



Décision d'aide humanitaire

23 02 01

Intitulé: Aide humanitaire visant à diminuer la malnutrition infantile sévère ainsi que la mortalité au Niger.

Lieu de l'opération: NIGER

Montant de la décision: 10.000.000 EUR

Numéro de référence de la décision: ECHO/NER/BUD/2006/02000

Exposé des motifs

1 - Justification, besoins et population cible :

1.1. - Justification :

Les suites de la crise nutritionnelle de 2005 et le maintien à un niveau inacceptable du taux d'admission d'enfants sévèrement malnutris dans les centres nutritionnels au début de l'année 2006 justifient la prolongation des opérations d'aide humanitaire au Niger en 2006.

En dépit de pluies relativement abondantes en 2005 et de la perspective d'une récolte satisfaisante (la FAO prévoit un surplus modeste de quelques 21.000 tonnes), le niveau très élevé de l'endettement des ménages vulnérables enregistré dans le courant 2005 et le maintien à un niveau anormalement élevé des prix du mil sur les marchés locaux, continuent à rendre difficile l'accès à la nourriture pour les plus démunis. Les mécanismes d'adaptation et de survie des ménages ont été sévèrement affectés et les réserves alimentaires d'urgence du gouvernement sont épuisées. Le risque d'une nouvelle crise nutritionnelle majeure persiste en 2006 au Niger.

Les enquêtes nutritionnelles de l'UNICEF/CDC, récemment publiées, évaluent à 15,3% le taux de malnutrition global national (le seuil d'urgence de cet indicateur est à 10%). Quatre régions présentent en particulier des chiffres alarmants avec des taux de malnutrition globaux de 18% à Tahoua, 16% à Maradi, 16% à Diffa et 16% à Zinder. D'autres enquêtes nutritionnelles – CONCERN, MSF (Médecins sans Frontières), ACH (Accion Contra el Hambre) – ont validé ces indicateurs négatifs de la prévalence de la malnutrition. L'enquête menée par CONCERN en décembre 2005 à Tahoua montrait que le taux de malnutrition

global s'élève à 19,2%, malgré une prise en charge nutritionnelle et alimentaire jugée à l'époque satisfaisante, la mortalité des moins de cinq ans en particulier est alarmante. L'enquête de CONCERN démontrait que, pour les trois mois précédents la période couverte par l'enquête, la mortalité des moins de cinq ans était de **3,7/1.000/jour** (seuil d'urgence établi à 2/1.000/jour). L'UNICEF estime que 50% de la mortalité infantile est due à la malnutrition.

Au cours des trois premiers mois de l'année 2006, 53.463 enfants malnutris dont 9.600 sévèrement, ont été admis dans les centres nutritionnels (source UNICEF). Les partenaires opérationnels de la DG ECHO ont pris en charge plus de 11.500 de ces 53.463 enfants (soit plus de 20%). Le nombre de nouvelles admissions a doublé dans le centre nutritionnel de MSF France de Maradi entre la mi-février – avec environ 500 admissions – et la mi-mars – plus de 1.000 admissions. Au sud de Zinder, la Croix Rouge Française a enregistré un accroissement de 250 à 350 admissions entre début mars et la mi-avril. Un certain nombre d'autres partenaires ont fait état de la même tendance évolutive. Il est à noter qu'en 2005 l'accroissement exponentiel du nombre d'admissions s'était déclenché fin mai.

La malnutrition aiguë avec pour conséquence une forte mortalité des enfants est récurrente au Niger. La situation a été aggravée en 2005 par la sécheresse et les effets de l'invasion acridienne de 2004. Toutefois, les niveaux actuels de la malnutrition aiguë et de la mortalité infantile sont inacceptables selon les standards humanitaires et compte tenu des efforts déployés pour atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire.

Un facteur aggravant est la difficulté d'accès aux soins de santé de qualité pour les plus pauvres. Beaucoup de centres de santé, principalement en milieu rural, ne sont pas fonctionnels, et l'ancien système de recouvrement des coûts basé sur des coûts de consultation élevés exclu la plupart des plus pauvres. L'ampleur de la mortalité infantile provoquée par la crise de 2005 a été dans un premier temps sous-estimée par le fait que les familles ne pouvaient pas se permettre d'amener leurs enfants aux centres de santé. Une occasion a été perdue de repérer le problème croissant via les données récoltées sur le nombre d'admissions et de consultations. C'est seulement lorsque les enfants malnutris avaient une autre pathologie pour laquelle ils étaient admis que le système de santé a commencé à découvrir l'ampleur de la crise.

Les enquêtes menées par MSF et ACH ont démontré que le nombre de consultations dans les centres de santé gouvernementaux était très faible. Une enquête conduite par UNICEF/CDC a mis en évidence le lien étroit entre malnutrition et mortalité infantile. C'est ainsi que 90% des enfants admis dans les centres nutritionnels de MSF Suisse en 2005 ont été testés positifs à la malaria.

C'est pourquoi certaines organisations humanitaires ont développé une étroite collaboration avec les autorités sanitaires locales pour faciliter l'accès gratuit aux soins de santé des enfants de moins de 5 ans et des mères allaitantes. Dans le district de Mayahi, le nombre de consultations de soins de santé primaire a été multiplié par 5 et parfois par 10 lorsqu'une agence humanitaire (HELP) a instauré la gratuité des soins avec un système de compensation (médicaments et coûts de structures) validé par les autorités sanitaires locales et les infirmiers des centres de santé concernés.

La nécessité d'un accès gratuit aux soins de santé pour les enfants de 0 à 5 ans est une des leçons retenues de la crise 2005. Le gouvernement l'a bien compris en décrétant officiellement le droit à l'accès gratuit aux soins pour les enfants de moins de 5 ans (Journal Officiel du 26 avril 2006). Les détails relatifs aux modalités de mise en oeuvre d'une telle

politique restant à définir, une assistance par l'intermédiaire des agences humanitaires au niveau local est toujours nécessaire.

Les stratégies de survie des ménages ont fortement souffert de la crise de 2005. Beaucoup de ménages se sont massivement endettés afin d'acheter de la nourriture lors de la dernière période de soudure. La valeur d'un sac de mil acheté au plus fort de la période de soudure (prix les plus élevés) équivaut à 3 sacs de mil vendus après la récolte. Le mécanisme traditionnel du marché amène les commerçants à acheter les céréales au moment des récoltes quand les prix sont les plus bas pour les stocker et les revendre sur le marché lorsque les prix augmentent en période de soudure. La décapitalisation de certains ménages est telle que certaines familles ont été jusqu'à vendre leur outil de production comme les semences et les outils. Aider la population à restaurer ses moyens d'autosuffisance alimentaire et à améliorer ses capacités de générer des revenus est un objectif important des agences humanitaire et de cette décision. Les familles ayant eu un enfant traité dans un des centres de re-nutrition seront spécifiquement ciblées pour améliorer leur sécurité alimentaire. Localiser les villages d'origine des enfants malnutris traités permettra d'identifier les zones les plus touchées par la crise. La distribution de semences et d'outils ainsi que d'autres moyens agricoles (pour la petite irrigation) améliorera leur sécurité alimentaire et la génération de revenus.

Beaucoup de ménages les plus pauvres au Niger sont dépendants de la volaille comme source de revenus et de protéines. Les récents abattages massifs de volailles dans les régions touchées par la grippe aviaire, sans compensation aucune, constituent un autre facteur aggravant venant s'ajouter aux conditions difficiles et de stress. .

Les causes structurelles de la malnutrition et de la mortalité au Niger, considéré comme un des pays les plus pauvres de la planète (officiellement dernier de la liste 2005 pour l'index du développement humain des Nations Unies), sont multiples et complexes parmi lesquelles: l'extrême pauvreté, la mauvaise gestion des ressources naturelles, le niveau insatisfaisant de l'éducation des femmes, le déficit de planning familial, la modification des mécanismes commerciaux à l'échelle de la sous région.

Plus de 70 % des 13 millions de Nigériens vivent en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation requiert une approche stratégique alliant des mécanismes d'assistance sur le court, le moyen et le long terme.

Pour répondre aux problèmes du Niger, la Commission européenne a donc développé une politique visant à assurer une continuité de l'aide, créant un lien entre l'assistance d'urgence, la réhabilitation et le développement (LRRD). L'aide humanitaire, instrument de réponse aux crises nutritionnelles sur le court terme, sera immédiatement suivie d'opérations de promotion de la sécurité alimentaire à moyen terme au travers de "l'enveloppe B" du 9^{ème} FED. Puis sur le long terme, la sécurité alimentaire a été identifiée comme un objectif stratégique prioritaire de la programmation du 10^{ème} FED.

Une autre leçon retenue de la crise de 2005 est liée à la nécessité de réviser les modalités de fonctionnement des systèmes d'alerte précoce existants. Les données qui sont actuellement collectées fournissent un indicateur quantitatif de sécurité alimentaire (niveau de production) mais ne couvrent pas de manière adéquate le statut nutritionnel des plus vulnérables. Les niveaux les plus élevés d'admissions de patients sévèrement malnutris ont eu lieu dans des régions considérées comme relativement peu exposées à l'insécurité alimentaire.

La crise de 2005 a également révélé la "tolérance" qui prévalait jusqu'alors vis-à-vis de la malnutrition sévère chronique dans le Sahel. Elle a ouvert un vaste débat au sein de la communauté humanitaire sur la définition d'un niveau de malnutrition acceptable dans le Sahel et sur la manière la plus appropriée de faire face au problème. Bien que la solution soit clairement liée aux interventions à long terme, le taux global de malnutrition sévère des moins de 5 ans qui s'élève à 15,5% dans les pays du Sahel, est bien supérieur au seuil d'urgence qui, dans d'autres régions du monde aurait déjà suscité une réponse humanitaire appropriée. Le maintien d'une aide humanitaire continue est nécessaire au Niger en 2006, alors que les instruments d'assistance à moyen terme se mettent en place.

1.2. - Besoins identifiés :

- Des programmes de nutrition thérapeutique et supplémentaires sont nécessaires au traitement de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans. Une prise en charge intensive (CRENI) et ambulatoire (CRENAS/M) ainsi qu'une distribution de farines nutritives comme prévention de la malnutrition sont requis. Des enquêtes nutritionnelles seront réalisées.
- L'amélioration de l'accès aux soins de santé primaire est indispensable pour prévenir l'augmentation de la malnutrition, pour dispenser des soins de santé préventifs, effectuer les vaccinations et faire de l'éducation à l'hygiène.
- Des activités de sécurité alimentaire sont nécessaires à la recapitalisation des ménages les plus démunis après les pertes de 2005. Tant la sécurité alimentaire que les activités génératrices de revenus ont besoin d'être soutenues. C'est particulièrement important pour les familles ayant eu un enfant enregistré et traité dans les centres de nutrition.
- Une assistance technique permanente est nécessaire au suivi régulier de la situation humanitaire, de la coordination effective avec les autres bailleurs et agences concernés, notamment celles des Nations UNies.

1.3. - Population cible et régions concernées :

Les bénéficiaires de cette décision sont les personnes les plus insécurisées au niveau alimentaire et les plus vulnérables du Niger, en particulier dans les régions de Tahoua, Zinder, Tillabery et Maradi. Le 7 Février 2006, le gouvernement du Niger a lancé un programme majeur de "soutien aux populations vulnérables 2006" en déclarant que 1.8 million de personnes sur les 13 millions de Nigériens étaient dans une situation de haut risque (14%).

Le nombre de bénéficiaires directs attendu pour cette décision est, par secteur d'intervention :

Nutrition: 500.000 enfants de moins de 5 ans malnutris, dont 55.000 risquent d'être sévèrement malnutris .

Santé: 400.000 enfants, femmes enceintes et mères allaitantes.

Sécurité alimentaire: 42.000 ménages

1.4. - Evaluation des risques et contraintes éventuelles :

Le succès du programme dépendra de la capacité de mobilisation des partenaires opérationnels face à l'accroissement rapide des cas attendus durant la phase la plus délicate de la période de soudure qui s'étend de juin à septembre. Ceci requiert une collaboration étroite

avec les services gouvernementaux, dans un esprit non conflictuel, afin d'accroître l'efficacité et d'optimiser le rapport coût/efficacité ainsi que le professionnalisme de la mise en œuvre des interventions.

2 - Objectifs et composantes de l'intervention humanitaire proposée:¹

2.1. - Objectifs :

Objectif principal :

Diminuer la malnutrition infantile sévère et la mortalité au Niger.

Objectifs spécifiques :

- Réduire la mortalité infantile
- Améliorer les mécanismes de survie et d'adaptation des ménages
- Mettre en place une assistance technique pour évaluer les besoins; analyser les propositions de financement; coordonner et évaluer la mise en œuvre des opérations

2.2. - Composantes :

- Maintien et appui aux centres nutritionnels existants soutenus par les agences partenaires en coordination avec l'UNICEF et le PAM qui fournissent les intrants nutritionnels spécifiques au traitement des enfants malnourris. Les enfants sont référés aux centres de santé publics depuis les villages isolés identifiés par les équipes mobiles des agences d'aide. En fonction du degré de malnutrition (mesuré par le périmètre brachial MUAC et par le rapport poids/taille) les enfants sont dirigés soit vers un CRENAM (centre de récupération Nutritionnelle Ambulatoire Modéré) pour les cas modérés, soit vers les CRENAS (centre de récupération Nutritionnelle Ambulatoire Sévère) pour les cas sévères, ou enfin vers les CRENI (Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive) pour les cas les plus sévères.

CRENAS et CRENAM utilisent de grandes quantités de nourriture spécialisée qui réduisent les coûts et la durée de traitement permettant ainsi aux accompagnants (couramment la mère ou la grand-mère) de rentrer à leur foyer plus rapidement. Le traitement continue au foyer car la mère reçoit au préalable une quantité suffisante de Plumpy Nut (aliment qui ne nécessite pas de préparation particulière et qui est bien assimilé par l'enfant). Les résultats rapides et la réduction de la durée du traitement ont permis de résoudre certains problèmes culturels liés au fait que la mère doit s'absenter de son foyer.

- Appui aux centres de santé primaire afin d'améliorer les soins des enfants de moins de 5 ans ainsi que de leurs mères. Cela comprend l'assistance et la formation des infirmiers ainsi que la fourniture de médicaments et de matériel médical aux centres de santé. Une attention particulière est portée aux soins préventifs. Beaucoup de

¹ Les subventions pour la mise en œuvre de l'aide humanitaire telle que définie par le Règlement (CE) No. 1257/96 du Conseil du 20 juin 1996 concernant l'aide humanitaire sont attribuées en conformité avec le Règlement financier, en particulier son article 110, et avec ses modalités d'exécution, en particulier son article 168 (Règlement du Conseil (EC Euratom) No 1605/2002 du 25 juin 2002, JO L 248 du 16 septembre 2002 et No 2342/2002 du 23 décembre 2002, JO L 357 du 31 décembre 2002). Niveau de financement : en application de l'article 169 du Règlement financier, les subventions pour la mise en œuvre de la présente décision peuvent financer 100 % des coûts d'une action. Les opérations d'aide humanitaire financées par la Commission sont mises en œuvre par des ONG et par les organisations de la Croix Rouge sur la base d'un Contrat Cadre de Partenariat (CCP) (en conformité avec l'article 163 des modalités d'exécution du Règlement financier) et par les agences des Nations Unies sur la base de l'Accord cadre administratif et financier (FAFA). Les normes et critères établis dans le Contrat Cadre de Partenariat standard d'ECHO auquel les ONG et les organisations internationales doivent adhérer, ainsi que les procédures et critères nécessaires pour devenir partenaire sont disponibles à l'adresse suivante : http://europa.eu.int/comm/echo/partners/index_fr.htm
[ECHO/NER/BUD/2006/02000](http://europa.eu.int/comm/echo/partners/index_fr.htm)

centres de santé sont sous équipés et manquent de personnel. Le personnel de santé est démotivé et mal formé. La politique de recouvrement de coûts du Ministère de la santé, posait des problèmes sur les revenus des ménages. Les ménages les plus pauvres ne pouvaient se permettre le coût d'une consultation en particulier dans un contexte où la taille des ménages est en moyenne de 8 enfants par famille. La récente décision du gouvernement du Niger de permettre la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans a donc été bien accueillie par la communauté humanitaire. Cependant les détails de mise en œuvre de cette décision sont toujours en cours d'élaboration.

- Distribution de semences, d'outils agricoles et de petits ruminants sera nécessaire à l'amélioration de la sécurité alimentaire des familles ayant eu un enfant enregistré dans un des centres de traitement de la malnutrition. Des semences de Niébé et de Sorgho seront distribuées à 30 000 familles. 12 000 personnes recevront des petits ruminants. Ces activités amélioreront à la fois la quantité de nourriture disponible et le niveau des revenus des ménages concernés.
- Le Bureau d'Appui Régional de Dakar de la DG ECHO sera en charge de l'analyse des propositions de financement, de la coordination et du suivi de la mise en œuvre des opérations humanitaires financées par la Commission européenne; il fournira les moyens et la logistique nécessaire au fonctionnement de l'assistance technique. Afin de faciliter cette tâche, un sous bureau sera installé à Niamey dans les locaux de la Délégation du Commission Européenne.

3 - Durée prévue des actions dans la décision proposée:

Par cette décision, la DG ECHO entend maintenir son appui aux partenaires opérationnels qui sont restés présents au Niger, afin d'assurer une réponse rapide et adaptée à la crise. La majeure partie des opérations financées sous la présente décision font suite à la mise en œuvre de projets soutenus dans le cadre des décisions financières précédentes. L'objectif est de maintenir une couverture humanitaire adéquate au cours de la période de soudure qui s'étend de mai à octobre, avec une réduction prévue des activités vers la fin de l'année. Certains partenaires seront soutenus jusqu'au début 2007 afin de maintenir une capacité de réponse rapide face à des cas résiduels de malnutrition.

La durée de mise en œuvre de la présente décision sera de 12 mois à partir du 1^{er} mai 2006. Les opérations humanitaires financées par la présente décision doivent être mises en œuvre endéans ladite période. Les dépenses sont éligibles dans le cadre de cette décision à partir de 1^{er} mai 2006. Cette période coïncide d'une part avec la fin de la période contractuelle de la plupart des opérations d'aide humanitaire financées sous la décision précédente, et d'autre part au début de la période de soudure qui mobilisera ces mêmes acteurs humanitaires.

Si la mise en œuvre des actions envisagées dans la présente décision est suspendue pour cause de *force majeure* ou en raison de circonstances comparables, la période de suspension ne sera pas prise en considération dans le calcul de la durée des opérations d'aide humanitaire.

En vue de l'évolution de la situation sur le terrain, la Commission se réserve le droit de résilier les conventions signées avec les organisations humanitaires en charge de la

mise en oeuvre lorsque la suspension des activités s'étend sur une période supérieure à plus d'un tiers du total de la durée prévue de l'action. La procédure prévue à cet égard dans les conditions générales de la convention spécifique sera appliquée.

4 – Précédentes interventions/décision de la Commission dans la cadre de la crise actuelle

Liste des operations precedentes d'ECHO au Niger				
Numero de decision	Type de decision	2004 EUR	2005 EUR	2006 EUR
ECHO/NER/EDF/2005/01000	Emergency		4,600,000	
ECHO/NER/EDF/2005/02000	Emergency		1,700,000	
ECHO/NER/BUD/2006/01000	Non Emergency			2,000,000
	Sous-total	0	6,300,000	2,000,000
	Total	8,300,000		

Date : 04/04/2006

Source : HOPE

5 - Autres donateurs et mécanismes de coordination entre donateurs

Les bailleurs actifs en sécurité alimentaire (la France, la Belgique, l'Allemagne, le PAM, la CE, ...) sont coordonnés au travers du Dispositif National de Prévention et de Gestion de Crises Alimentaires (DNPGCA). La Délégation de la CE est le chef de file de la coordination des bailleurs dans ce secteur.

En ce qui concerne la nutrition et la santé, c'est le Ministre de la Santé Publique qui est chargé de la coordination de ces secteurs dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire. La Belgique est le chef de file de la coordination des bailleurs actifs dans le secteur santé au Niger.

Des réunions techniques se tiennent chaque semaine à Niamey entre les agences UN, les ONGs et les services du Gouvernement, afin d'améliorer la coordination opérationnelle et stratégique. Une coordination locale existe également au niveau des régions et des départements.

Donateurs au NIGER les 12 derniers mois					
1. Etats Membres UE (*)		2. Commission Européenne		3. Autres	
	EUR		EUR		EUR
Allemagne	5.264.200	DG ECHO	8,373,529		
Autriche		Autres services	3,600,000		
Belgique	2,500,000				
Chypre	26,316				
Danemark	3,166,290				
Espagne	1,550,000				
Estonie					
Finlande	300,000				
France	5,373,257				
Grece					
Hongrie					
Irlande	3,324,000				
Italie	2,020,000				
Lettonie					
Lituanie					
Luxembourg	850,000				

Malte					
Pays-bas	2,075,000				
Pologne	41,000				
Portugal					
Republique tcheque	167,000				
Royaume uni	3,357,722				
Slovaquie					
Slovenie					
Suede	201,900				
Sous-total	30,216,685	Sous-total	8,373,529	Sous-total	0
		Total	38,590,214		

Date : 02/04/2006

(*) Source : DG ECHO 14 Points reports. <https://hac.cec.eu.int>

Cellules vides : pas d'informations ou aucune contribution.

6 - Montant de la décision et répartition par objectifs spécifiques :

6.1. - Montant total de la décision : 10.000.000 EUR

6.2. - Ventilation budgétaire par objectif spécifique

Objectif principal: Diminuer la malnutrition infantile sévère et la mortalité au Niger.				
Objectifs spécifiques	Montant alloué par objectif spécifique (EUR)	Région géographique de l'opération	Activités	Partenaire potentiel²
Objectif spécifique 1: Réduire la mortalité infantile	8.350.000	Niger – Régions de Tahoua, Zinder, Maradi et Tillabery	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement de la malnutrition aiguë sévère et modérée • Programmes de soins de santé primaire • Amélioration de la surveillance nutritionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - ACH- ESP - CONCERN WORLDWIDE - CROIX-ROUGE - FRA - HELP - MDM – FRA - MDM - BEL - SAVE THE CHILDREN – UK - MERCY CORPS - ISLAMIC RELIEF - OXFAM - TSF - UN - UNICEF - BEL - UN - WFP-B

² ACCION CONTRA EL HAMBRE, (ESP), CONCERN WORLDWIDE, (IRL), CROIX-ROUGE FRANCAISE, HELP- HILFE ZUR SELBSTHILFE E.V. (DEU), MEDECINS DU MONDE, THE SAVE THE CHILDREN FUND (GBR), TSF - Telecom Sans Frontiere, UN - WORLD FOOD PROGRAM - LIAISON OFFICE, UNICEF, UNITED NATIONS - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION

Objectif spécifique 2: Améliorer les mécanismes de survie et d'adaptation des ménages	1.000.000	Niger	Distribution de semences et d'outils ainsi que de petit bétail auprès des patients des centres nutritionnels	- UN - FAO-I
Objectif spécifique 3: Mettre en place une assistance technique pour évaluer les besoins; analyser les propositions de financement; cordonner et évaluer la mise en œuvre des opérations;	150.000	Niger	Ouverture d'un bureau à Niamey.	
Provision pour risque	500.000	Niger		
TOTAL:	10.000.000			

7 - Evaluation

En application de l'article 18 du Règlement (CE) No.1257/96 du Conseil du 20 Juin 1996 concernant l'aide humanitaire, la Commission est appelée à " procéder régulièrement à des évaluations d'actions d'aide humanitaire financées par la Commission en vue d'établir si les objectifs visés par ces actions ont été atteints et en vue de fournir des lignes directrices pour améliorer l'efficacité des actions futures ". Ces évaluations sont structurées et organisées à partir de thèmes globaux et horizontaux faisant partie de la stratégie annuelle d'ECHO tels que les questions relatives aux enfants, la sécurité des travailleurs humanitaires, le respect des droits de l'homme, les questions de genre. Chaque année, un Programme d'Evaluation indicatif est établi après un processus de consultation. Ce programme est flexible et peut être adapté pour y inclure des évaluations non prévues dans le programme initial, en réponse à des événements particuliers ou à des circonstances changeantes. De plus amples informations peuvent être obtenues sur :

http://europa.eu.int/comm/echo/evaluation/index_fr.htm.

8 - Impact Budgétaire article 23 02 01

	CE (en EUR)
Crédits d'engagements initiaux disponibles pour 2006	470.429.000
Budgets supplémentaires	-
Transferts	-
Total crédits disponibles	470.429.000
Total exécuté à la date (10/05/06)	307.550.000
Reste disponible	162.879.000
Montant total de la décision	10,000,000

DÉCISION DE LA COMMISSION
du
relative au financement d'opérations humanitaires sur le budget général de l'Union
européenne au Niger

LA COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES,

Vu le traité instituant la Communauté européenne,
Vu le règlement (CE) No.1257/96 du 20 juin 1996 concernant l'aide humanitaire³, et en particulier son article 15(2) :

Considérant ce qui suit :

- (1) La persistance de la crise nutritionnelle au Niger laisse craindre en 2006 une crise alimentaire similaire à celle de 2005;
- (2) La capacité du gouvernement à maintenir les mécanismes de réponse d'urgence en sécurité alimentaire, et celle du système national de santé, à faire face à une nouvelle crise a été sérieusement diminuée;
- (3) Les enquêtes nutritionnelles en cours font état d'un nombre anormalement élevé d'enfants sévèrement malnutris;
- (4) Une évaluation de la situation humanitaire conclut que la Communauté doit poursuivre le financement d'opérations d'aide humanitaire pour une durée de 12 mois;
- (5) Afin de maximiser l'impact de l'aide humanitaire pour les victimes de cette crise, il est nécessaire de mettre en place une assistance technique sur le terrain;
- (6) Il est estimé qu'un montant de 10.000.000 EUR de la ligne budgétaire 23 02 01 du budget général de l'Union Européenne est nécessaire pour apporter de l'aide humanitaire à quelques 500.000 enfants au Niger, en prenant en compte le budget disponible ainsi que les contributions d'autres bailleurs;

Dans le respect de l'Article 17 (3) du Règlement (EC) N° 1257/96, le Communauté de l'Aide Humanitaire a donné un avis favorable le 22 juin 2006.

A ARRETE LA PRESENTE DECISION:

Article 1

1. Conformément aux objectifs et orientations générales de l'aide humanitaire, la Commission approuve par la présente un montant total de 10,000,000 EUR en faveur d'opérations d'aide humanitaire visant à diminuer la malnutrition infantile sévère et la

³ OJ L 163, 2.7.1996, p. 1-6
[ECHO/NER/BUD/2006/02000](#)

mortalité au Niger, au titre de la ligne budgétaire 23 02 01 du budget général 2006 de l'Union européenne.

2. Conformément aux articles 2 et 4 du règlement (CE) No.1257/96 du Conseil, les opérations humanitaires seront mises en œuvre dans le cadre des objectifs spécifiques suivants:

- Réduire la mortalité infantile
- Améliorer les mécanismes de survie et d'adaptation des ménages
- Mettre en place une assistance technique pour évaluer les besoins; analyser les propositions de financement; coordonner et évaluer la mise en œuvre des opérations.

Les montants alloués à chacun de ces objectifs spécifiques sont indiqués en annexe à cette décision.

Article 2

Sans préjudice de l'affectation de la provision pour risque, la Commission peut, si la situation humanitaire le justifie, réaffecter les niveaux de financement établis pour l'un des objectifs spécifiques précisés à l'article premier, paragraphe 2, à un autre objectif mentionné, pour autant que le montant réaffecté représente moins de 20% du montant global de la présente décision.

Article 3

1. La durée de mise en œuvre de cette décision doit être une période maximum de 12 mois, commençant le 1^{er} mai 2006.
2. Les dépenses engagées dans le cadre de la présente décision sont éligibles à compter du 1^{er} mai 2006.
3. Si les actions envisagées dans la présente décision sont suspendues pour cause de *force majeure* ou en raison de circonstances comparables, la période de suspension ne sera pas prise en considération dans le calcul de la durée de mise en œuvre de la présente décision.

Article 4

La présente décision prend effet à la date de son adoption

Fait à Bruxelles,

Pour la Commission

Membre de la Commission

Annexe : Ventilation des montants alloués par objectif spécifique

Objectif principal : Diminuer la malnutrition infantile sévère et la mortalité au Niger.	
Objectives spécifiques	Montant alloué par objectif spécifique (EUR)
Réduire la mortalité infantile	8.350.000
Améliorer les mécanismes de survie et d'adaptation des ménages	1.000.000
Mettre en place une assistance technique pour évaluer les besoins; analyser les propositions de financement; cordonner et évaluer la mise en œuvre des opérations	150.000
Provision pour risque	500.000
TOTAL	10.000.000