'argent des parents, et de leur fatalisme: la question du recouvrement des coûts dans les CSI

*Q : Pourquoi tu n'es pas partie à Endoumi ? R : Parce que je n'avais d'argent quand j'étais partie. Au dispensaire on demande de l'argent.*

*Q : Mais tu as décidé toute seule de ne pas aller ? R : J'ai craint à ce qu'on me demande de l'argent.*

*Q : En allant à kwamisu, tu as pensé à l'argent ?*

*R : A kwamisu, c'est plutôt la question du bracelet, pas de l'argent. Tout le monde part, on lui place le bracelet sans demander de l'argent.*

*Q : Si on t'a dit d'amener l'enfant au dispensaire c'est qu'il a un problème. Cela ne l'inquiète pas ?*

*R : Pourquoi pas, celui qui a un enfant dans un état pareil pourquoi il ne va pas s'inquiéter. Je souhaite bien à ce que mon enfant soit rétabli.*

*Q : Qu'est-ce que tu fais pour qu'elle soit rétablie ?*

*R : Je ne fais rien.*

*Q : Est-ce que tu as des animaux ? R : Non.*

*Q : Qu'est-ce que tu fais comme activité ? R : Je ne fais rien si ce n'est "Dan Dakawu" (pilage de mil rétribué)*

*Q : Quelles sont les différentes activités que tu fais pendant les différentes périodes de l'année ?*

*R : De tout temps nous faisons seulement dan dakawu. on nous apporte ici même le mil. Nous pilons une tia à 100F. c'est le même prix à tout moment de l'année. ma coépouse fait aussi autant.*

*Q : Vous faites dan dakawu chaque jour ? R : Nous faisons ça une fois tous les deux jours. Nous alternons avec ma coépouse. Par jour nous pouvons piler 2 tias par jour. Cela veut dire que j'ai 200 F chaque deux jours.*

### 3.2.2.3 Autour du sevrage

C'est à partir de la deuxième année de sa naissance que l'enfant est normalement sevré (sauf sevrage précoce : cf. infra) ; entre 1 an 3 mois et 1 an 7 mois ; les plus « chanceux » sont sevrés à l'âge de 2 ans et plus. Le sevrage est toujours brutal. L'enfant n'y est point psychologiquement préparé ; son sevrage n'est pas progressif, quelques mois plus tôt, il a été seulement « initié » à découvrir certaines saveurs, certains plats des grands (diversification alimentaire précoce).

Pour certains enfants, les aînés, le sevrage est brutal et se combine avec une séparation d'avec la mère aussi brutale. Une tradition dit que le premier enfant est sevré chez la grand-mère maternelle ; on y dépose l'enfant, et on s'en va (sevrage brutal et séparation brutale avec la mère accentuent l'état de mauvaise santé de l'enfant : il refuse de manger ce qu'on lui propose). Madame M. A. de Safo Nassaraoua, 35 ans, mariée, mère de 8 enfants dont 6 vivants, explique le cas d'un de ses enfants décédé.

«Moi dès que mon enfant à 4 mois je commence à lui donner de la bouillie du mil... Mon premier enfant était décédé à l'age de 2ans et demi,..., L'enfant avait passé 4 jours de sevrage chez mes parents qui se trouvent à G.. Lorsqu'ils ont remarqué qu'il pleurait beaucoup, ils me l'ont ramené. C'est deux jours après que j'ai remarqué l'apparition des boutons dans sa bouche et jusqu'au niveau de son oesophage.

Q : Pourquoi tu penses que son décès était lié à son sevrage ?

R : Puisqu'il avait beaucoup pleuré chez mes parents, je pense que cette séparation avec moi l'avait beaucoup affectée. Mais en ce qui concerne les boutons c'est avec moi. Il n'était décédé que 2 mois après, à l'hôpital de Maradi ».

Cet enfant a été victime de sevrage brutal mais aussi d'une infection probablement liée à l'hygiène du milieu. De plus, l'allaitement maternel exclusif a été arrêté à partir de 4 mois.

Même quand l'enfant est sevré dans la maison familiale, il l'est par la grand-mère paternelle, quand elle vit dans la cour, sinon par la mère elle-même.

L'on remarque plusieurs risques autour du sevrage.

Quelle que soit la personne qui procède au sevrage, une nouvelle et « meilleure » alimentation est proposée à l'enfant pendant une seule journée (riz gras ou riz sauce avec ou

sans viande<sup>45</sup>), puis il passe à l'alimentation classique (*fura, tuwo* ou *kunu*) et, quelques rares fois, des beignets. C'est la même procédure (sevrage brutal) sauf que pour la recette chez les peuls « *on leur donne ici du « fura », du « tuwo », du lait caillé de vache. On met un peu de l'huile ou du beurre dans la nourriture* » (Mme M. de Makouna, mère de 8 enfants).

**Alimentation pendant le sevrage, exemple de S.S de Safo Nassarawa**

*Q : Quand vous faites le sevrage qu'est-ce que vous donnez aux enfants ?*

*R : On lui donne ce que mangent les grands.*

*Q : Comment c'était fait le sevrage de Samira ?*

*R : Elle a été conduit chez sa grand mère où on lui donnait du riz, de la boule et, quelque fois, on lui paie de quoi manger au village.*

*Q : Comme quoi ?*

*R : C'est du riz, du spaghetti ou encore du haricot qu'on lui payait.*

*Q : Comment est préparé le riz ?*

*R : C'est du riz à la sauce. Cette sauce est faite de certains condiments, dont l'huile. Mais il n'y a pas de viande.*

*Q : Quand tu prépares du riz, toi, qu'est-ce que tu mets ?*

*R : Moi aussi c'est de l'huile que je mets. Même si on ne fait pas du riz à la sauce, on paie de l'huile pour préparer ça comme ça (riz au gras)*

*Q : Comment vous donnez cela à la fille, à des heures bien précises ou bien à tout moment ?*

*R : Non on lui donne ça, elle mange elle-même à sa faim durant toute une journée.*

Des femmes (Garin Liman) disent que pour sevrer l'enfant, il faut consulter un marabout. C'est lui qui précise le moment propice du sevrage ; c'est lui aussi qui donne une potion permettant à l'enfant d'oublier le lait maternel. Safia explique son cas : « *avant le sevrage on voit un marabout pour qu'il fasse en sorte que l'enfant ne pense pas trop au lait. Généralement ce sont des versets écrits sur une ardoise qu'on lave et qu'on fait boire à l'enfant. ... A part les écritures, il me dit aussi le moment le plus indiqué pour commencer le sevrage. Si par exemple il dit que c'est très tôt le matin je me réveille avant l'enfant et je l'habille. Même s'il pleure, je ne donne pas le sein. On lui donne juste après lui avoir fait boire le rubutu (boisson faite avec des versets du Coran écrits sur une planchette dont l'encre est diluée dans de l'eau). Ensuite je fais gumba (ce sont des boules à base de mil ou de sorgho, pétries avec de l'eau et sans lait) pour faire l'aumône aux enfants* ». Après l'aumône, l'enfant peut consommer le repas du sevrage selon un rituel : « *Si c'est un garçon on égorge un coq, si c'est une fille on égorge une poule ça dépend des moyens du père. Il peut aussi acheter du riz et de l'huile. Parfois on prépare du riz blanc et on met de l'huile ou bien des condiments. Mais on ne donne pas à un nouveau sevré un aliment avec sauce. On cuit le poulet dans l'eau et des condiments, on retire le poulet, on donne la moitié à l'enfant et l'autre moitié on la partage aux autres membres de la famille. On fait ça une seule fois ; c'est le droit de l'enfant sevré, ça c'est rituel, ensuite il mange comme les autres enfants*» (Safia).

Le marabout est rétribué pour sa prestation selon le lien de parenté avec l'enfant (entre 10 et 20 nairas quand c'est un parent proche, et 30 nairas voire plus pour les autres).

<sup>45</sup> Huile ou beurre de vache accompagne la cuisson du riz.

### 3.2.2.4 Autour du planning familial

De nombreuses femmes sont enceintes alors que l'enfant tète encore (grossesses rapprochées) : ce sont des grossesses non souhaitées (car il est mal vu de tomber enceinte quand on allaite) mais il n'y a très peu de recours au centre de santé pour planning familial (ni espacement ni limitation des naissances). Dès la quarantaine (40 jours après l'accouchement), une femme peut avoir des rapports sexuels avec son mari avec tout le risque qu'elle encourt de tomber en grossesse à nouveau. Z. de Safo Nassarawa avait un enfant de 5 mois lorsqu'elle est tombée enceinte. Et quand une femme constate son état de grossesse, elle allaite encore l'enfant pendant 3 ou 4 mois selon la plupart des femmes (mais elle allaite moins de temps ou pas du tout en réalité grâce à des stratégies d'évitement<sup>46</sup>) pour ne pas attirer les soupçons de l'entourage puis procède au sevrage brutal. La grossesse « précoce » avant le sevrage de l'enfant fait l'objet de railleries vis-à-vis de la société. C'est le signe que la mère a eu des rapports sexuels (grossesse et sexualité sont liées) avec son mari sans attendre que l'enfant soit sevré.

Mme Safoura de Garin Liman explique les grossesses rapprochées n'arrivent qu'aux femmes malades de « *kazamin goyo* » : « c'est quand la femme allaite tout en continuant à voir ses règles (menstrues). Le danger avec cette maladie, c'est que la femme en grossesse avant la fin de son allaitement. Voilà qui peut déboucher sur *tamowa* si l'enfant continue de téter ; il maigrit, il est constamment malade ». « Les menstrues pendant l'allaitement » est une « maladie » qui selon elle se soigne chez une spécialiste à Dan Issa. La femme en grossesse pendant l'allaitement est une femme qui a « *kay-kay* », on considère qu'elle a un mauvais lait ; Safoura note que son « lait prend la couleur verte ». Or selon les représentations populaires autour du lait maternel, sa couleur est toujours blanche. Si le lait change de couleur alors c'est un mauvais lait susceptible de rendre l'enfant malade (c'est d'ailleurs pourquoi, on refuse de donner le colostrum au bébé). Pour changer cette coloration du lait maternel, Safoura indique qu'il faut se référer à un vieillard du village ; ce qui signifie qu'on dévoile son état de grossesse.

Diverses raisons concourent aux grossesses multiples, dont le « pro-natalisme » : c'est un prestige social que d'avoir de nombreux enfants ; c'est un investissement à long terme (réussite sociale). On note une moyenne de 7,1 enfant par femme au Niger, où il y a une valorisation sociale de la reproduction mais en même une forte mortalité infantile : presque toutes les mamans interrogées ont perdu au moins 1 enfant entre 0 et 5 ans H. Lawali de Garin Liman a eu 12 gestations, 11 enfants mais 5 sont décédés ; ses enfants meurent entre 9 mois et 1 an 3 mois « à cause de la diarrhée, de la fièvre, des boutons au niveau de la bouche et des problèmes au niveau des yeux ». Pour son dernier enfant, qui a 1 an 3 mois, elle s'est rendue en urgence au CSI de Dan Issa (750 F pour la location d'un taxi-moto aller-simple si urgence) de peur de perdre cet enfant aussi qui présentait les mêmes symptômes que les autres. Au diagnostic, sa fille est atteinte de malnutrition.

#### **Cas de mortalité infantile : Mr A.S.I. de Makouna a 1 épouse, 4 enfants vivants, 10 décédés :**

« La première c'est une fille, elle s'appelle Rakiya, elle aurait eu aujourd'hui 27 ans. C'est le « *masasara damana* » (la fièvre de l'hivernage) qui l'a tuée à l'âge de 6 mois. C'était chez mes beaux parents ici même à Makouna. La seconde s'appelle Haoua, quant à elle devrait avoir aujourd'hui 24 ans. Elle est décédée à l'âge de 2 mois. C'est pendant la période de « *rani* » qu'elle a souffert de « *masasara* » (fièvre) pendant deux

<sup>46</sup> Elle n'allait pas ou peu l'enfant. Chaque fois qu'il pleure et que l'entourage propose à la mère de l'allaiter, elle insinue qu'il est gourmand, qu'il vient de téter ; alors elle lui donne un autre aliment pour calmer sa faim. Parfois elle dit qu'il est malade.

*jours seulement. C'est ici même dans notre maison qu'elle est décédée. Le troisième c'est un garçon, il s'appelle Moussa. Il devrait avoir vingt deux ans, il est décédé à l'âge de deux ans. C'est aussi le « masasara damana » qui était à la base de son décès. Il a souffert seulement deux jours, quant il a commencé à avoir des convulsions. Nous n'avons pas eu le temps de l'amener à Dan Issa. La quatrième elle est une fille, c'est Hadiza elle devrait avoir 13 ans. Elle est décédée aussi à l'âge de 2ans. Quant à Fouréra la cinquième, elle est décédée à deux mois seulement, on n'a même pas fini son « wanka »<sup>47</sup>. C'est le « masasara » qu'elle a eu aussi. Le sixième est décédé deux jours après sa naissance, il n'a pas encore reçu de nom. Le septième et huitième sont des jumeaux (Hassane et Housseini), Hassane est décédé le jour de sa naissance, quant à Housseini une semaine après. Le neuvième s'appelle Adamou, il est décédé à quatre mois, il a souffert d'une maladie, mais les gens ont dit que c'est le « masasara ». Nous l'avons même amené au « likita » de Dan Issa. Il est décédé le même jour au retour du CSI. Quant au dernier, il s'appelle Moussa II, c'est aussi le « masasara damana » qui l'a frappé, on s'apprêtait à aller à Dan Issa lorsqu'il est décédé. Il avait deux mois ». Pratiquement tous ses enfants sont décédés en période d'hivernage et avant l'âge de deux ans (excepté 2 enfants morts à deux ans) ; le CSI de Dan Issa est à 16 kms de Makouna.*

Il y a aussi l'intégrisme religieux (proximité du Nord Nigeria où on applique la charia). La claustration des femmes est un phénomène plus fort à Garin Liman qu'à Safo Nassarawa : les femmes ne sortent pas, ne travaillent pas, et doivent « produire des enfants »...<sup>48</sup>

### 3.2.2.5 Le délaissement ou la négligence des enfants

Il s'explique parfois par l'occupation de la mère ou de la personne qui en a la garde : la mère occupée à la recherche de nourriture (parcourir des distances pour la cueillette de produits sauvages), allant aux champs ou pratiquant le commerce n'allait pas correctement l'enfant ou ne lui donne pas régulièrement et suffisamment à manger. La garde de l'enfant est confiée à un autre enfant beaucoup plus âgé au moment des travaux agricoles de *damana* et *kaka*. Selon Safia, « quand on arrive aux champs on les installe sur la natte à l'ombre d'un arbre et on travaille. Nous partons avec leur nourriture, *fura*, et de l'eau à boire aussi, et parfois on va même avec le reste du *tuwo* de la veille qu'on réchauffe le matin ». Or, c'est la période du paludisme : « on paye des comprimés avec les vendeurs ambulants pour l'enfant malade ».

### 3.2.3 Malnutrition et VIH-SIDA

Dans les villages, certains enfants présentant des signes de malnutrition sont perçus comme des sidéens : « ceux qui ont des plaies sur le corps, dans la bouche ou dans le sexe » (Halima). Plutôt que de les soigner, on les délaisse (impact négatif des premières campagnes sur le SIDA ou des rumeurs : sida = maigre, sida=diarrhée, sida=boutons ou plaies). Ces enfants manquent d'affection (« on en a peur » ou « on refuse de les porter ») et sont parfois privé de nourriture pour accélérer leur « départ » (mort). Parmi eux, certains ne sont probablement pas séropositifs mais d'autres le sont. C'est pourquoi, MSF a au sein de son staff du personnel chargé des cas spéciaux. Au mois d'avril 2006, lors des enquêtes, R. (agent MSF) signalait la présence de quatre enfants séropositifs : « actuellement, nous avons 4 enfants que nous avons eu à dépister, ça veut dire 4 familles ».

Les parents qui « accompagnent » leur enfant dans la mort, connaissent-ils leur sérologie ou l'apprennent-ils lors de la maladie de leurs enfants ? Parfois, oui mais quelquefois, c'est au centre qu'ils sont informés de leur sérologie. Les malnutris vivant avec le VIH qui ont la chance d'arriver dans un CNT sont pris en charge par la suite grâce à un

<sup>47</sup> Période de quarante jours qui suivent l'accouchement, quant la femme ne doit pas sortir, et doit se laver avec de l'eau chaude pour épurer son corps. *Wanka* = se laver

<sup>48</sup> Pour une étude sur les problèmes de contraception au Niger, cf. H. Moussa, 2004 et 2006

programme de collaboration entre MSF, SOLTHIS et le PNLS. C'est sur la base de « suspicion clinique » qu'ils étaient référés avant à Galmi (mais trop de ruptures de stock de médicaments) et le sont depuis décembre 2005 à Zinder pour dépistage. La suspicion clinique selon un agent MSF, c'est « *quand la fièvre ne baisse pas malgré tout nos efforts ; il fait des pics de fièvre à répétition. C'est aussi quand l'état de l'enfant régresse considérablement ; cette fille avant qu'elle ne soit sevrée, elle marchait, c'est avec la maladie qu'elle avait perdu l'usage de ses membres* » ; d'autres signes suspects conduisent l'agent à faire un test dont seul le laborantin a les résultats : « *lorsque le poids n'augmente, il est toujours stationnaire là on fait le test du sida* ». La présence d'enfants séropositifs ou vivant avec le VIH dans les CNT amène les agents à faire des séances de sensibilisation : « *On faisait même des causeries sur le sida avec les mamans avec à l'appui des projections des films* » (une infirmière).

#### **Dépistage du VIH, annonce et prise en charge des enfants malnutris PvVih et leurs parents**

« *Si on a un enfant qui ne prend pas du poids pendant plusieurs semaines et qui fait la diarrhée, on soupçonne le VIH sida. On isole la maman, on parle avec elle. On fait le counselling pré-test auprès de la mère, on lui propose de faire un test à elle et à son enfant. Si la maman est d'accord, on leur fait un test rapide. Après ça, on passe au second volet qui est le test de confirmation. Si l'enfant est positif et que la maman est positive, on appelle obligatoirement le papa, pour lui faire son test. Et c'est toute la famille qu'on prend en charge. Il y a une assistante sociale, c'est avec elle qu'on fait le counselling. Premièrement, on essaye d'expliquer à la maman les différentes maladies. On commence par la drépanocytose ; on lui demande si elle connaît cette maladie. Si elle répond oui, on lui demande de nous dire les signes qu'elle connaît. Si elle dit non, on lui explique ce que c'est et comment on le contracte, on lui dit qu'une mère ou un père peut transmettre cette maladie à son enfant ; on l'informe qu'on ne peut pas guérir la drépanocytose mais seulement calmer les douleurs avec des médicaments. Ensuite, on passe à la tuberculose. On fait la même chose puis on passe au sida. On pose des questions à la mère sur ses connaissances à propos de cette maladie, les modes de transmission, etc. c'est après tout ça qu'on lui propose le test. A la fin, quand le déterminant est positif, on appelle la maman en présence du médecin et de l'assistante sociale, pour lui expliquer que le premier test n'est pas évident pour dire si elle a le sida, il faut un deuxième test. C'est en ce moment que nous lui annonçons sa séropositivité et/ou celle de son enfant. On lui explique qu'elle n'a pas à s'inquiéter parce que le sida est comme toutes les autres maladies, il y a une prise en charge qui se fait à Zinder, que nous y transférons l'enfant et sa famille, que c'est nous qui prenons en charge les frais de transport, de nourriture, de logement. On lui donne des conseils sur les précautions à prendre pour ne pas contaminer les autres. En général, quand l'enfant est séropositif, la maman l'est aussi* » (R., agent MSF).

MSF, en plus de la prise en charge nutritionnelle, aide aussi des familles à accéder à une prise en charge médicale du VIH/SIDA en les référant à Zinder où d'autres examens sont effectués avec ou sans mise sous traitement ARV (antirétroviraux).

#### **3.2.4 Perceptions de l'état nutritionnel de l'enfant**

Jusqu'à la crise alimentaire 2005, les parents percevaient très bien le retard de croissance mais ils ne l'associaient nullement à la malnutrition ou même à l'alimentation. Chez des jumeaux, l'explication est que l'un étouffe l'autre ou bien qu'ils se jettent des sorts qui expliquent leur retard de croissance, comme le confirme F.I. de Safo Nassarawa, mère de deux jumelles « *on pense que les jumeaux ont des pouvoirs, les gens disent que si mes filles ne croissent pas c'est que elles se jettent des sorts* ». Chez un enfant seul, on peut soupçonner par exemple la pratique de sorcellerie (*mayu*) : « *il ne dort pas la nuit* », etc...

#### **Cas 5 : Une famille « riche » avec trois enfants malnutris dont deux de la même mère**

Mme I. de Safo Nassarawa a deux enfants hospitalisés au CRENI de Maradi au même moment. L'un a trois ans, l'autre 5 mois. Sa co-épouse a également été hospitalisée avec son fils. Et pourtant, leur mari est

commerçant entre le Nigeria (Jibia) et Maradi. Il est agriculteur, possède 8 champs dont deux *fadama* (terre riche) cultivés par des travailleurs agricoles (il n'y travaille pas lui-même). Il fait les cultures de contre saison (pommes de terre, carottes, choux, tomates, melon, pastèque, etc.). Il prend aussi les champs des autres en *jingina* (gage) : sur les 8 champs il en a acheté 6 et pris deux en gage. Il a des bœufs, des UCA. Ses productions de céréales couvrent l'année. Elles sont gardées dans des greniers qu'il gère lui-même ; chaque épouse reçoit une quantité de céréales pour elle et ses enfants (concernant la préparation du *fura*). Le *fura* est consommé chaque jour et à la demande par les enfants (sans heure de repas). Le repas familial (plat commun et collectif) se partage une fois par jour et le soir autour du *tuwo* (la pâte du mil, du sorgho, du maïs). La sauce qui accompagne le *tuwo* ne diffère pas de celle d'autres ménages du village : eau, maggi, poudre de feuilles de baobab ou de gombo, sel, sans viande ni poisson. Pendant les fêtes, la famille consomme du « maca » (pâte alimentaire). Le riz et l'igname sont aussi partagés par la famille selon la volonté de l'époux mais surtout en période de pluies et pendant *bazara*. Les enfants n'ont pas de repas spécial. Sur les trois dernières années, le régime alimentaire du ménage n'a pas varié. Mais l'année dernière (2005), en saison sèche (*rani*), grâce à deux enfants du ménage, la famille a reçu de la farine de maïs enrichie (Unimix distribué par MSF, appelé « *gari* » par les mamans comme pour la farine de manioc)

Mme I. et sa co-épouse ne cultivent pas, elles sont claustrées. Elles produisent tout de même de l'huile et des tourteaux d'arachide qu'elles font vendre.

Mme I. : Nous avons eu de la farine à Safo Gao où on amène des enfants à qui on place un bracelet.

Q : Qui vous a dit que on donne la farine à Safo Gao ?

R : C'est un crieur public qui a véhiculé l'information. Les femmes étaient parties de très bon matin. Nous avons trouvé un nombre important de femmes venues de tous les villages.

Q : Vous avez passé combien de temps avant d'être servi ?

R : Nous avons passé près de 4 h entrain d'attendre. Quand notre tour était arrivé, on a placé le bracelet à l'enfant sans avoir pesé. C'est comme cela qu'on procédait avec tous les enfants. Quand on place le bracelet on donne rendez-vous quelques jours après pour revenir prendre la farine et l'huile.

Q : Quelle quantité de farine vous avez reçu ?

R : J'ai eu en total 3 sacs de farine et 15 litres d'huile. J'avais partagé 5 litres d'huile aux femmes âgées qui n'ont pas d'enfant et qui ne peuvent pas en bénéficier. Le reste nous l'avons consommé.

Q : Chez toi c'est le seule enfant qui a reçu la farine ?

R : L'enfant de ma coépouse en a aussi reçu. Il a eu 3 sacs de farine et 15 litres d'huile. sa maman a aussi distribué une partie mais n'a pas vendu.

Q : Est-ce que c'est seulement les enfants qui ont consommé cette farine ?

R : Non, les grands en ont mangé aussi. Nous, nous mélangeons cela avec du mil et préparons la pâte avec. Parfois, nous le préparons sous forme de couscous.

Cette étude de cas montre bien que la malnutrition est une maladie à causes multiples qui peut apparaître dans toutes les couches sociales. Dans ce cas précis, il y a disponibilité de vivres, ceux-ci sont accessibles, mais il semble y avoir une mauvaise utilisation. Malgré ses ressources financières, malgré la diversité de sa production agricole, cette famille a un régime alimentaire non varié (et probablement non riche). La répartition des ressources à l'intérieur du ménage fait que la femme ne reçoit que les céréales. Les habitudes alimentaires sont telles qu'on ne varie pas les menus ; bien qu'étant huilières, les femmes utilisent rarement l'huile dans la préparation de leur repas (sauf pour le repas d'un enfant en train d'être sevré). Même dans les familles dites « riches », il y a restriction sur la consommation de viande pour les femmes et les enfants. Le constat général est que les hommes vont en ville pour manger de la viande grillée ou en sauce dans les gargotes ou « restaurants ».

On voit aussi dans cet exemple que les distributions alimentaires faites par MSF ne sont pas utilisées particulièrement pour les repas des enfants, mais servent à nourrir toute la

famille, et même au-delà puisqu'on partage aussi avec des proches ou des voisins... Mme I., mère de deux enfants hospitalisés au même moment au CRENI de Maradi explique : « *les grands en ont mangé aussi. Nous, nous mélangeons cela avec du mil et préparons la pâte avec. Parfois, nous le préparons sous forme de couscous. Quelque soit la farine de préparation, c'est bon* ». Les agents locaux de MSF ont laissé croire que l'Unimix était destinée à l'enfant malnutri et à ses éventuels frères et sœurs à la maison, alors que les autres denrées distribuées telles que le niébé et le mil seraient la part des adultes. Les mères ont pensé que le « gari » (unimix), c'est pour préparer une bouillie pour l'enfant malade. Elles croyaient donc « tricher » lorsqu'elles l'utilisaient pour préparer le *tuwo* pour toute la famille. Mais en fait, cette consommation de l'Unimix par les grands était normale dans la stratégie de MSF, l'objectif recherché par MSF étant d'injecter des rations dans une famille pour éviter qu'elle ne diminue les rations prévues pour l'enfant malnutri (plumpy'nut notamment). C'est d'ailleurs pourquoi ces rations sont considérées comme des rations de « protection » destinées à « assurer un minimum alimentaire aux familles pour « protéger » la ration, distincte, de l'enfant malnutri » (un médecin MSF).

### **3.3 Prise en charge de la malnutrition**

Pour la saison 2004-2005, les récupérations nutritionnelles ont timidement commencé en janvier 2005 (MSF est présent à Maradi depuis 2001). En juillet 2005, au plus fort de la crise, l'ensemble des acteurs impliqués dans ce secteur signe un protocole<sup>49</sup> national de prise en charge de la malnutrition afin de coordonner leurs actions : « *c'était important que tous les intervenants puissent parler le même langage, puissent avoir les mêmes approches, avoir les mêmes outils de contrôle de qualité. Il y avait aussi un problème de ressources humaines qu'il faut former* » (un agent UNICEF). Le protocole a précisé les groupes cibles concernés (enfants de 0 à 59 mois, femmes enceintes, femmes allaitantes, personnes vivant avec le VIH/SIDA et tuberculeux), les lieux de dépistage (au sein de la communauté<sup>50</sup> et dans les CSI), les lieux de référence (malnutrition aigüe modéré dans les CRENAM, aigüe sévère avec complications dans les CRENI et aigüe sévère sans complications dans les CRENAS), les critères, les traitements, les différents types de produits, etc.

#### **3.3.1 Une diversité d'intervenants pour la prise en charge médicale et nutritionnelle**

Il y avait, dans la zone de Madarounfa, une diversité d'intervenants au moment de la crise : MSF, Save the children, AMA/QRC, UNICEF (coordination, appui), et de nombreuses ONG ... Mais, au moment des enquêtes, seule MSF était vraiment présente.

L'UNICEF intervient dans le département de Madarounfa à travers des activités d'appui et de supervision. L'UNICEF a aussi formé des mères éducatrices, et des équipes villageoises de promotion de la croissance à assise communautaire (EVPCAC) : « *Nous utilisons les relais communautaires. Nous avons formé des mères éducatrices. Nous avons impliqué toutes les personnes ressources nécessaire dans le dispositif. Au niveau communautaire, nous avons des équipes villageoises de promotion de la croissance. Nous les avons formé et équipé. Ils sont au nombre de 52 à Madarounfa. Nous veillons à ce que chaque mois qu'on fasse des pesées des enfants de 0 à 3ans. Dès qu'il y a crise d'alerte de malnutrition couplée à des séances de vaccination, ils puissent orienter les mères vers un centre de soin où elles seront prise en charge. Nous faisons également le dépistage* ».

<sup>49</sup> Protocole finalisé en août 2005.

<sup>50</sup> D'où l'importance des éducatrices nutritionnelles dans la surveillance nutritionnelle



L'UNICEF appuie aussi des séances de vaccination dans les villages. Il a mis en place des banques de céréales dans certains villages.

ACF est présent à Mayayi et à Kéita. Ils ont un CRENI à Mayayi mais pas suffisamment outillé (en moyens médicaux et ressources humaines) pour une prise en charge des malnutris sévères; ils les réfèrent donc à MSF. Save the children n'a pas de CRENI et réfère ses malnutris sévères chez MSF. Il a repris le centre MSF de Aguié. La Croix rouge réfère ses malnutris sévères chez MSF qui a 2 CRENI : 1 à Maradi et 1 à Tibiri. MSF a une centaine de lits de soins intensifs à Maradi<sup>51</sup> (oxygène, transfusion avec banque de sang, etc.)

Chaque intervenant a ses propres critères de définition de la malnutrition, mais ces critères ont été harmonisés par l'élaboration d'un protocole en août 2005. La prise en charge également varie en fonction des intervenants. Il y a ceux qui donnent systématiquement de la vitamine A et ceux qui n'en donnent pas. Certains font systématiquement le déparasitage et/ou donnent des antibiotiques. Il y a ceux qui associent prise en charge nutritionnelle et prise en charge médicale et ceux qui ne font que l'un ou l'autre.. Certains ne font pas la prise en charge nutritionnelle mais orientent ou réfèrent à d'autres intervenants, Le nutritionnel, pour certains, ce sont des aliments prêts à l'emploi, pour d'autres c'est la préparation d'aliments avec des ingrédients locaux, ...

Face à la situation de disette en 2005, MSF a ouvert trois centres nutritionnels thérapeutiques (Dakoro, Kéita et Tahoua) en plus du CRENI de Maradi qui existait depuis 2001 ; chacune ayant une capacité d'hospitalisation de 150 à 200 lits. De plus, une vingtaine de CRENA (27) assuraient un suivi hebdomadaire des enfants pris en charge pour malnutrition aiguë, mais non hospitalisés. MSF distribuait également aux mères des enfants admis dans son programme des compléments nutritionnels, ainsi qu'une ration familiale hebdomadaire, afin que toute la famille puisse manger trois fois par jour à partir de mai 2005 (fin juillet 2005 pour les malnutris modérés). En outre, à la fin du traitement de l'enfant (traitement qui dure entre 4 et 5 semaines), la famille recevait lors de la visite de la dernière semaine une ration alimentaire de 50 kg de mil, 25 kg de niébé, 10 l d'huile (ration prévue pour l'alimentation de huit personnes durant pour un mois). C'est depuis janvier 2005 que la ration de décharge a été instaurée ; elle n'existait pas avant. Le recours à des distributions générales de nourriture est aussi une innovation contribuant à l'amélioration de la qualité de services de MSF. Au moment des enquêtes, la distribution de ration de décharge avait été arrêtée par MSF (depuis le 28 octobre 2005) conformément aux recommandations du gouvernement nigérien pour qui des distributions alimentaires au moment des récoltes pourraient avoir un effet négatif sur les prix au producteur des céréales.

La prise en charge de la malnutrition dans les centres nutritionnels thérapeutiques de MSF a évolué et s'est nettement améliorée. Avant 2003, les enfants malnutris étaient hospitalisés avec leur mère, pendant toute la durée du traitement, le temps que l'enfant récupère (parfois un mois et plus). Cette façon de faire a suscité des réticences chez les mères, qui refusaient pour la plupart de conduire leurs enfants vers les CNT (centre nutritionnel thérapeutique): la durée d'immobilisation, loin de la maison familiale, engendrait plusieurs problèmes (mécontentement des maris, absence de surveillance des enfants, des animaux, des champs personnels ou *gamana*, non paiement des tontines, non

---

<sup>51</sup> Au moment des enquêtes, on constate un renforcement du dispositif de prise en charge de la malnutrition (infrastructures et personnels) par MSF : les tentes du CRENI de Maradi sont progressivement entrain d'être remplacées par des locaux en briques de ciment. Et de plus, des CRENA sont ouverts dans plusieurs CSI du district sanitaire de Madarounfa (depuis mars 2005).

participation aux cérémonies familiales et « *biki* », etc.). Il y avait aussi des accusations en sorcellerie<sup>52</sup> qui traduisent les appréhensions des mères, leurs craintes, leurs peurs, dans un milieu « pathogène », peuplé d'inconnus, où la mortalité infantile semble élevée : certaines femmes attribuent la « nonchalance » dans la guérison, ou la rechute de leur enfant, à la sorcellerie de telle ou telle femme hospitalisée aussi<sup>53</sup> ; « *si jamais un enfant fait la fièvre ou si l'enfant chute de 500 g ou de 600 g la maman ne peut jamais penser que c'est à cause de la diarrhée que son enfant a perdu du poids, ni même que c'est la fièvre qui a déshydraté l'enfant pour qu'il perde de poids. La maman ne peut jamais également penser que c'est parce que son enfant ne mange pas qu'il a perdu du poids. Donc dès que ces cas se présentent, la maman commence à regarder autour d'elle pour voir si il n'y a pas une sorcière dans la tente. Généralement, c'est la plus vieille, la plus âgée qui est accusée de sorcellerie. La maman commence à voir en elle des comportements bizarres, et dit alors à sa voisine : « mais la femme là, je ne l'ai pas comprise, hier nuit pendant que tout le monde dormait, elle était restée debout. Est-ce que ce n'est pas une sorcière ?* ». Généralement elle refuse de dormir dans la même tente que la présumée sorcière ». Quelques fois, c'est une ou des femmes qui rentrent en transe (« *bori* ») pour signaler la présence de « sorcières » dans le groupe. Toutes ces contraintes liées au séjour prolongé dans le centre de récupération nutritionnel expliquent pour une part les cas d'abandon de traitement ou d'évasion.

De plus, la prise en charge à l'intérieur du CRENI de Maradi relevait d'un parcours du combattant, sans aucune explication fournie aux mères ou personnes accompagnants les enfants, sauf quand on a la chance d'y connaître quelqu'un. Les mamans faisaient le tour de plusieurs pavillons (« *guidan* », maison) sans communication. Elles retiennent seulement qu'on va d'abord à « *guidan maraba da baki* » (« la maison où on souhaite la bienvenue ») pour recevoir du lait et des médicaments pour l'enfant. C'est la phase 1, phase de ré-initiation à l'alimentation. Ensuite, on reçoit 2 couvertures, une moustiquaire, un bol, un seau, du savon. On y passe entre une et trois journées en moyenne. Puis on est orienté « là où il y a des lits » : *guidan massala* (la « maison des souffrances ») ou *guidan kébada soki* (« la maison qui allège la souffrance ») où on alimente parfois par des tuyaux mis dans les narines : ce sont les soins intensifs (pour les enfants sévèrement atteints). Là-bas, on fait plusieurs examens à l'enfant et on lui donne des médicaments. On va ensuite à *guidan kébada biskit* (la « maison qui donne le biscuit ») : c'est la phase 2, phase de récupération. L'enfant et sa mère peuvent y passer un mois, voire plus, le temps de la prise de poids du malade. L'attente de la prise de poids est le moment le plus redouté par les mamans. Rester plus d'un mois loin de chez soi était vécu comme un calvaire.

En 2003, un nouveau système de prise en charge de la malnutrition sévère a vu le jour : des centres nutritionnels ambulatoires (les jours de marchés), des compléments nutritionnels prêts à l'emploi (plumpy'nut) et la réduction du nombre et de la durée des hospitalisations (la durée d'hospitalisation moyenne est de cinq jours et le traitement dure un mois).

Les centres ambulatoires présentent l'avantage de se rapprocher des malades. Ce sont les équipes médicales qui se déplacent chaque semaine vers les grandes agglomérations, les gros bourgs, les villages : à la fois pour dépister des nouveaux cas de malnutrition et pour poursuivre le traitement de certains patients. Grâce aux centres

<sup>52</sup> Malgré le changement de procédure, on rencontre aujourd'hui encore des accusations de sorcellerie (surtout aux soins intensifs, lorsque l'état de santé de l'enfant s'est amélioré et qu'il rechute brutalement).

<sup>53</sup> Au village, les mères évitent dans la mesure du possible d'exposer leurs nourrissons et jeunes enfants aux regards et à la présence d'inconnues, susceptibles de leur jeter un sort ou « le mauvais oeil ». Un hôpital est donc considéré comme un lieu dangereux.

ambulatoires, la durée d'hospitalisation dans les CRENI est plus réduite, voire inexistante : au bout d'une semaine de traitement, l'enfant dont l'état de santé le permet peut rentrer chez lui en attendant que l'objectif de prise de poids soit atteint. Une fois par semaine, sa mère le conduit dans un centre ambulatoire proche du lieu d'habitation afin d'y recevoir gratuitement des compléments nutritionnels hebdomadaire ; ce sont des aliments thérapeutiques (communément appelés « *biskit* » par les mamans) qui peuvent se conserver longtemps et qui ne nécessitent aucune préparation. Les malnutris modérés ou les enfants malades reçus dans les centres ambulatoires sont consultés gratuitement et reçoivent gratuitement les médicaments.

Le recours à des distributions générales de nourriture lorsque que est nécessaire, comme pendant la crise alimentaire 2005, participe aussi de l'amélioration de la qualité des services de MSF. Ainsi, à partir de mai 2005, pendant le traitement (entre 4 et 5 semaines), les familles d'enfants malnutris sévères reçoivent (par enfant malnutri) une ration de protection de 25 kg d'Unimix et de 5 litres d'huile, soit 5 kg d'unimix et 1 litre d'huile par semaine (car entre 4 ou 5 semaines s'écoulent entre l'entrée et la sortie du programme) : « *à chaque semaine que l'enfant se présente sur le site<sup>54</sup> on lui donne une ration alimentaire composée de 5kg d'unimix, 1l d'huile, et 2 savons ; ce que je viens de citer n'est qu'un additif à une ration exclusivement donnée aux enfants malnutris sévères (14 Plumpy'nut). Notre politique était de donner Unimix pour faire profiter aussi les enfants qui sont à la maison et qui, probablement souffrent de malnutrition modérée* » (I., agent MSF). A la sortie du programme, ils reçoivent une ration familiale de 50 kg de mil, 25 kg de niébé et 10 litres d'huile. Le Dr K. de l'UNICEF apprécie cette démarche « *MSF ne se limite pas seulement à l'enfant mais il donne des rations pour la famille aussi. La stratégie est vraiment bien pensée* ». Plus tard (juillet 2005), la distribution de nourriture s'est étendue aux familles d'enfants malnutris modérés se présentant dans les centres ambulatoires.

Ces innovations dont les mères sont informées, les encouragent à fréquenter les CNT, « *maintenant, le CRENI MSF est connu partout, et ce sont les mamans elles-mêmes qui viennent avec leurs enfants, parfois des villages les plus reculés* » (R., agent MSF).

### 3.3.2 Prise en charge dans les centres de santé

Selon un agent de l'UNICEF, « *il faut distinguer 2 situations : la première est celle d'un malnutri qui est dépisté et qui est référé dans les centres où il bénéficie de soins gratuits et de soins médicaux, si il y a une pathologie. La deuxième, c'est le circuit normal d'un enfant malade. Ça commence par la case de santé et ainsi de suite* ». Les mères d'enfants malnutris doivent ainsi transiter par le CSI ou la case de santé avant d'être référées. En principe dans les CSI, la consultation est payante mais les médicaments (génériques) sont gratuits. Mais en réalité, la consultation pour les enfants coûte entre 300 F et 600 F CFA, et les médicaments sont payants. La politique de recouvrement des coûts est un frein pour la majorité des ménages qui sont réticents à fréquenter les CSI. Au CSI de Safo Oubandawaki, proche du village de Safo Nassarawa, « *pour que l'enfant soit traité, il faut donner 600 frs, pour les grands il faut 1100F voir 2100F si cela nécessite une hospitalisation* » (A.M., éducatrice chargée de la surveillance nutritionnelle des enfants). A.M. y réfère tout de même des enfants « *parce que, à la formation, c'est ce qu'on m'a dit de faire. Pour les référer j'établis un papier sur lequel j'écris mon nom, celui de la femme et de son enfant que je joins à une fiche* ». Mais depuis qu'elles savent l'existence et la gratuité des soins dans les CRENI et CRENA, les mamans contournent le dispositif du village pour se rendre

<sup>54</sup> CRENAS, CRENAM, CRENI

directement à pied à Maradi. Selon Mme Asmaou de Safo Nassarawa, « à *kwamisu* (centre de récupération nutritionnelle), il y a une salle dénommée *guidan Agaji* (« la maison du secours ») où on consulte l'enfant, on te donne gratuitement les médicaments ; donc on t'a secouru puisque tu n'as rien payé. La différence est que à *kwamisu*, on te donne un numéro alors qu'à *Agaji* il n'y a aucun numéro, on te donne un papier et des médicaments pour soigner ton enfant ».

A Garin Liman, le CSI le plus (proche sur le territoire nigérien) est celui de Dan Issa ; en plus des frais de consultation, il faut parfois payer le transport pour arriver à Dan Issa (750 F aller en cas d'urgence) ; sinon, certaines mères, notamment des Peuls de Makouna, fréquentent le CSI de Magama au Nigéria, pas loin. La question du recouvrement des coûts est un gros problème pour les familles mais l'UNICEF qui appuie les services de santé la justifie comme une recommandation des autorités sanitaires du Niger à respecter : « le système du PDS (projet de développement sanitaire) recommande à toutes les structures de faire des recouvrement mais compte tenu de la situation que nous avons connue dû au problème d'urgence, il a été demandé aux ONG de recevoir les enfants malnutris qui avaient des pathologie associés et de le prendre en charge. Mais en tant normal les ONG, les projets doivent respecter la politique urbaine en la matière pour essayer de faire un consensus et pour ne pas condamner ces structures à ne plus fonctionner. Si on donne les soins gratuitement et toujours, les autres vont fermer. L'UNICEF a été moteur de l'initiative de Bamako pour poser les bases de soins de santé primaires soutenable avec un minimum de recouvrement de coût » (un responsable UNICEF à Maradi).

Depuis le retrait progressif du PAM du financement<sup>55</sup> des vivres et denrées alimentaires dans les CSI et autres structures de santé de 1995 à 1998, l'Etat nigérien s'est désengagé de la prise en charge des malnutris dans les formations sanitaires : alors, « on demande aux femmes de venir avec les ingrédients et on leur fait des démonstrations. Quand elles n'apportent rien, on leur donne juste des conseils » (Dr M.). Le PAM se serait désengagé du niveau local « parce qu'il n'a pas confiance aux agents des CSI qui détournaient les produits, ou bien, ils préparaient pour manger eux-mêmes au lieu de les donner aux femmes. Les quelques mamans qui viennent au CSI, quand on leur donne les vivres, elles vendent ou bien elles donnent au père, pas à l'enfant » (le DRSP de Maradi). Au-delà de ces explications, il faut comprendre aussi que « d'une manière générale, la malnutrition n'est pas perçue comme un problème de santé (publique), non seulement les gens ne viennent pas quand leur enfant est malnutri, mais l'agent de santé, quand on lui amène un enfant malnutri, il leur dit d'aller lui donner à manger, or c'est un problème de santé pour les mères, et cela peut décourager les mères et les faire abandonner » (le DRSP Maradi). Le problème de santé dont parle ici le DRSP, et qui conduit une mère au CSI, c'est la diarrhée, perçue comme maladie, le vomissement, perçu comme maladie, la fièvre, etc. Par contre, une fois au CSI, les agents de santé, plutôt que de la renvoyer, devraient lui expliquer que ce qu'elle évoque comme maladie est en l'occurrence le symptôme de la malnutrition, qui est elle-même une maladie... Mais ces agents réduisent en fait la

---

<sup>55</sup> Le PAM finançait des vivres et denrées alimentaires dans les services nutritionnels des structures de santé. Les agents dans ses services lorsqu'ils reçoivent des enfants malnutris ou non, font des démonstrations culinaires aux mamans. Ces dernières sont censées reproduire les plats avec les ingrédients appropriés à la maison, qui pour prévenir la malnutrition, qui pour la soigner. Selon un agent de l'UNICEF à Maradi, « Avant dans les centres de santé quand le PAM appuyait, il y avait le lait, le sucre et bien d'autres choses mais depuis que le PAM a arrêté ce volet santé il n'y a plus ça ». Le retrait du PAM a été décidé lors d'un séminaire national en mars 1995 sur la malnutrition et la gestion des CRENA. Ce retrait a été progressif en fonction des zones : de 1995 à 1996 dans les régions de Niamey et de Dosso, de 1996 à 1997 pour les régions de Maradi et de Tahoua, et en 1998 pour les régions de Zinder, Diffa et Agadez.

malnutrition à la faim, et ne la perçoivent pas comme une maladie, et comme un véritable problème de santé publique. C'est seulement depuis la crise de 2004-2005 que certains agents de santé de CSI notent la malnutrition comme cause de consultation dans les fiches et cahiers qu'ils remplissent, et s'intéressent à la prise en charge ou la référence des enfants malnutris. Cette prise de conscience a été favorisée par le protocole national de prise en charge élaboré en août 2005 et à la formation de certains agents qui s'en est ensuivie.

### **3.4 Les raisons de la fréquentation des CNT par les mères**

En 2005, un concours de circonstances a fait « sortir » les malnutris cachés et augmenter ainsi les taux d'admissions dans les centres de récupération nutritionnelle.

#### **3.4.1 Au début : la maladie des enfants, la gratuité des soins**

Les mères ne sont pas conscientes de la malnutrition comme maladie, comme problème de santé. Elles fréquentent les CNT à cause des maladies qui accompagnent la malnutrition : diarrhée, vomissement, anémie, etc., et parce que les soins dans ces centres sont gratuits, contrairement aux CSI où on doit payer au moins 600 F au nom du recouvrement des coûts. *« Honnêtement, quand on est hospitalisé chez kwamisu on dépense rien si tu vois une femme dépenser quelque chose, c'est qu'elle l'avait voulu. Sinon quand j'étais hospitalisée avec Ouma on lui a même fait une perfusion mais je n'ai rien payé. Le repas on m'amène matin et soir, vraiment pendant les 22 jours que j'ai passé, si tu me vois payer quelque chose je l'ai voulu. On ne paye rien comme médicament tout est pris en charge »* (S.O. de Garin Liman).

#### **3.4.2 Ensuite, la faim (gniwan) des parents : les centres de récupération nutritionnelle, véritable filet de sécurité pour les familles démunies et vulnérables**

La prise en charge des enfants malnutris par MSF a été très appréciée par la population. Mr I.M. riche agriculteur de Safo Nassarawa témoigne : *« sans l'appui des gens du kwamisu beaucoup d'enfant allaient mourir. Nous avons reçu des aides qui nous ont permis d'atténuer un peu l'effet. Surtout la farine et l'huile qui est donné aux femmes. Quand elles reviennent à la maison avec l'aide reçu à MSF, on assiste vraiment à des scènes de joie dans les maisons, les enfants crient et les femmes se congratulent ( ...) Les femmes n'ont pas de lait. Elles font parfois des journées entières sans manger, c'est normal que ça se répercute sur les enfants et maigrissent donc beaucoup. Heureusement nous avons reçu l'aide ».*

Les mauvaises récoltes 2004 et la dégradation lente des conditions de vie des ménages depuis 2001, au moins, expliquent la situation particulièrement difficile des familles en 2005. Binta I., femme de Madarounfa (11 enfants dont 7 sont morts), se retrouve au CRENI de Maradi à cause du manque de nourriture lié à la crise alimentaire, son enfant vient d'être sevrée et elle a eu kwamisu qui a commencé par une diarrhée banale : *« kwamisu, c'est quand ton enfant maigrit dangereusement. Il y avait les vivres mais c'était cher. La mesure de mil, la tiya, a coûté par moment 900 F. Tout le monde a souffert, mais les enfants encore plus car les grands peuvent comprendre la situation et s'adapter malgré eux. Mais l'enfant ne comprend pas. C'est la faim qui cause le kwamisu. Si par exemple une maman ne mange pas à sa faim, comment elle peut avoir du lait pour allaiter ? Et même ceux qui n'allaitent pas peuvent tomber malade de kwamisu. Ils maigrissent donc de faim ».*

Qu'il y ait des enfants malnutris ou pas dans la famille, la recherche d'aliments était le principal objectif de tout le monde, le prix des céréales étant inabordable. C'est pourquoi, face aux échos de distributions alimentaires dans les CNT, toutes les mères se sont

mobilisées pour obtenir à manger pour la famille dans la région de Madarounfa. Cette région, considérée comme le grenier du Niger, n'a été que très tardivement concernée par les distributions alimentaires du dispositif national de gestion et de prévention des crises (au moment des récoltes en septembre ou pendant le mois de ramadan en octobre).

Les stratégies mises en place par MSF ont favorisé cette mobilisation des femmes.

Les distributions de nourritures qui ne concernaient que les enfants malnutris sévères se sont étendues aux malnutris modérés. Cette distribution ciblée a commencé pour la première fois fin juillet 2005 selon I. (agent MSF) dans la région de Maradi en général et en particulier dans la zone de Madarounfa. Elle a duré trois mois (août, septembre et octobre). Il s'agissait de « *distribution systématique à chaque mère qui vient avec au moins un enfant malnutri* » (I., agent MSF). Là-dessus, il y a eu problème de communication, pour les populations, seules les mères de nourrissons pouvaient bénéficier de ces distributions: « *on aurait donné une ration à chaque enfant présenté, mais les mamans ont compris qu'il faut venir avec le plus petit enfant* » (G., agent MSF). Les familles où il y avait un bébé étaient donc « les familles qui ont la chance », celles que les autres enviaient. Avoir un bébé signifiait que la famille sortirait de la faim pour un moment. Bien qu'elle concernait « *les enfants malnutris modérés identifiés (...) nous avons remarqué que beaucoup d'enfants ont besoin de quelque chose pour manger. Nous avons enregistré beaucoup d'enfants malnutris sévère et beaucoup d'enfants malnutris modérés* ». (I., agent MSF).

Seules les mères d'enfants malnutris modérés ou sévères répondant aux critères définis, que les mamans ne connaissaient pas, bénéficiaient de rations alimentaires. Les règles d'admission n'étant pas expliquées aux mères, c'est avec l'observation et les rumeurs qu'elles ont conclu que les distributions concernaient les enfants qui font la diarrhée et/ou qui sont maigres. Elles se sont ainsi fixées elles-mêmes des critères. Ici c'est la question de la communication entre agents MSF et les mamans qui est posée mais aussi celle de la circulation de l'information.

Dès lors, aller dans un CNT (CRENI/CRENA) était donc devenu une épreuve, ou un concours. Les femmes étaient prêtes à braver les longues distances et les « bâtons » des agents du maintien de l'ordre pour participer à ce concours : « *on nous a chassé avec des bâtons, on nous tape... des femmes sont restées malgré le bâton* » (A.M). Certaines ne dormaient presque pas, pour figurer parmi les premiers arrivés. Suite à cette « épreuve », tout le village savait qui étaient les « bébés de la chance », ceux qui ont été retenus et grâce à qui leur famille sortira temporairement de la faim (*gniwan*). MSF est d'ailleurs bien conscient que les rations données ne seraient pas mangées uniquement par les malnutris, c'est pourquoi la ration hebdomadaire ou mensuelle a été appelée « ration de protection », et a été prévue pour une famille de 8 personnes. Il s'agissait de protéger l'enfant malnutri en cours de traitement afin qu'il ne rechute pas parce que sa famille aurait consommé les aliments qui lui étaient réservés. Les rations d'entretien ou de protection, chaque semaine, comprennent 5 kg d'unimix (farine enrichie à base de maïs « *gari* »), 14 sachets de Plumpy'nut (crème d'arachide enrichie ou « *biskit* », aliment énergétique très efficace destiné aux malnutris), 1 litre d'huile. La ration de « décharge » (c'est la ration que MSF donne à la maman lorsque l'enfant est jugé guéri, en fin de traitement donc), elle, comprend 10 litres d'huile, 1 sac de mil de 50 kg, 1 sac de haricot de 25 kg ; soit 1 mois d'alimentation pour une famille de 8 personnes « *pour que la maman continue à s'occuper de cet enfants* » (I., agent MSF). Des mamans la considèrent comme une récompense (« *salama* » chez les peuls de Makouna), attestant que la maman s'est bien occupé de son enfant, qu'elle a bien suivi les conseils au CNT. Rien que pour bénéficier au plus vite de

cette ration de décharge, des mères d'enfants en traitement achètent, entre deux rendez-vous, des sirops multi vitaminés pour faire grossir l'enfant afin d'être libérées.

Les « bébés de la chance », ce sont ceux qui portent un bracelet après l'examen, et donc ont le « droit » d'être traités, ce qui permettra à leur mère d'avoir des rations. Dans tous les villages on les appelle « *kwamisu* ». Ce n'est plus une honte comme avant d'être atteint de *tamowa* ou de *kwamisu*. Au contraire, c'est valorisé car ces bébés sont des faire-valoir pour leurs familles, et même pour les voisins en cette période de crise alimentaire ; il y a redistribution de la famille « gagnante » vers d'autres familles, au nom de la compassion et de la solidarité. Le bracelet, c'est le signe qu'on a eu la chance. Le bracelet, c'est l'instrument qui permet aux agents de mesurer rapidement le tour de bras d'un enfant de moins de cinq ans et de pouvoir établir un premier diagnostic de son état nutritionnel. Des examens complémentaires (rapport poids/taille) seront ensuite nécessaires pour déterminer la gravité de cet état et soigner en conséquence. Un tour de bras inférieur à 11 mm est généralement le signe d'une malnutrition sévère. La malnutrition aiguë regroupe les formes sévères et modérées de la maladie. La malnutrition sévère se manifeste par une perte de poids extrême, pouvant entraîner la mort. Les enfants de moins de cinq ans, particulièrement vulnérables aux pénuries alimentaires, sont les premiers touchés. La malnutrition modérée entraîne une fragilité aux infections et représente le stade précédant.

Les agents MSF notent des scènes de désolation et de lamentation lorsque certains enfants ne sont pas retenus : *« c'est parce qu'ils ont réellement dans le besoin qu'ils sont venus. Nous avons des cas des enfants que nous appelons gros "bébés". Ce sont des enfants qui sont bien en forme et que les mères amènent. Après la pesée lorsque on explique à celles ci que leurs enfants ne sont pas malnutris, elles prennent acte mais nous disent que si on ne fait rien pour leurs enfants, ils risquent de devenir des malnutris, parce qu'ils n'ont plus rien à manger à la maison. C'est une situation réelle dont on ne se rend compte que quand on part sur le terrain. Lorsque on part sur un site on peut dénombrer près de 4000 mamans qui se présentent. Et, en dehors des enfants souffrants de malnutrition sévère, près de 30% du reste des enfants sont malnutris modérés (un agent MSF) »*. Les chefs de village ont enregistré de nombreuses plaintes de mères de familles : *« elles ne comprennent pas pourquoi on les convoque et on ne leur donne rien. Elles viennent nous dire qu'on les a fait déplacer sous la pluie et du vent. Elles ont passé toute une journée, affamées, et leurs enfants aussi. Puis on leur demande de rentrer mains vides. Elles ne comprennent pas, tout le monde a faim et on fait des sélections. Ce sont des situations très difficiles que nous avons géré en donnant parfois nous-mêmes quelque chose à ces femmes. Elles pensent que c'est nous qui donnons l'ordre. C'est pourquoi elles viennent nous embêter. Il m'est arrivé de me cacher pour ne pas subir le courroux des femmes »* (le chef de groupement peul ou rouga de Angoual Roumji, dit Douban, un village de plus de 2000 habitants). Généralement MSF a informé les chefs de village et de groupement afin de toucher un large public lors des séances de dépistage *« ils viennent nous informer au préalable et indiquent la date à laquelle ils vont venir. Au même moment ils nous donnent des bons de carburant pour aller informer les populations. La veille de la distribution ils viennent faire leurs installations. On invite les villages à venir par groupe de 3 à 5 villages »* (le chef de groupement peul ou rouga de Angoual Roumji). Les chefs de canton, de village ou de groupement à leur tour sollicitent les services d'un crieur public qui transmet le message dans tout le village en faisant parfois du porte à porte. Le jour indiqué, *« les femmes se mettent en rang et passent une à une devant des agents avec leur enfant »* (le chef de groupement peul de Angoual Roumji). Face à la désolation de ces femmes éconduites, des chefs s'érigent en médiateurs : *« Nous avons entrepris des démarches avec MSF et le préfet. Mais ils m'ont dit que, eux,*

*c'est cela leurs principes. Ils n'ont pas de la farine pour tous, par conséquent ils ne peuvent sélectionner tout le monde ».*

Confrontées à ce qui leur paraît comme une exclusion, et face à la faim, des femmes développent alors des stratégies et des ruses afin de pouvoir rentrer dans les programmes de MSF. Certaines se font fabriquer de faux bracelets à mettre au poignet de leur enfant, d'autres en achètent chez des agents véreux (2000 F ou 2500 F CFA /le bracelet). Selon, le maire de Safo Oubandawaki, *« Le bracelet est un petit anneau que MSF met au bras de l'enfant pour mesurer l'évolution de son état. Si le bras de l'enfant atteint le diamètre du bracelet, cela signifie que l'enfant a récupéré. Donc pour ce bracelet, MSF a fait beaucoup de mécontents »*. Le secrétaire municipal de Madarounfa explique lui que le bracelet est indispensable pour être reçu dans le programme MSF *« MSF ne te sert pas si ton enfant n'a pas de bracelet au pied »*. Selon K.M., fonctionnaire, *« il y a plusieurs sorte de bracelets. Il y a des bracelets d'opération mensuelle et il y a des bracelets d'hospitalisation. Il y a un bracelet quand on le met à l'enfant on l'évacue sur Maradi »*. Avec ces extraits, on remarque qu'il y a une multitude ou une pluralité de perceptions du bracelet. En réalité, la procédure pour être admise dans un programme MSF est la suivante : on mesure le périmètre brachial (PB). Mais à lui seul, le périmètre brachial seul ne suffit pas ; il faut l'associer au rapport poids/taille pour déterminer le degré de malnutrition. Ainsi quand le PB est inférieur à 110 et que le rapport poids - taille inférieur à moins 3 écarts types, alors, on suppose qu'il y a malnutrition sévère. Lorsque le PB est compris entre 110 et 114 et que le rapport poids - taille inférieur à moins de 2 écarts types, cela suppose l'existence d'une malnutrition modérée. En ce moment là, *« on place un bracelet portant un numéro à l'enfant »* (I., agent MSF). Toutefois, selon cet agent *« Si l'enfant ne rentre pas par le rapport poids - taille mais rentre par le BP, il est admis dans le programme. De même, si l'enfant présente des œdèmes bilatéraux il est aussi admissible »*. Sur le bracelet, est indiqué un numéro d'identification de l'enfant son nom, son prénom, et les initiales de sa provenance ; c'est ce qui permet de le repérer. Tricher avec les bracelets est aussi une épreuve angoissante car des agents vigilants ont pu repérer des tricheuses (ils coupent le bracelet); dans ce cas là, c'est *« la route de la honte »* (*« hanya koumya »*) qu'on emprunte. Les tricheuses redoutent cette sortie peu honorable dont on parlera dans tout le village et même dans d'autres villages dont les femmes sont présentes (souiller sa réputation). Certaines femmes essaient de contourner cet obstacle en cherchant des alliés dans le CNT afin d'être retenues ; cette forme de tricherie paie parfois quand on a des PAC (parents, amis et connaissances) en rapport avec des agents du centre.

Des femmes *« empruntent »* des enfants déjà acceptés par les CNT (centre nutritionnel thérapeutique) pour les re-présenter en divers lieux (à des postes ambulatoires) : *« l'emprunteuse »* partage les vivres avec la mère du bébé (partage égal en deux ou parfois deux tiers pour *« l'emprunteuse »* et un tiers pour la vraie maman). Il y a même des mères qui essaient de produire chez l'enfant une mise en conformité avec les critères imposés par MSF pour *« avoir le bracelet »* (autrement dit avoir l'apparence de la malnutrition) en usant de certains produits ou certaines décoctions : *yakwa* (oseille), *sobo* (fleur de l'oseille blanc (*farin sobo*), pas le rouge (*jan sobo*)), *samia* (tamarin), *adwa* (plante sauvage toxique). Ils créent une diarrhée qui fait maigrir très vite l'enfant. Les agents MSF remarquent que certains bébés au départ refusés, présentent par la suite des signes de malnutrition. Selon Z., un agent MSF, *« les mères des gros bébés nous expliquent que même si leurs enfants ne sont pas malnutris ils sont susceptibles de le devenir parce qu'ils n'ont rien à manger. Certaines reviennent plusieurs fois ; nous pesons et l'enfant ne présentent pas de malnutrition. Au bout de 4 et à 5 fois, on se rend compte que l'enfant est malnutri modéré (...) Si nous ne faisons pas quelque chose pour cet enfant qui présente déjà une malnutrition modérée, alors*



*prochainement, il nous sera présenté sous la forme sévère. Et à notre avis c'est le manque qui en est la base.* ». Le plus efficace de ces produits ou décoctions (mais le plus dangereux), seraient les fleurs de l'oseille blanche (malaxé dans une petite quantité d'eau qu'on fait boire à l'enfant). 1 journée suffirait, tandis que pour les autres, il faudrait au moins deux jours. Viennent ensuite les feuilles d'oseille crues « *même consommé une fois, ça provoque la diarrhée. Mais pour avoir l'effet escompté, on donne 2 fois : les yeux rentrent, le ventre et les fesses aussi ; l'enfant devient comme ce que kwamisu cherche et il est retenu. Si ce n'est pas au dispensaire (likita), on ne peut pas arrêter ce type de diarrhée, sinon l'enfant va mourir* » (A. M.). Ces techniques, elles les apprennent de bouche à oreille, par la rumeur ou, malencontreusement, par des agents des CNT qui, par ironie devant les lamentations des mères non admises, s'écrient « *Va donner du tamarin ou de l'oseille à ton enfant si tu veux qu'il ait la diarrhée. On dit ça pour qu'elle ait peur de la diarrhée, qui est une maladie parfois mortelle, mais elles n'ont aucune conscience du risque* » (une infirmière du CRENI de Maradi). Mais selon Réki, mère hospitalisée au CRENI de Maradi, « *Toute femme ayant un peu d'esprit d'analyse sait que c'est ironique et c'est une grande insulte à son égard que de lui conseiller de faire mal à son enfant* ». Hélas, quelques femmes ont essayé ces techniques. Une femme chargée de la surveillance nutritionnelle des enfants dans son village précise que « *dans notre village il y a 69 femmes qui ont été à kwamisu. Parmi ces 69, plus de 30 ont donné à leurs enfants de l'oseille* ». Souvent, l'enfant est déjà maigre, mais risque de ne pas « passer l'examen » : une diarrhée va permettre de lui donner de meilleures « chances ». Le risque est faible, selon les mères, puisqu'on va l'amener directement chez les docteurs. Et l'enjeu est important : la nourriture d'abord, les félicitations du village, aussi, face à une épreuve dont la mère est sortie victorieuse. Face à des ressources rares, l'aide alimentaire a induit des effets collatéraux ou pervers, des comportements stratégiques chez les bénéficiaires; toutes les stratégies sont expérimentées. On peut supposer que ces stratégies sont le signe de la « gravité » de la crise alimentaire : si les mères adoptent de telles stratégies pour capter les aides, c'est pour l'alimentation du ménage (soit qu'on utilise les produits bruts tels que MSF les a fournis, soit qu'on les vende pour acheter à manger ce qu'on a l'habitude de manger).

**Cas 6 : Mme M.A de Safo Nassarawa (mère de 6 enfants) a fait le tour de plusieurs CNT ou ambulatoires afin de recevoir de la nourriture.** Elle a utilisé son capital social (une parente, et des femmes agents de MSF qu'elle avait connues lors d'un premier cas de malnutrition, etc.). Son époux est cireur de chaussure à Maradi, mais surtout exodant vers le Nigeria du début des récoltes au début de la saison pluvieuse. Elle a déjà eu un enfant malnutri en 2001. Elle a un champ de 0,5 ha offert par son époux qui lui-même en a 3 hérités de son père. Tous les deux, ils produisent du mil, du sorgho, des arachides (quelques fois) et du haricot. En 2003-2004, elle a récolté 5 bottes de mil, aucune tia de haricot : « *ça n'a pas produit parce que non seulement il n'a pas plu suffisamment mais aussi le haricot nécessite un traitement phytosanitaire qui demande de l'argent* » ; elle a récolté 1 botte de sorgho et un sac d'arachides. En 2004, elle n'a récolté que 2 bottes de mil « *parce que le mil était arrivé au stade d'épiaison, lorsque la pluviométrie s'était arrêtée* », elle a eu 5 tias de haricot, « *une variété hâtive* », et aucune botte de sorgho, elle n'a eu qu'une demi tia d'arachide. En 2005, elle a produit 5 bottes de mil, 10 tias de haricot, 2 bottes de sorgho, « *comme je n'avais pas de semis je n'ai pas produit l'arachide* ». Elle remercie les CNT car c'est grâce à leur farine que sa famille a survécue à la crise alimentaire 2005.

*Q A partir de quel moment vous avez commencé à consommer la farine dont vous aviez parlé ?*

*R : C'était au début de la saison des pluies que nous avons commencé à consommer cette farine. L'écho nous était parvenu comme quoi on place des bracelet aux enfants, on ne sait pas ce que cela signifie. Nous étions parti à Djiratawa, c'est là-bas que ça se passe. Nous avons trouvé un grand monde qui venait de tous les villages environnants. Les gens étaient si nombreux qu'il faut avoir de la chance pour que l'enfant ait le bracelet.*

*Nous fumes parmi les chanceux et on nous a donné rendez-vous 4 jours après pour aller prendre la farine et de l'huile.*

*Q : Vous avez parlé de la farine que vous aviez mangée pendant la saison sèche, où est-ce que vous trouvez ça ?*

*R : C'est de la farine qu'on nous donnait après les pesées des enfants à Safo.*

*Q : Et la farine de Djiratawa, comment elle est ?*

*R : Nous l'appelons ici "Garin pawo". On nous la donnait avec de l'huile.*

*Q : La farine qu'on vous donnait pendant la saison sèche, comment vous avez appris qu'on le distribuait ?*

*R : C'est au dispensaire de Endoumé qu'on nous le donnait. C'est de la farine du mil fis ( ??? ) qu'on distribue avec du lait et de la farine de tourteau.*

*Q : Vous avez parlé du dispensaire de Safo tantôt, est ce que vous pouvez expliquer davantage ?*

*R : En fait la farine est distribuée après chaque pesée des enfants, autant au dispensaire de Safo qu'au dispensaire de Endoumé. Moi j'ai les deux carnets. Je fais la pesée au niveau des deux dispensaires. Au début je n'avais que celui de Safo. Mais comme j'ai une tante qui travaille au dispensaire de Andoumé, c'est elle qui m'a demandé de m'inscrire chez eux.*

*Q : Qu'est-ce qu'on vous donnait à Safo ?*

*R : On nous donnait un sac de farine une fois par mois. On distribuait cette farine chaque dernier vendredi et jeudi du mois. Moi je partais les vendredi à Safo, les jeudi à Djiratawa. Même à Djiratawa c'est chaque fin de mois que l'on distribue cette farine.*

*Q : Tu étais partie prendre combien de fois dans les deux villages ?*

*R : J'étais parti 3 fois à Djiratawa et 3 fois aussi à Safo. Dans les deux villages, on reçoit un sac de farine et 5 litres d'huile, et on nous montre comment préparer la bouillie.*

*Q : Tu amènes toujours la même fille aux deux dispensaires ?*

*R : Oui c'est toujours avec la même fille.*

*Q : Elle doit avoir deux bracelets, comment tu fais alors ?*

*R : Vous savez les femmes sont méthodiques. Je sais faire la différence entre les deux bracelets. A chaque fois que je vais me rendre dans un centre donné, je lui place le bracelet correspondant et laisse l'autre à la maison.*

*Q : D'ici Djiratawa vous payez combien pour les frais de transport ?*

*R : On part à pied puis ce qu'on gagne, on le transporte sur nos têtes.*

*Q : Comment tu fais pour enlever ou placer le bracelet ?*

*R : Je ne le casse pas. Comme le pied est très petit et souple il est facile d'enlever et de remettre. Déjà le diamètre du bracelet est plus grand que le pied de la fille.*

*Q : Qu'est-ce que vous faite avec toute cette quantité de farine que vous recevez ?*

*R : Nous préparons la pâte avec. Aussi, je distribue une partie, parfois un sac à ceux qui n'ont pas eu. Il y a beaucoup de femmes qui viennent demander dès que j'arrive.*

*Le sac qui reste est destiné à notre consommation. Mais je ne vends pas.*

*Q : Quand tu avais amené ta fille, elle avait quel âge ?*

*R : Elle avait 4 mois.*

*Q : Comment est-ce que tu es parti là-bas ?*

*R : J'ai vu les gens partir amener leurs enfants et revenir avec de la farine et de l'huile, et moi aussi, j'étais parti. Mais on avait passé 4 jours avant d'avoir le bracelet.*

*Q : Donc ton enfant n'avait rien, tu l'avais seulement amené ?*

*R : Il n'avait rien. Le bracelet était placé à tout enfant qui est amené.*

*Q : Mais tu n'étais pas parti à kwamisu de Maradi ?*

*R : J'étais parti à kwamisu de Maradi mais ils avaient refusé de la prendre parce que, selon eux, elle n'avait pas l'âge. Mais après je suis partie à Madarounfa où j'ai été accepté à travers les connaissances que j'avais tissées avec deux dames qui travaillaient avant à kwamisu de Maradi, où j'avais amené alors mon enfant garçon. C'était pour cela que ma fille a été acceptée comme malade.*

*Q : Est-ce qu'on t'a hospitalisé à Madarounfa ?*

*R : Non mais j'y partais chaque semaine et jusqu'à 7 fois. C'était pendant la saison des récoltes passées.*

*Q : A la 7<sup>ème</sup> semaine qu'est-ce qu'on t'avait donné ?*

*R : On m'avait donné un sac de mil, un sac de haricot et 10 litres d'huile.*

*Q : Est-ce que là-bas à Madarounfa, on lui avait placé un bracelet ?*

*R : Oui on lui en avait placé.*

*Q : Elle avait déjà ceux de Djiratawa et de Safo ; comment tu avais fait alors*

*R : A l'époque, Safo et Djiratawa c'était fini.*

*Q : Tu avais payé combien pour les frais de transport de Madarounfa ?*

*R : Aller retour j'avais payé 1.000 F.*

*Q : Tu pars seule, ou bien accompagnée ?*

*R : Parfois c'est mon mari qui m'amène à vélo.*

*Q : S'il t'amène à vélo alors tu dois partager avec lui !*

*R : Le mil je l'ai mis à sa disposition entièrement et je n'ai pas consommé ça. Le haricot, j'en ai partagé une partie avec les voisins. Ce n'est pas parce que j'ai eu un sac que je dois le vendre, alors que nous sommes pris en charge par le mari. Si je l'ai eu, c'est grâce à la permission d'aller qu'il m'a donnée. C'est comme ça, à chaque fois que je pars, il faut qu'il me l'ordonne.*

*Q : Ton mari t'a amené combien de fois à vélo ?*

*R : 2 fois. Ce qui m'a permis d'économiser les frais de transport (2.000).*

Les stratégies de création des signes de la malnutrition ou de tricheries (trafic de bracelet, emprunt de bébés, mobilisation de capital social, ...) ne sont pas pratiquées avec la même intensité dans les sites d'enquêtes. Elles ont plus été évoquées et décrites par les femmes de Safo Nassarawa, et celles de la ville Madarounfa : un phénomène urbain ou périurbain ? La distance (l'éloignement) entre les CNT (CRENI et CRENA) et Makouna ou même Garin Liman a-t'elle été un facteur limitant pour de telles pratiques dans ces villages ? (Frais de transport, de nourriture, ..., accès au logement en ville en attendant d'être reçu?)

### *3.4.3 Une prise de conscience progressive de la malnutrition*

Remerciements et reconnaissance sont les premiers mots qui sortent des conversations au sujet des CNT et de MSF : « *Nous les remercions vraiment beaucoup car ce sont des enfants squelettiques qu'on amène là bas mais ils reviennent en embonpoint et tout ça est gratuit, nous ne dépensons rien* » (S.O. de Garin Liman). Pour l'iman de la grande mosquée de Madarounfa, « *c'est vraiment bien fait, ça été salutaire* ». Les familles remercient MSF aussi bien pour la prise en charge médicale que pour la prise en charge nutritionnelle : « *Imaginez une mère qui a son enfant malade durant des mois, elle n'a pas les moyens de le soigner. Quand elle nous l'amène, en une semaine son enfant est guéri. Voyez vous même sa joie et sa fierté* » (I.A.). Soumaï, une mère de Safo, apprécie particulièrement les aliments : « *à kwamisu, on aide les enfants avec la farine. Il y a beaucoup d'aliments riches que l'on donne à l'enfant, il y a du savon pour laver le linge. Si les femmes partent et reçoivent ces aliments, leurs enfants deviennent gros* ».

Autant que la gratuité des soins, ce sont les innovations introduites par MSF dans sa prise en charge (Plumpy'nut, centres ambulatoires, distributions de nourriture) qui, petit-à-petit, depuis 2003, amènent les parents à prendre conscience de la malnutrition. Tout le monde sait aujourd'hui que la maladie « *kwamisu* » est en partie liée à l'état nutritionnel de l'enfant, aussi bien en quantité qu'en qualité, mais les difficultés économiques, combinées avec le nombre élevé de personnes à charge et aux habitudes alimentaires, constituent un frein à la variation de l'alimentation et à l'amélioration de la qualité des repas. Convaincues de l'apport nutritionnel des « *biskit* » (Plumpy'nut), des mères n'hésitent pas à en acheter pour leurs enfants, malnutris ou non (75 F le sachet de Plumpy'nut auprès de mamans d'enfants en cours de traitement chez MSF ou bien au marché « *là où on prend le véhicule pour aller à Dakoro, l'ancien écogare* » selon Mme S.). Mme A.S<sup>56</sup>, femme peule de Makouna vante ici les mérites du plumpy'nut : « *le biskit stimule l'appétit, il ouvre le ventre de l'enfant, le calme et lui fait reprendre le poids. Tous les enfants qui mangent biskit retrouvent vite la santé* ». Cette femme, comme beaucoup d'autres, considère le plumpy'nut comme un médicament. Mme Asmaou de Safo Nassarawa, elle, remarque que « *biskit régénère le corps de l'enfant. Si biskit trouve quelque chose de mal dans le ventre de l'enfant, il le soigne. C'est pourquoi nous sommes heureuses chaque fois qu'on en donne à nos enfants* ». Certaines femmes achètent même de vrais biscuits pour leur enfant, en s'imaginant qu'ils contiennent les mêmes éléments nutritifs ou médicaux que le Plumpy'nut. Saadatou de Garin Liman attribue la rechute de sa fille malnutrie à l'arrêt de consommation du plumpy'nut : « *j'ai eu beaucoup de maternités mais j'ai perdu tous mes enfants. Seuls Adjara et son frère ont vécu. Quand on est parti en urgence à kwamisu, j'étais désespérée, je croyais qu'elle allait mourir. Grâce à Dieu et grâce aux gens de kwamisu, vous la voyez aujourd'hui. Là-bas, elle buvait le lait, elle mangeait biskit. On a été libéré parce qu'ils pensent qu'elle est guérie. Et pourtant, depuis notre retour, Adjara refuse de manger. C'est comme si elle a oublié nos aliments qu'elle mangeait avant. Elle refuse tout. Quand j'achète biskit auprès des femmes qui fréquentent actuellement kwamisu, elle en mange. Parfois j'en achète en sachet<sup>57</sup> (les femmes font de petits paquets avec ce qu'elles ont reçu) ou dans l'emballage d'origine. On ne peut pas avoir les mêmes quantités qu'à kwamisu. Alors Adjara est retombé malade* ».

HS, jeune maman (hospitalisée au CRENI de Maradi avec son enfant malnutri de 8 mois) pense que la présence de son enfant au CRENI est due à « *la diarrhée, les vomissements et la saleté* ». Mais après « *seulement 4 jours, tout va bien. L'enfant va mieux. Elle prend du lait et on lui donne des biscuits. Elle a même commencé à manger et à jouer ; le biscuit lui a ouvert l'estomac* ». HS voit dans le plumpy'nut un stimulant de l'appétit.

Autre changement important : la malnutrition ou, du moins, le *tamowa* lié au sevrage précoce en raison de la grossesse de la mère, n'est plus une honte, ce qui va en faciliter la prise en charge. Tamowa lié à la faim n'est plus aussi une honte : « *dans le temps, si un enfant avait tamowa, c'était une honte pour la famille. Les gens s'imaginaient que c'est une incapacité du chef de ménage à nourrir ses enfants ou sa famille. On dissimulait la maladie. Si ça devient grave (diarrhée persistante, fièvre, vomissement, maigreur) et que tu pars à likita, si le docteur dit que ton enfant a tamowa de la faim, il y en a qui pense que c'est un dénigrement. Maintenant, personne ne cherche à dissimuler ça. Avec kwamisu, on constate qu'il y en a dans toutes les maisons* » (Malam S.I., agriculteur de Garin Liman). Mme K.B de Safo Nassarawa explique sa stratégie de dissimulation (le

<sup>56</sup> Cette femme peule a eu 12 enfants dont 7 sont décédés entre 1 et 3 jours après le sevrage (« *yaye* »).

<sup>57</sup> Ce type de conditionnement « bricolé » sur place ne tient pas compte des règles d'hygiène.

mensonge) « avant, même si ton enfant a tamowa de la faim ou tamowa causé par le mauvais lait (la mère est malade ou bien elle est enceinte) ou encore tamowa lié à l'insuffisance du lait, tu caches ça. Si des curieux insistent, tu dis que ton enfant a tamowa lié à la maladie (daroji - dentition par exemple) : « il ne tète pas ou il tète peu ». Là, au cas où tu es enceinte, tu ne donnes pas le sein à l'enfant parce que les gens surveillent, et tu lui mets une amulette au cou. Ils savent qu'avec tamowa causé par le mauvais lait, l'enfant tète bien mais son état physique se dégrade. Avec tamowa de la faim, l'enfant tète mais comme la mère elle-même ne mange pas bien, elle n'a pas beaucoup de lait, alors l'enfant pleure souvent ».

La prise de conscience de l'existence de la malnutrition comme maladie est un grand bond en avant. Selon Mme Asmaou de Safo Nassarawa, « les gens n'ont plus honte parce qu'il y a kwamissu (les centres nutritionnels); dès que l'enfant est malade, on y va ». Cette crise nutritionnelle révélée par MSF a ouvert les yeux même aux services de santé nigériens et à certains partenaires, comme en témoigne le responsable de l'UNICEF à Maradi : « la crise alimentaire a permis d'améliorer nos stratégies ; jusqu'à présent, la malnutrition qui était le parent pauvre d'un secteur comme la santé, a commencé à prendre de l'ampleur. On commence de plus en plus à intégrer la dimension nutritionnelle au niveau des structures des SA. On demande qu'il y ait des activités claires au niveau des centres de santé dans le domaine nutritionnel, on réfléchit sur l'amélioration des outils d'animation en milieu communautaire. On a enfin un protocole national de prise en charge de la malnutrition. L'UNICEF travaille sur les aspects nutritionnel nous faisons les BC c'est en termes de stratégie. Ventre affamé n'a point d'oreilles. C'est une porte d'entrée dans la communauté. Donc c'est améliorer la sécurité alimentaire dans les familles vulnérables ».

## **Conclusion : la malnutrition a des racines multifactorielles non exclusives**

Les urgentistes et les humanitaires dessinent la situation nutritionnelle en trois éléments : disponibilité, accessibilité, et utilisation des ressources. Ces ressources peuvent être disponibles mais inaccessibles, ou mal utilisées ; elles peuvent être peu disponibles, peu accessibles mais bien utilisées, etc. Il y a plusieurs combinaisons possibles de ces trois éléments.

En 2005, ce tableau est noir. En termes de disponibilité, l'histoire montre que le Niger vit des déficits vivriers et crises alimentaires depuis plusieurs années. L'année 2005 aura été une année particulière : baisse de la production, en raison d'une insuffisance des pluies, et d'invasions acridiennes. La conséquence immédiate en a été la réduction draconienne du taux de couverture des productions. En termes d'accessibilité, les ménages sont dans un cycle de paupérisation depuis 1984 pour certains, 1998 ou 2001 pour d'autres. Il y a une baisse considérable du pouvoir d'achat ; or, la particularité de la crise alimentaire de 2005 est la flambée des prix des céréales. Dans ce cas, accéder à la nourriture ou à la santé, revient pour les familles vulnérables à modifier les pratiques socio-foncières : vente et mise en gage des champs et du matériel agricole pour ceux qui en ont, de moins en moins de champ pour certains ingrédients nécessaires à la préparation des sauces par les femmes (ce qui explique en partie le problème de la qualité des sauces)... Pour certains, c'est l'émigration, ... En termes d'utilisation, chez tout le monde, c'est la pauvreté du régime alimentaire ; chez la femme en grossesse ou la femme allaitante la situation n'est pas meilleure (*fura, tuwo, ku*) ; on consomme rarement de l'huile, alors que c'est une zone à économie arachidière et huilière ; on consomme peu de viande, alors que toutes les femmes ont des petits ruminants (c'est la « sécurité sociale » des femmes en cas de difficulté). Chez les enfants, il y a les tabous alimentaires sur la consommation de viande, d'œufs et parfois de lait de chèvre ; et la malnutrition commence pour certains dans le ventre de la mère,

Plusieurs facteurs ou causes expliquent la malnutrition. Le niveau de production, la répartition ou la redistribution de la production à l'intérieur du ménage ou de la famille, la taille de l'exploitation agricole, les types de cultures pratiqués, la proximité des marchés, le niveau de revenus, sa répartition et le pouvoir d'achat des familles, la qualité et la quantité des repas consommés, la succession des repas en famille, les habitudes alimentaires (concernant les bébés, les jeunes enfants et les femmes enceintes), les modalités du sevrage, le comportement devant certaines denrées alimentaires (œuf et viande par exemple), les représentations des maladies et les entités nosologiques populaires, la méconnaissance de la malnutrition comme problème relevant des centres de santé, le rang et la position sociale de l'individu, la pression démographique, l'inaccessibilité géographique et financière des soins, etc, tous ces facteurs sont à prendre en considération pour comprendre le phénomène de la malnutrition dans la zone de Madarounfa. L'alerte donnée par Malthus (1798) sur le problème de l'alimentation et de la population est aussi un problème important (absence de planning familial). Certains de ces facteurs sont structurels, d'autres sont saisonniers, périodiques, occasionnels. Il n'y pas des facteurs socio-anthropologiques d'un côté et des facteurs économiques, démographiques, médicaux, etc. de l'autre, qui dominent. Il y a plutôt combinaison voire enchevêtrement de plusieurs facteurs. En conséquence, diversité de production n'est pas synonyme de bonne alimentation, déficit vivrier n'est pas synonyme de malnutrition, etc. La malnutrition apparaît certes dans les ménages vulnérables mais aussi dans les ménages moins vulnérables.

Trois grandes conclusions se dégagent de ce travail de recherche :

1) Il y a bien eu des crises, crises chroniques et crises conjoncturelles, dans la région de Madarounfa : crise chronique du système agricole et pastoral, et crise conjoncturelle en 2005. La crise alimentaire en 2005 est bien une réalité et elle a été durement ressentie par les populations les plus vulnérables comme en témoignent toutes les stratégies développées. Certaines de ces stratégies sont nouvelles, mais la plupart sont anciennes et ont été modifiées, réaménagées.

2) Cette crise alimentaire pose la grande question de la paupérisation des populations, un processus dans lequel elles s'enlisent depuis la crise alimentaire de 2001, et dans laquelle elles n'ont pas encore trouvé une voie de sortie.

3) La malnutrition est un phénomène chronique, structurel dans la zone de Madarounfa.. En 2005, elle a permis de révéler la crise alimentaire.

On ne peut toutefois pas en déduire qu'il y aurait nécessairement eu plus de malnutris à Madarounfa. On a plutôt la certitude que, grâce à MSF et à sa nouvelle politique de prise en charge de la malnutrition mise en place depuis 2003 (création de CNT, introduction de compléments nutritionnels prêts à l'emploi, revue à la baisse de la durée d'hospitalisation des malnutris, recours à des distributions de nourriture si nécessaire), les mères ont afflué dès avant la crise de 2005, et la malnutrition a commencé à être perçue par les familles comme un problème de santé. Il faut y adjoindre la gratuité des soins chez MSF, contrairement à ce qui se passe dans le système de santé public (recouvrement des coûts), qui a levé du coup la barrière économique de l'accès aux soins. Les mères ont fréquenté les centres nutritionnels quelle que soit la maladie dont souffre leur enfant ; elles étaient persuadées qu'elles n'auraient pas à déboursier un sou comme elles le feraient dans les CSI nigériens. La revue à la baisse de la durée d'hospitalisation, associée à la multiplication des centres ambulatoires, leur a permis de soigner leur enfant tout en vaquant à leurs occupations (elles sacrifient seulement un jour pour se présenter au centre ambulatoire afin de vérifier l'état ou l'évolution de la santé de leur enfant). Les compléments nutritionnels sont si appréciés que, désormais, même les mères d'enfants non malnutris en réclament pour leurs enfants, et d'autres achètent des biscuits ordinaires pour leur enfant. C'est un grand pas en avant car il s'agit d'une prise de conscience de l'état nutritionnel de l'enfant. Ceci pourrait expliquer la courbe ascendante des taux de malnutritons à partir de 2004.

En 2005, les premières distributions aux tout-venants ont contribué à lever la barrière de méfiance des mères vers les centres de récupération nutritionnelle. La crise alimentaire de 2005 a achevé de convaincre les mères et les familles de l'importance de la prise en charge nutritionnelle des enfants. De plus, le prestige social attachée au fait de revenir au village parce que l'on a bénéficié de distributions de nourriture grâce à l'enfant (et à son bracelet) a fini de faire tomber la méfiance attachée autrefois à la récupération nutritionnelle médicalisée. Ce n'est plus une honte, loin de là, d'avoir un enfant malnutri dans sa famille. Et quand il y en a un, la mère sait où s'orienter. La hausse spectaculaire des admissions en 2005 y trouve sans doute une de ses explications.

### ***Bibliographie sélective***

Atta, S., Seroussi, M., Kourguéni, I., A., Koché, H. et Barrère, B., 1998 : Enquête démographique et de santé, Niger. Claverton, Maryland, USA : Care International/Niger et Macro International.

CARE International Niger et BARA/Université d'Arizona, 1997 : Evaluation de la sécurité des conditions de vie dans le département de Maradi.

Doka, M. et Monimart, M., 2003 : Pression foncière et nouvelles formes d'accès à la terre: vers une déféminisation de l'agriculture au sud Niger? Londres, IIED.

Delpeuch, F., 2006 : Evaluation du dispositif de prévention et de gestion des crises alimentaires du Niger durant la crise de 2004-2005 : Synthèse concernant les aspects nutritionnels. IRAM

Egg, J. et al, 2006 : Evaluation du dispositif de prévention et de gestion des crises alimentaires du Niger : rapport principal. IRAM

Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J-P., (eds) 1999 : La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Paris, PUF.

Koné, M., 2006 : Evaluation du dispositif de prévention et de gestion des crises alimentaires du Niger durant la crise de 2004-2005 : enquêtes sur la région de Maradi. IRAM

Mouchenik, décembre 2002 : Mission psycho-anthropologique dans le CRENI de Maradi, Niger

Moussa, H., 2004 : La pratique de la planification familiale en milieu rural : cas du district de Kollo , Etudes et travaux du LASDEL, 23

Moussa, H., 2006 : Etude socio-anthropologique sur la sous-utilisation des services de santé de la reproduction dans 5 districts sanitaires de la région de Zinder (rapport d'enquête)

ORSTOM-EHESS-CNRS, 1996 : Programme de recherche « concepts et conceptions populaires relatifs à la santé et à la maladie (Sahel ouest-africain). Vol IV : quelques entités nosologiques populaires (suite). Marseille, document de travail.

PAM et HKI, 2005 : Evaluation de l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois dans les régions rurales de Maradi et de Zinder. Rapport de deux enquêtes. Niamey (avril 2005).

Raynaud, C., Meslet, B. et al., 1992 : L'approche sociale de l'alimentation. L'Enfant en milieu tropical, 201.

Raynaud, C., 1990 : Inégalités économiques et sociales. Exemples haoussa au Niger. In Fassin, D., et Jaffré, Y., (eds) : 136-154.

1989 a: La culture irriguée en pays haoussa nigerien. Aspects historiques, sociaux et techniques. Etudes Rurales, 115-117 : 105-128.

1989 b : Disparités économiques et inégalités devant la santé à Maradi (Niger). In Salem, G. & Jeannée : 477-503

1983 : La crise des systèmes de production agro-pastorale au Niger et en Mauritanie. In Raynaud, (ed) : 79-98.

1978 : Aspects socio-économiques de la préparation et de la circulation de la nourriture en pays haoussa. Cahiers d'Etudes Africaines, Paris, 68, XVII-4 : 569-597.

1977 : Circulation monétaire et évolution des structures socio-économiques chez les Haoussas du Niger. Africa, Londres, 47 (2) : 160-171.

1975 : Le cas de Maradi (Niger). In Copans, J. (ed) (T2) : 5-43.