

2015

APERÇU DES BESOINS HUMANITAIRES

NIGER

DECEMBRE 2014



Crédit photo : Unicef

Elaboré par l'équipe humanitaire du pays



Crédit photo : Unicef

PRINCIPAUX PROBLÈMES HUMANITAIRES

1.1 . L'insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire continue d'être préoccupante, malgré les mesures d'atténuation mises en place par le Gouvernement et les acteurs humanitaires. La faible capacité de production et l'insuffisance des revenus de nombreux ménages limitent leur accès aux vivres, d'où la nécessité de poursuivre l'assistance humanitaire tout en recherchant des solutions durables pour renforcer leur résilience.

La vulnérabilité des Nigériens à l'insécurité alimentaire trouve ses origines dans la pauvreté structurelle de certains groupes sociaux, dans les déficits céréaliers et fourragers enregistrés régulièrement depuis quelques décennies. Même en période de « bonne année » de production agricole, entre 3 et 4 millions de personnes sont dans une situation de vulnérabilité telle qu'elles requièrent une assistance humanitaire. En 2015, tout comme en 2014, environ 4.2 millions de personnes seront en insécurité alimentaire.

1.2 La crise nutritionnelle

Les résultats de l'enquête nutritionnelle SMART publiés en septembre 2014 révèlent encore un taux de malnutrition aigüe globale (MAG) de 14,8 % proche du seuil d'urgence de 15% défini par l'OMS. Ce taux est supérieur à celui de la précédente enquête conduite en 2013 qui indiquait un taux de MAG de 13,3%. L'assistance nutritionnelle a permis de sauver la vie de centaines de milliers d'enfants. Cependant, la détection précoce des cas de malnutrition et l'augmentation de la capacité de prise en charge des structures sanitaires, fortement appuyées par les organisations humanitaires, ont accru le nombre d'enfants accueillis et traités dans les centres de récupération nutritionnelle.

Au 26 octobre 2014, sur une cible de 356 324 enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère (MAS) et 649 557 souffrant de malnutrition aigüe modérée (MAM), respectivement 303 167 cas sévères et 360 056 cas modérés ont été admis dans les centres de prise en charge (Hypothèse de planification suite à une analyse rigoureuse des données disponibles au niveau sectoriel - SMART 2014).

En 2015, selon les estimations du cluster nutrition 1 319 934 personnes souffriront de malnutrition parmi lesquelles 366 858 MAS et 928 315 MAM.

PRINCIPAUX PROBLÈMES HUMANITAIRES	1
CONSÉQUENCES DE LA CRISE	3
Moteurs et facteurs sous-jacents	3
Portée géographique et profil démographique de la crise.....	5
SITUATION DES POPULATIONS AFFECTÉES.....	12
INFORMATIONS MANQUANTES	16
ANNEXE: Environnement opérationnel	17
Capacité et réponse nationale et locale	17
Capacité et réponse internationale	17
Défis et contraintes.....	17
Opportunités.....	19

Registre d'évaluation:

www.humanitarianresponse.info/operations/niger

1.3 Les mouvements de populations

L'instabilité dans certaines régions du Nigéria et du Mali a occasionné des flux importants de réfugiés et de retournés nigériens ; Le UNHCR prévoit un chiffre de planification de 44 000 réfugiés maliens (anciens et nouveaux réfugiés) pour 2015. La dégradation de la situation sécuritaire au nord-est du Nigéria engendre un afflux continu de population alors que la capacité d'absorption des communautés hôtes est saturée.

Le Gouvernement et les acteurs humanitaires estiment que le nombre de personnes déplacées, de réfugiés et de retournés, en provenance du Nigéria atteindra 105 000 en 2015 (Gouvernement du Niger).

Les zones du pays dans lesquelles s'installent ces personnes sont elles-mêmes souvent confrontées à des défis liés à un accès limité aux vivres et aux services sociaux de base. Les besoins d'assistance humanitaire à ces personnes ainsi qu'aux communautés qui les accueillent persistent et risquent de s'accroître en 2015 si l'instabilité au Nigéria, au Mali et en Libye devait perdurer, et si le retour de quelques milliers de migrants irréguliers vivant en Algérie se concrétisait. Aussi, de par sa position géographique, le nord du Niger est devenu un axe privilégié pour bon nombre de migrants économiques refoulés de force d'autres pays, ou en transit principalement vers la Libye et l'Algérie dans l'espoir, pour la plupart, de se retrouver en Europe. Ces personnes, du fait de leur extrême vulnérabilité continueront d'être prises en charge par les autorités avec le concours des acteurs humanitaires.

Parmi les 2 249 femmes identifiées comme vulnérables dans l'ensemble des ménages déplacés et hôtes, une grande proportion sont allaitantes (68%) ou enceintes (20%, parmi lesquelles 66 mineures) selon les résultats de l'enquête de profilage réalisée par l'OIM entre août et septembre 2014 auprès des communautés déplacées du Nord Nigéria et leurs communautés d'accueil à Diffa (sud-est du Niger).

1.4 Les épidémies

Les épidémies affectent chaque année des milliers de personnes au Niger. En 2014 des cas de choléra ont touché 6 régions sur les 8 que compte le pays. Selon l'OMS, au total 1 749 cas ont été enregistrés au 16 novembre 2014, contre 589 cas à la même période en 2013, soit une détérioration de la situation en dépit de nombreuses actions de prévention et de réponse entreprises par les acteurs du secteur Santé, Eau Hygiène et Assainissement. Cette situation est aggravée par celle du Nigéria voisin qui a notifié en 2014 un total de 35 732 cas de choléra. D'autres épidémies telles que la rougeole et le paludisme continuent de sévir (UNICEF Cholera SitRep for West and Central Africa, N. 45). La notification de 15 346 cas de maladie à virus Ebola en Afrique de l'ouest, y compris dans les pays voisins du Niger et sa déclaration par l'OMS comme une "urgence santé publique de portée internationale", exige des actions importantes de prévention et de préparation, qui passent entre autres par le renforcement de la sensibilisation et des capacités des structures sanitaires et des laboratoires et l'application du règlement sanitaire international. L'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement, la poursuite des campagnes préventives et le renforcement des capacités opérationnelles des structures sanitaires sont d'une importance capitale pour réduire la mortalité et la morbidité évitables, liées aux épidémies.

1.5 Les catastrophes naturelles

Les défis humanitaires causés par les catastrophes naturelles sont liés soit à l'insuffisance des eaux de pluies, soit à leur abondance. Celles-ci se traduisent ainsi par des épisodes de sécheresse et d'inondations localisés affectant ainsi des milliers de familles. Toutefois, il est à noter que des initiatives pour le renforcement des capacités de résistance des ménages se poursuivent et ont permis de réduire cette année le nombre de ménages touchés par les inondations. Les besoins des communautés qui restent affectées par les inondations doivent être couverts tout en poursuivant les actions pour la réduction des risques et le développement de moyens de résilience.

En 2014, le Niger a enregistré des inondations ayant fait 68 483 sinistrés dont 36 morts (UNOCHA). Plus de 2 800 hectares de superficies emblavées ont été endommagés contre environ 166 000 personnes et 6 872 ha de champs de cultures en 2013.

CONSÉQUENCES DE LA CRISE

POINTS IMPORTANTS

La situation du Niger est caractérisée par une fréquence et une récurrence des crises alimentaires et catastrophes naturelles, touchant des populations déjà fortement affectées par un niveau de pauvreté élevé et ayant de faibles capacités de résistance aux crises. En effet, la série cumulative de crises et catastrophes qui ne sont pas suivies d'activités de relèvement conséquentes ont fini par affaiblir progressivement le socle de résilience des communautés et, tout choc, quelle que soit son amplitude peut avoir des effets très graves.

A cela s'ajoutent les causes structurelles liées à la grande vulnérabilité, à la pauvreté et à ses déterminants, la forte pression démographique, la position géostratégique du pays avec ses incidences sur la sécurité et la dynamique de populations, la forte exposition aux aléas climatiques, les problèmes d'aménagement du territoire, l'insuffisance de l'accès aux services de base (santé, eau potable, assainissement...), et l'appauvrissement des moyens de subsistance, les comportements socio-culturels, et la faiblesse de la préparation à la réponse aux catastrophes, sont autant de paramètres qui structurent la situation humanitaire dans le pays. Ces différentes conditions ont des éléments aggravants mutuels tels que la malnutrition, les épidémies, la forte dégradation de l'environnement, les effets du changement climatique et l'insécurité alimentaire. De plus, certaines interprétations restrictives liées à la religion, aux coutumes et aux différentes sources de droit qui se superposent (coutumier, religieux, moderne) et le faible niveau d'éducation des femmes sont autant de facteurs qui entretiennent l'inégalité des genres et l'insuffisance de la promotion de la résilience.

Le pays est confronté à des besoins humanitaires multiformes qui découlent de facteurs divers agissant souvent de manière combinée. En 2015, la communauté humanitaire va continuer à apporter une réponse adéquate et qui prend en compte les besoins des différents groupes vulnérables à : 1) l'insécurité alimentaire, 2) la malnutrition, 3) aux besoins des réfugiés, des retournés nigériens, des migrants économiques et des communautés hôtes, 4) aux épidémies, et 5) aux catastrophes naturelles. Globalement, les facteurs d'ordre structurel qui sous-tendent la situation de précarité et de pauvreté généralisée à travers le pays viennent se superposer à ceux liés aux conflits dans la sous-région qui contribuent à l'accroissement de la vulnérabilité au sein des populations affectées.

Moteurs et facteurs sous-jacents

Pauvreté : Le Niger est classé au 187^{ième} rang parmi les 187 pays référencés dans le rapport sur l'Indice de Développement Humain (IDH) du PNUD de 2014. Avec 43,62% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté, le Niger affiche des taux alarmants pour tous les indicateurs de base notamment en sécurité alimentaire, en nutrition, en santé, et en accès à l'éducation. L'endettement perpétuel des ménages et la hausse continue des prix des denrées alimentaires de base renforcent la paupérisation de la population. Les agriculteurs et pasteurs n'ont pas suffisamment accès au crédit pour pouvoir développer leurs activités et les rendre plus productives. Les filières agricoles et la commercialisation des produits ne sont pas assez organisées pour se traduire par une augmentation significative de revenus pour les producteurs.

Par ailleurs, de nombreuses zones font de plus en plus face aux épizooties comme la peste des petits ruminants, la fièvre aphteuse, le charbon et certaines phytopathologies, lesquelles affectent considérablement l'économie et la sécurité alimentaire des ménages. Cette situation est consécutive notamment au faible financement des services agricoles et vétérinaires, et à la déficience de la surveillance des maladies animales et des plantes.

Croissance démographique : La forte croissance démographique (3,9% par an) et l'indice de fécondité élevé (7,6 enfants par mère¹) sont les plus élevés au monde et ont des effets négatifs sur tous les efforts de développement. Ils constituent une forte pression sur les services de base et entraînent une insuffisance de la production alimentaire qui ne permet pas de nourrir la population. Ce phénomène exacerbe le problème d'accès au foncier et constitue un facteur de conflits sociaux. Seul un quart du territoire est occupé par 75% de la population, ce qui combiné à la pression démographique augmente les tensions liées à la question foncière. Les terres accessibles sont de plus en plus morcelées et de tailles réduites, les femmes y ont de moins en moins accès, de part le droit coutumier et religieux, surtout en ce qui concerne les terres valorisées pour les cultures irriguées. Par exemple, la pression démographique favorisant le morcellement des terres pousse les ménages les plus vulnérables à revendre leurs parcelles au secteur privé réduisant d'autant la libre circulation et l'accès des agro-pasteurs et de leurs animaux aux ressources productives et fourragères.

Dégradation de l'environnement et changement climatique: Le changement climatique peut affecter de manière significative la fréquence, l'incidence et la durée des événements pluvieux et les périodes de sécheresse. La désertification et la déforestation des pentes et plateaux (cultures céréalières, bois de chauffe) et les longues périodes annuelles de sécheresse ont provoqué une profonde dégradation des sols qui a un impact très négatif sur les rendements agricoles. La pluviométrie annuelle comprise entre 100mm et 800mm, est caractérisée par une importante variabilité interannuelle et spatiale. Ainsi, ces quatre dernières années, le Niger a fait face à des variabilités climatiques extrêmes, fortes précipitations de 2010, sécheresse de 2011 et précipitations exceptionnelles de 2012 et de 2013. Pour 2014, il a été observé un cumul pluviométrique normal à excédentaire en fin septembre², ceci devrait selon les analyses de FEWS NET permettre aux cultures de continuer et de boucler leur cycle sur la majeure partie du Sahel, l'est du Niger compris où des retards significatifs de semis des cultures et de régénération des pâturages ont été observés. La majorité des systèmes agricoles est basée sur la saison pluviale, les cultures irriguées sont peu développées, l'accès à l'eau pour les agriculteurs et/ou les pasteurs est insuffisant. L'accès aux intrants de qualité (semences, engrais, aliments et vaccins pour bétail) adaptés aux variations des conditions climatiques et aux besoins reste un défi. La forte exposition aux aléas climatiques et les problèmes d'aménagement du territoire sont une pesanteur sur le pays.

Faiblesse des services sociaux de base: Les services sociaux de base de l'État ont des difficultés à répondre aux besoins des populations. La faible couverture d'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement par les populations et dans les écoles demeure une réelle préoccupation dans le pays. En 2013³, le taux d'accès à une source d'eau potable était de 56,42% dans le pays et l'accès à l'eau potable en milieu rural de 49,83%. En ce qui concerne l'accès à des infrastructures améliorées d'assainissement, 78%⁴ pratiquent la défécation à l'air libre. A cela s'ajoute la faiblesse de l'accès à une éducation de base de qualité, à la santé, à l'information et aux connaissances des populations sur la prévention des maladies, surtout en milieu rural.

Insécurité: La situation sécuritaire au Niger demeure un défi. En effet, le pays est non seulement confronté à un risque de braquage élevé, mais également et surtout, à des risques terroristes depuis ces trois dernières années, même si des efforts importants ont été faits par le Gouvernement pour sécuriser le territoire. De plus, la situation sécuritaire au Mali, en Libye et au nord Nigéria accentuent ces difficultés. La position géostratégique du pays avec ses incidences sur la sécurité et la dynamique de population a un impact négatif sur le Niger.

La vulnérabilité aux chocs: Les effets cumulatifs des catastrophes successives auxquels font face le pays contribue à augmenter la vulnérabilité des populations aux chocs. Une approche proactive de l'action humanitaire, basée sur le renforcement de la résilience des populations avec une combinaison équilibrée des secours d'urgence, de la restauration/réhabilitation des infrastructures et la reconstitution des moyens de subsistance intégrant la réduction des risques, permettra de lancer les bases d'un développement durable et réduire à long terme les coûts des interventions d'urgence.

¹ Rapport sur l'Indice de Développement Humain (IDH) 2014.

² Plan préliminaire de soutien aux populations vulnérables 2014-2015, DNPGCCA.

³ Rapport 2013 du Ministère de l'Hydraulique.

⁴ JMP OMS-UNICEF 2013.

Portée géographique et profil démographique de la crise

Depuis 2004, le Niger est resté confronté à des crises répétitives. Les populations les plus vulnérables ont progressivement perdu leurs moyens de production et ont vu leur pouvoir d'achat érodé avec comme conséquence un affaiblissement de leurs capacités à résister aux chocs.

Dans ce contexte et considérant la typologie des facteurs sous-jacents qui restent pour la plupart structurels, considérant aussi le profil des populations généralement vulnérables, au-delà de la réponse d'urgence, les partenaires humanitaires, en appui aux efforts du Gouvernement, travailleront à mettre en œuvre des actions humanitaires visant la réduction de la vulnérabilité humaine et renforçant la résilience des personnes et des communautés assistées.

1. L'insécurité alimentaire

Depuis l'évaluation de la situation en juin 2014⁵, au début de la période de soudure il n'y a pas eu une nouvelle mise à jour globale. En cette période des récoltes, le niveau de vulnérabilité alimentaire s'est améliorée pour la plupart des ménages ayant produit. Le Gouvernement prévoit toutefois de mener une nouvelle évaluation de la situation en novembre 2014. Cependant, une grève sévit au sein du Ministère de l'Agriculture depuis le mois d'août, celle-ci s'est traduite par une rétention des données par les agents de terrain. Il n'y a donc pas de données quantitatives sur la production céréalière et pastorale et donc pas d'estimation de déficit présumé.

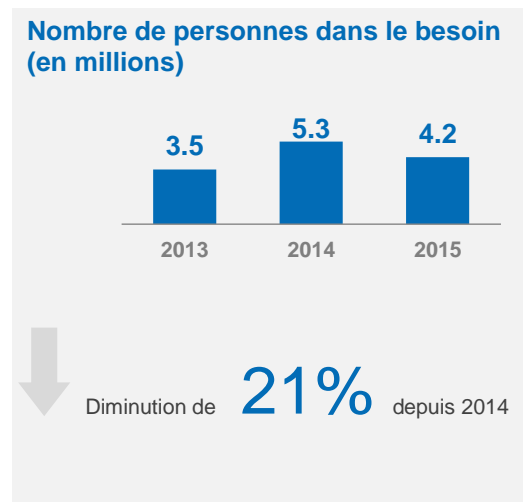
Les principaux facteurs aggravants sont, entre autres : la pauvreté structurelle des ménages, l'endettement, les comportements alimentaires inappropriés, les stratégies d'adaptation limitées, les déficits agricoles récurrents, la structure des marchés y compris le commerce transfrontalier et l'évolution des prix, les dynamiques de populations, et la fréquence des crises. Dans le cadre de l'assistance alimentaire en 2014, la communauté humanitaire prévoyait de prendre en charge, 80% des personnes affectées, contre 20% prise en charge par le Gouvernement. Cependant en novembre 2014, la communauté humanitaire n'a pu assister que 38% de sa cible et le Gouvernement 34% dépassant ainsi sa prévision.

Par ailleurs, la crise sécuritaire au nord-est du Nigéria ainsi que les déficits de productions dans certaines zones d'Agadez, Diffa, Tillabéry et Zinder pourraient avoir une incidence sur l'approvisionnement et les prix des céréales sur les marchés nigériens, aggravant ainsi la vulnérabilité des ménages.

En 2014, la menace acridienne sur le Niger est restée latente. Pour 2015, comme les années suivantes, une attention particulière devra être portée sur les analyses anticipées du Centre National de la Lutte Antiacridienne (CNLA) et de la FAO sur l'évolution de cette menace.

En 2015, la population vulnérable sur le plan alimentaire est estimée à 4,2 millions par le cluster sécurité alimentaire. Ce chiffre est une estimation de travail basée sur la planification 2014, et validé par le cluster sous la présidence du Ministère de l'Agriculture. La répartition de la réponse entre le Gouvernement du Niger et ses partenaires se fera dans le cadre du Plan de réponse Stratégique et du Plan de soutien du Gouvernement de 2015. Les zones à risques sont réparties sur l'ensemble du territoire, et ne seront connues définitivement qu'avec les résultats de l'enquête de vulnérabilité de 2014. Le cluster sécurité alimentaire et nutrition a choisi de ne pas travailler avec les chiffres du Cadre Harmonisé (CH) 2014, car les deux processus utilisent des approches différentes: le CH favorise une analyse des besoins conjoncturels, alors que le cluster a une approche plus structurelle.

Les résultats de l'étude sur les interrelations entre population et insécurité alimentaire, publiés en décembre 2013, ont fait ressortir des liens forts entre la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire et la forte fécondité, ainsi que les ménages dirigés par les femmes.



⁵ Enquête nationale sur la nutrition des enfants de 0 à 59 mois, juin/juillet 2014, INS

2. La crise nutritionnelle

Vu la récurrence des crises nutritionnelles au Niger depuis plusieurs années, le nombre d'enfants, de femmes enceintes et allaitantes ayant besoin d'une aide humanitaire en 2015 pourrait augmenter en raison d'une vulnérabilité accrue des ménages après plusieurs années de crises alimentaires mais aussi en raison d'actions visant le dépistage précoce et la prévention.

En octobre 2014, plus d'un million de personnes ont bénéficié de l'appui des acteurs humanitaires en matière de prévention et de traitement de la malnutrition. Les causes de la malnutrition restent liées, entre autres, au faible accès aux services de santé, à l'eau potable, à des conditions d'hygiène appropriées et à certaines pratiques culturelles aggravantes (sevrage brutal, diversification alimentaire précoce, alimentation non variée, etc.).

Au plan national, les résultats de l'enquête nutritionnelle SMART publiés en septembre 2014⁶ révèlent un taux de malnutrition aiguë globale (MAG) de 14,8%. Ce taux est proche du seuil d'urgence (15%) fixé par l'OMS. Il connaît une hausse par rapport au taux de 2013 (13,3%), de 2011 (12,3%) et atteint celui de 2012 (14,8%).

Quant au taux de malnutrition aiguë sévère (MAS), il est estimé à 2,7% selon la même enquête. Il reste stable par rapport à 2013 (2,6%).

Il faut noter que la prévalence de la malnutrition aiguë sévère de cette année dépasse le seuil d'urgence de 2% dans 6 régions sur les 8 que compte le pays. Le taux le plus élevé est observé dans la région de Maradi (3,4%) et le plus faible est observé dans la région de Niamey (1,4%).

Selon les tranches d'âge, les enfants de 6 à 23 mois présentent une forte prévalence de malnutrition aiguë comparés à leurs aînés de 24 à 59 mois. En effet, le taux de MAG est de 22,9% chez les enfants de 6 à 23 mois ce qui est largement au-dessus du seuil d'urgence de 15% contre 11,0% pour ceux de la tranche d'âge 24-59 mois.

Selon le sexe, la malnutrition aiguë touche plus les garçons (16,9%) que les filles du même âge (12,8%).

Maradi (15,7%), Zinder (14,8%), Tahoua (14,7%), Diffa (13,4%) sont les régions où la malnutrition aiguë globale est la plus prononcée.

A ces troubles nutritionnels se greffent les carences en micronutriments qui sont tout aussi préoccupantes. Les troubles dus à la carence en iode sévissent de façon endémique, la carence en vitamine A constitue également un problème de santé publique majeur et les prévalences de l'anémie sont très élevées parmi les groupes les plus vulnérables.

Considérant la faible couverture en services pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), de la stigmatisation et de la discrimination à l'endroit des personnes infectées et malades du SIDA et du lien entre malnutrition et VIH/SIDA, les interventions nutritionnelles cibleront les personnes vivant avec le VIH.

3. Les mouvements de populations

Depuis le mois d'août 2014, la région de Diffa assiste à un nouvel important afflux de populations en provenance du Nigeria. Les violences aux portes du Niger ont pris une nouvelle dimension. Au mois de septembre 2014 les autorités nigériennes avançaient le chiffre de 105,000 déplacés personnes ayant trouvé refuge dans la région de Diffa depuis le mois de mai 2013. Pour autant, une estimation réelle du nombre de réfugiés, déplacés et retournés reste difficile à réaliser. Ces derniers sont présents sur plus de 100 villes, villages et îles du Lac Tchad.

La capacité d'absorption de la région de Diffa, de ses populations et de ses services de base, arrive à sa limite. Le Gouvernement du Niger a sollicité l'appui de l'UNHCR pour ouvrir des camps de réfugiés. En 2015 le contexte opérationnel sera mixte, camps/hors-camp, la population déplacée étant composée en grande partie de retournés nigériens.

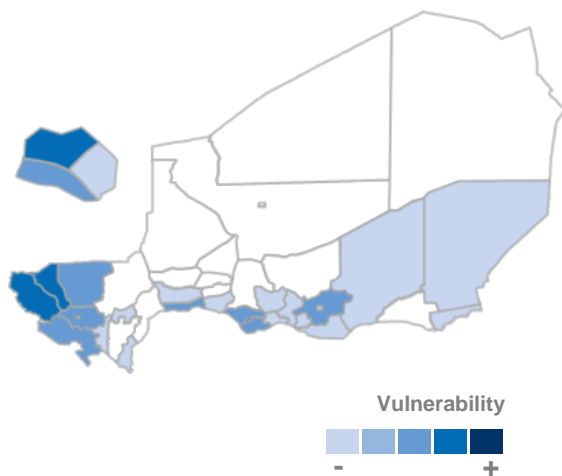
Après une période d'accalmie ayant permis à plus de 6000 réfugiés maliens de regagner leur pays, la situation s'est brutalement tendue dans le nord du pays au mois de mai 2014. Actuellement, peu d'éléments ne laisse présager un retour à la stabilité dans le nord du Mali et donc à un retour massif des réfugiés dans leur pays. Au cours de l'année 2015, la possibilité de voir un nouvel afflux de réfugiés n'est pas à exclure. Le chiffre de planification de l'UNHCR est de 44,000 personnes pour l'année 2015.

⁶ Enquête nationale SMART sur la nutrition des enfants de 0 à 59 mois, juin/juillet 2014, INS

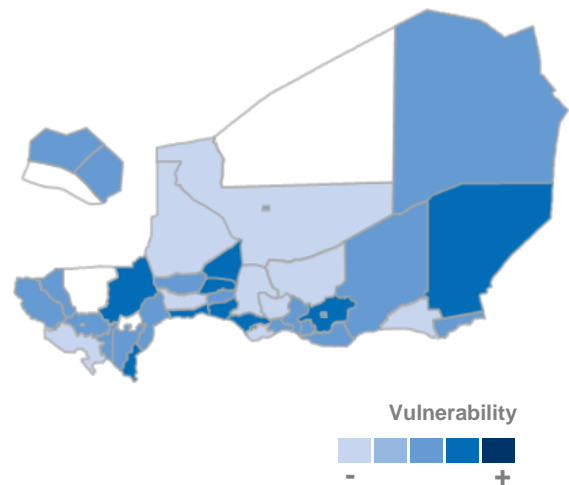
Il existe des flux migratoires des pays Subsahariens en direction de la Libye ou de l'Algérie via le Niger dont les données sont difficiles à maîtriser. Selon les chiffres enregistrés par l'OIM, le nombre de migrants refoulés et fuyant l'Algérie et la Libye s'élève à 16 916 personnes (15 367 nigériens/1 549 étrangers) parmi lesquels 407 sont des femmes et 915 sont des mineurs. Toutefois, ces dernières années, la crise libyenne a perturbé ces flux et a entraîné la fuite et le refoulement d'environ 200 000 personnes vers le Niger, ajouté au nouveau phénomène de migration irrégulière vers l'Algérie qui concerne des femmes et des enfants vulnérables originaires de la région de Zinder le plus souvent rapatriés ou refoulés. Cela a contribué à un manque de revenus ayant une incidence élevée sur le pouvoir d'achat des communautés concernées sans parler de la pression vu le taux de chômage élevé des jeunes et les tensions pouvant en découler.

4. Les épidémies

Epidémies de choléra (Source : cluster santé)



Epidémies de rougeole (Source : cluster santé)



Depuis 2010, le profil épidémiologique de l'évolution du choléra prend une allure préoccupante, avec l'apparition récurrente de plusieurs foyers épidémiques. On estime à 27 sur 42 le nombre de districts sanitaires qui sont à risque de choléra. Il s'agit des régions du fleuve Niger, vallée de la Maggia, région du Goulbi et lit du Lac Tchad (régions de Tillabéri, Niamey, Tahoua, Maradi et Diffa).

Depuis le début de l'année 2014, le Niger a enregistré un total de 1 749 cas de choléra dont 64 décès, soit une létalité de 3,7%, supérieure à la norme de 1% recommandée par l'OMS, ce qui traduit une mauvaise qualité de la prise en charge. Cette année, le risque est plus accru à cause de la notification de 35 732 cas dont 750 décès dans 19 Etats du nord Nigeria, frontalier du Niger et avec les mouvements de population vers la région de Diffa.⁷

Le Paludisme: Selon l'OMS, au moins 36 districts sanitaires sur 42 sont à risque de paludisme saisonnier. Jusqu'au 16 novembre 2014, le Niger a notifié un total de 2 793 316 cas de paludisme (dont 2 324 décès) dont 78 979 cas/39 décès chez les femmes enceintes.

La Rougeole: Selon l'OMS, 38 districts sanitaires sur 42 ont connu au moins une épidémie de rougeole au cours des 3 dernières années, avec une augmentation du nombre de cas chez les enfants âgés de plus de 5 ans. Jusqu'au 16 novembre 2014, le Niger a notifié 1 030 cas de rougeole (dont 4 décès), principalement dans la région de Diffa.

Il faut noter que pour le Niger, les risques sont réels pour maladie à virus Ebola qui sévit en Afrique de l'ouest ainsi que pour la fièvre de Lassa qui est notifié dans deux pays voisins du Niger, le Bénin et le Nigeria.

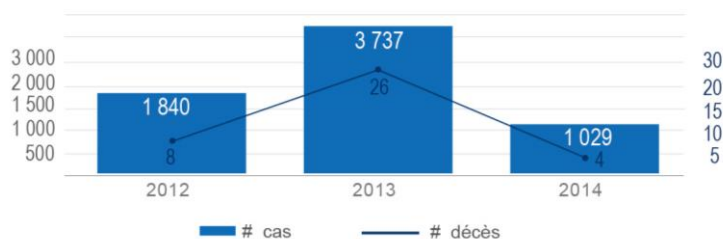
⁷ UNICEF Report on the Cholera outbreak in the West and Central Africa: Regional Update, 2014 (Week 45).

Selon la dernière enquête de séroprévalence (EDSN 2012), la région de Diffa a l'une des prévalences du VIH/Sida les plus élevées du pays, avec 0,8%, elle vient en deuxième position après Niamey la capitale (1,1%). Suite à la surveillance sentinelle de 2012, les femmes enceintes de la région de Diffa ont le taux de séroprévalence VIH, le plus élevé du pays. Cette situation s'explique par le fait que Diffa est une région frontalière avec le Tchad et le Nigéria, où beaucoup d'échanges commerciaux s'effectuent. Ce brassage de la population favorise l'émergence économique de la région, mais constitue également un véritable foyer de propagation du VIH/Sida entretenu par un nombre important de professionnels du sexe (évalué à 520), ainsi que leurs partenaires. Avec la crise actuelle qui affecte le nord du Nigeria et qui a provoqué un afflux massif de personnes déplacées vers la région de Diffa, l'on s'attend à une augmentation des personnes affectées.

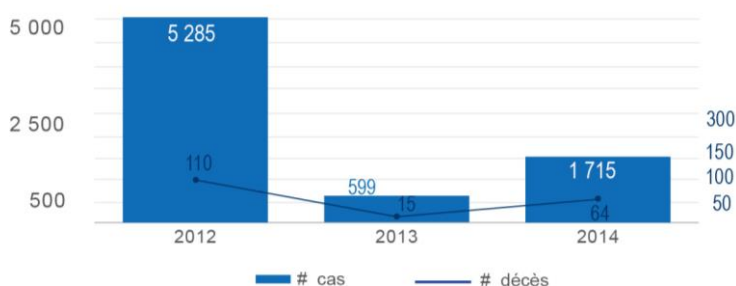
Sur l'ensemble du pays, on peut noter une faible disponibilité des ressources sanitaires:

- Accessibilité géographique : 36 districts sanitaires sur 42 ont moins d'un centre de santé pour 10.000 habitants
- Soins obstétricaux d'urgence : 37 districts sanitaires sur 42 ont moins de 4 structures sanitaires offrant des services obstétricaux d'urgence
- Tous les 42 districts sanitaires assurent moins d'une consultation par personne et par an
- 40,5% des 42 DS ont une couverture vaccinale rougeole entre 60 et 90% (37 ont entre 60 et 90% et 4 ont moins de 60%)

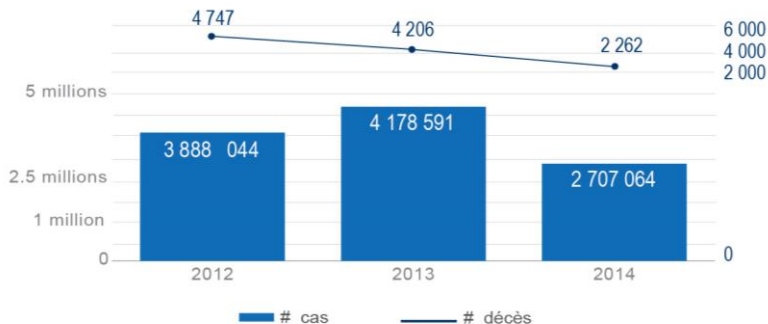
Évolution des cas de Rougeole de 2012 à 2014



Évolution des cas de Choléra de 2012 à 2014

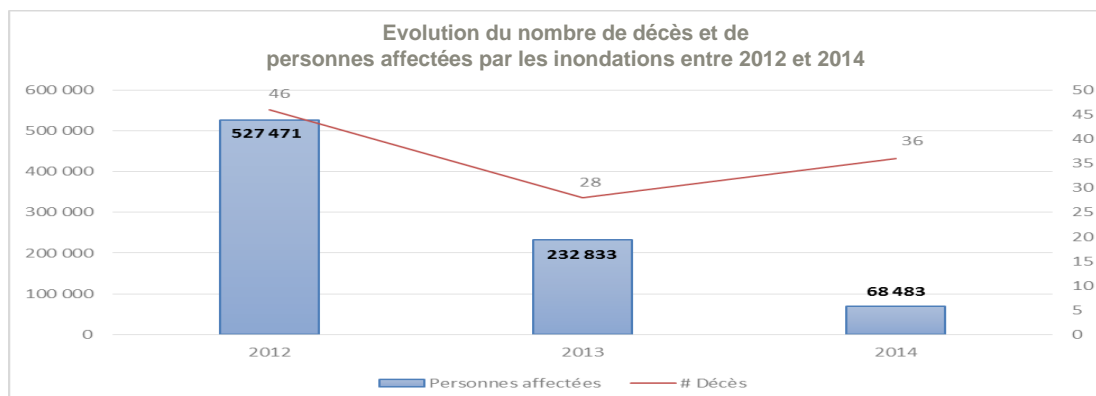


Évolution des cas de Paludisme de 2012 à 2014



Source : DRSE/MSP

Les inondations des années les plus pluvieuses de ces cinq dernières années ont sinistré 300 000 et 600 000 personnes respectivement en 2010 et 2012. Les inondations de 2012, 2013 et 2014 ont successivement affecté dans les mêmes zones les habitats, les infrastructures sociales et les moyens de subsistance des populations qui n'ont été réhabilités que partiellement, ce qui rend ces populations encore plus vulnérables.

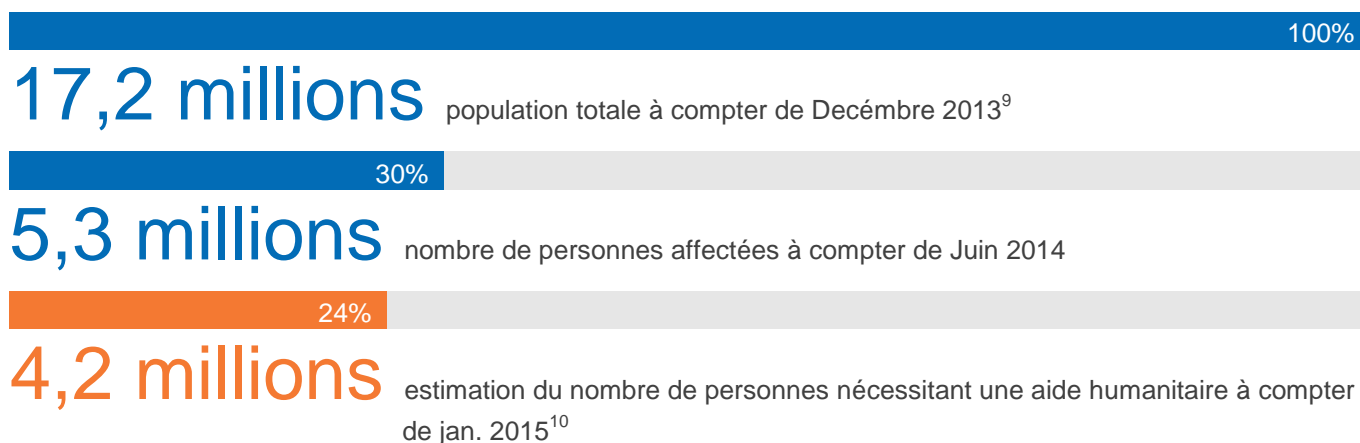


Source: Snapshot inondations OCHA, OIM, UNICEF, FEWSNET et Cellule de coordination humanitaire octobre 2014

La manifestation des criquets pèlerins a été faible voir nulle en 2014. Cependant, selon la FAO⁸ à la mi-novembre 2014, il existe un risque que des groupes de criquets se forment dans l'ouest de la Mauritanie, le nord du Mali et du Niger, le nord-est du Tchad, le centre et l'est du Soudan, et l'ouest de l'Érythrée.

Concernant le Niger, une reproduction à petite échelle va probablement se poursuivre dans le sud et le centre du Tamesna, dans les régions de Termit et Filingué, et peut-être dans des parties des montagnes de l'Aïr, entraînant une augmentation des effectifs acridiens. Avec le dessèchement de la végétation, de petits groupes vont probablement se former sur certains sites.

Figure 1 : Statistiques relatives à la population en 2015



⁸ Bulletin FAO sur le criquet pèlerin n°432.

⁹ INS 2013.

¹⁰ Ce chiffre est une estimation de travail basée sur la planification 2014, et validé par le cluster de Sécurité Alimentaire, sous la présidence du Ministère de l'Agriculture.

Figure 2 : Répartition des populations nécessitant une aide humanitaire

	Jusqu'à (Sept/Oct 2014)		Prévue pour le cycle de planification (2015)	
Total Population dans le besoin	5,3 millions		4,2 millions	
Insécurité Alimentaire ¹¹	0,5 millions en phase sévère	3,7 millions ¹ en phase modéré	2,4% en sévère soit 418 724 personnes	21,7% en modéré soit 3 778 890 personnes
Malnutrition ¹²	356 324 malnutris aigues sévères	649 557 malnutris aigüe modérés	366 858 malnutris aigues sévères	928 315 malnutris aigüe modérés
Mouvements de Populations ¹³	50 000 réfugiés		44 000 réfugiés Maliens	105 000 retournés et réfugiés en provenance du Nigéria (Diffa)
				23 000 migrants/expulsés/ressortissants d'autres pays
Catastrophes naturelles		225 000 affectées par les catastrophes naturelles	75 000 personnes affectées par les inondations	

Source : DNP/GCA, UNHCR, UNICEF, CCH, OIM, OMS, Enquete SMART, Enquête de vulnérabilité 2013

Figure 3 : Calendrier des évènements importants

Événements	Jan.	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sep.	Oct.	Nov.	Déc.
Saison des pluies					■	■	■	■	■	■	■	■
Inondations								■	■	■	■	■
Campagne irriguée	■	■	■	■	■						■	■
Période de récolte										■	■	■
Période de soudure agricole					■	■	■	■	■	■		
Période de soudure pastorale				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Préparation de terrain				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Période des semis						■	■	■	■	■	■	■
Période de Paludisme							■	■	■	■	■	■
Période de Choléra	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Période de Rougeole	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Période de Méningite	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Transhumance sud-nord	■									■	■	■
Transhumance Extra territoriale	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Mouvements de populations	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Source : Les différents clusters opérationnels au Niger

¹¹ Cluster Sécurité Alimentaire et Présidence du Ministère de l'Agriculture.

¹² Hypothèse de planification suite à une analyse rigoureuse des données disponibles au niveau sectoriel (SMART 2014).

¹³ UNHCR.

Figure 4 : HNO en chiffres

	Problématiques	Zones prioritaires	Populations dans le besoin
Sécurité Alimentaire			4 200 000
Nutrition	MAS	Tout le pays	366 858
	MAM	Tout le pays	928 315
	FEFA	Tout le pays	301 606
Abris	Inondations	Tout le pays	105 000
	Déplacés du Nigeria	Diffa, Maine, Bosso, Nguimi, Goudoumaria	150 000
Santé	Choléra	Fleuve, Maggia, Goulbi, Lac Tchad	7 000
	Rougeole	Tout le pays	4 000
	Paludisme		3 500 000
	Ebola	Niger	100
Protection	selon positionnement des partenaires		
Education	Réfugiés maliens	Tillabery Tahoua	28 215
	Déplacés à Diffa	Diffa	26 976
Relèvement précoce	Crise alimentaire et pastorale	Tillabery, Maradi, Tahoua et Agadez	64 849
	Inondations	Tillabery, Diffa, Tahoua et Agadez	67 840
	Retournés et populations hôtes	Diffa	100 000
WASH	Crise nutritionnelle	Maradi, Zinder, Tahoua, Dosso et Agadez	350 000
	Mouvements de populations	Tillaberi, Tahoua et Diffa	104 150
	Epidemies	Maradi, Zinder, Tillaberi, Tahoua, Niamey et Diffa	496 000
	Catastrophes naturelles	Maradi, Zinder, Tillaberi, Tahoua, Niamey, Dosso et Agadez	144 927
Multisecteur	Déplacés venant du Nigeria	Diffa	105 000
	Réfugiés maliens	Tahoua, Tillaberi et Niamey	44 000

Source : les différents clusters

SITUATION DES POPULATIONS AFFECTÉES

1. L'insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire de la population nigérienne reste élevée à l'échelle du pays et les résultats de l'enquête de vulnérabilité 2013 montrent que 2.4% des ménages sont en insécurité sévère et 21.3% en insécurité alimentaire modérée. La situation dans les régions de Diffa, Tillabery, Dosso, Tahoua, Agadez et Niamey est particulièrement alarmante.

La vulnérabilité des Nigériens à l'insécurité alimentaire trouve ses origines dans la pauvreté structurelle de certains groupes sociaux, dans les déficits céréaliers et fourragers enregistrés régulièrement depuis quelques décennies, dans les comportements alimentaires inappropriés, la forte croissance démographique et une fécondité élevée (rapport UNFPA, 2014) ainsi que dans l'application des stratégies d'adaptation qui sont parfois limitées.

L'expérience des partenaires au cours de ces dernières années, montre que même en période de production excédentaire, le nombre de personnes qui sont dans une situation de vulnérabilité varie entre 3 et 4 millions. En effet, une production agricole bonne ou excédentaire à elle seule ne traduit pas l'insécurité alimentaire. La question de la sécurité alimentaire et nutritionnelle requiert la disponibilité, l'accès, la bonne utilisation et la stabilité. La faiblesse du salariat agricole, le taux de chômage élevé surtout chez les jeunes (en 2005, il était de 24% pour la tranche d'âge de 15 à 29 ans, BAfD/OCDE 2008) ne permettent pas d'avoir des revenus conséquents, donc de se procurer les biens alimentaires essentiels sur le marché.

Parallèlement, une très forte hausse des prix des denrées alimentaires ainsi qu'une irrégularité des approvisionnements en biens et vivres sont fréquentes ces dernières années. Il faut souligner le cas particulier des marchés frontaliers avec le Nigéria, fortement influencés par la situation sécuritaire dans ce pays.

Dans son enquête sur le profilage des personnes déplacées à Diffa (août et septembre 2014), l'OIM souligne le poids économique important et la forte pression exercée sur les ressources et la communauté locales par l'arrivée massive de personnes déplacées. En effet, 40% des personnes déplacées enquêtées confirment subsister exclusivement grâce à l'assistance des acteurs humanitaires et de l'aide des ménages d'accueil. Diffa est une région traditionnellement rurale et extrêmement vulnérable à l'insécurité alimentaire.

Par ailleurs, pour l'heure les données du bilan fourrageur et de la situation pastorale de 2014, sont indisponibles.

2. La crise nutritionnelle

Le Niger est marqué par une insécurité nutritionnelle récurrente depuis de nombreuses années dues à la conjugaison de plusieurs facteurs déjà cités plus haut. Ces facteurs sont accentués par le niveau élevé de pauvreté, la forte pression démographique et la prévalence de maladies infectieuses.

Le taux de malnutrition aiguë globale (MAG) reste élevé au Niger. Il est passé de 13,3 % en 2013 à 14,8 % en 2014 se rapprochant du seuil d'urgence de 15 %. La malnutrition chronique touche en moyenne un enfant sur deux dans la tranche d'âge de 6 à 59 mois tandis que la malnutrition aiguë globale (MAG) touche au moins, un enfant sur dix. En effet, la prévalence de la MAG se situe en année normale au-dessus du seuil d'alerte qui est de 10%



Crédit photo : Unjcef

selon les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), entraînant des conséquences négatives importantes sur le développement des enfants de 0 à 5 ans, leurs capacités cognitives et leurs futures capacités productives à l'âge adulte..

L'insécurité alimentaire, due entre autres, à un faible niveau de productivité, a un impact négatif sur la situation nutritionnelle mais n'en est pas la seule cause. A titre d'exemple, le taux de malnutrition chronique de la région de Maradi est le plus élevé à hauteur de 55 %, alors que c'est la région qui atteste de la plus forte production agricole du pays.

La persistance des normes sociales fait obstacle à des pratiques adéquates d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Seuls 23 % des nouveaux-nés bénéficient d'allaitement maternel exclusif et la qualité de l'alimentation de complément n'est conforme aux standards que pour 3 enfants sur 100.

Au niveau communautaire, les pratiques inappropriées d'hygiène et le faible accès aux installations sanitaires et à l'eau potable constituent également des facteurs aggravants.

Les questions culturelles liées au statut de la femme au sein de la communauté, les mauvaises habitudes alimentaires, l'insuffisance de l'encadrement psychosocial des enfants, l'accès aux soins de santé constituent des freins à la prévention et la prise en charge de la malnutrition.

3. Mouvements de populations

De part sa position géographique, le Niger continue d'être un pays de transit pour migrants et d'accueil pour plusieurs milliers de personnes à la recherche de refuge en raison des crises dans les pays voisins, tels que le Mali, la Libye, le Nigéria et le Burkina Faso. En 2014, le pays a eu à faire face aux besoins de plus de 150 000 personnes (réfugiés maliens, retournés nigériens et déplacés du Nigéria) et populations hôtes vivant sur son territoire. Les personnes déplacées en provenance du Nigéria sont accueillies par les populations locales, entraînant ainsi une pression supplémentaire sur les maigres ressources locales. La détérioration de la situation sécuritaire au Nigéria observée depuis le mois d'août 2014, continue de provoquer d'importants mouvements de population dans la région de Diffa. Selon le partenaire de l'UNHCR en charge du monitoring des mouvements, ils seraient plus de 36 000 depuis le mois d'août à avoir trouvé refuge dans l'extrême-est du Niger.

Du fait de l'insécurité alimentaire et de la précarité des conditions de vie dans certaines zones du pays, les populations sont amenées à se déplacer vers d'autres régions, notamment vers des centres urbains à la recherche d'emplois et autres opportunités économiques. Cet exode contribue à un accroissement de la vulnérabilité de ces populations car elles sont souvent dans l'incapacité de s'adapter à ces nouvelles conditions de vie et qu'elles sont confrontées au chômage urbain.

Depuis le début du conflit au nord Mali en 2012, environ 50 000 personnes¹⁴ sont arrivées sur le territoire nigérien. Elles vivent dans trois camps de réfugiés (Abala, Mangaizé, Tabareybarey) dans la région de Tillabéry (36 696 personnes) et dans deux vastes zones d'accueil pastorales (Intikane et Tazalite) pour réfugiés nomades dans la région de Tahoua (10 403 personnes) ainsi que dans les milieux urbains, y compris Niamey (7 628 personnes). Ces zones d'accueil et camps de réfugiés maliens sont situés dans des régions dont la population est également fragilisée par l'insécurité alimentaire et la malnutrition ainsi que les épidémies comme le choléra endémique à Tillabéry, et le paludisme. Par ailleurs, les conditions de vie précaires dans les zones d'accueil et les camps sont favorables à des changements de comportements sexuels pouvant rendre les réfugiés et les retournés vulnérables aux IST et à l'infection au VIH. Cette population supplémentaire accentue la pression sur les moyens de subsistance des communautés d'accueil, ainsi que sur les services sociaux de base, les infrastructures sanitaires, l'environnement et l'économie locale.

Il importe de souligner qu'une tendance au retour volontaire de certains réfugiés maliens a été observée à la suite des élections de juillet-août 2013. Ainsi, le UNHCR a pu jusqu'en mai 2014 faciliter le retour de plus de 6 000 réfugiés au Mali. Cependant, suite aux incidents sécuritaires intervenus dans la région de Kidal en mai dernier, le processus de rapatriement volontaire a été suspendu.

¹⁴ UNHCR.

Le Niger comme tous les autres pays sahéliens est un pays de transhumance. Cependant, le conflit au Mali et la situation au nord du Nigéria ont perturbé ces mouvements saisonniers des pasteurs nomades. On note par endroit des conflits entre pasteurs et agriculteurs du fait de l'envahissement des champs par le bétail avant la fin de la récolte.

4. Les épidémies

Le Niger est un pays à risque d'épidémies de maladies transmissibles climato-sensibles. De façon récurrente, la saison des pluies, de juin à septembre, se caractérise par des pics épidémiques de (choléra et paludisme en particulier) ainsi que de toutes les conséquences sanitaires des inondations. La saison sèche, d'octobre à mai, est marquée par les épidémies de méningite et de rougeole. Suite à la faiblesse de la couverture vaccinale, il y a une résurgence de certaines maladies qui pourraient être évitées par la vaccination comme la diphtérie, la coqueluche et la poliomyélite.

Les épidémies récurrentes (choléra, paludisme, rougeole, méningite, diphtérie) sont liées aux problèmes de qualité et de disponibilité de l'eau potable, aux comportements socio-culturels, y compris les connaissances, les attitudes et les pratiques sanitaires, à la faiblesse du système de santé, et à l'insuffisance de préparation aux risques de catastrophes.

Les dernières années ont été marquées par des épidémies de choléra (31 districts sanitaires-DS sont à risque de choléra), des épidémies de paludisme ont affecté la plupart des districts sanitaires (au moins 36 districts sanitaires sur 42 sont à risque de paludisme saisonnier), une résurgence des flambées de rougeole (38 districts sanitaires sur les 42), avec une augmentation du nombre de cas chez les enfants âgés de plus de 5 ans. Le choléra touche plusieurs régions du pays.

Selon le Ministère de la Santé publique, 1 749 cas (dont 64 décès) cas de choléra ont été enregistrés du 1er janvier au 16 novembre 2014. Le pic a été atteint pendant le mois de septembre, période durant laquelle presque la moitié du total de cas a été rapportée. La létalité de 3,7% est de loin supérieure au seuil de 1% recommandée par l'OMS, ce qui exige une amélioration de la prise en charge médicale des cas de choléra par la formation du personnel, le prépositionnement des intrants et la sensibilisation pour une précocté de la prise en charge.

Le manque de préparation et de réponses aux conséquences sanitaires liées à des situations d'urgences (catastrophes naturelles, déplacements de populations) et dans les écoles entraînent également la propagation des maladies d'origine hydrique telles que le choléra.

La faible capacité de la réponse du système de santé aux épidémies est caractérisée par une couverture vaccinale limitée (un seul district sanitaire a une couverture vaccinale rougeole supérieure à 90%, 37 DS entre 60 et 90% et 4 DS inférieure à 60%), 36 DS sur 42 ont moins d'un centre de santé pour 10.000 habitants et tous les 42 districts assurent moins d'une consultation par personne et par an (source cluster santé)

Il existe une corrélation entre malnutrition et épidémie. Il a été constaté que les maladies comme la rougeole et le paludisme précipitent les enfants dans la malnutrition et parallèlement, la malnutrition a tendance à aggraver les cas des enfants atteints par ces maladies. Le paludisme constitue la première cause de morbidité et de mortalité au Niger chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ; sa transmission est importante en saison pluvieuse

La prévalence du VIH/Sida dans la population est encore faible mais reste très élevée chez les groupes à risque comme les professionnels du sexe, les populations carcérales et les routiers avec une augmentation de nouvelles infections. Des mouvements de populations peuvent aggraver l'ampleur de l'épidémie. Avec l'afflux massif de personnes déplacées vers la région de Diffa, la situation du VIH/Sida est une préoccupation majeure des autorités sanitaires (avec 0,8% de prévalence, la région de Diffa a le taux le plus élevé du pays, EDSN 2012).

Considérant l'intensité des relations humaines et les échanges entre le Niger et les pays voisins, le risque pour l'épidémie d'Ebola est énorme. A la date du 23 novembre, l'Afrique de l'ouest a notifié un total de 15 346 cas dont 5 458 décès, y compris chez les pays voisins (le Mali et le Nigéria). Le Niger a adopté un Plan de Préparation et de réponse à la maladie à virus Ebola, mise à jour en Octobre 2014 et avec un budget de 2 784 364 326 FCFA (US\$ 5 413 642) basé sur le renforcement de la surveillance épidémiologique et la confirmation par le laboratoire, la prise en charge des cas et les inhumations sécurisées, la communication et la prise en charge psychosociale et la logistique/sécurité.

Un autre risque sanitaire qui menace le Niger est la fièvre hémorragique de Lassa (apparentée à Ebola) dont les cas sont notifiés dans deux pays voisins : récemment au nord du Bénin (15 cas dont 8 décès) et de façon endémique au Nigeria (946 cas dont 32 décès en 2014).

5. Les catastrophes naturelles

Le Niger est régulièrement confronté à des catastrophes naturelles affectant la vulnérabilité des populations. Les fortes pluies provoquant les inondations, les poches de sécheresse, les attaques des ennemis des cultures ainsi que les feux de brousse impactent négativement les récoltes, la production fourragère, l'habitat, les infrastructures ainsi que les moyens de subsistance des ménages. En 2014, le Niger a enregistré des inondations ayant fait 68 483 sinistrés dont 36 morts. Plus de 2 800 hectares de superficies emblavées ont été endommagés. En dépit des conséquences néfastes des inondations sur les populations vulnérables, on note une amélioration de la situation comparativement à l'année 2013 où le nombre de personnes affectées (232 000) était trois fois plus important. Cette amélioration pourrait être expliquée par la baisse de la pluviométrie et les efforts du Gouvernement et de ses partenaires dans le cadre de la prévention et de la préparation à la réponse aux inondations (voir la carte des zones inondables en annexe).

Le Niger est en permanence sous la menace d'invasions acridiennes. Ce phénomène complexe causé par de multiples facteurs, dont la présence de criquets pèlerins dans la zone pouvant développer des essaims en fonction de l'équilibre météorologique à l'échelle de la Sous-région (Sahélo-Sahara). Au Niger, les invasions acridiennes se déroulent au moment des récoltes et sont capables de détruire l'intégralité de la production. La seule parade trouvée à ce phénomène est le traitement des zones infestées pour limiter les foyers de reproduction des criquets pèlerins. L'absence de traitements en amont et de façon concertée entre les pays de la sous-région (Maroc, Algérie, Libye, Mali, Niger, Tchad, Mauritanie principalement) se répercute nécessairement sur les pays voisins. La principale difficulté est liée à l'inaccessibilité des zones de reproduction pour le traitement, notamment due à l'insécurité au nord-Niger, à l'instabilité du sud Lybie et au conflit malien.

La combinaison entre le changement climatique, la croissance démographique et la dégradation environnementale contribue à l'augmentation de la vulnérabilité des populations aux aléas climatiques. Ces catastrophes naturelles induisent souvent des changements dans les structures familiales et communautaires exposant les familles affectées à des problèmes de protection.

INFORMATIONS MANQUANTES

POINTS IMPORTANTS

L'analyse des principaux problèmes humanitaires, des besoins et de la situation des populations affectées examinés dans les paragraphes précédents et des zones géographiques identifiées comme prioritaires est basée sur les données disponibles (revue mi-parcours, clusters, ministères, etc.).

Les informations manquantes principalement au niveau des secteurs de sécurité alimentaire, santé et multisecteur /réfugiés sont indispensables pour mieux prioriser les activités dans le cadre de l'élaboration du Plan de Réponse Stratégique ciblant les besoins des populations les plus vulnérables selon les critères convenus par les acteurs et leurs homologues nationaux.

Clusters/secteurs	Zones géographiques et groupes de populations	Informations et ou données manquantes à rechercher
Sécurité alimentaire	Tout le pays	Résultats de l'enquête de vulnérabilité des ménages 2014
Sécurité alimentaire	Tout le pays	Suivi de la campagne agropastorale 2013/2014
Sécurité alimentaire	Tout le pays	Rapport validé cadre harmonisé
Santé	Tout le pays	Rapport d'exécution de la revue plan de développement sanitaire
Multisecteur/ Réfugiés	Diffa	Plan de suivi de mise en œuvre de la mission de haut niveau du 22 au 24 septembre 2014
Multisecteur/ Réfugiés	Diffa	Résultats du recensement de la Direction régionale de l'état civil sur les personnes déplacées en provenance du Nigéria et specifications (réfugiés/réturnés)
Relèvement Précoce et Résilience	Agadez, Diffa, Tahoua, Maradi, Zinder	Rapport bilan et planification 2015 « Communes de convergence »
Protection	Tout le pays	Etude sur l'ampleur et les déterminants des VGB au Niger

ANNEXE: ENVIRONNEMENT OPERATIONNEL

POINTS IMPORTANTS

Malgré l'existence et la bonne capacité de certaines structures nationales facilitant la réponse aux crises, quelques difficultés de fonctionnement et de coordination persistent surtout en termes de rapidité de la réponse en situation d'urgence aussi bien au niveau national qu'au niveau des entités décentralisées.

Les besoins humanitaires demeurent importants, mais les partenaires humanitaires viennent, selon leurs moyens, en appui aux autorités pour tenter d'apporter un tant soit peu une réponse à l'échelle de ces besoins.

Capacité et réponse nationale et locale

Depuis 2005, le Niger a acquis une expérience importante en matière de réponse humanitaire. Ainsi, les populations et les communautés locales organisent elles-mêmes les premières réponses de solidarité. Au-delà de cette première réponse, du fait de la récurrence des crises, les autorités nationales ont pu développer un certain nombre d'institutions et de mécanismes pour mieux assurer la gestion de ces crises. Ainsi, le Dispositif national de prévention et de gestion de catastrophes et crises alimentaires-DNPGCCA (incluant la Cellule Crise Alimentaire/Gestion de Catastrophes, la Cellule de Coordination du Système Alerte Précoce, la cellule filets sociaux, la Cellule de coordination humanitaire), permettent de développer une coordination de la réponse nationale. Du fait de leur rattachement à la Primature, ces mécanismes ont un lien direct avec les ministères sectoriels tels l'agriculture, l'élevage, l'environnement, la santé et l'éducation.

La réponse humanitaire s'organise au niveau national mais elle est également largement relayée grâce aux maillages sanitaires de la société civile et de la décentralisation (région/ commune). Dans ce sens, en lien avec la mise en œuvre de l' « Initiative 3N » et du Plan de Développement économique et Social-PDES (Initiatives nationales) et grâce à l'approche ' Communes de convergence', les communes nigériennes seront amenées ces prochaines années, à participer de manière active en tant que parties prenantes aux réponses humanitaires.

Etant donnée la spécificité des crises liées aux mouvements de populations dans la sous-région, la Commission nationale d'éligibilité au statut des réfugiés coordonne la protection des réfugiés et rapatriés, dans les camps, les sites d'accueil, et auprès des communautés hôtes.

Capacité et réponse internationale

La mise en œuvre des interventions humanitaires au Niger bénéficie d'un grand appui des agences des Nations-Unies (SNU), des ONG internationales et nationales, et du mouvement de la Croix-Rouge. Le Niger bénéficie également d'une présence et de l'appui constant de plusieurs bailleurs de fonds. Au-delà d'un appui complémentaire à la mise en œuvre de la réponse sur le terrain, le SNU et les ONG s'impliquent particulièrement dans l'appui aux structures nationales mandatées pour répondre aux crises.

Le système de coordination existant, incluant les clusters, le DNPGCCA, et la CCH, joue pleinement son rôle et les acteurs internationaux en concertation avec le gouvernement ont la possibilité d'adapter leurs programmes pour répondre à l'urgence et/ou la capacité de développer et mettre en place une réponse spécifique en situation de crise, sur la base des besoins et priorités identifiés avec des financements additionnels et/ou potentiels.

Cependant, les ressources financières restent globalement très limitées face aux besoins humanitaires et à ceux liés au fonctionnement des structures mises en place dans le pays. D'importants gaps subsistent dans la rapidité de réponse en situation d'urgence et dans la mise en œuvre d'activités de livelihood innovantes.

Défis et contraintes

Du fait de la récurrence et de la gravité des crises et de l'ampleur de leur impact, la couverture des besoins humanitaires au Niger requiert des opérations avec des moyens conséquents dans tous les domaines tels que la sécurité alimentaire et la nutrition même si les secteurs sociaux de base (protection, eau, hygiène et

assainissement et éducation) sont moins bien financés. En outre, de par la nature patriarcale de la culture nigérienne, les femmes ont moins accès aux services sociaux de base que les hommes. De même les populations rurales et nomades ont moins accès à ces services que les populations urbaines.

Ainsi, les populations affectées ont progressivement perdu leurs moyens de subsistance et ont vu leurs capacités à faire face aux chocs significativement réduites; ce qui les placent dans une situation de forte vulnérabilité chronique.

Dès lors, l'intervention humanitaire doit en plus de sauver des vies, contribuer à restaurer et développer les moyens de subsistance des communautés et à renforcer leur résilience, par une approche intégrant des interventions de développement à plus ou moins long terme. Du reste, c'est ce qui avait motivé l'option pour une action humanitaire sur trois ans, à partir de 2014.

En conséquence, la stratégie des partenaires en appui aux efforts du gouvernement qui intègre les thèmes transversaux (VIH/Sida, Genre, Environnement, Droits humains...) va se poursuivre en 2015, autour d'une approche basée sur le renforcement de la résilience, couvrant notamment (i) la sécurité alimentaire et nutritionnelle ; (ii) la prévention et la gestion des risques et catastrophes ; (iii) la gestion environnementale ; (iv) la restauration et le développement des moyens de subsistance et (v) la protection sociale.

Les défis pour les humanitaires sont nombreux et de plusieurs ordres, on retient entre autres ce qui suit :

- **L'accès humanitaire** : L'accès humanitaire au Niger est un réel défi pour l'ensemble des acteurs de l'urgence. En effet, les différents acteurs sont confrontés à deux types de difficultés.

Premièrement, les difficultés d'accès physiques liées (1) à l'inaccessibilité de la plupart des zones d'intervention en saison pluvieuse, (2) l'immensité du territoire (1 267 000 km²) et (3) à la grande dispersion de la population en besoin d'assistance. Ces contraintes rendent parfois complexes et coûteuses les interventions des acteurs humanitaires. A ces difficultés, s'ajoutent un réseau routier pas toujours praticable, le manque ou la faible couverture du réseau téléphonique par endroit. En particulier, les zones des îles (région de Tillabéri et Diffa) sont difficiles d'accès car il faut utiliser des pirogues. Ces contraintes augmentent d'autant le coût de la mise en œuvre d'activités dans ces zones. A ces difficultés, il faut ajouter celle relative à une articulation harmonieuse entre les interventions d'urgence et les programmes de développement à travers un relèvement dans les programmes humanitaires. Dans un contexte où le manque de perspectives économiques est aussi important, les populations vulnérables éprouvent des difficultés d'accès aux services sociaux de base en raison des coûts des prestations.

- **L'insécurité**. Le Niger représente un espace clé sur l'échiquier géopolitique sahélien et un terrain de connexion entre différents groupes armés présents dans les pays voisins ; cette position a une incidence sur la situation sécuritaire du pays. La longueur et la porosité des frontières posent toujours des problèmes de contrôle de flux et autres trafics. La situation sécuritaire dans certaines zones reste volatile, malgré des efforts énormes consentis par le Gouvernement. Dans ces conditions de précarité et d'incertitude, la perturbation des activités humanitaires est toujours à craindre. Elle conduit parfois à la restriction des missions dans certaines zones (notamment celles frontalières avec le Nigéria et le Mali), à l'obligation de prendre des escortes dont l'organisation et les coûts ont une incidence sur les opérations humanitaires. Si actuellement le recours aux escortes armées est recommandé sur un certain nombre d'axes, il n'en demeure pas moins que la négociation avec les autorités de l'accès sécurisé sans escortes des humanitaires sur toute l'étendue du territoire reste le principal défi pour 2015. En effet, les forces de défense et de sécurité sont de plus en plus prises pour cibles par des éléments de groupes radicaux et le recours systématique aux escortes pourrait constituer des facteurs aggravants de risques pour les humanitaires. Un plaidoyer pour une sécurisation des axes prioritaires est ce qui serait le plus utile et pour les humanitaires et pour les populations.

- **Insuffisance des ressources financières** : certains secteurs tels que la protection, l'eau, l'hygiène et assainissement sont confrontés à des niveaux de financements assez faibles et/ou tardifs. Le manque d'engagement pour le financement des activités de prévention des épidémies et de la malnutrition est notable ;

- **Collecte et traitement des données fiables** : les données désagrégées ne sont pas toujours disponibles, le retard enregistré dans la remontée de l'information ou le manque de données exactes sur les déplacés et celles relatives à la campagne agricole sont au tant d'exemples ;









- **Malnutrition** : Persistance d'un nombre élevé d'enfants malnutris aiguës à traiter d'année en année en dépit des actions réalisées ;

- La prise en considération des **thématiques transversales** est encore faible au Niger.

Opportunités

Malgré ces défis, de nombreux résultats positifs ont été enregistrés en 2014 grâce aux interventions des acteurs humanitaires et du gouvernement nigérien.

Résultats 2014 au 18 novembre

Problématique humanitaire adressée par secteur				
	Personnes dans le besoin	Personnes ciblées	Personnes atteintes	Statut d'avancement
Clusters				
 SÉCURITÉ ALIMENTAIRE	4 197 614	3 300 000	1 600 000	48%
 ÉDUCATION	61 823	46 823	12 752	27%
 SANTÉ				
 PROTECTION	423 300	219 000	57 719	26%
 ABRIS	299 107	72 742	62 172	85%
 MULTISECTEUR	152 994	70 000	100 000	142%
 NUTRITION	3 000 000	1 277 607	890 711	70%
 WASH	1 502 496	927 266	332 212	36%

Plusieurs opportunités sont à prendre en compte pour 2015. Déjà, la communauté humanitaire va poursuivre le développement de l'approche nationale concertée et coordonnée pour une mise en œuvre effective et concrète de la résilience au niveau des communautés par une approche « commune de convergence », par exemple, alliée à un renforcement des capacités des institutions intervenant dans cette démarche.

A ceci s'ajoutent d'autres opportunités suivant le secteur d'intervention notamment :

- la programmation et les missions conjointes ;
- le renforcement de la coordination régionale (Sahel) ;
- la revue globale du programme Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue (PCIMA) au Niger ;
- l'existence d'un Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme, le Système de surveillance épidémiologique hebdomadaire ;
- la Révision du SNIS pouvant prendre en compte les données désagrégées ;
- une expertise disponible chez les partenaires ;
- la revue des mécanismes de coordination en considérant le renforcement des structures étatiques à la base et la bonne collaboration et coordination régulière avec le DNPGCCA au niveau national ;
- l'harmonisation des approches et des stratégies d'intervention au niveau sectoriel (paquets d'intervention), la bonne disponibilité du Gouvernement à assurer en premier les besoins de ses populations.

Besoins

Pour toutes les zones touchées par le choléra, des ressources supplémentaires sont nécessaires pour renforcer la disponibilité des intrants pour le traitement des points d'eau et des cas.

1 749

cas de choléra entre le 01 janvier et le 16 novembre 2014

64

décès liés au Choléra entre le 01 janvier et le 16 novembre 2014

3.7 %

Taux de létalité

Nouveaux cas déclarés entre le 01^{er} et le 16 novembre 2014

Tahoua 55 cas

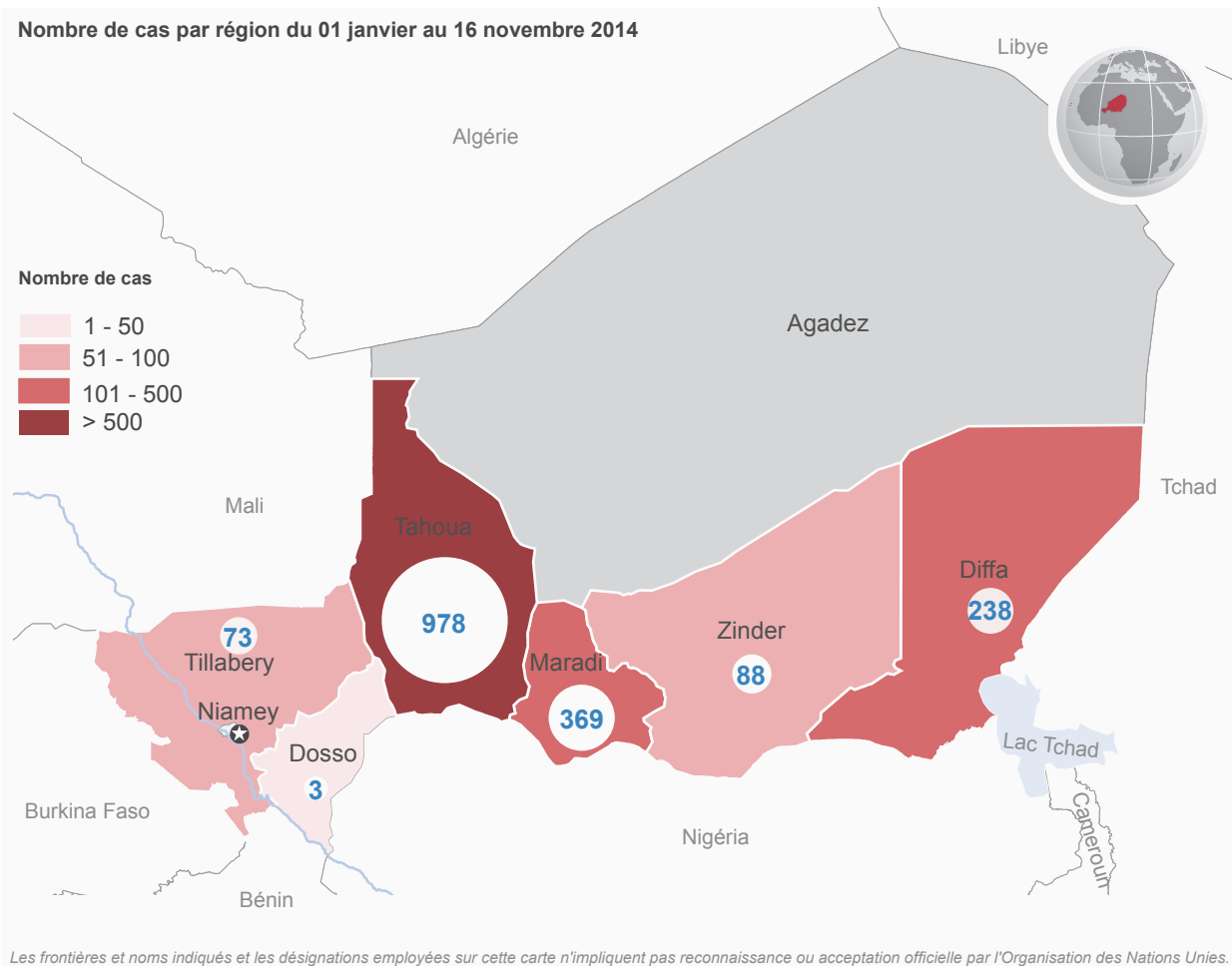
Diffa 28 cas

Maradi 1 cas

Nombre de décès entre le 01^{er} septembre et le 16 novembre 2014

51

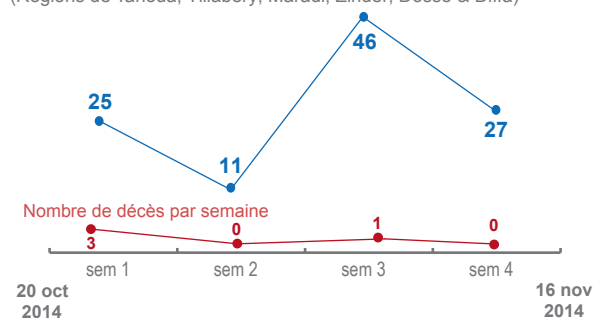
Nombre de cas par région du 01 janvier au 16 novembre 2014



Les frontières et noms indiqués et les désignations employées sur cette carte n'impliquent pas reconnaissance ou acceptation officielle par l'Organisation des Nations Unies.

Variation hebdomadaire des cas de choléra (20 oct au 16 nov 2014)

(Régions de Tahoua, Tillabéry, Maradi, Zinder, Doosso & Diffa)



Alerte dans les îles du lac (Région de Diffa)

34 000

nouveaux déplacés du Nigéria à Diffa ont besoin de produits de purification de l'eau et de **2 000 latrines** (îles du Lac et villages riverains)

Source: Rapport de situation Diffa n:7 (OCHA Niger)

Réponse OMS, UNICEF et partenaires

30

Kits Choléra prépositionnés dans 30 districts sanitaires de la bande Sud pays (les plus à risque) par l'OMS.

COMPOSITION D'UN KIT CHOLÉRA:

- Matériel médical
- Médicaments

pour traiter:

100 cas sévères de Choléra
+
400 cas modérés
(devant être pris en charge dans un CTC)

510 tests diagnostic rapide Choléra (OMS)

100 milieux Cary Blair (OMS) (pour le prélèvement des selles)

1 777 ménages ont reçu des kits Aquatabs (DRSP/SAVE)

500 ménages ont reçu des kits PUR pour 1 mois (DRSP/SAVE)

UNICEF

Appui pour l'élaboration du Plan stratégique multisectoriel d'élimination du Choléra au Niger 2015-2019

Approvisionnement en médicaments essentiels, Chlore, savon et matériel

Fonds pour la sensibilisation des populations

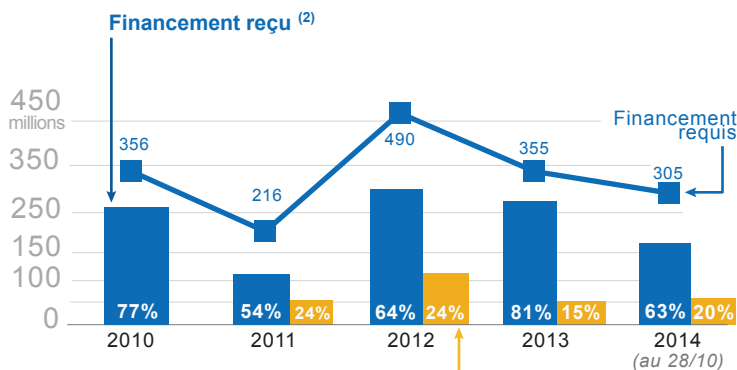


De 2010 à 2014, un total de 1,7 milliard de dollars a été requis pour l'action humanitaire au Niger à travers le Plan de Réponse Stratégique (CAP/SRP). Un total de 1,1 milliard de dollars a été mobilisé, soit un taux de financement de 68 pour cent.

Grâce aux fonds rendus disponibles par les donateurs, les acteurs humanitaires, en soutien au Gouvernement, ont apporté une aide humanitaire intégrant le développement des capacités de résilience des communautés affectées par l'insécurité alimentaire, la malnutrition, les épidémies et les catastrophes naturelles. Cette assistance a également profité aux réfugiés, déplacés et migrants vulnérables. On observe depuis 2012, une tendance à la baisse tant au niveau des besoins financiers, qu'à celui des financements reçus.

Toutes les années restent marquées par une récurrence de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition, avec un pic pour l'insécurité alimentaire en 2010. En 2012 et 2013, la situation s'est aggravée avec l'arrivée massive des personnes déplacées de la Libye, de la Côte d'Ivoire et du Mali ainsi que des inondations qui ont touché plus de 500 000 personnes. Quant à 2014, on enregistre un important flux de mouvements de populations dû à la situation sécuritaire du Nord-Est du Nigeria, en plus d'une augmentation sensible du nombre de personnes en insécurité alimentaire par rapport à 2012/2013.

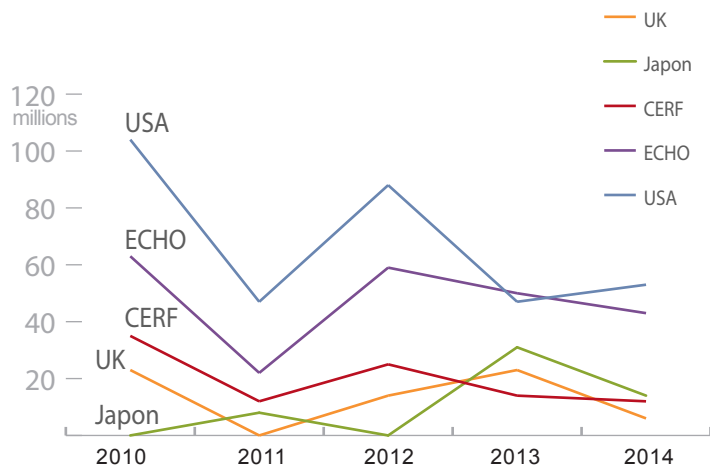
FINANCEMENT HUMANITAIRE GLOBAL 2010-2014



Financement reçu hors SRP ⁽¹⁾

⁽¹⁾ : pourcentage de financement reçu hors SRP par rapport au montant global requis
⁽²⁾ : pourcentage de financement reçu par rapport au montant global requis

TOP 5 BAILLEURS DE FONDS 2010 À 2014



CHIFFRES-CLÉS

2010

9.7 millions de personnes en insécurité alimentaire sévère ou modérée
307 000 cas de MAS et **514 000** cas de MAM attendus

2011

4.4 millions de personnes en insécurité alimentaire sévère ou modérée
254 338 cas de MAS et **340 355** cas de MAM attendus

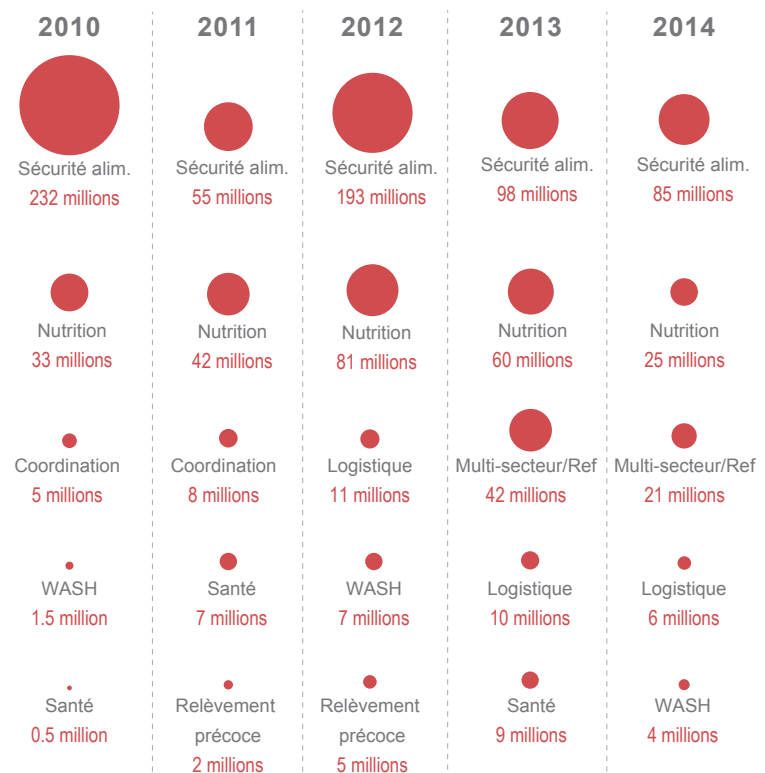
REQUÊTE GLOBALE

US\$1.722 milliard

FINANCEMENTS REÇUS

US\$1.182 milliard

SECTEURS LES PLUS FINANCÉS / ANNÉE



2012

6.4 millions de personnes en insécurité alimentaire sévère ou modérée
393 737 cas de MAS
500 000 personnes affectées par des inondations
250 000 personnes retournées de Libye et de Côte d'Ivoire et plus de **40 000** réfugiés maliens

2013

2.9 millions de personnes en insécurité alimentaire sévère ou modérée
50 000 personnes réfugiées
376 724 cas de MAS et **533 674** cas de MAM attendus

2014

4.2 millions de personnes en insécurité alimentaire sévère ou modérée
356 324 cas de MAS et **649 557** cas de MAM attendus
107 000 personnes concernées par les déplacements suite aux conflits

La situation sécuritaire au Nigéria reste volatile et continue d'entraîner des déplacements de personnes vers le Niger. Plus de 27 000 nouveaux arrivants ont été enregistrés dans la région de Diffa entre août et septembre 2014. Ceci représente plus de 50 pour cent des 53 073 personnes déplacées, en provenance du Nigéria, enregistrées depuis le début de l'année.

Les personnes déplacées ont urgemment besoin d'assistance en vivres, abris, soins de santé, eau potable et protection.

Finalement, l'arrivée tardive des pluies ne semble pas altérer la campagne agricole, mais l'arrêt ou la poursuite des pluies après le 15 septembre sera déterminant pour la réussite de la campagne agricole.



- Sécurité alimentaire
- Protection
- Santé/Nutrition
- Wash
- Abris
- Éducation
- Déplacements en provenance du Nigéria
- Conflits

593 821

Population de la région de Diffa
(Recensement 2012)



16 549 déplacés
arrivés du Nigéria entre le 01/09/2014 et le 24/09/2014

89 666
personnes (autochtones) en insécurité alimentaire dans la région

27 000 personnes
nouveaux déplacés ayant besoin d'assistance alimentaire immédiate

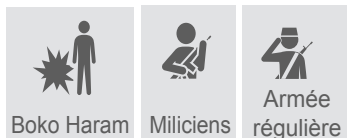
+ 5 600 abris & NFI
à fournir pour **39 000** déplacés (soit **62%** des déplacés)

606 cas MAS
sur env. 45 000 enfants dépistés du 01 au 24 sept.

12,3%
Taux de Malnutrition Aigue Globale (MAG) dans la région (source: enquête SMART 2013)

105 000 env.
déplacés du Nigéria depuis Mai 2013
(Estimation consensuelle)

CAUSES MAJEURES DES DÉPLACEMENTS



34 000 déplacés
ont besoin de produits de purification de l'eau et de 2 000 latrines (îles du Lac et villages riverains)

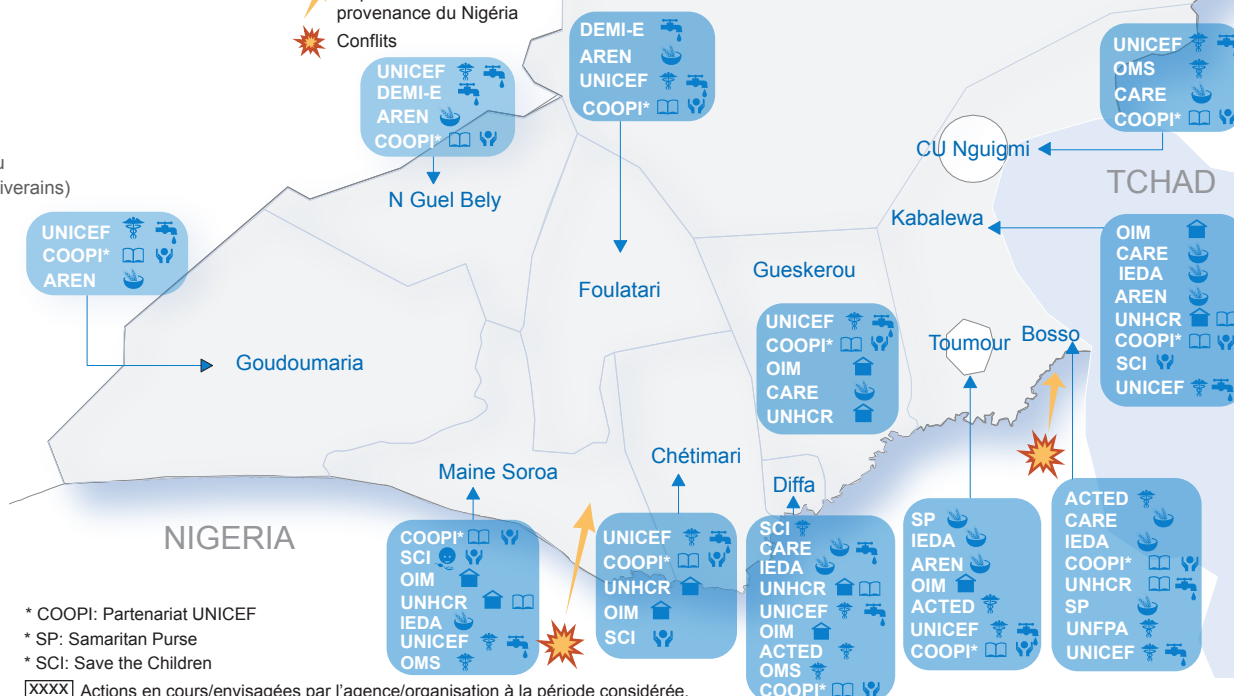
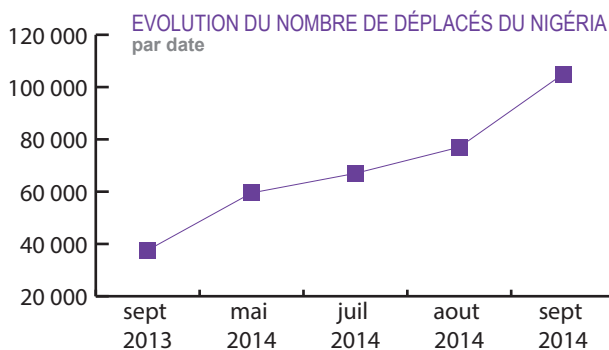
Prise en charge
médicale et psycho sociale des déplacés nécessaire

333 élèves
(enfants de déplacés et de familles hôtes) enregistrés pour participer à un programme de cours à distance

Cliniques mobiles
nécessaires pour assurer la couverture sanitaire des zones inaccessibles

VIH / IST
Besoin de prévention et prise en charge dans les îles du Lac Tchad

Ebola au Nigéria voisin
Nécessité de mettre en place un dispositif sanitaire de surveillance



* COOPI: Partenariat UNICEF
* SP: Samaritan Purse
* SCI: Save the Children

[XXXX] Actions en cours/envisagées par l'agence/organisation à la période considérée.

Les frontières et les noms indiqués et les désignations employées sur cette carte n'impliquent pas reconnaissance ou acceptation officielle par l'Organisation des Nations Unies.

Sécurité alimentaire

42 914 personnes assistées durant la période du 01 au 24 sept.

205 141 USD remis dans le cadre du 3^e tour des Travaux à haute intensité de Main d'oeuvre

Santé

63 355 enfants vaccinés contre la polio (cible initiale: 61 885 enfants)

Abris

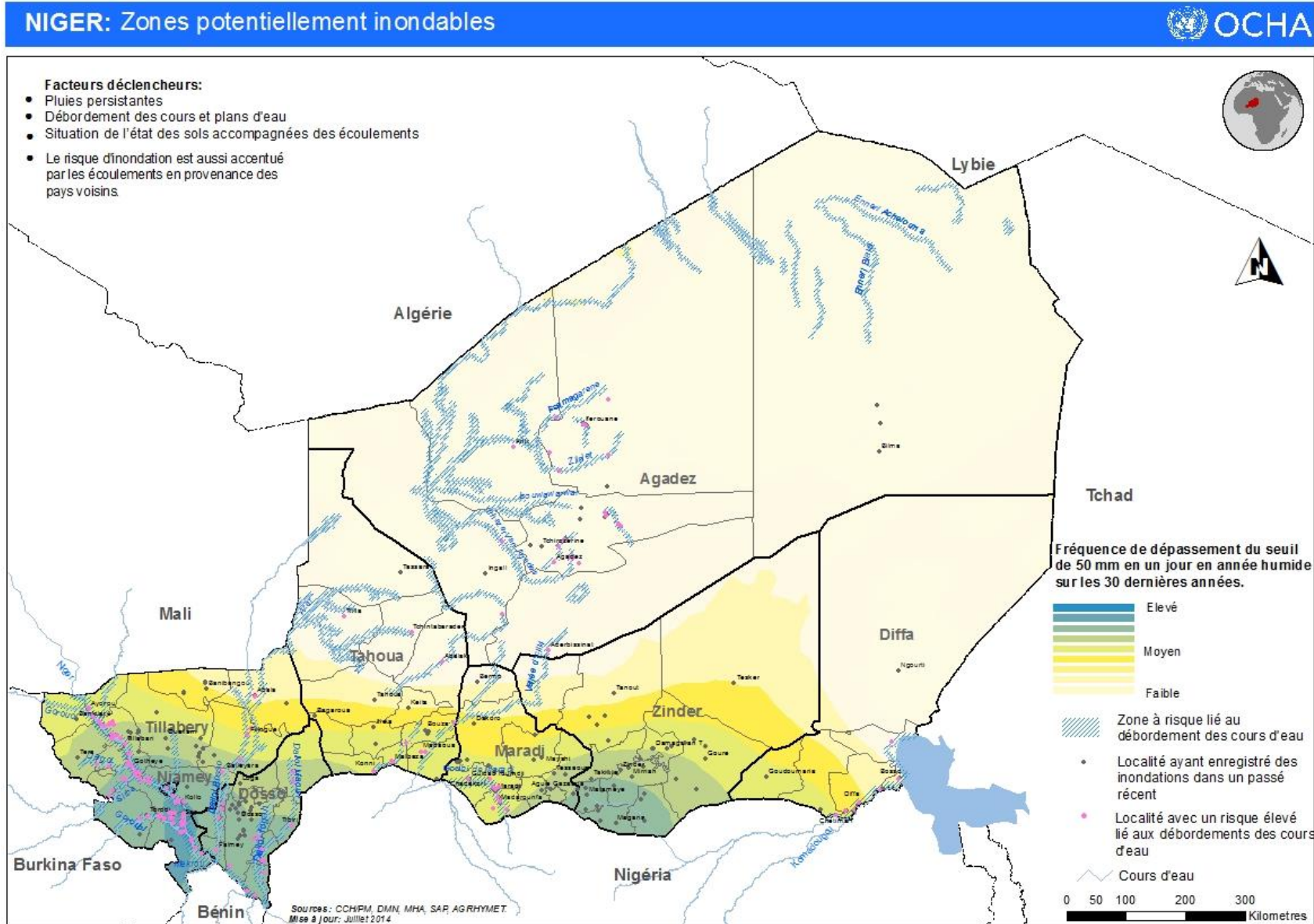
4 935 kits d'abris d'urgence remis aux familles hôtes et déplacés

Profilage des bénéficiaires
2 982 familles déplacées et hôtes

Eau, hygiène, assainissement

78 latrines
45 points d'eau construits pour faciliter l'accès à potable pour **11 250** personnes

Aperçu sur les zones potentiellement inondables



INTERACTIONS ENTRE CLUSTERS / SECTEURS

	SECURITE ALIMENTAIRE	SANTE	NUTRITION	WASH	EDUCATION	PROTECTION	ABRIS/NFI	RELEVEMENT
RELEVEMENT	- Évaluations conjointes - Livelihoods	Réhabilitation/reconstruction des centres de santé		Réhabilitation des points d'eau et latrines	Reconstruction/réhabilitation des salles de classes après inondations		Reconstruction des maisons après inondations	
ABRIS/NFI	Évaluations conjointes	- CSI - Appui en friperie Enfant - 0 à 5ans couplé aux opérations de dépistage et de vaccination		Évaluations conjointes	Évaluations conjointes	Évaluations conjointes		Reconstruction des maisons après inondations
PROTECTION		PEC médicale des VBG	- Appui psycho-social aux enfants souffrant de MAS et à leurs accompagnants (fait partie intégrante du protocole de prise en charge de la manutrition au Niger)	Projet pilote (appui global wash)	- Mise en place des codes de conduites de la part des enseignants pour respecter les droits de l'enfant - Prévention VBG et mariage précoce via CGDES et formation des enseignants - Sensibilisation sur le droit à l'éducation		- Fourniture de kits de dignité - Évaluations conjointes	
EDUCATION	Gouters et jardins potagers dans les écoles (intégré dans le paquet éducation)	Préparation santé pour l'ébola dans le secteur d'éducation. Surtout pour assurer la prise de temperature (outils +formation nécessaire), et le 'tracing' des contacts élèves, enseignants, personnel scolaire		- Intégration de la dimension WASH dans le paquet Education (WASH in School) - Sensibilisation a l'hygiene dans les écoles (prevention des epidemies de cholera et Ebola) -Mapping des écoles à risque d'ebola (surtout les écoles frontalières avec le Mali)	- Paquet de services partagés avec les mebres du cluster éducation du pays : - Catastrophes naturelles : Formation des enseignants en DRR - Mouvement de population/Diffa - Encadrement pédagogique des enseignants - Formation thématique des enseignants (psychosocial, genre, VIH/SIDA, eie) - Education à la paix, Education alternative.	Formation des enseignants sur les VBG et les thematiques transversales	- Réhabilitation de classe, - Assistance en Kit matériel de construction de classe ; - Évaluations conjointes	- Réhabilitation des écoles sinistrées après inondations - Réconstruction des salles de classe après inondations
WASH		- Lutte contre cholera - Preparation et réponse Ebola - Même cibles - Réunion intersectorielles - Mobilisation conjointe des ressources	- Wash in nutrition (fait partie intégrante du protocole de prise en charge de la manutrition au Niger) - Alignement case load et- Ciblage conjoint des zones prioritaires - Intégration wash in Nut dans la PEC		- Wash in School - Mobilisation conjointe des ressources	- Projet pilote (appui global Wash) - Monitoring de respect des standards avec focus Genre	- Cibles communes (inondations) - Intégration intrants wash ds kit NFI - Coordination évaluations conjointes	Réhabilitation des points d'eau après inondations

	SECURITE ALIMENTAIRE	SANTE	NUTRITION	WASH	EDUCATION	PROTECTION	ABRIS/NFI	RELEVEMENT
NUTRITION	<ul style="list-style-type: none"> - Paquet intégré - Échanges infos - REACH - I3N 	<ul style="list-style-type: none"> - PEC des MAS compliqués - Prévention et PEC maladies enfants malnutris - Échanges infos - Réponse synergique (prévention et traitement sous nutrition) 		<ul style="list-style-type: none"> - Wash in nutrition - Alignement case load - Ciblage zones prioritaires - Paquet conjoint ds PEC - Intégration wash in Nut ds la PEC 		<ul style="list-style-type: none"> - Appui psychosocial aux MAS et mères - Paquet pour appropriation - Intégration de l'appui psycho ds le protocole de PEC 		
SANTÉ			<ul style="list-style-type: none"> - Paquet intégré - Échanges infos - REACH - I3N 	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre cholera - Préparation et réponse Ebola - Même cibles - Réunions intersectorielles - Mobilisation conjointe des ressources 		<ul style="list-style-type: none"> - Appui psycho social et médical aux VBG - Appui psychosocial aux personnes traumatisées par les attaques 	<ul style="list-style-type: none"> - Abris servant de CSI - Fripperie enfant de 0 à 5 ans couplé à des opérations de dépistage et de vaccination 	Reconstruction infrastructure
SÉCURITÉ ALIMENTAIRE					Cantines scolaires et jardin (paquet éducation)	Appui aux femmes enceintes et allaitantes		- Activités de livelihood
MULTI SECTEUR	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation conjointe - Renouvellement MoU avec PAM 	<ul style="list-style-type: none"> - DMU - PEC Ist/VIH/Sida - PEC maladies chroniques - Santé mentale 	Renouvellement MoU avec Unicef	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte population hôte - Couverture de gaps ds le camp 	<ul style="list-style-type: none"> - Paquet spécifique réfugiés malien - Réunion Groupe de travail - Education pour réfugiés - Renouvellement MoU avec Unicef 	Appui au HCR couverture gaps (EAE ds camps)	<ul style="list-style-type: none"> - Stock de contingence - Stratégie et mission conjointe 	- Activités de livelihood