

La politique nutritionnelle au Nigéria



Que vous dit cette note ?

Cette note présente un résumé des politiques fédérales pertinentes en matière de nutrition au Nigéria. Nous y examinons le i) contexte nutritionnel, les objectifs des politiques en place, les indicateurs, le budget et les activités menées ; ii) les bénéficiaires et acteurs clés, et la coordination ; iii) les mécanismes de suivi-évaluation et de responsabilisation des politiques ; iv) et voir si les politiques actuelles concordent avec les objectifs mondiaux de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS).

Transform Nutrition West Africa est financée par la Fondation Bill et Melinda Gates et dirigée par l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI).

Le statut de la nutrition au Nigéria

Le Nigeria est sur la bonne voie pour atteindre l'objectif 2025 de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) concernant le surpoids chez les enfants (1,2% en 2018ⁱ). Malgré les améliorations enregistrées en termes d'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de vie (de 22% en 2014 à 27% en 2018ⁱⁱ) et d'insuffisance pondérale à la naissance (15,2% en 2011 et 14,8% en 2016ⁱⁱⁱ), le Nigeria n'est pas sur la bonne voie dans ces deux domaines. L'anémie chez les femmes en âge de procréer (FAP) n'a pas progressé depuis 2013 (49,8% en 2013 et 2016^{iv}), et le retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans

(<5 ans) non plus n'a pas évolué entre 2014 et 2018 (32%^v). Malheureusement, le Nigeria n'est sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de l'AMS concernant l'émaciation des <5 ans (7% en 2018^{vi}). Outre les objectifs de l'AMS, l'anémie des <5 ans et la carence en vitamine A chez les <5 ans restent élevées (respectivement 68% en 2016^{vii} et 42% en 2013^{viii}). On note un double fardeau d'insuffisance pondérale et de surpoids/obésité dans la population adulte : 9,3% des FAP sont minces^x (2016) et la prévalence du surpoids/obésité augmente (33% des femmes concernées par le surpoids/l'obésité en 2011 et 36% en 2016^x).

Etat des lieux de la politique nutritionnelle au Nigeria

Le Nigéria est régi par un système politique fédéral réparti en 36 États, 774 administrations locales et le territoire de la capitale fédérale. Les politiques fédérales ne sont pas forcément mises en œuvre dans l'ensemble du pays car, pour ce faire, elles doivent être ratifiées individuellement par tous les États. Dix-neuf politiques fédérales pertinentes en matière de nutrition – actuellement en vigueur ou en phase avancée de rédaction – sont incluses dans la présente note (Voir **Tableau 1**, p. 3). Elles portent sur les domaines de la santé (n=7), de la nutrition (n=4), de l'agriculture (n=3), de l'éducation/la recherche (n=2), de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH) (n=1), de l'environnement (n=1) et du social (n=1).

A retenir

Quel est l'objectif ultime de cette note de politique ?

Fournir une compréhension plus complète et plus approfondie de l'orientation actuelle des politiques pertinentes en matière de nutrition au Nigéria et de leurs implications. Cette note répond à la demande et aux priorités des partenaires.

Quelles en sont les principales conclusions ?

- La nutrition occupe une place de choix dans les politiques de nutrition, de santé et d'agriculture.
- Les jeunes enfants et les femmes sont les groupes les plus fréquemment mentionnés et les bénéficiaires les plus ciblés.
- Parmi les six objectifs de l'AMS et leurs indicateurs, les plus mentionnés dans les politiques sont le retard de croissance des <5ans et l'allaitement maternel exclusif, et le moins

mentionné est le surpoids des <5ans. On distingue néanmoins une politique qui s'approprie cinq des valeurs cibles de l'AMS.

- Toutes les politiques soulignent l'importance de la coordination multisectorielle.

Quelles sont les recommandations en matière de politiques ?

- Promouvoir une meilleure intégration de la nutrition dans les politiques relatives au programme WASH, à l'environnement, à la protection sociale, au genre, à l'économie, à l'éducation et à la recherche, et aux sciences et technologies.
- Les politiques et les stratégies pertinentes en cours d'élaboration ou de révision devraient éviter de perpétuer les

lacunes des documents actuels. Le contexte nutritionnel, les objectifs, les indicateurs et les activités planifiées devraient être harmonisés et faire l'objet d'une évaluation des coûts.

- Des activités planifiées et des mécanismes de mise à l'échelle similaires se retrouvent dans différentes politiques. Les mécanismes de coordination devraient aborder de manière plus explicite de la prévention des doubles emplois et la création de synergies.
- Malgré la diversité de ses politiques, le Nigeria n'est pas sur la bonne voie pour atteindre la plupart des objectifs de l'AMS. Pour atteindre ces objectifs, il est essentiel que les actions soient adéquatement mises en œuvre et que des actions complémentaires soient menées simultanément dans tous les domaines d'action concernés.

Tableau I : Liste des politiques nationales relatives à la nutrition

	Domaine	Nom de la politique	Acronyme	Début	Fin
1	Nutrition ¹	National Policy on Infant and Young Child Feeding in Nigeria	NPIYCF	2010	Sans objet
2		National Strategic Plan of Action for Nutrition – Health Sector Component	NSPAN	2014	2019
3		National Policy on Food and Nutrition	NPFN	2016	2025
4		National Social and Behavioural Change Communication Strategy for Infant and Young Child Feeding in Nigeria	NSBCCS	2017	2020
5	Santé	National Health Promotion Policy ²	NHPP	2006	Sans objet
6		Integrated Maternal, Newborn and Child Health Strategy	IMNCHS	2007	2015 (mais encore utilisée)
7		Task-shifting and task-sharing policy for essential health care services in Nigeria	TSTS	2014	Sans objet
8		National Health Policy ³	NHP	2016	Sans objet
9		National Strategic Plan of Action on Prevention and Control of Non-Communicable Diseases	NSPANCD	2016	2020
10		National Child Health Policy ⁴	NCHP	2017	Sans objet
11		Second National Strategic Health Development Plan ⁵	NSHDP II	2018	2022
12	Agriculture	National Agricultural Investment Plan ⁶	NAIP	2011	2014
13		Agriculture Promotion Policy	APP	2016	2020
14		Agricultural Sector Food Security and Nutrition Strategy	ASFSNS	2016	2025
15	WASH	Partnership for Expanded Water Supply, Sanitation & Hygiene Strategy	PEWASH	2016	2030
16	Environnement	National Forest Policy	NFP	2006	Sans objet
17	Education/ recherche	National School Health Policy	NSHP	2006	Sans objet
18		Science, Technology, and Innovation Policy	STIP	2011	Sans objet
19	Social	National Social Protection Policy	NSPP	2017	Sans objet

¹ Le National Plan of Action on Food and Nutrition in Nigeria (NPAN) n'est pas inclus car aucune ébauche préliminaire n'était disponible au moment de l'analyse. Le NPAN est basé sur la National Policy on Food and Nutrition, qui est incluse dans cette note de politique.

² Une nouvelle version de la NHPP devrait être publiée en 2019. La version de 2006 incluse dans cette note reste en vigueur jusqu'à ce que la nouvelle politique soit publiée.

³ Nous n'avons pu trouver que la version préliminaire de cette politique (version de septembre 2016).

⁴ Nous n'avons pu trouver qu'une version préliminaire avancée de la politique (version de juin 2017). La version finale n'est pas encore disponible.

⁵ Le NSHDP II est un document de mise en œuvre de la NHPP.

⁶ Une nouvelle version du PNIA est en cours d'élaboration et devrait être publiée en 2019.

Méthodes

Toutes les politiques, stratégies et les plans d'action nationaux pertinents en matière de nutrition – actuellement en vigueur ou en phase avancée d'élaboration depuis décembre 2018 – ont été inclus dans cette note. Pour ce faire, le critère d'inclusion suivant a été utilisé : la présence d'un objectif, d'un budget et/ou d'un indicateur relatifs à la nutrition.

Nous avons obtenu des documents potentiellement pertinents à partir d'une recherche systématique, y compris sur des sites Web pré-identifiés (p. ex. ministères du gouvernement fédéral et agences des Nations Unies concernés), d'une recherche sur Google et de consultations avec des experts nationaux. Des consultations ciblées avec des experts régionaux et nationaux ont permis d'accéder à des documents non disponibles en ligne. Nous avons trié les documents identifiés (voir Annexe 1) en fonction de nos critères d'admissibilité. Dix-neuf documents ont satisfait à nos critères d'admissibilité. Nous avons utilisé un logiciel qualitatif pour coder et analyser ces documents.



PROBLEM

LE PROBLÈME : Sur quoi porte le contexte nutritionnel des politiques et quels problèmes sont mis en évidence ?

Trois politiques, dans les domaines de l'assainissement (WASH), de l'environnement et de la recherche, ne fournissent aucun contexte nutritionnel (PSTI, PFN, PEWASH). Les 16 autres politiques fournissent un contexte nutritionnel plus complet lorsqu'il s'agit du domaine de la nutrition. Dans tous les domaines d'action des politiques, le contexte nutritionnel est principalement établi au niveau national. La moitié des politiques abordent toutefois le contexte régional ou mondial et fournissent des informations sur les tendances et les accords régionaux/internationaux, sur les objectifs du Millénaire et du développement durable, et sur l'adhésion du Nigeria au Mouvement SUN. Les politiques dans les domaines de la nutrition (n=3), de la santé (n=4) et de l'agriculture (n=1) reconnaissent l'existence de grandes disparités rurales/urbaines, étatiques et/ou économiques dans le contexte nutritionnel du Nigeria. Aucune politique ne présente de données nutritionnelles désagrégées par sexe.

Dans tous les domaines d'action des politiques, l'accent est mis sur la sous-nutrition. Sept politiques, dans les domaines de la nutrition, de la santé et de l'agriculture, présentent le contexte des carences en micronutriments, à savoir les carences en vitamine A, en iode et en fer. Neuf autres politiques, dans ces trois domaines, apportent des informations sur les maladies non transmissibles (MNT), y compris les MNT liées à la nutrition telles que le diabète et l'hypertension artérielle et leurs facteurs de risque. Le surpoids et l'obésité sont classés parmi les MNT dans six de ces neuf politiques. Cependant, le NSPANCD - une politique axée sur les MNT - considère le surpoids et l'obésité uniquement comme des facteurs favorisant l'apparition des MNT. Le rôle de la nutrition dans l'apparition de certaines MNT est souligné dans plusieurs de ces politiques. Les politiques en matière de nutrition, de santé et d'agriculture présentent une image plus holistique des problèmes nutritionnels que les autres domaines d'action des politiques.

Plus de la moitié des politiques, presque exclusivement dans les domaines de la nutrition, de la santé et de l'agriculture, décrivent les causes (n=9) et/ou les conséquences (n=10) des problèmes nutritionnels. Les causes englobent, entre autres : la mauvaise alimentation et les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ; les normes sociales ; l'insuffisance des services de santé/nutrition ; l'accès physique et financier limité aux soins de santé ; et les insurrections dans certaines régions du pays. Les conséquences comprennent la mortalité, la morbidité, un développement économique, social et cognitif réduit et un faible niveau d'instruction.

Le **Tableau 2** met en évidence les politiques qui incluent des indicateurs relatifs aux objectifs de l'AMS dans leur contexte nutritionnel. Le retard de croissance des <5ans, l'émaciation des <5 ans et l'allaitement maternel exclusif sont les indicateurs les plus fréquemment inclus. Le surpoids des <5 ans n'est mentionné dans le contexte nutritionnel d'aucune politique ; et seules deux politiques mentionnent l'insuffisance pondérale à la naissance. L'ASFSNS, une politique agricole, mentionne presque tous les indicateurs de l'AMS dans son contexte nutritionnel. À l'exception de l'IMNCHS (une politique de santé datant de 2007), les politiques les plus récentes dans chaque domaine mentionnent généralement plus d'indicateurs de l'AMS dans leur contexte nutritionnel.

Le contexte nutritionnel est-il fondé sur des données probantes ?

On retrouve un contexte nutritionnel fondé sur des données probantes (c.-à-d. avec références scientifiques à l'appui) dans les politiques de nutrition et de santé, bien que l'ASFSNS, politique agricole, cite aussi abondamment des données probantes en matière de nutrition. Dans tous les domaines d'action des politiques, les citations sont données principalement à titre d'informations quantitatives plutôt que qualitatives. Entre autres sources de données empiriques citées dans le contexte nutritionnel des politiques, on peut citer : l'Enquête démographique et de santé du Nigéria (NDHS), l'Enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS) et l'Enquête nationale nutrition et santé (NNHS). Les informations fournies portent principalement sur les niveaux de prévalence des problèmes nutritionnels et non sur les solutions identifiées. La plupart des politiques qui présentent des informations sur les disparités nutritionnelles, les causes et les conséquences des problèmes nutritionnels citent des références relatives à ces informations.



POLICY

LES POLITIQUES : Quels éléments inclus dans les politiques pertinentes permettent de résoudre les problèmes identifiés ?

Comme indiqué au **Tableau 2**, la plupart des politiques incluent la nutrition dans leurs **objectifs** généraux et/ou spécifiques. Certains objectifs présentent un contenu spécifique à la nutrition (p. ex., améliorer le statut nutritionnel de la population) et, d'autres, moins nombreux, présentent un contenu sensible à la nutrition (p. ex., améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle). **Les indicateurs nutritionnels** combinent des indicateurs de résultats (p. ex. taux d'insuffisance pondérale) et des indicateurs de produits (p. ex. nombre de programmes abordant les facteurs de risque des MNT). En termes de problèmes nutritionnels, les indicateurs se concentrent sur la sous-nutrition ; mais on note tout de même la présence des indicateurs sur les carences en micronutriments et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation dans plusieurs politiques. Aucune politique n'inclut des indicateurs nutritionnels désagrégés. Les indicateurs de l'AMS les moins pris en compte dans les politiques sont l'anémie des FAP et le surpoids chez les <5 ans. L'IMNCHS se distingue par le fait qu'elle précise les méthodes exactes de mesure des indicateurs tels que l'insuffisance pondérale, le retard de croissance et l'émaciation. Les **activités nutritionnelles planifiées** sont détaillées dans 14 politiques, à travers tous les domaines d'action, à l'exception de l'environnement, du programme WASH et des services sociaux. Le NSHDP II (santé) et le NSPAN (nutrition) comportent la gamme la plus complète d'activités nutritionnelles. Seules cinq politiques disposent d'informations budgétaires suffisamment détaillées permettant d'évaluer si elles disposent d'un **budget**

pour la nutrition ; trois politiques possèdent un budget pour la nutrition. Le contenu relatif à la **mise à l'échelle** met l'accent sur les mécanismes de pilotage et de mise en œuvre de la politique (p. ex. principes directeurs, plaidoyer, outils tels que les cadres et protocoles de mise en œuvre, et mise à l'échelle des interventions à fort impact). La nutrition est mentionnée de manière spécifique dans le texte de mise à l'échelle de quatre des politiques nutritionnelles et dans l'IMNCHS (une politique de santé). Quelques politiques mentionnent les risques ou les défis liés à la mise à l'échelle, à savoir les ressources financières incertaines ou limitées et l'instabilité politique.

Comment les objectifs des politiques s'alignent-ils sur les objectifs mondiaux de l'AMS pour 2025 ?

Le **Tableau 2** présente 11 politiques dont les indicateurs nutritionnels sont les mêmes que ceux de l'AMS. Cinq de ces politiques, dans les domaines de la nutrition (n=3), de la santé (n=1) et de l'agriculture (n=1), comprennent des objectifs concernant au moins un de ces indicateurs. Si le Nigéria parvient à réaliser ces objectifs, il sera sur la bonne voie pour atteindre voire dépasser les objectifs de l'AMS d'ici 2025. L'ASFSNS, parfaitement alignée sur les objectifs mondiaux de 2025, prévoit d'atteindre ces objectifs pour chacun des cinq indicateurs de l'AMS inclus^a. Toutefois, trois des quatre objectifs de la NPFN (retard de croissance des <5ans, émaciation des <5 ans et anémie des FAP) sont moins ambitieux que les cibles de l'AMS.

Les politiques sont-elles cohérentes ?






On pourrait s'attendre à ce que les politiques incluant des objectifs nutritionnels contiennent à la fois des indicateurs nutritionnels et des activités nutritionnelles planifiées, tandis que les politiques sans objectifs nutritionnels ne devraient vraisemblablement contenir aucun de ces deux éléments. Cependant, nous avons constaté 11 cas (voir **Tableau 2**) qui ne suivent pas cette logique. En général, cela n'est pas dû à un manque de cohérence au sein des politiques, mais au fait que : a) les politiques précisent que les indicateurs et/ou les activités

planifiées feront l'objet d'un document distinct ou b) les objectifs des politiques sont vastes et ne sont pas explicitement liés à la nutrition (alors que leurs indicateurs ou activités planifiées sont suffisamment spécifiques pour rendre ce lien explicite).

On constate toutefois des cas d'incohérence entre les différentes parties des politiques. Premièrement, les populations ciblées par les objectifs nutritionnels ne sont pas toujours les mêmes que celles ciblées par les indicateurs nutritionnels et/ou les activités nutritionnelles planifiées. Par exemple, les objectifs nutritionnels et les activités planifiées du NSHDP II s'adressent aux <5ans, aux FAP, aux personnes âgées, aux adolescents et aux groupes vulnérables, mais les indicateurs nutritionnels se concentrent uniquement sur les <5ans et les FAP. Deuxièmement, les problèmes soulignés dans le contexte nutritionnel des politiques ne sont pas toujours inclus dans les indicateurs nutritionnels des politiques. Par exemple, l'ASFSNS considère la faible prévalence de l'allaitement maternel exclusif au Nigéria comme un problème nutritionnel, mais n'inclut pas d'indicateur à cet égard (même si elle inclut des indicateurs pour d'autres problèmes nutritionnels identifiés dans la politique ainsi que des objectifs nutritionnels qui pourraient inclure l'allaitement maternel exclusif). Cette incohérence est d'autant plus significative que l'ASFSNS affirme que ses indicateurs sont basés sur des objectifs mondiaux/ régionaux de sécurité alimentaire et de nutrition. Troisièmement, bien que huit politiques mettent en avant les disparités nutritionnelles dans leur contexte, une seule d'entre elles (le NSHDP II) précise que les indicateurs nutritionnels doivent être désagrégés (par région, zone urbaine/rurale et revenu, mais pas par sexe) pour saisir les disparités identifiées. Enfin, plusieurs politiques n'expliquent pas clairement les concepts, les définitions ou les tranches d'âge des indicateurs de prévalence. Plus particulièrement, un certain nombre de politiques font référence à des concepts tels que le retard de croissance et l'émaciation, mais ne précisent pas à quelle tranche d'âge ils font référence ni comment ces concepts seront mesurés.

^a Bien qu'il ne précise pas l'âge/le groupe (p. ex., <5ans ou enfance) pour les objectifs en matière de retard de croissance et d'émaciation.

Tableau 2 : Inclusion des indicateurs de nutrition et d'AMS dans le contexte, les objectifs, les indicateurs, les activités et le budget des politiques ; Principaux mécanismes de mise à l'échelle

NR	Domaine	Acronyme	Contexte nutritionnel des indicateurs de l'AMS	Objectifs en matière de nutrition	Indicateurs de la nutrition	Indicateurs de la nutrition p/r aux les indicateurs de l'AMS	Activités prévues en matière de nutrition	Budget pour la nutrition ¹	Principaux mécanismes de mise à l'échelle
1	Nutrition	NPIYCF	  	✓	✓	 	✓	SO ²	Renforcement des capacités ; plaidoyer ; mobilisation des ressources ; mise en œuvre et participation multisectorielles et à plusieurs niveaux
2		NSPAN	     	✓	✓	      	✓	✓	Mise à l'échelle des interventions avec des données probantes solides, le protocole de l'OMS et un mécanisme de prestation réalisable ; Modélisation de l'impact de différents scénarios de mise à l'échelle ; plaidoyer ; mobilisation des ressources ; Outils (p. ex., protocoles)
3		NPFN	  	✓	✓	  	✓	SO	Principes directeurs pour la mise en œuvre à l'échelle ; réseau national de nutrition ; mouvement SUN ; système de coordination des activités ; intégration de la nutrition à tous les niveaux du gouvernement
4		NSBCCS	 	✓	✓		✓	SO	Phase pilote dans certains États pour permettre des ajustements et la mise à l'échelle des meilleures pratiques ; plaidoyer ; appui technique et financier accru
5	Santé	NHPP	 	✗	✓		✗	SO	Principes directeurs pour la mise en œuvre à l'échelle ; plaidoyer ; diffusion ; participation aux mouvements mondiaux
6		IMNCHS	   	✗	✓	     	✓	SO	La mise à l'échelle est un élément clé de ce document. Principes directeurs pour la mise en œuvre à l'échelle ; plaidoyer ; diffusion ; mise à l'échelle des interventions à fort impact ; plans opérationnels spécifiques aux États ; phases de mise à l'échelle
7		TSTS	✗	✓	✗	✗	✓	SO	Environnement favorable à la mise en œuvre des politiques ; législation ; réglementation ; renforcement des capacités ; incitations ; plan gouvernemental global
8		NHP	 	✓	✓		✓	SO	Principes directeurs pour la mise en œuvre à l'échelle ; outils (p. ex. cadre de mise en œuvre, plans opérationnels) ; diffusion ; mise en œuvre multisectorielle à plusieurs niveaux.
9		NSPANCD	✗	✗	✓	✗	✓	SO	Principes directeurs pour la mise en œuvre à l'échelle ; approches multisectorielles ; Phase pilote et mise à l'échelle
10		NCHP	  	✓	✓	   	✓	SO	Principes directeurs pour la mise en œuvre à l'échelle ; partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile ; renforcement des capacités ; plaidoyer ; recherche et développement
11		NSHDP II	  	✓	✓	   	✓	✓	Principes directeurs pour la mise en œuvre à l'échelle ; outils (par exemple, cadre de S&E) ; institutionnalisation des politiques/pratiques ; modélisation de l'impact des différents scénarios de mise à l'échelle
12	Agriculture	NAIP	 	✗	✓	✗	✓	±	Mettre l'accent sur les risques de la mise à l'échelle (incertitude fiscale et politique)
13		APP	 	✓	✗	✗	✓	SO	
14		ASFSNS	    	✓	✓	    	✓	✓	Plaidoyer ; renforcement des capacités
15	WASH	PEWASH	✗	✓	✓		✗	±	Outils (p. ex., normes, lignes directrices) ; participation des États
16	Environnement	NFP	✗	✓	✗	✗	✗	SO	
17	Education/ recherche	NSHP	✗	✓	✗	✗	✓	SO	
18		STIP	✗	✓	✗	✗	✗	SO	
19	Social	NSPP	✗	✓	✗	✗	✓	SO	Principes directeurs pour la mise en œuvre à l'échelle ; phases de mise à l'échelle ; cadres institutionnels ; Mécanismes de financement durable

¹ Sans objet (SO) indique que ces politiques ne fournissent pas d'informations budgétaires suffisamment détaillées permettant d'évaluer si la nutrition est incluse, tandis que ± est utilisé pour les politiques qui fournissent des informations budgétaires suffisantes mais qui ne mentionnent pas la nutrition.

² Bien que la NPIYCF fasse référence à la nécessité d'établir des lignes budgétaires pour la nutrition.

³ Mères seulement

⁴ Femmes enceintes seulement

⁵ Âge non précisé

⁶ FAP non enceintes seulement





PEOPLE

Les populations : Quelles sont les populations clés ciblées par ces politiques et les acteurs responsables de leur mise en œuvre ?

Quels sont les groupes ciblés par le contexte nutritionnel ?

Le contexte nutritionnel de la plupart des politiques contient des informations sur la population globale. Les enfants, puis les femmes, sont les groupes les plus récurrents dans le contexte nutritionnel des politiques. Les personnes âgées ne sont mentionnées que dans une seule politique (le NSHDP II) et les adolescents ne sont mentionnés que dans deux politiques (le NSHDP II et la NPIYCF). Une seule politique (la NSBCCS) mentionne spécifiquement les hommes dans son contexte nutritionnel ; il s'agit ici du rôle des hommes dans la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants, et non de la nutrition des hommes.

Qui sont les bénéficiaires ?

Comme le montre le **Tableau 3**, les principaux bénéficiaires des politiques varient selon les domaines. Dans l'ensemble, les bénéficiaires primaires les plus fréquents sont les enfants (y compris les <5ans et les nourrissons), les femmes (en particulier les mères et les FAP) et la population nigérienne en général. Les autres principaux bénéficiaires sont la population globale, les populations rurales, les agriculteurs et les travailleurs de la santé. Bien qu'elles ne figurent pas parmi les principaux bénéficiaires,

dix politiques - dans tous les domaines d'action, à l'exception du programme WASH - considèrent les jeunes/adolescents comme des bénéficiaires. Les personnes âgées sont mentionnées comme bénéficiaires dans quatre politiques et les hommes/pères, dans cinq politiques. Outre l'accent mis par certaines politiques sur le Nigéria rural, aucune politique ne fournit des détails sur les zones géographiques à cibler (par exemple, des États spécifiques).

Qui sont les acteurs ?

Toutes les politiques mentionnent explicitement au moins un acteur impliqué dans leur développement. Cependant, très peu de politiques présentent une liste exhaustive de ces acteurs. Le gouvernement fédéral et/ou les gouvernements des États sont le plus souvent mentionnés (n=16), suivi de la société civile/des ONG/des partenaires techniques et financiers - y compris les milieux universitaires et la recherche (n=12), le secteur privé (n=8), les communautés/groupes communautaires (n=4), et les administrations locales (n=2). Comme le montre le **Tableau 3**, le gouvernement fédéral est l'un des principaux acteurs dans toutes les politiques. Le ministère fédéral de la Santé (FMOH) est le principal acteur étatique de plusieurs politiques de santé et de nutrition, mais de nombreux autres organismes et ministères sont également impliqués. Il s'agit notamment du Comité national multisectoriel sur l'alimentation et la nutrition (NCFN), du ministère fédéral de l'agriculture et du développement rural, du ministère du budget et de la planification nationale et du ministère de l'éducation. Toutes les politiques citent des organismes au niveau de l'État (p. ex. ministères, agences, gouvernements) parmi leurs acteurs ; de nombreuses politiques citent également les communautés. Certaines de ces politiques, notamment dans le secteur de la santé, soulignent le rôle très

actif des communautés, notamment des prestataires de soins de santé ; des acteurs du suivi-évaluation, de la planification, de la gestion et du financement ; et des décideurs. La NCHP (une politique de santé) considère également les enfants comme des acteurs. Elle prévoit leur participation dans la planification, le développement, le suivi et la responsabilisation par rapport aux initiatives et définit leur rôle d'agents de changement pour promouvoir les questions de santé des enfants.

Existe-t-il une coordination multisectorielle ?

L'importance de la coordination multisectorielle est soulignée dans toutes les politiques et tous les domaines d'action des politiques. Les mécanismes de coordination comprennent les comités/organes de coordination et de dialogue entre les acteurs et entre les secteurs (p. ex. groupes de travail multisectoriels, comités techniques ou de planification conjointe) ; les documents et les outils pour coordonner et harmoniser les approches ; ainsi que les ateliers. Plusieurs politiques de santé visent à intégrer la santé dans d'autres secteurs de manière à garantir une approche multisectorielle. Toutes les politiques en matière de nutrition font appel au NCFN et à ses homologues étatiques et locaux pour assurer la coordination entre les acteurs. Six politiques, toutes relatives aux domaines de la nutrition et de la santé, mettent en évidence les défis associés à la coordination multisectorielle. Il s'agit notamment d'un manque de synergie, d'une coordination et d'une collaboration inefficaces (y compris entre les différents niveaux de gouvernement) et d'une faible participation de certains acteurs. Néanmoins, quatre politiques mettent en évidence certains succès dans l'utilisation des mécanismes de coordination pour relever ces défis et améliorer la coordination multisectorielle.

Tableau 3 : Résumé des bénéficiaires, des acteurs et des mécanismes de coordination multisectorielle


N R	Domaine	Acronyme	Principaux bénéficiaires	Autres bénéficiaires clés	Rôles des acteurs					Principaux acteurs	Mécanismes de coordination multisectorielle
					Gouvernement fédéral et des Etats	Gouvernement local	Communautés	Secteur privé	Société civile ONG Partenaires techniques et financiers		
1	Nutrition	NPIYCF	Nourrissons ; mères	Enfants (y compris les jeunes enfants ; les nourrissons ayant des besoins de soins de santé spéciaux ; les <5ans) ; femmes (y compris les femmes enceintes et les mères) ; pères ; personnes chargées des soins aux enfants ; nourrices ; ménages ; communautés ; agents de santé ; gouvernement ; adolescents	1,3,4	1,2,3,4		1	1,4	Gouvernement fédéral (Ministère fédéral de la Santé (FMOH))	✓
2		NSPAN	<5ans ; femmes enceintes ; mères	Enfants (y compris les nouveau-nés) ; femmes (y compris les FAP, femmes allaitantes) ; parents de nourrissons et de jeunes enfants ; population globale ; groupes vulnérables ; personnes chargées des soins aux enfants ; gouvernement ; agents et institutions sanitaires ; communautés ; médias ; institutions tertiaires et organismes professionnels	1,2,3,4	1	1	1,4	1,2,4	Gouvernement fédéral (y compris le FMOH)	✓
3		NPFN	<5ans ; FAP	Enfants (y compris les nourrissons et les enfants d'âge scolaire) ; femmes (y compris les femmes enceintes et allaitantes) ; personnes âgées ; jeunes ; groupes ayant des besoins nutritionnels spéciaux ; petits exploitants agricoles ; agents de vulgarisation ; personnes chargées des soins aux enfants ; agents de santé ; communautés	1,2,3,4	1,2,4	1	1,4	1,2,4	Gouvernement fédéral (Ministère du Budget et de la Planification nationale)	✗
4		NCBCCS	Nourrissons et jeunes enfants ; mères ; pères et autres membres de la famille ; accoucheuses traditionnelles	Soignants ; agents de santé et bénévoles en santé communautaire ; communautés ; chefs traditionnels et religieux ; responsables gouvernementaux ; adolescentes enceintes ; médias.	1,2,3,4	1,2	1,2	1	4	Gouvernement fédéral (FMOH), avec de nombreux acteurs engagés dans la mise en œuvre	✓
5	Santé	NHPP	Nigériens	Enfants ; femmes ; jeunes ; communautés ; écoles ; médias ; travailleurs et institutions de la santé ; membres d'organismes professionnels et d'organisations ; gouvernement	1,2,3,4	1,2,4	1,2,4	1,2,4	1,2,4	Gouvernement fédéral (FMOH), avec de nombreux acteurs engagés dans la mise en œuvre	✓
6		IMNCHS	Mères ; jeunes enfants (y compris les nouveau-nés)	Groupes de population spécifiques (p. ex., FAP, femmes, hommes) ; ménages ; communautés et groupes communautaires ; établissements et prestataires de services de santé (en particulier dans les zones rurales et y compris les dispensateurs de soins au niveau communautaire) ; instituts de formation et de recherche en santé ; administrations locales.	1,2,3,4	1,2,3,4	1,2,3,4	1,4	1,4	Gouvernement fédéral (FMOH) en tant que leader, mais avec un rôle fort des acteurs au niveau communautaire	✓
7		TSTS	Agents de santé ; FAP ; <5ans (en particulier les nourrissons)	Mères ; femmes enceintes ; organismes de réglementation ; personnes vivant avec le VIH/sida	1,3,4		1		1	Gouvernement fédéral (FMOH) pour la politique, agents de santé pour la mise en œuvre	✓
8		NHP	Nigériens	Enfants (y compris les nourrissons, les <5ans, les enfants d'âge scolaire) ; FAP ; mères ; jeunes ; patients ; personnes atteintes de certaines maladies ; gouvernement ; agents et établissements de santé ; secteur privé ; fabricants de médicaments ; instituts de recherche en santé	1,2,3,4	1,2,4	1	1,4	1	Gouvernement fédéral (y compris le FMOH)	✓
9		NSPANCD	Nigériens	Gouvernement ; service public ; agents de santé	1,2,3,4	1,2,3	1	1,4	1,2,4	Gouvernement fédéral (FMOH)	✓
10		NCHP	Nouveau-nés, <5ans, et enfants d'âge scolaire	Femmes enceintes et mères ; écoles ; enfants vivant dans des circonstances particulières ; établissements privés et publics, y compris les établissements et prestataires de soins de santé ; médias ; agents de santé communautaires.	1,2,3,4	1,2,4	1,2	1,2	1,2,4	Gouvernement fédéral (FMOH)	✓

1 = Mise en œuvre 2 = Suivi-évaluation 3 = Gestion/coordination 4 = Financement

Tableau 3 : Résumé des bénéficiaires, des acteurs et des mécanismes de coordination multisectorielle

N R	Domaine	Acronyme	Principaux bénéficiaires	Autres bénéficiaires clés	Rôles des acteurs					Principaux acteurs	Mécanismes de coordination multisectorielle
					Gouvernement fédéral et des Etats	Gouvernement local	Communautés	Secteur privé	Société civile ONG Partenaires techniques et financiers		
11	Santé	NSHDP II	Nigériens ; agents de santé	Enfants (y compris les nourrissons, les <5ans, les enfants d'âge scolaire) ; FAP ; mères ; jeunes ; patients ; personnes atteintes de certaines maladies ; gouvernement ; agents et établissements de santé ; secteur privé ; fabricants de médicaments ; instituts de recherche en santé	1,3,4	1,4	1,2,4	1,4	1,4	Gouvernement fédéral (FMOH) et gouvernements des Etats, avec de nombreux acteurs engagés dans divers aspects	✓
12	Agriculture	NAIP	Agriculteurs ; populations rurales	Populations rurales spécifiques (femmes, personnes âgées, jeunes, personnes vulnérables)	1,4	1	1	1,4	1,4	Gouvernement fédéral (Ministère fédéral de l'Agriculture et du Développement rural (FMARD))	✓
13		APP	Agriculteurs ; populations rurales	Enfants (y compris les <5ans) ; femmes (y compris les FAP, les mères allaitantes) ; jeunes ; groupes vulnérables ; nomades ; agribusiness ; décideurs politiques ; services publics ; gouvernement ; acteurs de la chaîne de valeur	1			1,4	1	Gouvernement fédéral (FMARD)	✓
14		ASFSNS	Nigériens	Petits exploitants agricoles ; femmes (y compris les FAP) ; enfants (y compris les <5ans et les enfants d'âge scolaire) ; écoles ; personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ; groupes vulnérables	1,2,3	1	1	1	1	Gouvernement fédéral (FMARD)	✓
15	WASH	PEWASH	Populations rurales	Enfants (y compris les <5ans et les filles d'âge scolaire des zones rurales) ; femmes des zones rurales ; personnes handicapées ; citoyens ; organisations de la société civile ; gouvernement	1,2,3,4	1,2,4	1,2	1,4	1,4	Gouvernement fédéral en tant que facilitateur, avec de nombreux autres acteurs pour la mise en œuvre	✓
16	Environnement	NFP	Communautés locales	Femmes ; hommes ; jeunes ; personnes âgées ; utilisateurs forestiers ; agriculteurs ; société civile ; groupes vulnérables ; secteur privé ; gouvernement	1,2,3,4	1,2,3,4	1,3 (activités locales)	1,4	1,4	Gouvernement fédéral et gouvernements des Etats Acteurs locaux Secteur privé	✓
17	Education/ recherche	NSHP	Apprenants ; personnel scolaire ; écoles	Apprenants ; personnel scolaire ; écoles	1,2,3,4	1,2,3 (activités locales) 4	1,2,3 (activités locales) 4	1	1,4	Gouvernement fédéral et gouvernements des Etats ONG	✓
18		STIP	Personnes qui travaillent ou étudient dans le domaine des IST, y compris les femmes.	Écoles à tous les niveaux (y compris les élèves et le personnel) ; filles ; jeunes ; agriculteurs ; organismes professionnels de S&T ; professionnels des IST ; militaires ; industries et entreprises	1,2,3,4			1,2,3,4	2,3,4	Ministère fédéral des Sciences et Technologies, avec une forte implication des Etats et autres acteurs	✓
19	Social	NSPP	Nigériens (avec un accent particulier sur les groupes pauvres et vulnérables tels que les enfants, les mères, les personnes âgées, les populations pauvres, les personnes handicapées, etc.)	Élèves du primaire ; petits exploitants agricoles ; jeunes ; familles	1,2,3,4	1,2	2	1,2,3 (à travers le Conseil National de Protection Sociale)	1,2,3 (à travers le Conseil National de Protection Sociale) 4	Gouvernement fédéral, avec l'engagement de nombreux acteurs	✓

1 = Mise en œuvre 2 = Suivi-évaluation 3 = Gestion/coordination 4 = Financement



Les données : Quels sont les mécanismes de suivi-évaluation et de responsabilisation ?

DATA GAPS

Le suivi-évaluation (S&E), mentionné dans toutes les politiques, fait généralement l'objet d'une section ou d'un cadre spécifique. Certaines politiques, telles que le NSHDP II et l'ASFSNS, contiennent des informations très détaillées sur le suivi-évaluation. A l'exception des politiques agricoles, les autres politiques citent généralement de nombreux partenaires impliqués dans le S&E. Les activités de suivi-évaluation comprennent : un suivi-évaluation normalisé de tous les plans de mise en œuvre au niveau des États ; la collecte de données sur les indicateurs de la politique ; la création de bases de données et de systèmes d'information ; le suivi ; l'établissement régulier de rapports et de revues ; et des évaluations formatives et finales. Les mécanismes de responsabilisation sont également mentionnés dans de nombreuses politiques. La responsabilisation est présentée comme un principe directeur et les autres mécanismes de responsabilisation incluent, entre autres : l'utilisation du S&E pour identifier les progrès/améliorations nécessaires et assurer le contrôle de la qualité ; des mises à jour, des résultats et des évaluations accessibles au public ; des audits ; des systèmes de feedback transparents ; une procédure régulière de passation des marchés et de vérification indépendante ; des mécanismes internes pour traiter les différends, les plaintes et les fraudes ; et le rôle des communautés et des organisations de la société civile pour mettre le gouvernement face à ses responsabilités.

Lacunes et recommandations

Recommandation N°1 : Comblent les lacunes et résoudre les incohérences dans les politiques pertinentes en matière de nutrition

L'analyse ci-dessus met en évidence un certain nombre de lacunes et d'incohérences. Pour y remédier, les politiques pourraient :

- assurer une meilleure prise en compte de certains groupes de population. Les politiques fournissent un contexte nutritionnel limité en ce qui concerne les personnes âgées et les adolescents, même si ces groupes figurent parmi les bénéficiaires ciblés (quatre politiques citent les personnes âgées et dix politiques citent les adolescents). Une seule politique mentionne spécifiquement les hommes/pères dans son contexte nutritionnel ; mais ces types de bénéficiaires sont désignés explicitement comme bénéficiaires ciblés dans cinq politiques. Il est important de tenir compte du contexte nutritionnel de tous les groupes de population ; celui des hommes/pères est d'autant plus important qu'ils ont un rôle à jouer dans les pratiques d'ANJE (voir la NSBCCS). Il est donc essentiel de les inclure dans les politiques axées sur la nutrition des enfants.
- mieux prendre en compte les disparités nutritionnelles entre les régions, entre les zones rurales et les zones urbaines, entre les revenus ou entre les genres, en incluant un contexte nutritionnel désagrégé et/ou des indicateurs permettant de saisir les progrès réalisés dans ces différents groupes. Huit politiques font état de disparités nutritionnelles entre les régions, entre les zones et les zones urbaines ou entre les revenus. Bien que certaines politiques désignent les groupes vulnérables comme des bénéficiaires, une seule d'entre elles propose des indicateurs nutritionnels désagrégés.
- définir les concepts et les indicateurs de manière claire et cohérente afin de générer une compréhension commune entre les acteurs et les domaines politiques, ainsi qu'une mesure cohérente des indicateurs.
- s'assurer que le contexte, les objectifs, les indicateurs et/ou les activités en matière de nutrition sont alignés, tant en termes de problèmes nutritionnels qu'en termes de ciblage des populations (p. ex. les objectifs nutritionnels ciblent plusieurs groupes différents, mais les indicateurs nutritionnels ne mesurent les progrès que pour certains de ces groupes).
- investir dans la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes au Nigeria, y compris le surpoids /l'obésité.

Il conviendrait de combler ces lacunes et de résoudre ces incohérences dans les politiques futures, ainsi que dans les documents opérationnels des politiques existantes (p. ex. plans de mise en œuvre ou de suivi-évaluation).

Recommandation N°2 : Établir des priorités et investir dans une coordination solide

Malgré la grande diversité de ses politiques pertinentes en matière de nutrition, le Nigéria ne se trouve pas actuellement sur la bonne voie pour atteindre la plupart des objectifs de l'AMS. Seules politiques sur dix-neuf incluent des objectifs liés à l'un ou l'autre des objectifs de l'AMS. Pour atteindre ces objectifs, il est essentiel que les actions de mise en œuvre et les actions complémentaires soient adéquates, simultanées et coordonnées dans tous les domaines concernés. Certes, les politiques examinées soulignent la nécessité d'une coordination et mettent l'accent sur les mécanismes de coordination, mais elles présentent tout de même des recoupements en ce qui concerne les mécanismes de mise à l'échelle. Les mécanismes de coordination devraient aborder plus explicitement les questions de la prévention des doubles emplois et de la création de synergies. Les structures de coordination verticales (du niveau fédéral sectoriel au niveau communautaire) – qui sont importantes étant donné la décentralisation de toutes les questions liées à la nutrition au Nigéria – doivent veiller à ce que les actions de nutrition mises en œuvre assurent une couverture adéquate parmi les populations qui en ont le plus besoin. Des structures de coordination horizontales (multisectorielles) (telles que le NCFN et les structures correspondantes au niveau de l'État et au niveau local) sont nécessaires pour faire en sorte que les populations bénéficiaires reçoivent les interventions dans tous les domaines d'action pertinents.

Recommandation N°3 : Intégrer la nutrition dans les futures publications à travers les différents domaines d'action des politiques

Seuls trois des sept domaines d'action des politiques identifiés (nutrition, santé et agriculture) couvrent adéquatement la nutrition dans leurs politiques. Les autres politiques relatives au programme WASH, à l'environnement, à la protection sociale et à l'éducation/ la recherche pourraient améliorer l'intégration de la nutrition dans leur contexte, leurs indicateurs ou leurs activités explicitement liées à la nutrition. La politique nationale multisectorielle sur l'alimentation et la nutrition – en cours d'élaboration – devrait

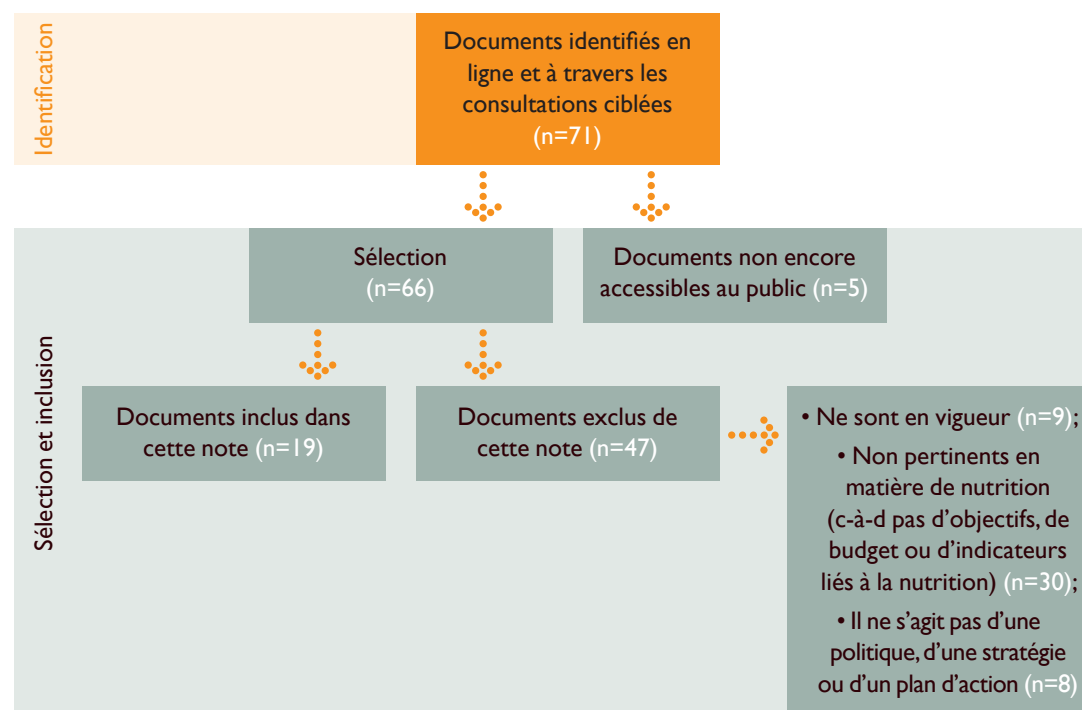
combler certaines de ces lacunes, mais il reste encore beaucoup à faire pour mieux aligner les politiques dans chaque domaine avec objectifs nutritionnels. Étant donné que l'expertise en nutrition dans les domaines d'action des politiques concernées peut être limitée, la communauté de la nutrition devrait impliquer les parties prenantes nécessaires afin réaliser l'alignement et de favoriser une meilleure coordination entre les domaines politiques. Au-delà des domaines d'action inclus dans la présente étude, il convient d'intégrer la nutrition dans d'autres domaines d'action pertinents en matière de nutrition tels que le domaine des politiques économique et du genre.

Recommandation N°4 : Reconnaître la nutrition comme un domaine transversal dans les projets/révisions de politiques en cours

Plusieurs politiques sont en cours de formulation ou de révision ; par exemple, la NSPAN du secteur de la santé, qui devrait débiter cette année ; le Plan d'action stratégique multisectoriel pour l'alimentation et la nutrition au Nigeria ; la Politique nationale de promotion de la santé ; la Politique nationale de santé des enfants ; le Plan national d'investissement agricole et la Stratégie nationale pour la nutrition maternelle, infantile et du jeune enfant. Les nouvelles politiques devraient éviter de

perpétuer les lacunes des documents actuels et intégrer les recommandations ci-dessus. Le contexte nutritionnel, les objectifs, les indicateurs et les activités planifiées devraient être harmonisés et faire l'objet d'une évaluation des coûts.

Annexe : Organigramme des documents pour la note de politique



Notes de fin de texte

ⁱ Bureau National de la Statistique. Enquête nationale de nutrition et de santé (NNHS). Abuja

ⁱⁱ Ibid

ⁱⁱⁱ Bureau National de la Statistique (NBS) et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Multiple Indicator Cluster Survey, Survey Findings Report. Abuja, Nigeria: Bureau National de la Statistique et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

^{iv} Base de données de l'Observation mondial de la santé de l'OMS. Extrait le 26 mars 2019 à l'adresse : <http://apps.who.int>

^v Ibid, ii

^{vi} Ibid, ii.

^{vii} Ibid, iv.

^{viii} Development Initiatives, 2017. Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDGs. Bristol, RU: Development Initiatives, Nigeria country profile

^{ix} Non-Communicable Disease Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Téléchargement de données. Extrait le 26 mars 2019 de <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html>

^x Ibid

Pour citer cette publication:

Vanderkooy A., Verstraeten R., Adeyemi O., Covic N., Becquey E., Dogui Diatta A., Diop L., et Touré M. (Avril 2019)
La politique nutritionnelle au Nigeria (Transform Nutrition West Africa, Note Factuelle #2)

Cette publication n'a pas fait l'objet d'une évaluation par des pairs. Les opinions qui y sont exprimées n'engagent que les auteurs et ne sont pas nécessairement représentatives de ou approuvées par l'IFPRI.

Copyright 2019 International Food Policy Research Institute (IFPRI). Cette publication est publiée sous une licence internationale Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY 4.0). Pour afficher cette licence, consultez <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>.



Transform Nutrition West Africa est une plate-forme régionale destinée à faciliter une action politique et programmatique efficace dans le domaine de la nutrition. Elle est financée par la Fondation Bill & Melinda Gates de 2017 à 2021, sous la direction de l'International Food Policy Research Institute.

[E IFPRI-tnwa@cgiar.org](mailto:IFPRI-tnwa@cgiar.org) [W transformnutrition.org/westafrica](http://transformnutrition.org/westafrica) [T twitter.com/TN_NutritionRPC](https://twitter.com/TN_NutritionRPC)