

Étude sur la contextualisation des facteurs de persistance de la malnutrition dans la région du Sahel, cas du Burkina Faso et du Niger

Rapport global de la recherche

Novembre 2025

À propos de la Nutrition Research Facility

Le projet « Knowledge and Research for Nutrition » de la Commission européenne (2020-2026) vise à fournir de meilleures connaissances et données pour la conception, la gestion, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de nutrition.

Ce projet est mis en œuvre par Agrinatura (l'Alliance européenne de la connaissance en agriculture pour le développement), qui a créé une cellule de recherche en nutrition, la « Nutrition Research Facility » (NRF). Celle-ci s'appuie sur l'expertise des universités européennes et est à même de mobiliser des réseaux scientifiques internationaux ainsi que les organismes de recherche des pays partenaires.

La NRF fournit une expertise auprès de la Commission européenne, des États membres de l'Union européenne (UE) et des pays partenaires. Elle répond de manière flexible aux demandes.

Contact : nrf@agrinatura-eu.eu



Clause de non-responsabilité

Cette publication a été réalisée avec le soutien financier de l'Union européenne. Son contenu relève de la seule responsabilité d'AGRINATURA et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'Union européenne.

Pour citer ce rapport : Hien, H., Picbougoum T. B., Ouattara M., Kagoné M. (Novembre 2025). Étude sur la contextualisation des facteurs de persistance de la malnutrition dans la région du Sahel, cas du Burkina Faso et du Niger (Rapport final). Nutrition Research Facility.

Informations relatives au document

Contenu	Rapport global de la recherche
Lot de travail	
Nature	Rapport
Auteur principal	Hervé Hien
Contributions	Picbougoum T. Bernadette, Mamadou Ouattara, Kagoné Moubassira
Relecteur(s)	Souheila Abbeddou

Historique du document

Version	Date d'émission	Étapes	Modification	Contributions
1.0	3 Octobre 2025	Document de travail		
2.0	21 Octobre 2025	Version 1		
3.0	10 Novembre 2025	Version 2		Souheila Abbeddou
4.0	13 Novembre 2025	Version 3		Carl Lachat, Souheila Abbeddou

Table des matières

Résumé	1
1. Introduction	4
2. Questions de recherche	6
3. Objectifs spécifiques.....	6
4. Matériels et méthodes	6
4.1. Cadre de l'étude	6
4.2. Type et période de l'étude	7
4.3. Population d'étude	7
4.3.1. Tables rondes	7
4.3.2. Revue documentaire	8
4.3.3. Étude qualitative	8
5. Résultats	10
5.1. Les principaux points issus de la revue documentaire	10
5.1.1. Les déterminants de la sous-nutrition.....	10
5.1.2. Discussion.....	11
5.1.3. Conclusion.....	12
5.2. Les résultats des tables rondes au Burkina Faso et au Niger	12
5.2.1. Les résultats de la table ronde au Burkina Faso	13
a) Résultats généraux.....	13
b) Discussion	15
c) Conclusion.....	15
5.2.2. Les résultats de la table ronde au Niger	15
a) Résultats généraux.....	15
b) Discussion	16
c) Conclusion.....	17
5.2.3. Les résultats des enquêtes qualitatives au Burkina Faso	17
a) Résultats généraux.....	17
b) Discussion	18
c) Conclusion.....	19
6. Synthèse triangulée : La persistance de la sous-nutrition au Sahel, une crise systémique appelant une réponse transformative.....	20
6.1. Un diagnostic convergent : L'engrenage de la vulnérabilité et les limites de l'aide	20
6.2. Les divergences fondamentales : Une crise d'interprétation	21
6.3. Vers une feuille de route transformative	21
7. Conclusion générale	22
8. Remerciements	22
9. Références	23

Liste des acronymes

Acronymes	Description
AGR	Activités génératrices de revenus
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ASBC	Agents de santé à base communautaire
CRIS	Centre de recherche internationale en santé
CSI	Centres de santé intégrés
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
EDS	Enquête démographique et de santé
FARN	Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle
FS	Formation sanitaire
GASPA	Groupe d'Apprentissage et de Soutien aux Pratiques ANJE
IDRC	International Development Research Centre
NFA	Nutrient Focused Approach
NRF	Nutrition Research Facility
ONG	Organisations non gouvernementales
PB-Mères	Périmètre brachial - Mères
SP-Nutrition	Secrétariats Permanents de Nutrition
SSP	Soins de Santé Primaires

Liste des tableaux

Tableau 1. Liste des participants dans les entretiens individuels et focus groupes 9

Liste des figures

Figure 1. Déterminants contextuels et systémiques de la sous-nutrition au Sahel. Revue documentaire 2025 11

Figure 2. Identification des acteurs et parties prenantes dans l'analyse des déterminants de la sous-nutrition et dans les perspectives de solutions endogènes (Source : Auteurs)..... 11

Figure 3. Cadre conceptuel qui a servi à l'élaboration du cadre de collecte et d'analyse des données par les parties prenantes (Source :). 13

Équipe de recherche

Nom	Qualité	Rôle dans l'étude
ABBEDDOU Souheila	MSc., PhD, Experte en nutrition internationale et en santé publique	Expert junior non-clé – Assistant de recherche chargé d'apporter son soutien à l'étude de recherche de la NRF Soutien technique à la mise en œuvre du projet au Burkina Faso et Niger
AHMED M. Arzika	MD, PhD, Epidémiologie	Co-investigateur, Chercheur Principal du Niger, assure la coordination de la collecte des données au Niger.
HIEN Alain	Pharm D, Msc, PhD, Nutrition	Investigateur : expertise dans la collecte des données nutritionnelles, superviseur de la collecte de données, de l'analyse, du rapport d'étude.
HIEN Hervé	MD, PhD, Santé publique	Investigateur principal, coordination globale de l'étude
KAGONE Moubassira	PhD, socio-anthropologie	Co-Investigateur, Responsable de volet qualitatif de la recherche (conception et collecte de données sur le terrain, de l'analyse des données qualitatives et de la rédaction du rapport)
LINGANI Moustapha	Gestionnaire comptable, administrateur de projet	Administrateur financier principal
OUATTARA Mamadou	MD, MPH, PhDc (Epidémiologie-Biostatistique)	Co-Investigateur, Point focal avec le Niger Responsable du volet quantitatif de la recherche, dont l'analyse documentaire (conception et collecte de données sur le terrain, de l'analyse des données de l'étude et de la rédaction du rapport
OUATTARA Mariam	Maîtrise Économiste gestionnaire de projet	Administrateur financier déléguée
PICBOUGOUM Bernadette	T. MD, Msc, PhDc, Epidémiologie nutritionnelle	Investigateur : expertise dans la collecte des données nutritionnelles, superviseur de la collecte de données, de l'analyse, du rapport d'étude.
SIE Ali	MD, PhD, Epidémiologie	Co-investigateur principal, responsable de la gestion scientifique.

Résumé

La sous-nutrition reste un défi persistant en matière de santé publique au Sahel, avec une prévalence élevée de retard de croissance, d'émaciation et d'anémie chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes en âge de procréer. Malgré des décennies de programmes nutritionnels réguliers et d'aide humanitaire, les progrès ont été limités. Ce paradoxe a été soulevé lors d'une consultation avec des décideurs Ouest-Africains organisée par la Nutrition Research Facility (NRF), où l'une des principales questions de recherche prioritaires était la suivante : « Pourquoi la prévalence et l'incidence élevées de la sous-nutrition persistent-elles dans les pays du Sahel, même lorsqu'ils bénéficient régulièrement du soutien de multiples programmes nutritionnels ? »

Pour répondre à cette question, la NRF a lancé l'étude intitulée « Drivers of persistently high rates of undernutrition in the Sahel » (Facteurs à l'origine des taux de sous-alimentation persistants au Sahel), une recherche contextuelle exhaustive. L'étude suit une approche par étapes. La composante 1 vise à identifier et à examiner de manière systématique les données publiées sur les facteurs de la sous-nutrition au Sahel. Ensuite, la composante 2 appliquera des techniques d'apprentissage automatique pour évaluer et approfondir ces résultats, à l'aide d'enquêtes géocodées et de données satellitaires, tandis que la composante 3 contextualisera les données sur le terrain grâce à une recherche participative avec les communautés et les parties prenantes au Burkina Faso et au Niger.

Cette recherche a été réalisée dans le cadre de la troisième composante. Cette troisième composante impliquera de s'engager avec les bénéficiaires des programmes de nutrition par le biais d'approches participatives, telles que des entretiens qualitatifs, des discussions de groupe et des tables rondes multi-acteurs avec les acteurs locaux et les parties prenantes. En outre, cette troisième composante contiendra une revue documentaire qui comportera des documents officiels sur la situation actuelle de la sous-nutrition ainsi que la situation de mise en place et de couverture des différents programmes, dans les secteurs de la santé, nutrition, eau et hygiène, industrie de fortification, etc. Des thèses non publiées en ligne vont être aussi revues, pour une documentation de la situation réelle, ce qui n'avait pas été capturé dans la revue systématique.

L'étude cherche à répondre à plusieurs questions principales : pourquoi la sous-nutrition (retard de croissance, émaciation, carences en micronutriments) persiste-t-elle malgré des décennies d'investissements, et comment les facteurs contextuels, systémiques et la participation communautaire influencent-ils l'efficacité des programmes de nutrition ?

Cette recherche a été conduite de février à août 2025 par le Centre de recherche en santé de Nouna (CRSN) de l'Institut national de santé publique du Burkina Faso, en collaboration avec le Centre de recherche internationale en santé (CRIS) au Niger et les Directions de la Nutrition des deux pays. L'étude s'est déroulée dans les régions du Nord du Burkina Faso et de Maradi au Niger, deux zones fortement touchées par la malnutrition. Elle a mobilisé une approche systémique et globale pour examiner comment les facteurs contextuels et structurels influencent l'efficacité des interventions nutritionnelles.

La recherche a combiné trois phases méthodologiques complémentaires :

1. **Une analyse documentaire** pour identifier les principaux déterminants contextuels et systémiques de la sous-nutrition dans la littérature publiée et grise, en mettant l'accent sur les deux pays.
2. **Deux tables rondes** avec les parties prenantes nationales et régionales des deux pays, incluant des acteurs des secteurs de la santé, nutrition, agriculture, éducation, eau-assainissement-environnement, ONG et partenaires techniques et financiers.
3. **Une étude qualitative approfondie** via des entretiens individuels et des focus groupes avec les communautés, les bénéficiaires et les acteurs aux niveaux central, régional et local. L'étude qualitative a été réalisée **uniquement au Burkina Faso**. L'échantillonnage a ciblé un large éventail de parties prenantes pour capturer la complexité du système nutritionnel.

Synthèse triangulée : La persistance de la sous-nutrition au Sahel, entre convergences et divergences

Convergence des diagnostics : Un enchevêtrement de facteurs interdépendants

L'analyse révèle un consensus sur la nature systémique de la sous-nutrition au Sahel. Les facteurs structurels - pauvreté chronique, inégalités de genre et systèmes de santé défaillants - créent un cercle vicieux où le contrôle des ressources par le chef de famille et la priorisation du revenu sur la consommation privent les plus vulnérables d'une alimentation adéquate.

L'insécurité et les chocs climatiques agissent comme multiplicateurs de menaces, déstructurant l'économie et le tissu social à travers les déplacements forcés et l'effondrement des systèmes de production. Les normes socio-culturelles, telles que les tabous alimentaires et le partage des aliments thérapeutiques, constituent un pilier invisible de la malnutrition, révélant des systèmes de valeurs profondément ancrés.

Le système d'aide montre des limites préoccupantes : fragmentation des interventions, manque de pérennité, et effets contre-productifs comme la transformation des intrants nutritionnels en commodités monnayables.

Divergences fondamentales : Une crise d'interprétation

Des lignes de fracture apparaissent dans l'interprétation des causes et des responsabilités. La lecture des causes varie considérablement : approche structurelle pour la revue documentaire, focus sur les comportements individuels par les agents terrain, et analyse par les incitations économiques perverses dans l'étude qualitative.

La question de la responsabilité fait également débat. Alors que le discours officiel évoque des contraintes insurmontables, les données terrain pointent une défaillance des professionnels de santé - communication inadaptée, parfois complicité dans les détournements - tandis que la tendance à culpabiliser les mères empêche une remise en question des pratiques professionnelles.

Les visions des solutions s'opposent : approches technocratiques pour les décideurs, solutions contextuelles pour les acteurs terrain, et demande de transformation relationnelle émanant des communautés pour restaurer la confiance.

Voies de transformation : Vers une approche intégrée

Face à cette complexité, émergent des pistes de solution nécessitant un changement de paradigme. Le pilotage institutionnel par les Secrétariats Permanents de Nutrition doit permettre une gouvernance intégrée capable de corriger les effets pervers identifiés.

La refonte de l'engagement communautaire implique de passer de l'assistance à l'autonomisation responsable à travers l'implication structurelle des hommes et leaders, le renforcement de la redevabilité des agents de santé, et la co-construction des interventions.

L'ancrage dans les stratégies de résilience et de CSU apparaît crucial pour une approche holistique combinant protection sociale, accès aux soins et soutien à la production locale. Cette feuille de route n'est opérationnelle qu'en s'attaquant simultanément aux causes structurelles, blocages comportementaux et dysfonctionnements du système d'aide.

Conclusion synthèse

La persistance de la sous-nutrition au Sahel appelle une transformation profonde des approches, au-delà des simples ajustements techniques. Il s'agit de reconnaître que les pratiques locales, comme le partage des aliments thérapeutiques, relèvent de systèmes de valeurs cohérents et non d'ignorance, et doivent être intégrées structurellement dans les programmes.

Les Secrétariats Permanents de Nutrition ont un rôle historique à jouer comme catalyseurs d'un nouveau paradigme où la nutrition cesse d'être un objet d'aide pour devenir un droit fondamental à la santé et à la dignité. Leur légitimité dépendra de leur capacité à fédérer tous les acteurs autour de cette vision transformative.

L'avenir nutritionnel du Sahel repose sur un équilibre délicat : **accompagner sans assister, soutenir sans imposer**. Il s'agit de construire une souveraineté nutritionnelle qui honore à la fois les impératifs de santé publique et les valeurs sociales ancestrales, faisant de la nutrition un droit exercé plutôt qu'une aide subie.

Messages clés pour les politiques

1. **Consolider la gouvernance multisectorielle : Renforcer le leadership et les capacités des Secrétariats Permanents de Nutrition (SP-Nutrition) pour une coordination effective.**
 - *Action* : Donner aux SP-Nutrition le mandat et les ressources pour orchestrer et superviser la mise en œuvre conjointe des actions nutritionnelles par les ministères sectoriels (Santé, Agriculture, Éducation, Affaires Sociales) aux niveaux national et décentralisé.
2. **Intégrer la nutrition au cœur des stratégies de santé universelle : Faire de la nutrition un pilier central de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et des Soins de Santé Primaires (SSP).**
 - *Action* : Incrire explicitement les interventions nutritionnelles à fort impact (dépistage, supplémentation, conseil) dans les paquets de services essentiels de la CSU et des SSP, et développer des mécanismes de financement durable pour leur déploiement à large échelle.
3. **Passer de l'assistance à l'autonomisation : Revoir les modèles d'intervention pour renforcer la résilience économique et alimentaire des ménages.**
 - *Action* : Privilégier les programmes qui lient la nutrition à l'autonomisation économique (agriculture sensible à la nutrition), améliorent l'accès et le contrôle des ressources par les femmes, et promeuvent la consommation des productions familiales nutritives.
4. **Adapter les stratégies aux réalités locales : Développer une communication communautaire dialogique et inclusive pour un changement durable des comportements.**
 - *Action* : Co-construire avec les communautés, incluant les hommes et les leaders, des messages et des approches qui prennent en compte et transforment les normes socio-culturelles (tabous, processus décisionnel), et repositionnent les intrants nutritionnels comme des médicaments.
5. **Investir dans la pérennité des systèmes locaux : Renforcer les capacités des agents et la chaîne d'approvisionnement au niveau décentralisé.**
 - *Action* : Garantir un financement prévisible pour la formation continue des agents de santé en nutrition, sécuriser les chaînes d'approvisionnement en intrants essentiels, et appuyer les systèmes de suivi-évaluation pour des interventions durables et résilientes.

1. Introduction

Une sous-nutrition persistante — marquée par l'émaciation et le retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans, ou encore par l'anémie chez les femmes en âge de procréer — est systématiquement observée au Sahel, malgré des investissements substantiels et durables dans les interventions nutritionnelles. Le Nord du Burkina Faso illustre bien cette situation : en dépit des efforts déployés, la sous-nutrition y demeure très répandue^{1,2}. La sous-nutrition constitue ainsi un défi majeur de santé publique et de développement socio-économique dans la région. Malgré la multiplication des programmes humanitaires et de développement, les indicateurs nutritionnels stagnent, témoignant de la persistance de niveaux élevés de malnutrition chronique et aiguë³. Selon le rapport *State of Food Security and Nutrition in the World (SOFI 2025)* plus de 20 % de la population africaine était sous-alimentée en 2024, soit environ 307 millions de personnes⁴.

La sous-nutrition crée un état morbide insidieux et est à la base de nombreux décès de plus de la moitié des enfants dans le monde. Elle agit lentement mais de façon persistante et échappe souvent au diagnostic. Elle présente d'énormes conséquences tant sanitaires qu'économiques au niveau individuel, des ménages, de la communauté et de la nation tout entière⁵.

Cela met en évidence que la sous-nutrition dans le Sahel n'est pas seulement un phénomène conjoncturel, mais qu'elle s'inscrit dans des dynamiques structurelles profondément ancrées. L'analyse des déterminants de cette persistance nécessite une approche systématique multidimensionnelle^{6,7,8,9}. La sous-nutrition apparaît comme le produit d'interactions complexes entre plusieurs déterminants¹⁰. Les facteurs sous-jacents de la malnutrition varient considérablement entre le retard de croissance, l'émaciation, l'anémie et les carences en micronutriments, avec des déterminants complexes et multifformes qui affectent différemment les enfants et les femmes. Des données provenant de multiples sources révèlent des variations nuancées dans les facteurs de malnutrition. La pauvreté, l'insécurité alimentaire, l'ignorance, l'absence de pratiques alimentaires appropriées pour les nourrissons et les jeunes enfants, le lourd fardeau des maladies infectieuses et le manque d'hygiène et d'assainissement sont des facteurs responsables des niveaux élevés de sous-alimentation maternelle et infantile dans les pays à faible et moyen-revenu¹¹. Victora et al. ont souligné que des facteurs tels que l'inflammation subclinique, le dysfonctionnement entérique environnemental et les inégalités sociales contribuent différemment aux différents types de malnutrition, soulignant la complexité des défis nutritionnels¹². Dans la région du Sahel, la convergence de ces déterminants se traduit par une reproduction intergénérationnelle de la vulnérabilité nutritionnelle.

Le succès des programmes de nutrition dans la région sahélienne dépend fortement du contexte spécifique, tant au niveau national qu'au sein des différentes zones d'un même pays. Même au sein d'une même région, la situation varie selon les saisons et les dynamiques sociales, ce qui introduit une complexité supplémentaire dans la détermination de l'efficacité d'un programme d'intervention donné^{13,14}. Il s'agit en particulier : i) de la division entre les zones urbaines et rurales et entre les zones côtières et les zones enclavées ; ii) la

¹ OMS (2017) *Global Nutrition Monitoring Framework: operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025*. OMS.

² Young H (2020) *Nutrition in Africa's Drylands: A Conceptual Framework for Addressing Acute Malnutrition*. *Feinstein International Center, Tufts University*.

³ Ministère de la santé-BF : Enquête nutritionnelle nationale, 2024

⁴ UNICEF. (2025, Juillet 28). *Global hunger declines but rises in Africa and Western Asia – UN report*. UNICEF. <https://www.unicef.org/eca/press-releases/global-hunger-declines-rises-africa-and-western-asia-un-report>

⁵ OMS (2000). *La prise en charge de la malnutrition sévère manuelle à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement* : 72.

⁶ Masibo PK. 2013. *Trends and determinants of malnutrition among children age 0-59 months in Kenya (KDHS 1993, 1998, 2003 and 2008-09)*. WP89. Calverton, Maryland, USA.

⁷ Ministère de la santé (2021). *Enquête nutritionnelle nationale selon la méthodologie SMART-Edition 2020*. Ouagadougou, Burkina Faso, Ministère de la santé: 102.

⁸ Akombi, Blessing J, Kingsley E Agho, John J Hall, Nidhi Wali, Andre M N Renzaho, and Dafna Merom. 2017. "Stunting, Wasting and Underweight in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14 (8): 863. <https://doi.org/10.3390/ijerph14080863>.

⁹ AAS. 2021. "Investigating the Developmental Origins of Stunting in Nigeria." 2021. <https://www.aasciences.africa/news/investigating-developmental-origins-stunting-nigeria>.

¹⁰ UNICEF, 1990

¹¹ Ahmed T, Hossain M, Sanin KI: *Global Burden of Maternal and Child Undernutrition and Micronutrient Deficiencies*. *Ann Nutr Metab* 2013, 61:8-17.

¹² Victora CG, Christian P, Vdaletti LP, Gatica-Dominguez G, Menon P, Black RE: *Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda*. *The Lancet* 2021, 397:1388-1399.

¹³ Institut National de la Statistique et de la Démographie, The DHS Program: *Burkina Faso Enquête Démographique et de Santé 2021*. Burkina Faso et Rockville, Maryland, USA: INSD et ICF; 2021.

¹⁴ Institut National de la Statistique Ministère du Plan, ICF: *Enquête sur les Indicateurs du Paludisme au Niger 2021*. Rockville, Maryland, USA: INS et ICF; 2023.

dynamique démographique (par exemple, la croissance démographique) ; iii) l'environnement socio-écologique spécifique ; et iv) le climat, la saisonnalité, les moyens de subsistance et le genre.

Il n'existe donc pas de solution universelle. De nombreux programmes échouent à identifier les causes profondes de la sous-nutrition, souvent faute de données adaptées au contexte. Les facteurs les plus fréquemment associés comprennent l'âge de l'enfant, l'intervalle entre les naissances, le niveau d'éducation et l'état nutritionnel de la mère, son emploi, le lieu de résidence, les conditions de vie du ménage, la taille de la famille, le poids à la naissance, la durée de l'allaitement et le moment d'introduction de l'alimentation complémentaire^{6,7}. La persistance de la sous-nutrition dans certaines zones souligne la nécessité d'examiner non seulement l'efficacité des interventions nutritionnelles ciblées, mais aussi celle des approches sensibles à la nutrition. Cela suppose un renforcement de la coordination intersectorielle, notamment avec l'agriculture, l'éducation, l'eau, l'assainissement, l'hygiène et la protection sociale. Enfin, si les expositions environnementales — naturelles ou socioéconomiques — sont reconnues comme des facteurs contribuant au retard de croissance, les données disponibles demeurent limitées et hétérogènes, reflétant la complexité multidimensionnelle du problème^{6,7,9}.

Sur la base des preuves existantes, une théorie du changement de haut niveau¹⁵ visant à réduire la persistance de la malnutrition au Sahel indique que :

- Si les facteurs contextuels et structurels de la malnutrition dans des contextes spécifiques sont identifiés et traités de manière adéquate, et
- Si l'association et l'interaction de ces facteurs avec les causes systémiques, fondamentales, sous-jacentes et immédiates de la sous-nutrition sont clairement comprises, et
- Si les actions et les investissements en nutrition sont bien conçus, et
- Si les effets négatifs des facteurs contextuels et structurels sur l'efficacité de la mise en œuvre des actions et des investissements en nutrition sont réduits,
- Alors, les programmes nationaux et internationaux seraient plus efficaces pour réduire la persistance de la malnutrition dans le contexte sahélien, et
- Enfin, la réduction de la prévalence et l'incidence de la malnutrition au Sahel pourraient se concrétiser.

L'étude vise à examiner les causes systémiques et profondes de la malnutrition et de ses impacts sur la santé en prenant en compte la nature complexe et multidimensionnelle des facteurs contribuant à la malnutrition au Sahel. Elle s'appuie sur l'hypothèse que des interventions intégrées, multidimensionnelles et intersectorielles sont nécessaires pour soutenir les améliorations nutritionnelles à long terme, ainsi qu'un engagement politique accru et un financement adéquat. Il est d'autant plus difficile de comprendre l'efficacité de la mise en œuvre des interventions nutritionnelles que celles-ci dépendent des systèmes politiques, économiques, culturels et religieux, de l'appropriation communautaire et des structures institutionnelles, qui régissent la société, influencent le statut des femmes et contrôlent la disponibilité des ressources humaines, économiques et organisationnelles potentielles au niveau des ménages.

C'est ainsi que cette troisième composante du projet est particulièrement importante pour la compréhension de ces différentes dimensions. En effet, la conduite d'entretiens approfondis, de discussions de groupe focalisées et de panels avec les différentes parties prenantes, des communautés bénéficiaires aux acteurs des différents secteurs permettra une compréhension approfondie des raisons de la persistance de la malnutrition au Sahel. Plus précisément, elles fourniront plus d'éclaircissement sur les perceptions et barrières selon les angles de vue des parties prenantes. Les communautés bénéficiaires pourraient plus s'appesantir sur comment la mise en œuvre des interventions échoue à atteindre les plus vulnérables pendant que les acteurs de la mise en œuvre pourraient évoquer les insuffisances de formation, de logistique ou de ressources financières et les décideurs de la collaboration intersectorielle et des insuffisances de

15 Voir Research Study Fiche Drivers of persistent high rates of undernutrition in the Sahel – a comprehensive contextualised research

politique ou programme. A terme, cette étude élucidera comment les programmes ou interventions sont compris, acceptés, voire adaptés et adoptés pour répondre aux besoins des bénéficiaires finaux.

Cette recherche qui a été réalisée au Burkina Faso et au Niger a fait l'objet de la définition d'une méthodologie originale. Elle a abouti à des résultats probants. Ce travail a été présenté selon une logique en six (6) chapitres cohérents entre eux : une introduction générale, des objectifs, des méthodes, des résultats, un commentaire général et des recommandations.

2. Questions de recherche

La question centrale de cette recherche est d'examiner comment les facteurs contextuels (par exemple socio-économiques, culturels, etc.) et les facteurs structurels ou systémiques (tels que les lacunes des politiques publiques, une coordination insuffisante, une capacité institutionnelle limitée au niveau local, des infrastructures de santé inadéquates, ainsi que le rôle d'autres secteurs tels que l'éducation, l'agriculture et l'eau-assainissement-hygiène) influencent l'« efficacité de mise en œuvre » des interventions nutritionnelles dans le Sahel.

Plus précisément, elle cherche à répondre aux questions suivantes :

- Quels facteurs contextuels et systémiques expliquent la persistance de la sous-nutrition dans les pays sahéliens, malgré plusieurs décennies d'investissements dans les programmes de nutrition ?
- Comment les facteurs contextuels et structurels/systémiques, tels que perçus par les acteurs impliqués ou ciblés par les interventions nutritionnelles, réduisent-ils l'efficacité de ces interventions ?
- Quel rôle joue la participation communautaire dans la mise en œuvre des interventions nutritionnelles ?

3. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont :

- Objectif spécifique 1 : Identifier les facteurs contextuels et structurels qui contribuent à la persistance de la malnutrition dans le Nord du Burkina Faso et dans la région de Maradi, au Niger.
- Objectif spécifique 2 : Identifier les obstacles et les défis qui persistent dans la mise en œuvre des interventions en nutrition pour lutter contre la malnutrition dans la région du Nord du Burkina Faso et dans la région du Maradi, au Niger, tels que perçus par différents acteurs.
- Objectif spécifique 3 : Évaluer le rôle de la participation communautaire dans la mise en œuvre des interventions en nutrition et son influence éventuelle sur l'efficacité de la mise en œuvre de ces interventions visant à lutter contre la sous-nutrition dans la région du Nord du Burkina Faso et dans la région de Maradi, au Niger.

4. Matériels et méthodes

Pour des informations détaillées sur la méthodologie, il convient de se référer aux rapports complets des différentes activités : le rapport de la table ronde au Burkina Faso ([Rapport atelier Parties prenantes Vf 20042025 FINAL.docx](#)), le rapport de la table ronde au Niger ([Rapport atelier Parties prenantes- Niger FINAL.docx](#)), la revue documentaire ([DESK REVIEW-Sous-Nutrition Sahel FINAL.docx](#)) ainsi que l'étude qualitative ([RAPPORT ENQUETE QUAL NRF V5 CLEAN.docx](#)).

4.1. Cadre de l'étude

La recherche a été menée dans deux pays sahéliens, le Burkina Faso et le Niger. Au Burkina Faso, la collecte des données a eu lieu dans la région du Nord, précisément dans les districts sanitaires de Gourcy, Titao,

Ouahigouya et Yako. La région du Nord présente un taux de malnutrition aigüe globale de 2,1 % et un taux de retard de croissance de 9,5 % chez les enfants de 6 à 59 mois⁶.

Au Niger, l'étude se tiendra dans la région de Maradi. Cette région est celle ayant les plus forts taux de malnutrition aigüe globale (19,8 %) et de malnutrition chronique (61,7 %) chez les enfants de 6 à 59 mois comparée à l'ensemble du pays (prévalence nationale de 16,1 % et 47,0 % de la malnutrition aigüe globale et de la malnutrition chronique) selon les données de l'enquête SMART 2022 du Niger¹⁶. Les neuf districts sanitaires de cette région seront concernés par l'étude.

4.2. Type et période de l'étude

Il s'agit d'une recherche transversale, descriptive et analytique, à prédominance qualitative. L'étude s'appuie sur une analyse documentaire approfondie, des tables rondes avec les acteurs du secteur nutrition-santé dans les deux pays, ainsi que sur des enquêtes qualitatives menées dans la région du Nord du Burkina Faso. Des entretiens individuels et des discussions de groupe (focus groupes) sont réalisés afin de comprendre les causes profondes de la malnutrition.

La collecte des données s'est déroulée entre janvier et juin 2025.

Le processus de production de connaissances dans le cadre de cette recherche comporte plusieurs étapes :

- **Tables rondes initiales** avec les décideurs en santé et nutrition et les principaux acteurs institutionnels dans les deux pays afin d'identifier les grands enjeux, orienter la revue documentaire et guider la conception de l'étude qualitative.
- **Revue documentaire**, conduite tout au long du processus de recherche, visant à :
 - Analyser le contexte des systèmes de santé aux niveaux national et local,
 - Cartographier les interventions nutritionnelles, les acteurs impliqués et leurs résultats,
 - Éclairer les éléments de réponse à l'objectif spécifique 1.

Cette revue documentaire contribuera à affiner la méthodologie qualitative (identification des variables contextuelles, des parties prenantes et des groupes à enquêter) et à définir les informateurs clés et les types d'interventions à explorer lors des entretiens individuels et des focus groupes. Un rapport scientifique rigoureux sera produit à partir de cette analyse.

- **Enquêtes qualitatives**, menées dans la région du Nord du Burkina Faso, auprès :
 - Des membres des communautés locales,
 - Du personnel des structures de santé et des secteurs sensibles à la nutrition,
 - Des parties prenantes nationales, tant au niveau régional que central.

Des discussions de groupe approfondies seront également organisées avec les communautés, leurs contenus étant ajustés en fonction des résultats préliminaires issus des entretiens individuels.

Ces enquêtes et focus groupes permettront d'apporter des éléments de réponse aux objectifs spécifiques 2 et 3 de la recherche.

4.3. Population d'étude

4.3.1. Tables rondes

Burkina Faso

Une table ronde de deux jours s'est tenue à Ouagadougou. La première journée a été consacrée à la cérémonie officielle de lancement de l'étude, présidée par le représentant du Secrétaire Général du ministère de la Santé. La seconde journée a été dédiée à un atelier de co-création visant à identifier les

¹⁶ Institut National de la Statistique (INS) Niger. Enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective au Niger. 2022.

causes systémiques et structurelles de la persistance de la sous-nutrition dans la région du Nord et au Burkina Faso, et à proposer des solutions. Les travaux se sont déroulés en groupes suivis de sessions plénières.

L'atelier s'est tenu du 20 au 21 février 2025 à l'Hôtel Royal Palm Beach, Ouagadougou. L'agenda et la liste des participants figurent dans le rapport final de la Table Ronde du Burkina Faso. Voici les caractéristiques des participants :

- Représentants de la région du Nord (zone de collecte des données) ;
- Services du ministère de la Santé en charge de la nutrition ;
- Acteurs sectoriels : agriculture, élevage, environnement, etc. ;
- Organisations internationales et ONG actives en nutrition (FAO, OMS, UNICEF, ACF, etc.) ;
- Partenaires techniques et financiers.

Niger

La table ronde a réuni des représentants des institutions suivantes :

- Gouvernorat de Maradi ;
- Sultanats de Katsina et du Gobir ;
- DRS/HP de Maradi ;
- Services déconcentrés sectoriels (agriculture, élevage, éducation, environnement, statistique, université) ;
- Districts sanitaires de Guidan Roumdji, Dakoro et Madarounfa ;
- Système des Nations Unies (OMS, PAM, UNICEF) ;
- ONG nationales et internationales engagées dans la lutte contre la malnutrition.

4.3.2. Revue documentaire

La revue documentaire a porté sur l'ensemble des sources pertinentes relatives à la nutrition dans les zones d'étude, disponibles en français ou en anglais. Ont été analysés :

- Articles scientifiques publiés depuis 2005 (Google Scholar, PubMed, Scopus, Hinari) ;
- Rapports d'interventions, rapports de supervision, documents stratégiques, plans et directives issus des structures gouvernementales, ONG et partenaires ;
- Bases de données nationales et régionales (EDS, SMART, bases locales).

Cette revue a permis :

- De cartographier les interventions, acteurs et résultats ;
- D'identifier les facteurs contextuels et structurels limitant les performances des programmes ;
- D'affiner les guides d'entretien et de discussion de groupe.

Les bases de données disponibles ont fait l'objet d'analyses secondaires afin d'examiner les prévalences et les déterminants du retard de croissance, de l'émaciation et des carences en micronutriments. Une synthèse narrative des connaissances a été produite.

4.3.3. Étude qualitative

L'étude qualitative a été réalisée **uniquement au Burkina Faso**. Un échantillonnage raisonné a été utilisé pour sélectionner les participants aux entretiens et aux discussions de groupe, couvrant les niveaux communautaire, sanitaire, régional et central. Les participants ont été inclus en raison de leur rôle dans la mise en œuvre des interventions nutritionnelles ou de leur statut de bénéficiaires. Leur participation a été conditionnée à la signature d'un consentement éclairé.

Niveau communautaire

Les enquêtes ont été menées dans des villages sélectionnés dans les aires de santé les plus touchées par la sous-nutrition, à partir de centres de santé et de promotion sociale (CSPS) retenus sur la base de leurs faibles performances nutritionnelles.

Les participants communautaires comprenaient :

- Chefs de ménages
- Mères/tutrices d'enfants de moins de 5 ans
- Femmes enceintes
- Agents de santé à base communautaire
- Tradithérapeutes
- Leaders religieux et coutumiers
- Représentants d'ONG ou d'associations locales

Le principe de saturation a guidé le nombre d'entretiens réalisés dans chaque catégorie. À l'issue des entretiens individuels, un **focus group** a été organisé dans chaque village.

Niveau structure de santé

Dans chaque CSPS sélectionné, les professionnels suivants ont été interviewés :

- Infirmier chef de poste ou point focal nutrition
- Responsable de la maternité
- Responsable de la pédiatrie

Au niveau du district sanitaire :

- Médecin-chef du district
- Point focal nutrition

Au niveau régional :

- Directeur régional de la santé ou son représentant
- Point focal nutrition régional

Une réunion consultative a également été organisée avec des acteurs de la nutrition identifiés via la revue documentaire (agents de santé, ONG locales).

Niveau central

Au niveau national, les entretiens ont concerné :

- Responsables des programmes nationaux de nutrition
- Partenaires techniques et financiers
- ONG internationales actives dans la nutrition (UNICEF, OMS, ACF, Save the Children, ALIMA, etc.)

La liste des participants a été finalisée à partir de la revue documentaire.

Tableau 1. Liste des participants dans les entretiens individuels et focus groupes

Niveau	Participants	Nombre prévu
Formations sanitaires (6)	Agents de santé (2 par FS)	N = 12
Villages (6)	2 femmes, 2 chefs de ménage, 1 leader, 1 tradithérapeute, 1 ASBC, ONG locale / association (≈22 entretiens) + 6 focus groupes	N ≈ 22 entretiens + 6 FG
Structures déconcentrées	Écoles, collectivités territoriales, agriculture, élevage, CONASUR, etc.	N = 15
Districts (3)	Médecins-chefs + points focaux nutrition	N = 6
Région	Direction régionale de la santé (2), ONG/partenaires (3), collectivités (2)	N = 6

Niveau	Participants	Nombre prévu
Niveau central	Responsables de programmes & partenaires	N = 3

Le dispositif prévu (et mis en œuvre au Burkina Faso) était le suivant :

Au total, **65 entretiens individuels** et **6 discussions de groupe** ont été conduits, ainsi qu'une réunion consultative nationale.

À l'issue des échanges entre l'équipe de recherche et la consultante NRF, la liste des cibles et leur répartition a été actualisée. Ce cadre d'échantillonnage a servi de base à la mise en œuvre des enquêtes dans la région du Nord du Burkina Faso.

5. Résultats

Les résultats sont présentés selon la logique suivante : le chapitre 5.1 est consacré à la revue documentaire, qui constitue la première étape de l'analyse. Le chapitre 5.2 présente les tables rondes, avec deux sous-sections : la section 5.2.1 traite de la table ronde du Burkina Faso, tandis que la section 5.2.2 porte sur la table ronde du Niger. Enfin, le chapitre 5.3 est dédié aux entretiens qualitatifs, en se concentrant particulièrement sur le cas du Burkina Faso.

5.1. Les principaux points issus de la revue documentaire

5.1.1. Les déterminants de la sous-nutrition

L'analyse met en évidence une crise nutritionnelle persistante au Sahel, notamment au Burkina Faso et au Niger. En 2024, plus de 295 millions de personnes ont souffert de faim aiguë à l'échelle mondiale¹⁷, avec une augmentation marquée en Afrique, particulièrement dans les régions sahéliennes où les chocs sécuritaires, climatiques et économiques s'intensifient. Les constats montrent une diminution des financements mondiaux pour combattre la malnutrition et l'insécurité alimentaire, et une diminution de la mobilisation politique¹⁸. Au Burkina Faso, la prévalence de la malnutrition aiguë globale a diminué de 11,3 % à 9,2 % entre 2009 et 2023, tandis que les carences en micronutriments demeurent élevées¹⁹. Au Niger, la MAG atteint 12,2 % chez les enfants de moins de cinq ans, avec des disparités régionales marquées¹⁹.

Les résultats documentaires montrent que la sous-nutrition découle de déterminants structurels (insécurité alimentaire, faiblesse des systèmes de santé et de protection sociale), socio-économiques (pauvreté, normes sociales de genre, faible niveau d'instruction), environnementaux et saisonniers (sécheresses, variations agricoles, recrudescence des maladies), ainsi que de limites dans la performance des interventions (coordination, financement, couverture, ressources humaines, systèmes d'information). Les déterminants socioculturels, notamment les perceptions alimentaires, l'adhésion communautaire et le rôle des leaders locaux, influencent également les comportements nutritionnels (Figure 1).

Une convergence apparaît sur la nécessité d'approches multisectorielles, la protection sociale, le renforcement des capacités locales, la création de mécanismes d'autonomisation et l'implication communautaire pour améliorer durablement la situation nutritionnelle au Sahel (Figure 2).

¹⁷ UNICEF France. (2024, 6 juin). *1 enfant sur 4 dans le monde est en situation de pauvreté alimentaire sévère* [Communiqué de presse]. <https://www.unicef.fr/article/1-enfant-sur-4-dans-le-monde-est-en-situation-de-pauvrete-alimentaire-severe/>

¹⁸ ONU Info. L'actualité mondiale : un regard humain. 2025. Accessed [date you accessed it]. <https://news.un.org/fr/>

¹⁹ Enquête nutritionnelle SMART, Burkina Faso 2024. Enquête SMART, 2024.

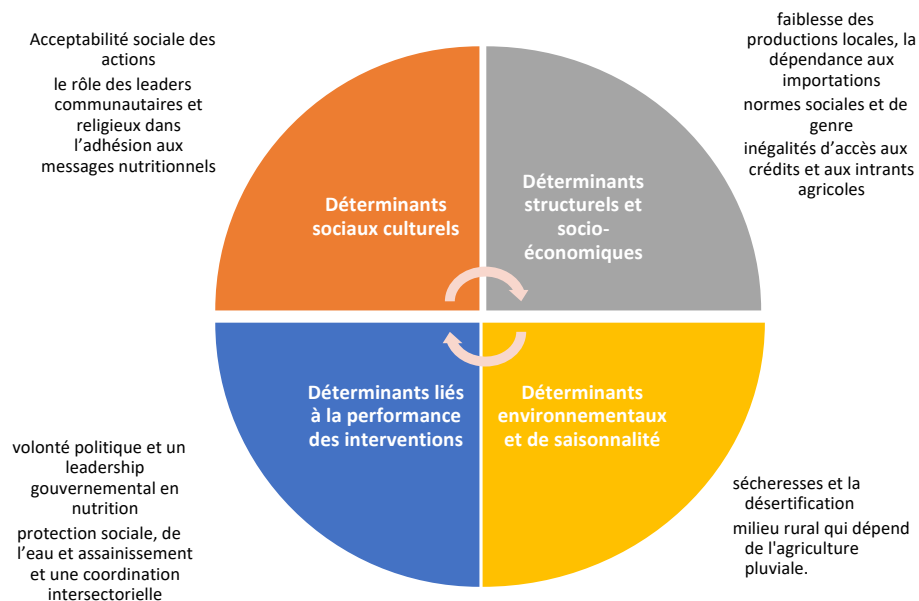


Figure 1. Déterminants contextuels et systémiques de la sous-nutrition au Sahel. Source : Revue documentaire, 2025



Figure 2. Identification des acteurs et parties prenantes dans l'analyse des déterminants de la sous-nutrition et dans les perspectives de solutions endogènes (Source : Auteurs).

5.1.2. Discussion

La sous-nutrition au Sahel résulte d'interactions complexes entre facteurs structurels, environnementaux et sociaux. L'analyse confirme que les conflits armés, les crises climatiques, les faibles revenus et l'accès limité aux services de santé et de nutrition accentuent la vulnérabilité des ménages. La saisonnalité agricole et la recrudescence des maladies infectieuses aggravent ce phénomène.

La dépendance importante à l'aide extérieure constitue un paradoxe : si elle a permis des avancées significatives, elle pose des défis de durabilité et de souveraineté nutritionnelle. La nécessité de solutions endogènes est soulignée, incluant l'autonomisation économique, la protection sociale, l'implication communautaire et le renforcement du leadership national.

De plus, les limites des données secondaires et l'absence de perspectives locales soulignent l'importance des méthodes qualitatives pour comprendre les dynamiques communautaires, intégrer les savoirs endogènes et adapter les interventions aux réalités socioculturelles.

5.1.3. Conclusion

La persistance de la sous-nutrition au Sahel reflète un problème structurel nécessitant des réponses systémiques, intégrées et multisectorielles. Bien que des stratégies nationales existent, leur succès dépend de l'engagement de l'État, de la mobilisation durable des ressources, du renforcement des systèmes de santé et de la protection sociale, et de l'implication active des communautés.

Les réformes institutionnelles en cours, notamment l'ancrage multisectoriel des secrétariats permanents de nutrition, constituent une opportunité stratégique. Toutefois, leur réussite exige un leadership renforcé, une focalisation sur les déterminants structurels, et un soutien accru à l'autonomisation économique et sociale des ménages.

La lutte contre la sous-nutrition doit s'inscrire dans la dynamique de la couverture sanitaire universelle et des soins de santé primaires, afin de garantir des interventions inclusives, durables et alignées sur les besoins réels des populations sahéniennes. Les résultats de cette revue alimenteront les étapes suivantes de l'étude, incluant les consultations des parties prenantes et les enquêtes qualitatives dans les deux pays.

5.2. Les résultats des tables rondes au Burkina Faso et au Niger

Des **tables rondes de haut niveau** ont été organisées au Burkina Faso et au Niger afin d'identifier et d'analyser les facteurs systémiques expliquant la persistance de la sous-nutrition dans le Sahel. Ces consultations ont réuni des décideurs politiques, des responsables de programmes nutritionnels, des acteurs du système de santé, des partenaires techniques et financiers et des représentants d'organisations communautaires. Elles avaient pour objectif de **faire émerger une compréhension partagée** des obstacles majeurs à l'efficacité des interventions, ainsi que des leviers d'action prioritaires.

Ces échanges ont permis de mettre en lumière les **défis structurels** entravant la mise en œuvre des programmes nutritionnels, notamment liés à la coordination multisectorielle, aux capacités institutionnelles, au financement, à la décentralisation, à l'engagement communautaire et à la résilience face aux crises sécuritaires et climatiques. Les participants ont également proposé des pistes d'amélioration, centrées sur le renforcement des systèmes locaux, l'approche communautaire, la gouvernance nutritionnelle, l'intégration des secteurs et la redevabilité.

Le cadre conceptuel de l'UNICEF sur les causes de la malnutrition a été utilisé pour organiser la réflexion et faciliter l'identification des déterminants à différents niveaux : **immédiats, sous-jacents et fondamentaux** (Figure 3).

Les résultats de ces travaux – présentés dans les sections **5.2.1** et **5.2.2** – constituent une contribution essentielle pour orienter des stratégies nutritionnelles **plus contextualisées, multisectorielles et durables** dans le Sahel.

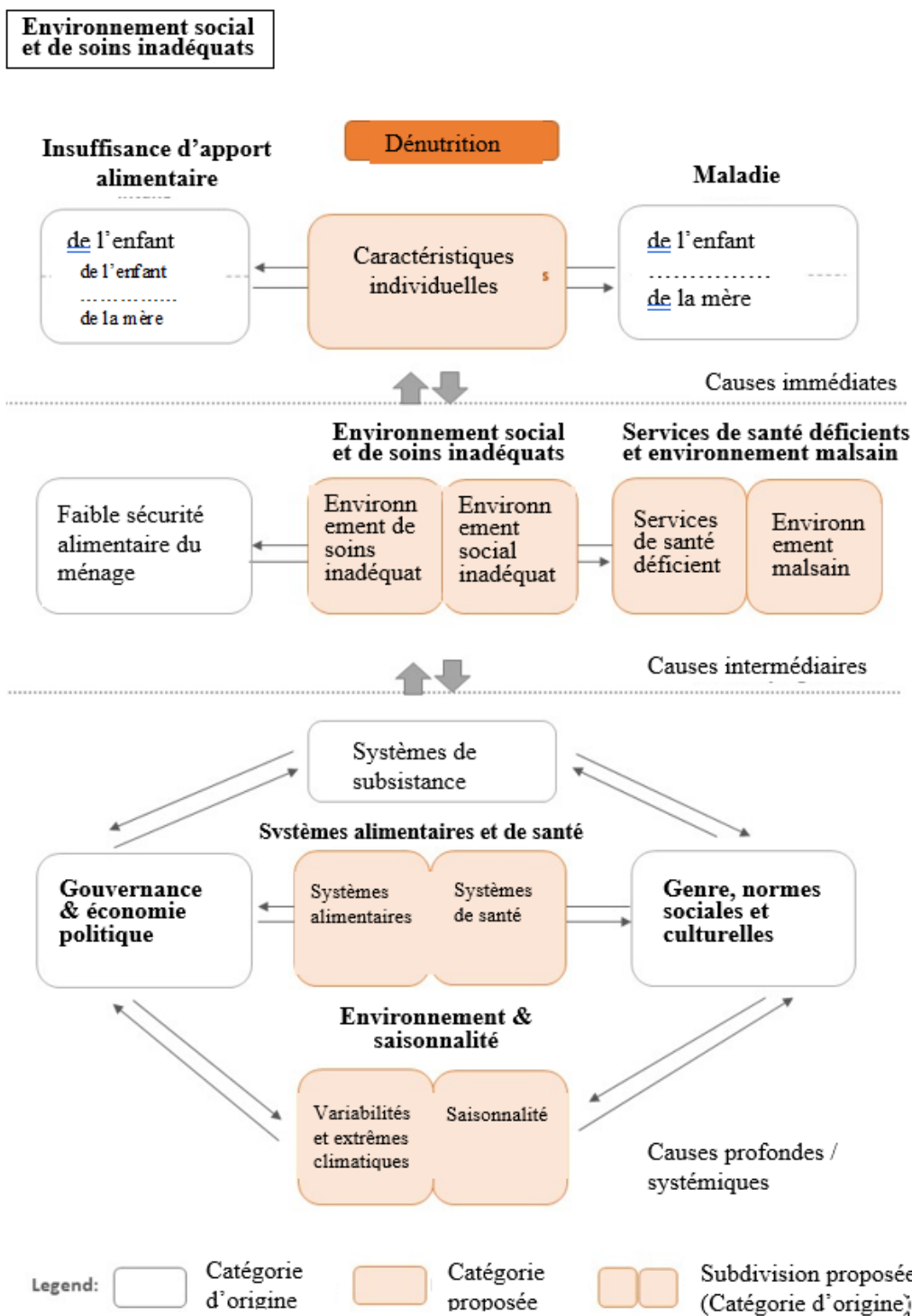


Figure 3. Cadre conceptuel qui a servi à l'élaboration du cadre de collecte et d'analyse des données par les parties prenantes (Source : Auteur).

5.2.1. Les résultats de la table ronde au Burkina Faso

a) Résultats généraux

La table ronde a permis de dégager une analyse consensuelle et multidimensionnelle des raisons de la persistance de la malnutrition dans la région du Nord du Burkina Faso. Les résultats généraux sont structurés autour des principaux défis identifiés et des grandes orientations de solutions proposées.

Principaux défis et facteurs de persistance identifiés

Les participants ont convenu que la malnutrition dans la région du Nord est la résultante d'un enchevêtrement de défis structurels, contextuels et opérationnels.

Défis structurels et socio-économiques :

- **Pauvreté et vulnérabilité économique** : Reconnue comme le facteur sous-jacent principal, limitant la capacité des ménages à pérenniser les acquis des projets et à accéder à une alimentation diversifiée.
- **Systèmes agricoles inadaptés** : Les pratiques agricoles ne sont pas suffisamment résilientes face aux réalités climatiques (sécheresse, courte durée des pluies). De plus, la culture maraîchère est majoritairement perçue comme une culture de rente et non pour l'autoconsommation.
- **Faible niveau d'éducation** : Le faible taux de scolarisation, particulièrement des filles, et l'analphabétisme des femmes limitent l'adoption de bonnes pratiques nutritionnelles et sanitaires.
- **Déficits des services sociaux de base** : L'accès aux soins de santé est entravé par des ruptures fréquentes d'intrants nutritionnels et une insuffisance de ressources humaines qualifiées. L'accès à l'eau potable et à l'assainissement reste critique.

Défis contextuels :

- **Insécurité et conflits** : Identifiés comme un facteur aggravant majeur, entraînant des déplacements forcés de populations, l'abandon des moyens de subsistance et la destruction/fermeture des infrastructures sociales (centres de santé, écoles).
- **Variabilité climatique** : La sécheresse et la dégradation des sols menacent directement la sécurité alimentaire des ménages.

Défis opérationnels et comportementaux :

- **Faible appropriation communautaire** : Les interventions sont souvent perçues comme externes. La faible implication des communautés, et particulièrement des figures d'influence (maris, belles-mères, leaders), dans la conception et la mise en œuvre des projets limite leur efficacité et leur pérennité.
- **Pesanteurs socio-culturelles** : Des pratiques telles que les tabous alimentaires, le don d'eau aux nourrissons, les purges et le gavage, ainsi que l'influence des belles-mères, constituent des freins importants à l'adoption de comportements favorables à la nutrition.
- **Faible coordination et financement** : La collaboration multisectorielle (santé, agriculture, éducation) est insuffisante. Le financement endogène de la nutrition par l'État reste en deçà des engagements (2,02 % du budget contre une cible de 3 %).

Solutions stratégiques proposées

En réponse à ces défis, des pistes de solutions concrètes et intégrées ont émergé.

- **Renforcer la résilience des ménages** : Promouvoir les Activités Génératrices de Revenus (AGR) liées à la nutrition, développer des pratiques agricoles adaptées (irrigation, Zaï, semences améliorées) et sensibiliser à la consommation des productions maraîchères familiales.
- **Améliorer la gouvernance et le financement** : Effectuer un plaidoyer pour une allocation budgétaire accrue à la nutrition et une meilleure intégration de la nutrition dans les plans de développement locaux.
- **Impliquer davantage les communautés** : Adopter des approches de « co-production » en associant systématiquement les bénéficiaires, y compris les cibles stratégiques (maris, belles-mères), dès la conception des projets. Renforcer les mécanismes communautaires existants comme les GASPA (Groupes d'Appui à la Santé et à la Production Alimentaire).
- **Intensifier la communication pour le changement social et comportemental** : Développer des messages et canaux adaptés au niveau d'éducation des populations et cibler spécifiquement les figures d'influence au sein des ménages (écoles des maris, dialogues communautaires).

- **Consolider l'approche multisectorielle** : Renforcer la collaboration entre tous les acteurs (gouvernementaux, non gouvernementaux, techniques) pour une synergie des interventions en faveur de la nutrition, de la santé, de l'eau et de l'assainissement.

En résumé, les résultats généraux mettent en lumière l'impérieuse nécessité de passer d'interventions verticales et ponctuelles à une approche intégrée, résiliente et centrée sur la communauté pour inverser durablement la courbe de la malnutrition.

b) Discussion

Les résultats de cette table ronde mettent en lumière la complexité et l'intersectorialité du problème de la malnutrition, qui ne peut être réduit à une simple question de disponibilité alimentaire. La persistance de la sous-nutrition dans la région du Nord s'explique par l'engrenage de facteurs structurels, tels que la pauvreté et le faible niveau d'éducation, avec des chocs aigus comme l'insécurité et les aléas climatiques. Cette analyse confirme que les interventions purement techniques, centrées sur la supplémentation ou la démonstration nutritionnelle, sont insuffisantes si elles ne s'attaquent pas aux causes profondes, notamment les normes socio-culturelles et le manque d'autonomie économique des femmes et des ménages. La faible appropriation communautaire, identifiée comme un frein majeur, interroge les modalités de conception et de mise en œuvre des projets. Elle suggère un besoin urgent de passer d'un paradigme d'"intervention pour la communauté" à un modèle de "co-construction avec la communauté".

Par ailleurs, la forte convergence des diagnostics entre les trois groupes de travail, malgré leurs angles d'analyse différents, renforce la crédibilité des conclusions. La récurrence des thèmes de l'implication des maris et des belles-mères, de la nécessité d'une meilleure coordination multisectorielle et de l'adaptation des pratiques agricoles indique des leviers d'action prioritaires. La proposition de solutions comme l'approche NFA (Nutrient Focused Approach) ou le renforcement des AGR démontre une volonté d'innover et de rechercher des réponses contextualisées, qui lient la nutrition à l'économie familiale. Ces éléments constituent une feuille de route précieuse pour repenser les stratégies de lutte contre la malnutrition dans un contexte sahélien marqué par l'incertitude.

c) Conclusion

En définitive, cet atelier de co-production a pleinement atteint ses objectifs en permettant une analyse approfondie et partagée des facteurs de persistance de la malnutrition dans la région du Nord du Burkina Faso. Il a non seulement identifié les barrières contextuelles, structurelles et comportementales qui entravent les progrès, mais il a également généré un portefeuille de solutions pratiques et innovantes, centrées sur la résilience des ménages, l'engagement communautaire et une gouvernance plus intégrée de la nutrition.

5.2.2. Les résultats de la table ronde au Niger

a) Résultats généraux

La table ronde de Maradi a permis de dégager une analyse holistique et consensuelle des facteurs persistants de la malnutrition dans la région. Les résultats généraux mettent en lumière des défis interconnectés et des solutions stratégiques pour y faire face.

Principaux défis et facteurs de persistance identifiés

L'analyse a révélé que la malnutrition à Maradi est un phénomène multifactoriel, ancré dans des réalités structurelles, contextuelles et opérationnelles complexes.

Défis structurels et socio-économiques :

- **Insécurité alimentaire chronique** : La faible diversification alimentaire des ménages, l'insuffisance des stocks de récolte et la vente des produits agricoles pour faire face à des dépenses sociales (mariages, dettes) privent les familles de ressources nutritives essentielles.
- **Dynamiques familiales et genre** : La forte natalité et les grossesses rapprochées, couplées à un faible pouvoir décisionnel des femmes, une charge de travail excessive et la scolarisation limitée des filles, créent un cercle vicieux de vulnérabilité nutritionnelle.

- **Déficits des services de santé** : L'accès aux soins est limité par l'éloignement géographique, l'insuffisance d'agents nutritionnistes qualifiés dans les Centres de Santé Intégrés (CSI) et les ruptures fréquentes d'intrants nutritionnels.

Défis contextuels :

- **Insécurité et mobilité des populations** : L'insécurité civile et la pression des groupes armés entravent l'accès aux champs et perturbent les moyens d'existence. Les déplacements forcés de populations (déplacés internes, réfugiés) complexifient la planification et la fourniture des services.
- **Chocs climatiques et environnementaux** : Les inondations, la désertification et la dégradation des terres réduisent les rendements agricoles et exacerbent l'insécurité alimentaire, tandis qu'un environnement insalubre favorise les maladies comme la diarrhée et le paludisme.

Défis opérationnels et comportementaux :

- **Obstacles aux interventions** : Une focalisation persistante sur le curatif au détriment du préventif, une mauvaise répartition géographique des projets, et des difficultés de coordination multisectorielle limitent l'impact des programmes.
- **Pesanteurs socio-culturelles** : Des croyances profondément enracinées (tabous alimentaires sur les œufs ou les mangues, jet du colostrum) et des pratiques néfastes (comme la « tontine de Plumpy'nut ») constituent des barrières comportementales majeures.
- **Faible participation communautaire** : Les communautés sont souvent exclues de la planification des projets, conduisant à une faible appropriation. Le manque de motivation et de moyens logistiques des relais communautaires affaiblit également la couverture et l'adhésion.

Solutions stratégiques proposées

Face à ce constat, des pistes de solutions intégrées et contextuelles ont émergé.

- **Renforcer la résilience économique et alimentaire** : Promouvoir l'agriculture familiale diversifiée et résiliente, créer des banques céréalières, développer les activités génératrices de revenus (AGR) pour les femmes et soutenir la transformation et la valorisation des produits locaux (kilichi, lait local).
- **Améliorer la gouvernance et le financement** : Effectuer un plaidoyer pour une ligne budgétaire dédiée à la nutrition, renforcer le recrutement et la formation des agents de santé nutritionniste, et mieux coordonner l'action des partenaires.
- **Passer du curatif au préventif** : Mettre à l'échelle les approches communautaires de prévention comme les Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN) et la stratégie « PB-Mères », et intégrer la supplémentation en micronutriments dans les routines.
- **Impliquer structurellement les communautés** : Associer les leaders et les bénéficiaires dès la conception et la planification des projets, renforcer les cadres de concertation communautaire et valoriser le rôle des relais.
- **Lutter contre les pratiques négatives** : Intensifier la communication pour le changement social et comportemental en adaptant les messages aux réalités locales, et envisager l'adoption d'un texte de loi réprimant la vente illicite des intrants nutritionnels.

b) Discussion

Les résultats de l'atelier de Maradi corroborent et enrichissent les constats faits ailleurs au Sahel, tout en mettant en exergue des spécificités locales. La prégnance des facteurs socio-culturels, tels que la forte natalité, le mariage précoce et la répartition des rôles au sein du ménage, apparaît comme un déterminant profond de la malnutrition, souvent plus difficile à adresser que les simples déficits infrastructurels. Ceci souligne l'impérieuse nécessité d'intégrer des sciences sociales, comme l'anthropologie, dans la conception des interventions pour mieux comprendre et transformer ces normes. Par ailleurs, la situation géographique frontalière de Maradi, source à la fois de vulnérabilités (afflux de patients nigériens) et de potentialités (échanges), appelle à des solutions de santé publique transfrontalières et innovantes.

La convergence des groupes sur la nécessité de renforcer les approches préventives et communautaires, comme les FARN, signale une prise de conscience collective que le modèle centré sur la prise en charge curative en centre de santé a atteint ses limites dans un contexte d'insécurité et de faible accès aux services. La proposition de remplacer partiellement les intrants nutritionnels importés par des farines infantiles locales fortifiées et non commercialisables est audacieuse ; elle vise à la fois à renforcer l'économie locale, à améliorer la durabilité et à lutter contre la revente illicite. Enfin, la récurrence des thèmes de la mauvaise gouvernance (faible financement endogène, coordination déficiente) et de la faible implication communautaire pointe vers un besoin de changement de paradigme dans la relation entre les acteurs du développement et les populations, passant d'une logique d'assistance à un partenariat fondé sur la cocréation de solutions.

c) Conclusion

La table ronde de Maradi a rempli son mandat en produisant une analyse contextuelle fine et opérationnelle des facteurs de persistance de la malnutrition. Elle a permis de formuler des recommandations pertinentes qui s'articulent autour de plusieurs leviers prioritaires : le renforcement de la résilience des ménages, l'amélioration de la gouvernance nutritionnelle, la réorientation des stratégies vers la prévention et l'engagement communautaire, et la lutte contre les normes socio-culturelles défavorables.

5.2.3. Les résultats des enquêtes qualitatives au Burkina Faso

a) Résultats généraux

L'étude qualitative, menée auprès de 137 participants (77 entretiens individuels et 60 participants aux groupes de discussion) dans la région du Nord du Burkina Faso, a révélé un paysage complexe et multidimensionnel des facteurs expliquant la persistance de la malnutrition. Les résultats sont organisés autour de cinq thèmes émergents principaux.

Causes profondes et structurelles

- **Instabilité économique et pauvreté** : Les participants ont souligné l'**insuffisance alimentaire** chronique, non pas due à une absence de nourriture, mais à un **faible pouvoir d'achat** et à une **accessibilité limitée**. Un frein majeur identifié est le **contrôle des ressources par le chef de famille**, les femmes et les enfants n'ayant souvent pas accès aux greniers familiaux pleins. De plus, la **priorisation du revenu sur la consommation** amène les familles à vendre les produits nutritifs locaux (œufs, lait, légumes) plutôt que de les consommer.
- **Défis environnementaux et agricoles** : Le **changement climatique** (pluies irrégulières) et les **pratiques agricoles obsolètes** entraînent de mauvaises récoltes. L'**insécurité** a été citée comme un facteur aggravant, provoquant des déplacements de population, l'abandon des terres et l'effondrement de la production agro-pastorale.
- **Facteurs socio-culturels** : Les **tabous alimentaires** (interdiction des œufs ou de l'igname pour les enfants) privent ces derniers de nutriments essentiels. La **structure familiale patriarcale** ralentit la prise de décision pour les soins de santé, et le **principe de solidarité** conduit au partage des aliments thérapeutiques (Plumpy'nut) au sein de la famille, diluant leur efficacité.

Causes immédiates et comportementales

- **Pratiques d'alimentation inadéquates** : L'étude a constaté un **allaitement non exclusif** (don d'eau ou de boissons locales avant 6 mois) et un **manque criant de diversité alimentaire** dans l'assiette des enfants, souvent réduite au "tô" et au riz. Les **connaissances insuffisantes** des parents sur la préparation de repas équilibrés à base de produits locaux ont également été pointées du doigt.
- **Mauvaise santé et hygiène** : La consommation d'eau non potable et la **défécation à l'air libre** entretiennent un cycle de maladies, comme les diarrhées, qui empêchent l'absorption des nutriments.

- **Naissances rapprochées** : Identifiées comme un facteur aggravant, elles épuisent la mère et l'empêchent de fournir des soins et une nutrition adéquate à son jeune enfant.

Effets pervers des programmes d'aide

Un thème critique a émergé concernant l'impact contre-productif de certaines interventions.

- **Détournement des Intrants** : Le Plumpy'nut est souvent perçu comme un "chocolat" ou un produit de luxe. Il est **consommé au sein du ménage** ou **vendu sur le marché** au lieu d'être consommé par l'enfant malnutri.
- **Dépendance et création de dynamiques sociales complexes** : Certains interviewés ont indiqué que la distribution de compléments alimentaires peut générer des dynamiques sociales dans lesquelles le fait d'être classé comme « malnutri » est perçu comme une opportunité d'accéder à des ressources, créant parfois des malentendus entre les mères bénéficiaires et entre ces dernières et les professionnels de la santé.

Lacunes systémiques dans la réponse

- **Limites du système de santé** : Les **ruptures de stock** d'intrants, la **formation insuffisante** des agents sur les protocoles nutritionnels et l'**absence d'outils pratiques** pour le conseil aux mères affaiblissent la prise en charge.
- **Stratégies d'intervention inadéquates** : La **couverture fragmentée** des projets (concentration dans les mêmes zones), leur **manque de durabilité** (arrêt des activités après le financement) et l'**échec de la communication** (incapacité à faire passer le Plumpy'nut pour un médicament) ont été dénoncés.

Interventions existantes et besoins identifiés

Les participants ont salué les interventions en cours comme les **GASPA** (Groupes d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle), les **démonstrations culinaires** et l'**engagement des leaders communautaires**. Les besoins prioritaires exprimés incluent :

- **Pour la santé** : Un changement de discours sur le Plumpy'nut, un suivi communautaire de sa consommation, la promotion des aliments locaux et le renforcement des compétences des agents.
- **Pour l'agriculture** : L'accès aux semences résilientes, la construction d'infrastructures hydrauliques et la promotion de techniques comme le Zaï.
- **Transversal** : S'attaquer aux **racines de la pauvreté**, améliorer la **sécurité** et l'**autonomisation des femmes**.

b) Discussion

Cette étude qualitative confirme que la persistance de la malnutrition au Sahel est le symptôme d'une crise systémique, où les dimensions économiques, environnementales, culturelles et institutionnelles s'entremêlent. La nouveauté de ces résultats réside moins dans l'identification des causes classiques (pauvreté, maladies, pratiques alimentaires) que dans la mise en lumière de deux dynamiques sous-estimées. Point très sensible. Reformuler de manière prudente et non stigmatisante : "certains répondants rapportent la perception que..." + indiquer qui (agents de santé ? leaders ? mères ?), fréquence (ex. "mentionné dans X entretiens"), et intégrer des explications alternatives (pauvreté, insécurité alimentaire, normes, mauvaise compréhension du traitement).

Premièrement, l'étude révèle l'échec de la communication et le **paradoxe de l'aide**. La transformation du Plumpy'nut, un traitement médical, en objet de désir social et de stratégie économique par les bénéficiaires eux-mêmes, démontre un profond décalage entre l'intention des programmes et leur perception locale. Ceci rejoint les observations d'études comme celle de de Groot et al. (2017) au Brésil, où les incitations financières

pouvaient involontairement freiner l'amélioration nutritionnelle²⁰. Cela soulève une question éthique et pratique cruciale : comment concevoir des interventions qui soignent sans créer de dépendance ni d'effets pervers ?

Deuxièmement, les résultats pointent une **faiblesse structurelle des stratégies de changement comportemental**. L'approche reste trop souvent "top-down" et biomédicale, comme le notent Faye & Sow (2025)²¹, culpabilisant les mères sans intégrer les logiques sociales et les contraintes qui régissent leurs décisions (contrôle des ressources par les hommes, solidarité familiale obligée). La persistance des tabous et le détournement des intrants ne sont pas des actes d'ignorance, mais des comportements rationnels dans un contexte de pauvreté et de normes sociales fortes. Une communication efficace nécessiterait un dialogue avec les communautés pour co-construire des messages et des solutions qui aient du sens dans leur univers culturel et économique.

Enfin, la convergence des témoignages sur l'insécurité et les déplacements massifs dessine un paysage où la malnutrition est autant une pathologie de la pauvreté que des **conflits et de la fragilité de l'État**. Dans ce contexte, les interventions purement nutritionnelles, si essentielles soient-elles, ne peuvent suffire. Elles doivent impérativement être couplées à des efforts plus larges de consolidation de la paix, de relance agricole dans les zones sécurisées et de renforcement de la résilience des systèmes de santé et de protection sociale.

c) Conclusion

Cette étude qualitative offre une plongée approfondie dans les racines complexes et entrelacées de la persistance de la malnutrition dans la région du Nord du Burkina Faso. Elle démontre de manière éloquente que le problème va bien au-delà d'un simple déficit alimentaire pour toucher aux fondements mêmes de la résilience économique des ménages, à la stabilité socio-politique, aux normes culturelles profondément ancrées et, de manière critique, aux limites des stratégies d'intervention elles-mêmes.

La conclusion majeure est qu'**aucune intervention unique ou sectorielle ne viendra à bout de ce fléau**. Les solutions doivent être aussi intégrées et complexes que les causes. Une approche purement médicale ou nutritionnelle est vouée à l'échec si elle n'est pas accompagnée d'efforts concertés pour :

1. **Renforcer la résilience économique et agricole** des ménages face aux chocs climatiques et sécuritaires.
2. **Repenser la communication et les modalités d'aide** pour éviter les effets pervers et favoriser une réelle appropriation communautaire.
3. **S'attaquer aux normes sociales** par un dialogue inclusif impliquant les hommes, les leaders et les aînés.
4. **Améliorer la gouvernance des interventions** en assurant leur pérennité, leur couverture équitable et la coordination multisectorielle.

Les recommandations issues de cette étude appellent donc à un changement de paradigme : passer d'un modèle d'assistance à un modèle de partenariat fondé sur la co-création de solutions durables, ancrées dans les réalités locales et capable de répondre à la fois aux urgences et aux causes structurelles de la malnutrition au Sahel.

²⁰ de Groot R, Palermo T, Handa S, Ragno LP, Peterman A: Cash Transfers and Child Nutrition: Pathways and Impacts. *Dev Policy Rev* 2017, 35:621-643.

²¹ Faye SL, Sow GH: Reclaiming voices, rethinking change: a decolonial and knowledge-ecological analysis of SBCC nutrition interventions in Senegal. *Front Nutr* 2025, 12:1609237.

6. Synthèse triangulée : La persistance de la sous-nutrition au Sahel, une crise systémique appelant une réponse transformative

6.1. Un diagnostic convergent : L'engrenage de la vulnérabilité et les limites de l'aide

La convergence des données issues de la revue documentaire, des tables rondes au Burkina Faso et au Niger, et de l'étude qualitative dans la région du Nord du Burkina, dresse un diagnostic sans appel : la persistance de la sous-nutrition au Sahel est la manifestation d'une **crise systémique profonde**, ancrée dans des déséquilibres structurels, amplifiée par des chocs aigus et perpétuée par des interventions souvent inadaptées. Cette synthèse élargie intègre les perspectives stratégiques pour proposer une analyse unifiée et des voies de sortie cohérentes.

Les trois sources s'accordent pour décrire un engrenage de vulnérabilité où les facteurs s'alimentent mutuellement.

- **Le cercle vicieux structurel** : La revue documentaire pose le cadre en identifiant la pauvreté, la faiblesse des systèmes de santé et les inégalités de genre comme des déterminants fondamentaux. Les tables rondes ont opérationnalisé ce constat en listant « l'insuffisance de la disponibilité alimentaire », « la faible utilisation des méthodes contraceptives » et « la vulnérabilité économique des ménages ». L'étude qualitative, quant à elle, a incarné ces concepts en révélant des mécanismes intimes : la **priorisation du revenu sur la consommation** (vendre les œufs plutôt que de les manger), le **contrôle des ressources par le chef de famille** qui verrouille l'accès à la nourriture, et les **grossesses rapprochées** qui épuisent les mères et les enfants. Cette triangulation montre que la pauvreté n'est pas seulement un manque d'argent, mais un système de contraintes qui régit les décisions les plus basiques au sein du ménage.
- **L'impact multiplicateur des chocs contextuels** : L'insécurité et la variabilité climatique ne sont plus des facteurs externes, mais des éléments centraux qui déstructurent le tissu socio-économique. La revue documentaire les qualifie de « chocs intensifiés ». Les tables rondes ont documenté leurs conséquences immédiates : **déplacements forcés de populations, abandon des moyens de subsistance et destruction des services sociaux de base**. L'étude qualitative a fourni la preuve vivante de cet impact, avec des témoignages sur l'effondrement de la production laitière et l'abandon des terres agricoles. Le « double contexte sécuritaire et de mouvements des populations » est identifié comme un risque majeur de compromettre les interventions régaliennes, reportant une charge immense sur les ONG et les collectivités locales.
- **Le pilier invisible : Les normes socio-culturelles** : Au-delà des facteurs matériels, les trois analyses soulignent le rôle crucial des normes sociales. La revue documentaire évoquait les « déterminants socioculturels ». Les tables rondes ont pointé des « obstacles » comme les tabous et la faible implication des hommes. L'étude qualitative a levé le voile sur la logique de ces comportements : **l'interdiction culturelle de certains aliments nutritifs** (œufs), la **lenteur du processus décisionnel dominé par les hommes** pour accéder aux soins, et le **partage des aliments thérapeutiques** au nom de la solidarité familiale. Ces pratiques ne relèvent pas de l'ignorance, mais s'inscrivent dans un système de valeurs cohérent et profondément ancré. Dès lors, **elles doivent être reconnues et structurellement intégrées dans la conception et la mise en œuvre des programmes**, afin d'assurer des interventions réellement adaptées et culturellement sensibles.
- **Les limites du système d'aide actuel** : Un constat émerge avec force des trois sources : l'aide internationale, bien que vitale, montre des limites préoccupantes. La revue documentaire souligne les problèmes de coordination et de financement. Les tables rondes pointent la fragmentation des interventions et leur manque de pérennité. Plus grave, l'étude qualitative révèle des **effets pervers** : la transformation du Plumpy'nut en commodité monnayable ("chocolat") et l'émergence de stratégies pour maintenir l'accès à l'aide, créant une forme de dépendance contre-productive.

6.2. Les divergences fondamentales : Une crise d'interprétation

Si le constat des problèmes est partagé, leur interprétation et l'attribution des responsabilités font apparaître des lignes de fracture essentielles.

- **La nature de la défaillance : structures versus comportements :**
 - La **revue documentaire** privilégie une lecture **structurale** (défaillances des systèmes, politiques inadaptées)
 - Les **agents de terrain** tendent à se focaliser sur les **comportements individuels** ("ignorance des mères")
 - L'**étude qualitative** propose une lecture par les **incitations**, montrant que les comportements critiqués sont souvent des réponses rationnelles à un environnement où l'aide a créé des logiques économiques perverses
- **La question de la responsabilité :**
 - Le discours officiel présente les acteurs du système de santé comme confrontés à des contraintes insurmontables
 - La tendance à culpabiliser les mères agit comme un écran empêchant une remise en question des pratiques professionnelles
- **Les visions de la solution :**
 - La **perspective stratégique** privilégie des solutions **technocratiques** (coordination, financements)
 - Les **acteurs de terrain** proposent des solutions **contextuelles** (implication des hommes, aliments locaux)
 - La **réalité communautaire** exige une **transformation relationnelle** qui restaure la confiance et corrige les incitations perverses

6.3. Vers une feuille de route transformative

Face à cette complexité, une réponse transformative doit intégrer plusieurs leviers complémentaires :

1. **Piloter la complexité par les institutions :** La revue documentaire identifie la réforme en cours comme « très salubre ». Notre synthèse valide cet optimisme, mais y ajoute une condition impérative. Pour être efficaces, ces SP doivent catalyser le passage du discours à l'action en **invitant l'Etat à s'investir pleinement dans la gestion des déterminants systémiques**. Cela signifie piloter une véritable approche multisectorielle, en s'appuyant sur les **ONG, les collectivités et les organisations locales comme relais essentiels** dans un contexte où l'État central est affaibli. Leur rôle est de créer un écosystème où les actions en santé, agriculture, éducation et protection sociale se renforcent mutuellement.
2. **Refonder l'engagement communautaire :** Les recommandations des tables rondes (agriculture, jardins potagers, implication des maris) et les constats de l'étude qualitative (contrôle des ressources, logiques sociales) convergent vers un même impératif : il faut **passer d'un modèle d'assistance à un modèle d'autonomisation**. Cela suppose notamment de :
 - **Impliquer structurellement les hommes et les leaders** pour déverrouiller les blocages socio-culturels.
 - **Renforcer les compétences des agents de santé** et leur fournir des outils adaptés aux réalités locales.
 - **Co-construire les interventions avec les communautés** pour éviter les effets pervers et garantir l'appropriation. La communication doit devenir un dialogue pour repositionner l'aide nutritionnelle comme un « médicament » et non une marchandise.
3. **Ancrer la nutrition dans les stratégies de résilience :** Notre analyse confirme que cloisonner la nutrition est une erreur stratégique. L'intégrer à la **CSU et aux Soins de Santé Primaires (SSP)** est la

seule manière d'en faire une priorité durable et de **libérer la place à l'innovation communautaire**. Dans un Sahel en crise, la lutte contre la malnutrition doit être un pilier central des stratégies de **renforcement de la résilience** des populations, combinant **protection sociale**, accès aux soins de base et soutien à la production alimentaire locale.

Cette feuille de route n'est opérationnelle que si elle s'attaque simultanément aux causes structurelles, aux blocages comportementaux et aux dysfonctionnements du système d'aide lui-même. C'est à ce prix que la lutte contre la malnutrition pourra sortir de l'impasse dans la région sahélienne.

7. Conclusion générale

La persistance de la sous-nutrition au Sahel n'est pas une fatalité. Elle révèle plutôt les limites d'un système d'aide confronté à ses propres contradictions, où l'urgence humanitaire a parfois pris le pas sur une vision transformative durable. Les enseignements tirés de la triangulation des données sont sans appel : il ne s'agit plus simplement de mieux faire, mais de faire autrement.

La transformation nécessaire exige de quitter le confort des interventions verticales pour embrasser résolument la complexité sahélienne. Cela implique de reconnaître que des pratiques comme le partage des aliments thérapeutiques au nom de la solidarité familiale ne relèvent pas de l'ignorance, mais s'inscrivent dans un système de valeurs cohérent et profondément ancré. Dès lors, ces réalités sociales doivent être structurellement intégrées dans la conception des programmes, afin d'assurer des interventions culturellement sensibles et véritablement efficaces.

Il s'agit de dépasser le paradigme de l'assistance pour construire une véritable autonomie nutritionnelle, en remplaçant les communautés comme actrices de leur destin alimentaire plutôt que comme bénéficiaires passives. La reconstruction de la confiance, par une redevabilité partagée entre tous les acteurs, devient la condition *sine qua non* du succès.

Les Secrétariats Permanents de Nutrition portent une responsabilité historique dans cette transformation. Leur légitimité future dépendra de leur capacité à incarner ce changement de cap, en fédérant État, collectivités locales et société civile autour d'une ambition commune. L'enjeu dépasse la technique nutritionnelle : il s'agit de faire de la bonne nutrition le fondement concret du droit à la santé et à la dignité pour toutes les populations sahéliennes.

Cet avenir est à portée de main, à condition de reconnaître que la solution ne viendra pas de l'extérieur, mais de la capacité à libérer et accompagner les potentiels endogènes. La voie est étroite, mais indispensable : celle d'une coopération qui s'efface progressivement devant une souveraineté nutritionnelle retrouvée, respectueuse des logiques sociales qui fondent les communautés sahéliennes.

8. Remerciements

Nos remerciements sont adressés aux équipes des directions régionales de la santé (Maradi et Ouahigouya), aux directions sectorielles de la nutrition des deux régions ainsi qu'au niveau central, de la Direction de la nutrition des deux pays. Toutes ces autorités et ces parties prenantes ont facilité la mise en œuvre de la recherche. Nous saisissons cette opportunité pour témoigner notre reconnaissance aux participants à la recherche (participants aux tables rondes et lors des entretiens qualitatifs dans les deux régions de Maradi au Niger et Ouahigouya au Burkina Faso). Enfin, nous adressons nos salutations au partenaire (NRF) qui a accompagné cette recherche sur le plan financier et sur le plan technique (avec l'appui de Souheila Abbeddou).

9. Références

1. OMS (2017) Global Nutrition Monitoring Framework: operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025. OMS.
2. Young H (2020) Nutrition in Africa's Drylands: A Conceptual Framework for Addressing Acute Malnutrition. Feinstein International Center, Tufts University.
3. Ministère de la santé-BF : Enquête nutritionnelle nationale, 2024
4. UNICEF. (2025, Juillet 28). Global hunger declines but rises in Africa and Western Asia – UN report. UNICEF. <https://www.unicef.org/eca/press-releases/global-hunger-declines-rises-africa-and-western-asia-un-report>
5. OMS (2000). La prise en charge de la malnutrition sévère : manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement : 72.
6. Masibo PK. 2013. Trends and determinants of malnutrition among children age 0-59 months in Kenya (KDHS 1993, 1998, 2003 and 2008-09). WP89. Calverton, Maryland, USA.
7. Ministère de la santé (2021). Enquête nutritionnelle selon la méthodologie SMART-Edition 2020. Ouagadougou, Burkina Faso, Ministère de la santé: 102.
8. Akombi, Blessing J, Kingsley E Agho, John J Hall, Nidhi Wali, Andre M N Renzaho, and Dafna Merom. 2017. "Stunting, Wasting and Underweight in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." International Journal of Environmental Research and Public Health 14 (8): 863. <https://doi.org/10.3390/ijerph14080863>.
9. AAS. 2021. "Investigating the Developmental Origins of Stunting in Nigeria." 2021. <https://www.aasciences.africa/news/investigating-developmental-origins-stunting-nigeria>.
10. UNICEF, 1990
11. Ahmed T, Hossain M, Sanin KI: Global Burden of Maternal and Child Undernutrition and Micronutrient Deficiencies. Ann Nutr Metab 2013, 61:8-17.
12. Victora CG, Christian P, Vidaletti LP, Gatica-Domínguez G, Menon P, Black RE: Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda. The Lancet 2021, 397:1388-1399.
13. Institut National de la Statistique et de la Démographie, The DHS Program: Burkina Faso Enquête Démographique et de Santé 2021. Burkina Faso et Rockville, Maryland, USA: INSD et ICF; 2021.
14. Institut National de la Statistique Ministère du Plan, ICF: Enquête sur les Indicateurs du Paludisme au Niger 2021. Rockville, Maryland, USA: INS et ICF; 2023.
15. Research Study Fiche Drivers of persistent high rates of undernutrition in the Sahel – a comprehensive contextualised research
16. Institut National de la Statistique (INS) Niger. Enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective au Niger. 2022.
17. UNICEF France. (2024, 6 juin). 1 enfant sur 4 dans le monde est en situation de pauvreté alimentaire sévère [Communiqué de presse]. <https://www.unicef.fr/article/1-enfant-sur-4-dans-le-monde-est-en-situation-de-pauvrete-alimentaire-severe/>
18. ONU Info. L'actualité mondiale : un regard humain. 2025. Accessed 13 November 2025. <https://news.un.org/fr/>
19. Enquête nutritionnelle SMART, Burkina Faso 2024. Enquête SMART, 2024.
20. de Groot R, Palermo T, Handa S, Ragno LP, Peterman A: Cash Transfers and Child Nutrition: Pathways and Impacts. Dev Policy Rev 2017, 35:621-643.
21. Faye SL, Sow GH: Reclaiming voices, rethinking change: a decolonial and knowledge-ecological analysis of SBCC nutrition interventions in Senegal. Front Nutr 2025, 12:1609237.