

FAITS SAILLANTS

- La situation épidémiologique a été difficile en 2013 pour le Niger et risque de l'être encore en 2014. Plus de moyens sont nécessaires pour y répondre.
- Les premiers réfugiés maliens quittent le Niger alors que d'autres y arrivent.
- L'appui au système communautaire de référencement médical, une initiative de résilience qui fait école à Tahoua.
- Plus de 15 000 sinistrés des suites d'inondations à Diffa

CHIFFRES CLÉS

Population totale	17 M
Nb. de réfugiés maliens au Niger	50 000
Classement IDH (sur 186)	186
Pop. ayant fui le Nigéria vers Diffa	37 000
Taux de MAG chez les < 5 ans	13,3%
Pop. sans accès à l'eau potable	48%
Sources : CAP 2013, UNDESA, HCR, UNDP, UNICEF	

Inondations 2013

Nb de ménages affectés	26 232
Nb de personnes affectées	232 833
Nb de morts	29
Superficie des cultures inondées	6 872ha

FINANCEMENTS

355 millions
fonds requis (en US\$)

74%
financés



Au sommaire

Situation épidémiologique P.1

Réfugiés maliens P.3

Référencement médical P.4

Inondations P.6

Situation épidémiologique difficile en 2013 pour le Niger, même tendance pour 2014

Selon les statistiques de la Direction de la surveillance et de la riposte aux épidémies (DSRE), le nombre de cas notifiés du début janvier au 11 novembre 2013 pour la plupart des maladies ou pathologies sous surveillance montre une tendance soit stationnaire, soit à la hausse par rapport à la situation en 2012.

Seul le choléra, évoluant dans les régions riveraines du fleuve Niger depuis 2010, sort du lot en enregistrant une baisse tendancielle significative du nombre de cas par rapport aux deux dernières années (voir tableau). L'épidémie de choléra de cette année a été circonscrite dans une région grâce à une meilleure coordination et synergie d'actions entre les différents acteurs dans la sensibilisation et la prise en charge des cas. Cependant, comme pendant les deux dernières années, le taux de létalité reste supérieur à 2%, au-dessus de la norme recommandée par l'OMS (<1%).

La rougeole est l'une des épidémies ayant connu des flambées en nombre de cas ces trois dernières années, affectant 38 districts sanitaires sur les 42 que compte le pays. A six semaines de la fin de l'année 2013, le Niger a déjà notifié le double de cas enregistrés en 2012, même si cela reste nettement au-dessous du pic de 2011. L'insuffisance de la couverture vaccinale serait la cause principale de cette flambée¹.

Une des pathologies ré-émergentes cette année par rapport à l'année dernière est la diphtérie : 69 cas de syndromes diphtériques dont 22 décès en 2013 contre seulement deux cas suspects une année plus tôt. Ces syndromes diphtériques ont été notifiés dans la zone frontalière avec le Mali chez des populations nomades. La faiblesse de la couverture vaccinale de cette population suite notamment aux problèmes sécuritaires dans cette zone en serait la cause.

Pathologies	Cas et létalité 2011	Cas et létalité 2012	Cas et létalité 2013*	Tendance par rapport à 2012
Choléra	2 426 2,4%	5 217 2,1%	575 2,2%	↓
Diphtérie	0 0%	2* 0%	69 31,9%	↑
Rougeole	10 568 0,4%	1 730 0,4%	3 589 0,6%	↑
Méningite	1 204 12%	292 18,4%	289 14,5%	↔
Paludisme	2 601 176 0,1%	3 578 422 0,1%	3 364 450 0,08%	↔
Malnutrition	653 104	746 971	822 896	↑

Plus de 3 000 décès liés au paludisme enregistrés depuis le début de l'année sur un total de 3 364 450 cas.

Par ailleurs, le paludisme reste une pathologie affectant le plus grand nombre de personnes, notamment les enfants (40%) et les femmes enceintes (2%). Il est également la première cause de mortalité et de morbidité. Depuis le début de l'année, plus de 3 000 décès liés au paludisme ont été enregistrés sur un total de 3 364 450 cas. On reste sur la même tendance qu'en 2012.

Enfin, selon la DSRE, 822 896 cas de malnutrition aiguë dont 483 613 modérés et 339 283 sévères ont été notifiés à la mi-novembre. Certaines maladies comme la rougeole, les diarrhées, les infections respiratoires aiguës et le paludisme précipitent les enfants dans la malnutrition et, inversement, la malnutrition a tendance à aggraver ces maladies chez les enfants de moins de cinq ans. Selon les experts, ce cercle vicieux entre malnutrition et infections passe par l'immunité et devrait être pris en compte dans la prévention et la réponse aux deux phénomènes pour plus d'efficacité.

Tillabéry, région à situation épidémiologique particulière en 2013

Avec environ 33% des cas de rougeole rapportés en 2013, plus de 70% des cas de choléra, la quasi-totalité (98%) des cas confirmés de diphtérie, près de 17% des cas de paludisme, la région de Tillabéry a affiché un tableau épidémiologique des plus sombres au cours de cette année. Cette région est particulièrement affectée par



Crédit: DSRE
Région de Tillabéry, Niger (2012) – L'accès à l'eau reste un des grands défis dans la lutte contre le choléra.

des mouvements de populations, notamment en provenance du Mali, et abrite une partie des populations nomades. La faible couverture vaccinale au sein de cette franche de la population, l'accès limitée en quantité et en qualité à l'eau dans certaines zones, ainsi que le faible niveau de connaissance sur les bonnes pratiques sanitaires sont parmi les causes de la persistance de certaines épidémies dans cette région. Une attention au système de santé pourrait aider à protéger les populations, notamment les enfants à l'âge scolaire, de certaines maladies dont le choléra et la diphtérie.

D'énormes défis persistent pour 2014, plus \$ 8,9 millions nécessaires pour lutter contre le choléra, la rougeole et la méningite

US\$ 1,5 million

Du CERF a aidé à soutenir la réponse rapide Santé et WASH contre l'épidémie de choléra en 2013

Selon l'analyse des besoins humanitaires par le cluster Santé, la situation épidémiologique en 2014 risque de s'inscrire dans la continuité de 2013.

Malgré les actions réalisées par des autorités nigériennes avec l'appui des différents partenaires, notamment en

termes d'investigations des foyers épidémiques, de confirmation des cas, d'élaboration et de mise en œuvre des plans de riposte, etc., de nombreuses contraintes persistent. Au nombre de celles-ci, on a la faiblesse des ressources, l'insuffisance de collaboration transfrontalière dans la lutte contre les épidémies, la faible capacité des laboratoires des régions dans la confirmation des cas et le nombre insuffisant d'agents formés.

Le manque de ressources peut s'avérer capital dans la lutte contre les épidémies en 2014. Cette année, la lutte multisectorielle contre le choléra dans la région de Tillabéry a souffert de l'insuffisance de financement. Pour mieux préparer la lutte contre les épidémies de choléra, rougeole et méningite en 2014, un plan de US\$ 8,9 millions (FCFA 4,5 milliards) a été élaboré par l'Etat avec l'appui de certains partenaires, notamment l'OMS, l'UNICEF et la Croix Rouge Française. Ce plan s'articule autour de la surveillance épidémiologique et microbiologique, la prise en charge correcte et gratuite des cas, la sensibilisation, la coordination, et prend en compte le suivi et l'évaluation. Il reste que les moyens d'intervention doivent être mobilisés et à temps, y compris pour d'autres secteurs pouvant influencer sur la situation épidémiologique dont l'Eau, l'hygiène et l'assainissement.

Les premiers réfugiés maliens quittent le Niger, d'autres y arrivent

> 5 000

Réfugiés maliens ont exprimé le souhait de retourner chez eux, 218 ont déjà quitté le camp de Mangaize

Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et la Commission nationale d'éligibilité au statut de réfugié (CNE) ont lancé depuis le 20 novembre un processus d'aide au retour volontaire pour ceux des réfugiés maliens qui en ont exprimé le souhait. Pour le HCR, ce

processus qui fait suite à la demande des réfugiés à retourner dans leur pays évitera que ces derniers ne vendent leurs biens ou ne s'endettent pour autofinancer le voyage. Mais l'agence onusienne des réfugiés estime que les conditions sécuritaires et de vie actuelles au nord du Mali ne permettent pas d'y soutenir un rapatriement volontaire organisé et n'encourage pas les retours.

Toutefois, malgré les contraintes sécuritaires et le manque d'infrastructures de base, certains réfugiés maliens ont décidé, depuis quelques mois, de retourner de manière spontanée dans le nord de leur pays. Environ 5 000 réfugiés (plus de 1 000 ménages) ont approché le HCR pour une aide au rapatriement volontaire dans les prochains mois. Un premier groupe de 218 réfugiés a déjà quitté le camp de Mangaize dans la région de Tillabéry depuis la fin du mois de novembre. D'autres groupes devraient suivre en décembre, notamment 2 162 personnes au départ du camp d'Abala, 126 réfugiés de Mangaize et près de 300 autres au départ de Tabareybarey.

Selon le HCR, ces personnes rentrent dans la région de Gao au Mali, essentiellement dans le cercle de Menaka. Les réfugiés candidats au retour volontaire ont été informés des conditions dans les zones de retour. Ce briefing fait partie des facilités qui leurs sont accordées pour s'assurer qu'ils font un choix libre et éclairé. Le HCR leur fournit une aide forfaitaire individuelle équivalente à 70 USD ainsi qu'un formulaire de rapatriement volontaire (VRF) pour faciliter le voyage et le renouvellement de leur documentation civile. Une coordination est assurée avec le HCR et la communauté humanitaire au Mali pour faciliter leur réintégration. Cependant, l'accès et l'assistance humanitaire dans le nord du Mali restent limités.

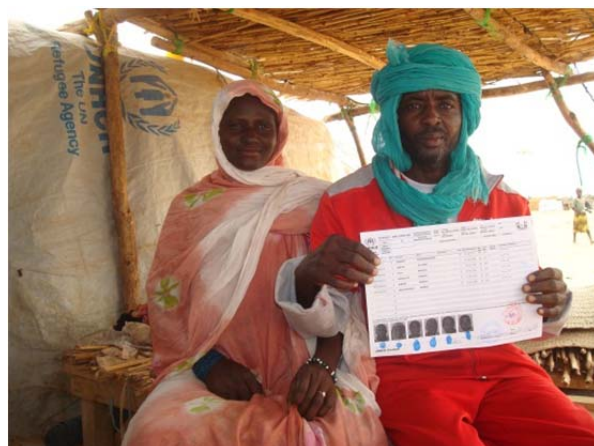
Des dizaines de milliers de maliens toujours au Niger, d'autres y arrivent

Alors que les premiers groupes de réfugiés maliens quittent le Niger, les autorités nigériennes et le HCR font état de nouvelles arrivées en provenance du Mali, principalement vers la région de Tahoua.

Au cours du mois de novembre, plus de 2 000 personnes sont arrivées dans les zones d'accueil d'Intikane et de Tazalit. A ce jour, 1 330 réfugiés maliens ayant fui l'insécurité dans les régions de Gao et de Kidal ont déjà été enregistrés par le HCR et la CNE.

L'enregistrement et la vérification se poursuivent pour d'autres. Ces mouvements de retour volontaire et d'arrivée des réfugiés maliens, témoignent du caractère encore fragile et évolutif de la situation dans certaines zones de leur pays. D'où la nécessité d'apporter une réponse plus adaptée aux besoins spécifiques de chaque réfugié.

Lors du lancement de l'opération des retours volontaires, le Gouvernement du Niger – via le HCR et la CNE – avait réitéré son engagement à continuer à accorder l'asile, la protection et l'assistance aux réfugiés maliens se trouvant sur son territoire. Une garantie de protection nécessaire pour tous ceux qui ont fui le Mali depuis début 2012 et pour ceux qui continuent d'arriver au Niger.



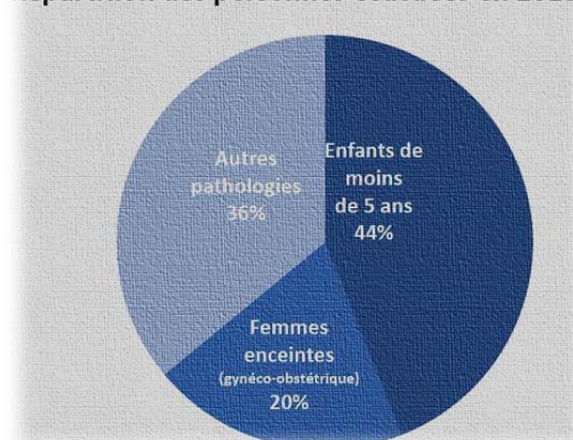
Crédit: UNHCR
Camp de réfugiés de Mangaize, Ouallam, Tillabéry, Niger (novembre 2013) – Réfugiés maliens candidats au retour.

Alors que certains retournent, d'autres réfugiés arrivent du Mali, montrant la fragilité et la volatilité de la situation dans certaines zones de ce pays.

L'initiative communautaire de référencement médical fait école à Tahoua

Dans le cadre de la lutte contre la mortalité infanto-juvénile et maternelle, l'ONG Médecins du Monde (MDM) met en œuvre, depuis 2005, un programme de gratuité des soins de santé primaire pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans dans la région de Tahoua. Ce programme a permis une réduction sensible des taux de mortalité dans ces deux catégories – la mortalité infanto-juvénile est passée de 198 à 130 pour mille et maternelle de 648 à 554 pour 100 000 naissances vivantesⁱⁱ. Cependant, la non

Répartition des personnes évacuées en 2013



prise en charge des cas nécessitant une évacuation médicale par le programme de gratuité constitue un véritable goulot d'étranglement pour assurer des soins de santé primaire gratuits aux femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans dont les cas nécessitent une évacuation médicale.

Dans ce contexte, l'ONG MDM qui milite pour l'universalité des soins de santé primaires par la levée des barrières financières, s'est lancée depuis mai 2009 dans l'appui à l'implication des collectivités locales du district sanitaire de Keita, dans le renforcement des systèmes de référencement (évacuation) médical.

Ce système de référencement consiste au versement d'« un centime » additionnel sur toutes les catégories de soins afin de prendre en charge les évacuations des centres de santé vers les hôpitaux de référence.

Deux districts couverts, plus de 2 782 évacuations médicales depuis 2009

Le soutien de MDM en 2009 à l'institutionnalisation du système de centime additionnel (évalué alors à 100 FCFA, soit à peine \$ 0,20) s'est fait à la suite d'une étude et de certaines résolutions prises pour améliorer l'organisation de l'initiative communautaire de référencement médical. Chaque patientⁱⁱⁱ se présentant dans une structure de santé du district sanitaire (case de santé, centre de santé intégré, hôpital, etc.) devrait alors s'acquitter du centime additionnel. MDM a investi au départ près de FCFA 23,7 millions (un peu moins de 50 000 dollars américains). Ce paiement qui comprend également les centimes additionnels des personnes couvertes par la gratuité (enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes) devrait aider à faire face aux différents frais de référencement dont la maintenance des véhicules, le carburant, la communication, les frais administratifs, etc.

Mise en œuvre du système de référencement de mai 2009 à août 2013

	2009 (mai à déc.)	2010	2011	2012	2013 (août)	Total/moyenne générale
Nombre de cas évacués	413	595	604	637	533	2 782
Coût moyen carburant par évacuation (F CFA)	10 201	10 487	11 893	7 871	3 836	8 877
Coût moyen total par évacuation (F CFA)	24 349	17 691	23 346	16 651	6 857	17 593

Depuis lors, le système a permis l'évacuation de plus de 2 782 personnes et la réduction à plus du tiers des coûts moyens par évacuation entre 2009 et 2013. Sur les 867

64% des 867 personnes évacuées du début de l'année à la fin du mois de septembre 2013 sont des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes (cas gynéco-obstétricaux).

Lors de la campagne des cultures irriguées 2012-2013, la FAO avait appuyé 150 000 exploitants dont plus de 30% des femmes.

personnes évacuées fin septembre 2013, il y a eu 385 enfants de moins de cinq ans, 173 femmes enceintes (pour des problèmes gynéco-obstétricaux) et 309 autres pathologies concernant les personnes de plus de cinq ans.

En juin 2012, ce système qui est actuellement géré par les équipes cadres du district et les communes a été dupliqué au district sanitaire d'Illéla. Il bénéficie actuellement des contributions financières des collectivités et autres organisations communautaires, facilitant ainsi l'évacuation médicales de centaines de personnes qui ne pouvaient en bénéficier autrement.

Extension de l'initiative, gage de sa pérennité et du référencement médical pour tous

MDM mène depuis 2012 un plaidoyer pour le renforcement de ce système et, surtout, son extension en vue de garantir la possibilité de référencement à tous. Au niveau régional à Tahoua, des réflexions sont en cours, notamment avec la Direction régionale de la santé et le Conseil régional pour le passage à l'échelle. Ce passage qui sera d'un grand bénéfice pour la santé des populations de la région, constitue, à en croire certaines études, le seul gage à sa pérennité. L'appui à cette initiative endogène de prise en charge peut faire école dans le cadre du renforcement de la résilience des communautés, un des objectifs que vise la communauté humanitaire au Niger en 2014.



Crédit: MDM
Tahoua, Niger (sept. 2013) – Une ambulance ayant à bord un malade, un infirmier et les accompagnants en évacuation vers le centre hospitalier/maternité régional Tassigui

Début de la campagne des cultures irriguées sur fond de déficits en intrants agricoles

La campagne des cultures irriguées 2013-2014 a été lancée le 14 novembre dernier, à Diffa, par les autorités nigériennes. Selon les prévisions, ce sont 115 000 hectares qui devront être emblavés sur toute l'étendue du pays pour une production attendue d'environ 400 000 tonnes d'équivalent céréalier.

Cette campagne bénéficie de l'appui des partenaires humanitaires dont l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) qui a pu fournir l'essentiel de son appui tant en semences qu'en intrants agricoles. Malgré cet appui et ceux d'autres partenaires, il reste que les besoins exprimés en semences et intrants agricoles ne sont pas totalement couverts.

Au regard des déficits importants encore à couvrir, des efforts de mobilisation sont encore nécessaires pour permettre aux agriculteurs de mieux mener à bout cette campagne irriguée, la campagne agricole principale ayant donné des résultats déficitaires

Semences et Intrants	Besoins exprimés	Intrants disponibles	Besoins non couverts
1.1 semences potagères			
Oignon (kg)	13 027	1800	11227
Tomate (kg)	1 421	550	871
Laitue (Kg)	1108	200	908
Chou (kg)	3625	2400	1225
Carotte (Kg)	910	500	410
1.2 semences de céréales/Légumes			
Mais (tonnes)	279	400	-121
1.3 Racines-tubercules			
Pomme de terre (T)	2 090	1 094	996
2. Equipements et petits matériels			
Kits (arrosoirs, pelles, brouettes, râteaux)	23 790	2500	21 290

(343 566 tonnes de déficit céréalier brut) suite notamment à la perturbation de la saison des pluies et aux inondations qui avaient détruit de nombreux hectares des cultures.

Selon le système d'alerte précoce du Gouvernement (Rapport Analyse Cadre Harmonisé de novembre 2013, CC-SAP/PC), 924 170 personnes ont actuellement besoin d'une assistance alimentaire d'urgence. Dans ces conditions de précarité de la situation alimentaire, une mauvaise campagne des cultures irriguées suite notamment au manque de semences et d'intrants, ne serait pas de nature à améliorer la situation dans les mois à venir.

Au cours de la campagne des cultures irriguées 2012-2013, environ 106 000 hectares avaient été emblavés permettant de produire près de 2,1 millions de tonnes, toutes cultures confondues, soit un équivalent céréalier d'environ 355 317 tonnes. La FAO avait alors contribué pour 3 421 kg de semences potagères ; 670 tonnes de pomme de terre et 136,5 tonnes de maïs. Elle avait appuyé 150 000 exploitants dont plus de 30% de femmes. Les rendements et superficies avaient augmenté avec toutefois des niveaux de production relativement faibles chez les femmes, en raison de leur accès limité à la terre. Les revenus tirés de la vente des produits maraîchers avaient permis aux ménages appuyés de couvrir en moyenne plus de deux mois de consommation alimentaire à travers l'achat de céréales et autres nourritures sur le marché.

Inondations à Diffa: plus de 15 000 sinistrés et d'importants besoins à couvrir

Environ 15 086 personnes ont été affectées depuis le début des inondations dues à la crue de la Komadougou le 04 novembre dernier. Parmi ces personnes, 11 448 se trouvent dans 13 villages dans les communes de Chétimari, Diffa et Gueskérou, dans le département de Diffa, et 3 638 autres dans huit villages du Département de Mainé-Soroa. Une vingtaine d'autres villages est à risque bien que le niveau des eaux ait connu une légère baisse par rapport au pic historique de 494 cm atteint mi-novembre.



Crédit: OCHA
Niger (Novembre 2013) – Vue des maisons détruites dans la commune de Gueskerou, région de Diffa, Niger

Au-delà de l'assistance d'urgence, la relocalisation des sinistrés sur d'autres sites nécessite la construction d'infrastructures de base, dont les écoles et centres de santé.

Des sites de relocalisation définitifs des personnes sinistrées qui vivaient sur des terres inondables, ont été identifiés dans les communes de Chétimari, Diffa et Gueskérou. Au-delà donc de l'assistance d'urgence à apporter à ces familles sinistrées, cette réinstallation exige également la construction des infrastructures de base, dont des écoles et centres de santé.

Par ailleurs, la crue a affecté les infrastructures douanières et routières entre le Niger et le Nigeria, paralysant ainsi le commerce, important moyen de survie pour les populations vivant dans des zones transfrontalières. Ce qui a entraîné, selon la Direction régionale de commerce de Diffa, une hausse des prix des produits de base importés du Nigeria, dont les céréales. Cette hausse, combinée avec la destruction des cultures hivernales suite aux inondations et aux récoltes moyennement bonnes de la saison culturale principale, risque d'aggraver la situation de sécurité alimentaire et de vulnérabilité des milliers de ménages vivant dans les zones affectées.

La réponse est en cours, mais d'importants gaps persistent

Selon le plan de réponse provisoire pour le département de Diffa, élaboré à la suite de deux missions conjointes des autorités régionales et acteurs humanitaires effectuées dans les trois communes (Chétimari, Gueskérou et commune urbaine de Diffa) les 25 et 28 novembre derniers, il faut urgemment mobiliser : **445,2 tonnes de céréales, 1 328 abris d'urgence, 1 271 kits ménages, 1 612 kits d'hygiène, 967,2 boîtes d'Aquatab** (boîtes de 1 000 comprimés pour la purification d'eau), **25 forages** (à raison de 500 personnes par forage) **et 16 kits santé** (kit de 1 000 personnes). Ces besoins par communes sont ventilés ci-dessous. *(plus d'information sur la crue de la Komadougou sur www.unocha.org/Niger)*

Communes	Personnes affectées	Besoin al. céréales (T)	Abris	Kits ménages	Kits hygiène	Boîtes de 1000 Cés Aquatab	Forages de 500 habitants	Kits santé pour 1 000 Hab.
Chétimari (7 villages)	6 366	265,8	602	579	886	531,6	13	8
Gueskérou (6 villages)	3 738	160,2	534	534	534	320,4	8	6
C.U. Diffa (2 villages)	1 344	19,2	192	158	192	115,2	4	2
TOTAL	11 448	445,2	1 328	1 271	1 612	967,2	25	16

EN BREF

- Le Gouvernement du Niger a publié, le 4 décembre 2013, un arrêté accordant le bénéfice du statut temporaire de réfugiés aux Nigériens, ressortissants des Etats de Borno, Yobé et Adamawa, entrés au Niger à la suite des événements survenus dans leurs Etats depuis le 14 mai 2013. Selon la Direction Régionale de l'Etat Civil et des Réfugiés (DREC) de Diffa, environ 37 332 personnes ayant fui des affrontements dans les trois Etats précités du nord du Nigeria, dont 28 947 ressortissants nigériens et 8 385 nigériens, ont été recensées au Niger, dans la région frontalière de Diffa.

ⁱ Il reste que le plus grand nombre de cas n'ont pas été confirmés au laboratoire du fait de la similitude des signes cliniques avec d'autres maladies comme la rubéole

ⁱⁱ Source EDSN 2006 et enquête INS/UNICEF 2010

ⁱⁱⁱ Ne sont pas concernées par le paiement du centime additionnel toutes les populations ciblées par les différents décrets instaurant la gratuité des soins au Niger, à savoir les enfants de moins de 5 ans, les femmes venues pour la planification familiale, la consultation prénatale et l'accouchement

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Boubacar Hamani Abdoulaye, Assistant à l'Information Publique, boubacarhamani@un.org, (+227) 97 86 9615

Médard Lobota, Chargé de l'Information Publique et Plaidoyer, lobota@un.org, (+227) 99 71 71 39

Dieudonné Bamouni, Chef de Bureau, dieudonneb@un.org, (+227) 96 00 94 98

Les *bulletins humanitaires* d'OCHA Niger sont disponibles sur www.unocha.org/niger | www.reliefweb.int