Rapport National sur les Progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement

Document Final

Niger 2013

Sommaire

Récapitulatif sur l'évolution des principaux indicateurs de suivi des progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 5

SIGLES ET ABREVIATIONS 7

LISTE DES GRAPHIQUES 10

RESUME 12

INTRODUCTION 16

METHODOLOGIE 18

CONTEXTE DE DEVELOPPEMENT DU PAYS 20

Situation géographique 20

Situation socio-démographique 20

Situation économique et financière 21

Contexte sociopolitique et culturel 26

CHAPITRE 1 : REDUIRE L'EXTREME PAUVRETE ET LA FAIM 27

1.1.1. Situation et tendances 27

Cible 1: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté 27

1.1.2. Contraintes et défis 29

1.1.3. Actions menées 29

1.1.4. Conclusion partielle 30

Cible 2 : Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif 31

1.2.1. Situation et tendance 31

1.2.2. Contraintes et défis 31

1.2.3. Actions menée 32

1.2.4. Conclusion partielle 32

Cible 3: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim 33

1.3.1. Situation et tendances 33

Indicateurs : 33

1.3.2. Contraintes et défis 35

1.3.3. Actions menées 36

1.3.4. Conclusion partielle 38

CHAPITRE 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous : 39

2.1.1: Situation et tendances 39
Cible1: D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires 39
2.1.2: Contraintes et défis 44
2.1.3. Actions menées 45
2.1.4. Conclusion partielle 46
CHAPITRE 3 : PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES 47
3.1.1 Situation et tendances 47
3.1.2 Contraintes et défis 51
3.1.3 Actions menées 52
3.1.4. Conclusion partielle 52
CHAPITRE 4 : REDUIRE LA MORTALITE INFANTILE 53
Cible 1 : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 53
4.1.1. Situation et tendances 53
1.3.1. Situation et tendances 53
4.1.2. Contraintes et défis 59
4.1.3. Actions menées 60
4.1.4. Conclusion partielle 60
CHAPITRE 5 : AMELIORER LA SANTE MATERNELLE 61
Cible 1 : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux 61
de mortalité maternelle 61
5.1.1. Situation et tendance 61
5.1.2. Contraintes et défis 64
5.1.3 Actions menées 64
5.1.4. Conclusion partielle 65
Cible 2 : Atteindre, d'ici à 2015, l'accès universel à la santé procréative 65
5.2.1. Situation et tendances 65
5.2.2. Contraintes et défis 71
5.2.3. Actions menées 72
5.2.4. Conclusion partielle 72
CHAPITRE 6 : COMBATTRE LE VIH-SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES 73
Cible 1: D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle 73
6.1.1. Situation et tendances 73

6.1.2. Contraintes et défis : 77
6.1.3. Actions menées 79
6.1.4. Conclusion partielle 79
Cible 2: D'ici à 2010, Avoir assurer pour tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/Sida 79
6.2.1. Situation et tendances 79
6.2.3. Actions menées 80
6.2.4. Conclusion partielle 80
Cible 3: D'ici à 2015, enrayer la propagation du paludisme et d'autres grandes maladies, et commencer à inverser la tendance actuelle 80
6. 3.1. Situation et tendances 80
6.3.2. Contraintes et défis 83
6.3.3. Actions menées 83
6.3.4. Conclusion partielle 84
CHAPITRE 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE 85
7.1.1. Situation et tendances 85
Cible 1: Intégrer les principes de Développement Durable dans les politiques nationales de développement et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales 85
7.1.2. Contraintes et défis 87
7.1.3. Actions menées 88
7.1.4. Conclusion partielle 88
Cible 2: Réduire la perte de biodiversité, atteindre d'ici à 2010, une diminution importante du taux de perte 88
7.2.1. Situation et tendance 88
7.2.2. Contraintes et défis 89
7.2.3. Actions menés 90
7.2.4. Conclusion partielle 90
Cible 3: Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable et à un système d'assainissement de base 90
7.3.1. Situation et tendance 90
7.3.2. Contrainte et défis 94
7.3.3. Actions menées 94
7.3.4. Conclusion partielle 95
Cible 4: Réussir à améliorer sensiblement, d'ici 2020, la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis 96

7.4.1 Situation et tendance 96
7.4.2. Contraintes et défis 97
7.4.3. Actions menées 97
7.4.4. Conclusion partielle 98
Chapitre 8 : mettre en place un partenariat mondial pour le développement 98
Cible 1: Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire. 98
Cible 2: Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés. 98
Cible 3 : Répondre aux besoins particuliers des pays en développement 98
Cible 4: Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement, par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme 98
Cible 5 : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement 98
Cible 6 : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication soient accordé à tous. 98
8.1.1 : Situation et tendances 99
8.1.2. Contraintes et défis 100
8.1.3. Actions menées 101
8.1.4. Conclusion partielle 101
CONCLUSION GENERALE 102
Références bibliographiques 104
ANNEXE 107

Récapitulatif sur l'évolution des principaux indicateurs de suivi des progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

Objectifs	Principales cibles retenues	Principaux indicateurs retenus	Niveau de référence	Niveau Rapport 2012	Niveau retenu pour 2013	Niveau tendanciel en 2015	Objectif OMD en 2015
1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim	1A Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	1.1 Proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (%)	63 (1993)	59,5 (2008)	**48,2 (2011)**	45%	31,50%
2. Assurer une éducation primaire pour tous	2 D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire	18 (1990)	67,2 (2008)	**70 (2012)**	78%	100,00%
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	3A Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	3.1 Rapport filles/garçons (%) :					
		- Dans le primaire	62,5 (1997)	79,09 (2011)	**80,46 (2012)**	85	100,00%
		- Dans le secondaire	58 (1997)	63 (2011)	**63,19 (2012)**	65%	100,00%
		- Dans le supérieur	34 (2004)	43 (2011)	**42,3 (2012)**	46%	100,00%
4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	4A Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour mille)	318,2 (1992)	130,5 (2010)	**127 (2012)**	98,3	106
5. Améliorer la santé maternelle	5A Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.	5.1 Taux de mortalité maternelle (pour 100000 naissances)	652 (1992)	554 (2010)	**535 (2012)**	513	175
6. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies	6A D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	16. Taux de prévalence du VIH/SIDA des 15-49 ans	0,87 (2002)	0,7 (2006)	**0,4(2012)**	0,25	

Objectifs	Principales cibles retenues	Principaux indicateurs retenus	Niveau de référence	Niveau Rapport 2012	Niveau retenu pour 2013	Niveau tendanciel en 2015	Objectif OMD en 2015
7. Assurer un environnement durable	7A Intégrer les principes de Développement Durable dans les politiques nationales de développement et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	7.1 Proportion des zones forestières	8,3 (1990)	5,1 (2010)	**5,1 (2010)**		
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	8B S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés	22. Aide publique au développement en % du PIB	16 (1990)	13,84 (2010)	**13,84 (2010)**		

SIGLES ET ABREVIATIONS

APD	:	Aide Publique au Développement
ARV	:	Anti Rétroviraux
BAD	:	Banque Africaine de Développement
BM	:	Banque Mondiale
BMZ	:	Ministère de la Coopération Economique du Développement (Allemand)
BIT	:	Bureau International du Travail
CCA	:	Cellule Crises Alimentaires
CC/SAP	:	Cellule de Coordination du Système d'Alerte Précoce
CEDEAO	:	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CERMES	:	Centre de Recherche Médical et Sanitaire
CNEDD	:	Conseil National de l'Environnement pour un Développement Durable
CONGAFEN	:	Coordination des ONG et Associations Féminines Nigériennes
CRENA	:	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire
CSN	:	Cadre Stratégique National
CTB	:	Coopération Technique Belge
DACPOR		Direction de l'Action Coopérative et de Promotion des Organisations Rurales
DGE	:	Direction Générale de l'Economie
DGEP	:	Direction Générale de l'Evaluation et de la Prospective
DNPGCA	:	Diapositif National de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaires
DOTS	:	Traitements Directement Observés
DSI	::	Direction des Statistiques et de l'Informatique
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DPHL	:	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
D/SDRP	:	Document de la Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté
EDSN-MICS	:	Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples
ENBC	:	Enquête Nationale sur le Budget et la Consommation des ménages
FAO	:	Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture
FBS	:	Fonds Belge de Survie
FCFA	:	Franc de la Communauté Financière Africaine
FIDA	:	Fonds International pour le Développement de l'Agriculture
GES	:	Gaz à Effet de Serres
GIZ	:	Coopération Internationale Allemande
HAI	:	Health Action International
HASA	:	Haute Autorité à la Sécurité Alimentaire
HCNTIC	:	Haut-commissariat aux Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
IADM	:	Initiative d'Annulation de la Dette Multilatérale
IARBIC	:	Intensification de l'Agriculture par le Renforcement des Boutiques d'Intrants Coopératives
IDH	:	Indice de Développement Humain
IEC	:	Information Education Communication
INAARV	:	Initiative Nigérienne d'Accès aux Anti Rétroviraux
INS	:	Institut Nationale de la Statistique
IRA	:	Infections Respiratoires Aiguës
ISF	:	Indice Synthétique de Fécondité
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
LOSEN	:	Loi d'Orientation du Système Educatif Nigérien
MAG	:	Ministère de l'Agriculture

MEG	:	Médicament Essentiel et Générique
ME/LCD	:	Ministère de l'Environnement et de la Lutte Contre la Désertification
MEN	:	Ministère de l'Education Nationale
M/F	:	Ministère des Finances
MH/DS	:	Ministère de l'Hydraulique/Direction des Statistiques
3N	:	Les Nigériens Nourrissent les Nigériens
NICI	:	Infrastructures Nationales d'Information et de Communication
NTIC	:	Haut-commissariat aux Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OMC	:	Organisation Mondial du Commerce
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONAPAD	:	Observatoire National de la Pauvreté et du Développement Humain Durable
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONPPC	:	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
OPEP	:	Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole
PAAPSSP	:	Programme d'Appui à l'Aménagement Pastoral et à la Sécurisation des Systèmes Pastoraux
PAM	:	Programme Alimentaire Mondiale
PA/SDRP	:	Programme d'Appui à la Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté
PCLCP	:	Programme Cadre de Lutte Contre le Pauvreté
PDES	:	Plan de Développement Economique et Social
PDS	:	Plan de Développement Sanitaire
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PME	:	Petites et Moyennes Entreprises
PNG	:	Politique Nationale Genre
PNN	:	Programme National de Nutrition
PNLP	:	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNAN	:	Plan National d'Action pour la Nutrition
PNCD	:	Programme National de la Communication pour le Développement
PNSR	:	Programme National de la Santé de la Reproduction
PPSA	:	Projet Promotion de la Sécurité Alimentaire
PPTD	:	Programme Pays pour le Travail Décent
PPTE	:	Pays Pauvres Très Endettés
PRASE	:	Programme National de Référence d'Accès aux Services Energétiques
PRODEM	:	Programme Démographique Multisectoriel
PROSEF	:	Programme Sectoriel de l'Education et de la Formation
PTF	:	Partenaire Technique et Financier
PUSA/DR	:	Projet d'Urgence d'Appui à la Sécurité Alimentaire et au Développement Rural
QUIBB	:	Questionnaire Unifié sur les Indicateurs de Base du Bien-être
RDFN	:	Rassemblement Démocratique des Femmes du Niger
REFNI+	:	Réseau Nigérien des Femmes Infectées par le VIH/SIDA
RGPH /H	:	Recensement General de la Population et de l'Habitat
ROPS+	:	Réseau des Organisations et Personnes Vivant avec le SIDA
SAP	:	Système d'Alerte Précoce
SDRP	:	Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté
SIDA	:	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
SNPA/DB	:	Stratégie Nationale et le Plan d'Action pour la Diversité Biologique

SOSA	:	Stratégie Opérationnelle de Sécurité Alimentaire
SRP	:	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SSG	:	Surveillance de Seconde Génération (enquête de)
TA	:	Taux d'Achèvement
TIC	:	Technologie de l'Information et de la Communication
TNS	:	Taux Net de Scolarisation
TOFE	:	Tableau des opérations financière de l'Etat
UE	:	Union Européenne
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
UIT	:	Union International de Télécommunication
UNDAF	:	Plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	:	Virus d'Immunodéficience Humain

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1: EVOLUTION DU TAUX DE CROISSANCE DU PIB REEL DE 1994 A 2013 (EN %) 21
GRAPHIQUE 2: EVOLUTION DE L'ACCROISSEMENT DU REVENU PAR TETE DE 1990 A 2013 (EN %) 21
GRAPHIQUE 3: EVOLUTION DES RECETTES PUBLIQUES DE 1990 A 2013 (EN MILLIARDS DE F CFA) 24
GRAPHIQUE 4: EVOLUTION DES DEPENSES PUBLIQUES DE 1990 A 2013 (EN MILLIARDS DE F CFA)..... 24
GRAPHIQUE 5: EVOLUTION DES RECETTES ET DES DEPENSES PUBLIQUES DE L'ETAT DE 1990 A 2013 (EN MILLIARDS DE F CFA)..... 24
GRAPHIQUE 6: EVOLUTION ET TENDANCE DE L'INCIDENCE DE LA PAUVRETE SUR LA PERIODE 1993-2015 28
GRAPHIQUE 7: EVOLUTION ET TENDANCES DE LA PROPORTION DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS PRESENTANT UNE INSUFFISANCE PONDERALE SUR LA PERIODE 1992-2015 34
GRAPHIQUE 8: PROPORTION DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS PRESENTANT UNE INSUFFISANCE PONDERALE SELON LA REGION EN 2006 ET 2012. 35
GRAPHIQUE 9: EVOLUTION DU TNS DE 1992 A 2015 (%) 40
GRAPHIQUE 10: EVOLUTION DU RAPPORT DES TNS DES FILLES ET GARÇONS ENTRE 2000 ET 2015 (%) 40
GRAPHIQUE 11: REPARTITION DU TNS PAR REGION DE 2007 A 2012 (%) 41
GRAPHIQUE 12: EVOLUTION DU TAUX D'ACHEVEMENT DU CYCLE PRIMAIRE DE 2000 A 2015 (%)..... 42
GRAPHIQUE 13: EVOLUTION DU RAPPORT DES TAUX D'ACHEVEMENT DU CYCLE PRIMAIRE DES FILLES ET GARÇONS ENTRE 2000 ET 2015 (%)..... 42
GRAPHIQUE 14: REPARTITION DU TAUX D'ACHEVEMENT DU CYCLE PRIMAIRE PAR REGION EN 2007 ET 2015 (%)..... 43
GRAPHIQUE 15: REPARTITION DU TAUX D'ALPHABETISATION DES 15-24 ANS SELON LE SEXE EN 2006 ET 2012 (%)..... 44
GRAPHIQUE 16: EVOLUTION ET TENDANCES DU RAPPORT FILLES SUR GARÇONS AU PRIMAIRE SUR LA PERIODE 1998-2015 (%) 48
GRAPHIQUE 17: REPARTITION DU RAPPORT FILLES/GARÇONS AU PRIMAIRE PAR REGION EN 1997-1998 ET 2010-2011 (%) 48
GRAPHIQUE 18: EVOLUTION ET TENDANCES DU RAPPORT FILLES SUR GARÇONS AU SECONDAIRE SUR LA PERIODE 1997-2015 (%) .. 49
GRAPHIQUE 19: REPARTITION DU RAPPORT FILLES/GARÇONS AU SECONDAIRE PAR REGION EN 2005-2006 ET 2011-2012 49
GRAPHIQUE 20: EVOLUTION ET TENDANCES DU RAPPORT FILLES/GARÇONS DANS L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR DE 2005 A2015 (%) 50
GRAPHIQUE 21: EVOLUTION ET TENDANCE DE LA PROPORTION DES SIEGES OCCUPES PAR LES FEMMES AU PARLEMENT NATIONAL DE 1990 A 2015 50
GRAPHIQUE 22: EVOLUTION ET TENDANCES DE LA PROPORTION DES FEMMES SALARIEES DANS LE SECTEUR NON-AGRICOLE DE 2004 A 2015..... 51
GRAPHIQUE 23: EVOLUTION ET TENDANCE DU TAUX DE MORTALITE INFANTO-JUVENILE DE 1992 A 2015(EN POUR MILLE) 54
GRAPHIQUE 24: EVOLUTION ET TENDANCE DU TAUX DE MORTALITE INFANTILE DE 1992 A 2015(POUR MILLE) 54
GRAPHIQUE 25: REPARTITION DU TAUX DE MORTALITE INFANTILE PAR REGION ET PAR MILIEUX EN 2006 ET 2012 (POUR MILLE).... 55
GRAPHIQUE 26: TAUX DE MORTALITE INFANTO-JUVENILE PAR REGION ET PAR MILIEUX (POUR MILLE) 56
GRAPHIQUE 27: REPARTITION DE LA MORTALITE INFANTILE SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA MERE EN 2006 ET 2012 (POUR MILLE)..... 57
GRAPHIQUE 28: REPARTITION DU TAUX DE MORTALITE JUVENILE SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA MERE EN 2006 ET 2012 (POUR MILLE) 57
GRAPHIQUE 30: REPARTITION DU TAUX DE MORTALITE INFANTO-JUVENILE SELON LE EN 2006 ET 2012 58
GRAPHIQUE 29: REPARTITION DU TAUX DE MORTALITE INFANTILE EN 2006 ET 2012 (%)..... 58
GRAPHIQUE 31: PROPORTION DES ENFANTS D'UN AN VACCINES CONTRE LA ROUGEOLE(EN %)..... 59
GRAPHIQUE 32: EVOLUTION ET TENDANCES DU TAUX DE MORTALITE MATERNELLE SUR LA PERIODE 1990-2015 (%) 62
GRAPHIQUE 33: EVOLUTION ET TENDANCE DE LA PROPORTION DES ACCOUCHEMENTS ASSISTES PAR DU PERSONNEL DE SANTE QUALIFIE DE 1990-2015 (%) 63
GRAPHIQUE 34: REPARTITION DE LA PROPORTION DES ACCOUCHEMENTS ASSISTES PAR DU PERSONNEL DE SANTE QUALIFIE PAR REGION ET PAR MILIEU DE RESIDENCE DE 2006 A 2012 (%) 63
GRAPHIQUE 35: EVOLUTION ET TENDANCE DU TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE DE 1990 A 2015(%) 66
GRAPHIQUE 36: REPARTITION DU TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE EN 2006 ET 2012 PAR REGION ET PAR MILIEU DE RESIDENCE (%) 67
GRAPHIQUE 37: EVOLUTION ET TENDANCE DU TAUX DE FECONDITE DES ADOLESCENTES DE 1992 A 2015 67

GRAPHIQUE 38: REPARTITION DU TAUX DE FECONDITE DES ADOLESCENTES PAR REGIONS ET PAR MILIEU DE RESIDENCE EN 2006 ET 2012 (%) 68
GRAPHIQUE 39: EVOLUTION DE LA COUVERTURE DES SOINS PRENATALS DE 1992 A 2015 (%) 69
GRAPHIQUE 40: REPARTITION DE LA COUVERTURE DES SOINS PRENATALS PAR REGIONS ET PAR MILIEU DE RESIDENCE EN 2006 ET 2012 (%) 69
GRAPHIQUE 41: EVOLUTION ET TENDANCE DES BESOINS NON SATISFAITS EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE 70
GRAPHIQUE 42: REPARTITION DES BESOINS NON SATISFAITS EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE PAR REGION ET PAR MILIEU DE RESIDENCE (%) 71
GRAPHIQUE 43: EVOLUTION DE LA SEROPREVALENCE AU NIVEAU NATIONAL (%) 74
GRAPHIQUE 44: SEROPREVALENCE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE (%) 76
GRAPHIQUE 45: ESTIMATION DE L'EVOLUTION DE LA PREVALENCE (15-49 ANS) AU NIGER (%) 76
GRAPHIQUE 46: PROPORTION DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DORMANT SOUS MOUSTIQUAIRES IMPREGNEE (%) 82
GRAPHIQUE 47: POURCENTAGE D'ENFANTS DE MOINS DE MOINS DE 5 ANS AYANT LA FIEVRE ET TRAITES AVEC DES MEDICAMENTS ANTI MALARIA APPROPRIES 82
GRAPHIQUE 48: EVOLUTION (%) ET TENDANCE DE LA PROPORTION DES ZONES FORESTIERES DU NIGER SUR LA PERIODE 1990-2015 85
GRAPHIQUE 49: EVOLUTION DES SUPERFICIES ARABLES PAR PERSONNE AU NIGER SUR LA PERIODE 1961-2015 86
GRAPHIQUE 50: EVOLUTION ET TENDANCE DE LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES APPAUVRISSANT LA COUCHE D'OZONE AU NIGER SUR LA PERIODE 1990-2015 87
GRAPHIQUE 51: EVOLUTION DU TAUX DE COUVERTURE DES BESOINS EN EAU POTABLE 91
GRAPHIQUE 52: EVOLUTION ET TENDANCE DE LA PROPORTION DE NIGERIENS AYANT ACCES DE FAÇON DURABLE A UNE SOURCE D'EAU AMELIOREE SUR LA PERIODE 1992-2015 92
GRAPHIQUE 53: EVOLUTION ET TENDANCE DE LA PROPORTION DE NIGERIENS AYANT ACCES DE FAÇON DURABLE A UNE SOURCE D'EAU AMELIOREE SUR LA PERIODE 1992-2015 92
GRAPHIQUE 54: EVOLUTION ET TENDANCE DE LA PROPORTION DE NIGERIENS AYANT ACCES A UN SYSTEME D'ASSAINISSEMENT AMELIORE SUR LA PERIODE 1992-2015 93
GRAPHIQUE 55: EVOLUTION SELON LE MILIEU DE RESIDENCE DE LA PROPORTION DE NIGERIENS AYANT ACCES A UN SYSTEME D'ASSAINISSEMENT AMELIORE ENTRE 1992 ET 2008 93
GRAPHIQUE 56: EVOLUTION ET TENDANCE DE LA PROPORTION DE CITADINS NIGERIENS VIVANT DANS DES TAUDIS 97
GRAPHIQUE 57: EVOLUTION DU PIB NOMINAL, DE LA DETTE EXTERIEURE GLOBALE AINSI QUE DES EXPORTATIONS ENTRE 1990 ET 2013 99
GRAPHIQUE 58: EVOLUTION DES RATIOS DETTE EXTERIEURE SUR PIB ET SERVICE DE LA DETTE SUR EXPORTATIONS ENTRE 1990 ET 2013 100

RESUME

Le 8 septembre 2000, les dirigeants de 189 pays dont le Niger, sous l'égide des Nations Unies, ont adopté une résolution appelée la «Déclaration du Millénaire». Par cet acte, ils ont engagé leurs pays à consentir des efforts plus importants en vue de réduire la pauvreté, d'améliorer la santé et de promouvoir la paix, les droits de l'homme et un environnement durable. A partir de cette Déclaration, huit (8) objectifs, appelés Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), ont été définis au niveau mondial.
Ces objectifs ont en outre été structurés autour de 18 cibles mesurables par 48 indicateurs.
A partir de Janvier 2008 la liste des indicateurs se décline en huit objectifs, 21 cibles et 60 indicateurs, assortis d'un horizon de réalisation (2015).

Depuis l'adoption en 2002 de la Stratégie Nationale de la Réduction de la Pauvreté (SRP), le suivi des progrès vers l'atteinte des OMD au niveau national a conduit le Niger à produire cinq (5) rapports nationaux en 2003, 2007, 2009, 2010 et 2012.

Tout comme les rapports antérieurs, le présent a été élaboré sous la coordination de l'Institut National de la Statistique à travers l'Observatoire National de la Pauvreté et du développement humain durable (ONAPAD) avec l'appui du PNUD.

Les données ayant servi à la mise à jour des indicateurs relatifs au suivi des progrès vers l'atteinte des OMD proviennent dans la majorité des cas des rapports publiés et des bases de données de l'INS et de l'administration sectorielle.

Les données exploitées au niveau de l'INS sont essentiellement issues des principales bases de données obtenues à travers des enquêtes d'envergure nationale, à savoir : Pour l'année de référence (i) L'enquête Nationale Budget Consommation auprès des ménages (ENBC II réalisée en 1993) ; (ii) l'Enquête Démographique et de Santé (EDSN I en 1992). Pour les valeurs récentes on note : (i) Le Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien-être (QUIBB 2005), (iii) l'enquête démographique et de santé à indicateurs multiples (EDSN III réalisée en 2006), (iv) l'Enquête Nationale Budget Consommation (ENBC III en 2007/2008), (v) l'Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages et l'Agriculture (ECVM/A 2011), (vi) l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN IV, 2012).

Les annuaires statistiques élaborés par l'INS (compte économique de la Nation) et par certains ministères tels que le MEN/, le M/F ont été aussi exploités. De même, les annuaires du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) ont permis de compléter et d'affiner les analyses relatives à l'OMD5.

En résumé, la situation la plus récente des OMD est la suivante :

OMD 1 : La perspective de réaliser cet objectif reste incertaine malgré une réduction de 0,82 point de pourcentage observée entre 1993 et 2011. Même si par ailleurs l'on s'en tient à la tendance observée entre 2008 et 2011 (une réduction de 3,77 point de pourcentage par an), l'indicateur se situerait à un taux de pauvreté d'environ 33% contre une cible de 31,5%. Les principaux indicateurs de pauvreté ont connu un repli selon le milieu de résidence, avec une réduction de 1,85 point de pourcentage par an en milieu rural et de 4,4 points en milieu urbain entre 2005 et 2011. Les ressources à transférer à un individu pour le faire sortir de la pauvreté sont aussi en baisse par rapport à 2008 (de 6,5 points de pourcentage).

OMD 2 : Dans le secteur de l'éducation, les efforts que le gouvernement ne cesse de consentir depuis quelques années pour rendre l'éducation primaire universelle continuent de porter leurs fruits, à en juger par le taux net global de scolarisation au primaire qui gagne presque 3 points par an, entre 1992 et 2012 passant de 18,2 % à 70%. Toutefois et sur la base de cette tendance, l'objectif de 100% visé en 2015 ne serait pas atteint. Le taux d'achèvement dans le primaire, qui se situait à 15% en 1989/1990 est aussi en nette progression, ressortant à 44 % lors de l'année scolaire 2011/2012. L'alphabétisation des 15-49 ans a connu une légère amélioration entre 2005 et 2012 avec respectivement 28,7% et 33,3% de personnes qui savent lire, écrire, et comprendre un texte simple dans une langue quelconque.

OMD 3 : Les disparités entre les sexes se sont sensiblement réduites en ce qui concerne la scolarisation dans le primaire. Le rythme des progrès reste globalement positif avec une augmentation de 1,3 point en pourcentage entre 1998 et 2012, correspondant à 85 filles pour 100 garçons d'ici 2015 si la tendance observée se maintient. Dans l'enseignement secondaire tout comme au supérieur ces disparités n'ont pas connu une évolution conséquente avec des augmentations respectives de (0, 53 point) et d'un (1) point de pourcentage entre 1998 et 2012 pour le secondaire et entre 2005 et 2012 pour le supérieur. La représentativité des femmes au parlement et au gouvernement (même si elles sont encore très peu représentées), a aussi évolué positivement. De 1,2 % en 1999, elle est passée à 13, 2% en 2012 pour la

participation à la représentation Nationale ; et de 17,8% en 1994 à 23% en 2005 pour atteindre en 2013, 28% pour leur participation au gouvernement.

OMD 4 : Les efforts consentis par l'état et ses partenaires ont porté leurs fruits. Aussi, l'objectif de réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans sera-t-il probablement atteint par le Niger. En effet, il ressort de l'enquête EDSN que ce taux est passé de 318‰ en 1992 à 127‰ en 2012, pour un objectif national de 106‰ à l'horizon 2015. Si la tendance observée sur la période se maintient, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans se situerait à environ 98‰ en 2015.

OMD 5 : Le taux de mortalité maternelle au Niger a faiblement reculé depuis 1992 malgré une nette amélioration de la fréquentation des formations sanitaires par les femmes au cours de la grossesse qui est passée de 30% en 1992 à 83% en 2012. En effet de 652 décès pour cent mille (100.000) naissances vivantes en 1992, le TMM[1] est passé à 648 décès pour cent mille (100.000) naissances vivantes en 2006, avant de se situer à 535 décès pour cent mille (100.000) en 2012. Sur cette base, l'objectif de 175 décès pour cent mille naissances vivantes semble hors de portée à l'horizon 2015. Cette évolution très lente pourrait s'expliquer par l'insuffisance de l'assistance à l'accouchement par du personnel sanitaire qualifié (qui est passé de 15% en 1990 à 29% en 2012).

OMD 6 : La lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme a porté des résultats positifs. Même si elle est restée plus élevée en milieu urbain (0,8%) qu'en milieu rural (0,2%), dans l'ensemble, la séroprévalence a sensiblement diminué en passant de 0,7% en 2006 à 0,4% en 2012 selon l'EDSN III et IV. Il en est de même pour la létalité due au paludisme qui est passée de 0,18% à 0,1% entre 2006 et 2012. Ce fléchissement du taux de décès dus au paludisme est en partie imputable à une amélioration de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides qui est passé de 43% à 83% entre 2006 et 2012. Il y a également une amélioration de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA (nombre de personnes à un stade avancé de l'infection au VIH recevant une association d'antirétroviraux (ARV) qui est passé de 1261 en 2006 à 11182 personnes en 2012. Cela est de nature à avoir un effet positif sur la lutte contre la tuberculose.

OMD 7 : La conservation des ressources environnementales demeure un défi. En effet, la part des zones forestières par rapport au territoire national a sensiblement diminuée entre 1990 et

[1]Taux de Mortalité Maternelle

2010 en passant de 8,3% à 5,1%. En revanche, les émissions de CO2 ont légèrement diminué de 0,5t/hbts entre 1990 et 2000, à la faveur d'une consommation moindre de substances appauvrissant la couche d'ozone (38 t en 2009 contre 61 t en 1997). La proportion de la population ayant accès à une eau potable s'est beaucoup améliorée en passant de 15% en 1992 à 50,1% en 2008 et atteindre 66,5% en 2012. Par ailleurs, plus de sept (7) citadins sur dix (10) vivent dans des logements modernes au Niger. Cette tendance laisse entrevoir une probabilité d'atteindre cet objectif à condition de maintenir les efforts actuels du gouvernement

OMD 8 : L'atteinte du point d'achèvement en 2004 a permis de réduire considérablement la dette extérieure. En effet le ratio de la dette publique totale sur les exportations se situe à 102% en 2013. Ce niveau est relativement bas par rapport à celui de 2007 qui serait de 153%. Le défi aujourd'hui est de maintenir cette dette à un niveau beaucoup plus soutenable compte tenu de l'ampleur et de multiplicités des attentes des populations nigériennes.

La téléphonie mobile devient de plus en plus accessible au Niger avec une amélioration du taux de pénétration du portable qui passe de 13,27% en 2008 à 19,19 en 2009 et atteindre 24,24% en fin 2010. L'accès au NTIC est particulièrement élevé dans les villes de Niamey (57,8%) et Agadez (54,1%) consacrant de plus en plus l'ouverture du Niger à l'économie mondiale.

INTRODUCTION

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), sont issus du Programme d'Actions établi suite à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire en 1994. Le Programme d'Actions de la CIPD 1994 et les OMD conçoivent le développement dans un cadre plus large se rapportant aux droits fondamentaux des personnes à des conditions de vie décentes, à être à l'abri de la pauvreté et de la faim, à l'éducation, l'égalité entre les sexes, la santé, à un environnement durable. Les huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) sont adoptés par les 189 états membres des Nations Unies dont le Niger, à l'issue du sommet du Millénaire tenu du 6 au 8 septembre 2000 au Siège des Nations Unies à New York. Ils ont galvanisé des efforts sans précédent pour répondre aux besoins des plus pauvres dans le monde. Ces objectifs sont définis comme suit :

- OMD1 : réduire l'extrême pauvreté et la faim ;
- OMD2 : assurer l'éducation primaire pour tous ;
- OMD3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ;
- OMD4 : réduire la mortalité infantile ;
- OMD5 : améliorer la santé maternelle ;
- OMD6 : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies ;
- OMD7 : assurer un environnement durable ;
- OMD8 : mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Ces objectifs ont été initialement déclinés en 18 cibles mesurées à travers 48 indicateurs. Les signataires de cette déclaration, ont pris l'engagement d'atteindre ces objectifs à l'horizon 2015 en prenant pour référence l'année 1990. Les objectifs, cibles et indicateurs issus de la déclaration du Millénaire ont été utilisés jusqu'en 2007 pour mesurer les progrès accomplis vers l'atteinte des OMD.

En 2007 l'Assemblée Générale sur la base du rapport du Secrétaire Général des Nations Unies et sur recommandation du Groupe inter-institutions et d'experts a établi les indicateurs permettant d'évaluer les progrès réalisés vers les nouvelles cibles. Ces cibles ont été augmentées suite au Sommet Mondial de 2005 et approuvé en 2006 par le Secrétariat Général des Nations Unies.

La liste officielle effective à partir de Janvier 2008 se décline en huit objectifs, 21 cibles et 60 indicateurs. En adoptant cette déclaration, le Niger à l'instar des autres nations signataires, s'est engagé à mettre en œuvre en collaboration avec le Système des Nations Unies, des politiques de développement qui s'appuient sur ces objectifs, à travers notamment l'élaboration de son Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) en 2002, et de sa révision en2007, en Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP) 2008-2012, et de l'élaboration du Plan de Développement Economique et Social 2012-2015 (PDES) alignée sur les OMD. En vue de mesurer les progrès réalisés vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Niger a déjà produit cinq (5) rapports nationaux respectivement en 2003, 2007, 2009, 2010 et 2012 ; et un (1) rapport régional en 2009 pour la région de Maradi. Le Rapport National sur les OMD (RNOMD) constitue un outil de plaidoyer pour éveiller les consciences, développer les partenariats, suivre et évaluer les progrès réalisés, s'assurer de l'engagement gouvernemental et de la société dans son ensemble en faveur de l'atteinte des OMD au niveau national, continental et mondial.

Le rapport national sur les OMD fait l'état des progrès réalisés et permet au pays de mieux affronter les contraintes structurelles et conjoncturelles qui entravent le développement en relevant des défis extrêmement importants pour l'atteinte de ces objectifs. De même, il favorise la mise en place d'un cadre de concertation entre le Gouvernement, la Société civile, le Secteur privé et les Partenaires au développement. Dans cette perspective, les partenaires au développement, notamment le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), sont résolument engagés à soutenir les efforts du Gouvernement en vue de la mise en œuvre d'actions adéquates pour la réalisation des OMD.

Le présent rapport, après avoir décrit le contexte national de développement passe en revue le niveau et la tendance des principaux indicateurs, relève les défis, identifie les priorités de l'aide au développement en relation avec les politiques de développement.

METHODOLOGIE

Le processus de l'élaboration du rapport national d'évaluation des progrès accomplis par le Niger vers l'atteinte des OMD s'articule autour des points suivants :

- L'étape préliminaire consiste à élaborer des termes de référence prenant en compte la réalisation et la diffusion du rapport. Ce document fait ressortir le contexte dans lequel intervient l'évaluation, les objectifs à la fois globaux et spécifiques, les résultats attendus, les activités à mettre en œuvre, les stratégies de mise en œuvre du projet d'évaluation et les coûts de l'évaluation ;
- La seconde étape consiste à la tenue d'une réunion de lancement de l'évaluation suivie de la validation des documents techniques élaborés ;
- La troisième étape concerne la recherche documentaire ainsi que la collecte de données à travers les données quantitatives et qualitatives issues des enquêtes nationales et des statistiques de routine de l'administration. Notons que cette étape est décisive car elle nous permet d'enrichir le rapport avec des données fraîches et cohérentes ;

  Il est à noter que l'analyse s'étend de 1990, qui est l'année de référence ou à défaut l'année la plus proche de 1990, à 2015 qui est l'année butoir pour l'atteinte des OMD. Dans la majorité des cas, les soixante (60) indicateurs pour l'année de référence sont tirés des données des Enquêtes sur le Budget et la Consommation des ménages de 1993 et les données des Enquêtes Démographiques et de Santé à indicateurs multiples de 1992. Quant aux valeurs pour l'année récente, elles sont principalement tirées de l'Enquête sur les conditions de vie des ménages et l'agriculture ECVM/A 2011, de l'Enquêtes Démographiques et de Santé et à indicateurs multiples EDSN 2012 et des Enquêtes survie mortalité et Nutrition des Enfants les plus récentes.

  D'autres sources sont également utilisées pour renseigner ces indicateurs, notamment les comptes économiques nationaux, les annuaires des statistiques sanitaires du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) ou les rapports annuels d'activités des ministères sectoriels.
- La cinquième étape consiste à faire une analyse tendancielle du niveau de réalisation des différentes cibles à partir des données collectées. Les 8 objectifs sont analysés cible par cible dans la mesure de la disponibilité des données selon :

i) La Situation et la tendance des indicateurs associés à la cible de l'objectif : cette partie permet de visionner l'évolution des indicateurs au fil des années à travers une analyse descriptive des données collectées (en utilisant les données les plus actuelles possibles). Ainsi, l'on pourra se prononcer sur l'évolution des indicateurs liés à la cible et l'atteinte de l'objectif à la date butoir ;

ii) Les Contraintes et défis : plusieurs problèmes entravent l'atteinte de l'objectif. Il s'agit ici d'identifier les principales contraintes et de fixer les défis à relever dans le cadre de la réalisation de la cible de l'objectif ;

iii) Les Actions menées : dans cette partie on énumère toutes les actions qui sont à la base des améliorations observées au niveau de la cible. Ces actions ont été menées tantôt par le gouvernement, tantôt par certains organismes non gouvernementaux ou conjointement ;

iv) Une Conclusion partielle faisant le bilan et les perspectives d'atteinte de cette cible en 2015.

- La sixième étape consiste à rédiger le rapport provisoire et à organiser un atelier de partage, d'enrichissement et de validation dudit rapport.
- La septième et dernière étape consistera en l'élaboration du rapport final de l'évaluation intégrant les observations et amendements des différents acteurs ayant participé à l'atelier national de validation.

CONTEXTE DE DEVELOPPEMENT DU PAYS

Situation géographique

Situé en Afrique Occidentale entre les parallèles 11 °37 et 23 °33 de latitude Nord d'une part, et les méridiens 16 ° de longitude Est et 0 °10 de longitude ouest d'autre part, le Niger s'étend sur 1 267 000 km2. C'est un Pays aride et continental se trouvant à 700 km au nord du Golfe de Guinée, à 1 900 km à l'est de la côte Atlantique et à 1 200 km au sud de la Méditerranée. Le relief nigérien est peu contrasté. Au Nord-est, les hauts plateaux (800 à 1000 m d'altitude) sont bordés d'escarpements qui en rendent l'accès difficile. A l'ouest et au sud se trouvent de bas plateaux (200 à 500 m d'altitude), tandis qu'au Nord du 17eme parallèle s'étend le massif de l'Aïr bordé à l'ouest et au sud par une dépression périphérique. Le climat au Niger varie du saharien, moitié nord du pays, au soudano-sahélien au sud. Il est caractérisé par trois saisons : chaude (de mars à mai), pluvieuse (de juin à septembre) et froide (d'octobre à février). Les températures les plus basses sont enregistrées de décembre à février où elles peuvent descendre jusqu'à 10°, alors que les plus élevées, observées entre mars et avril, dépassent parfois 40°. Les pluies sont extrêmement irrégulières, au niveau tant temporel que spatial. Cependant, trois principales zones climatiques à rythmes et volumes de précipitations variables se distinguent sur le territoire national : la zone soudanaise au sud qui est la partie la plus arrosée, caractérisée par des hauteurs moyennes de pluie de 300 à 650 mm par an ; la zone sahélienne au centre recevant des précipitations moyennes de 200 à 300 mm par an ; la grande zone saharienne au Nord couvrant presque les 3/5 du pays. Par ailleurs, le Niger ne possède qu'un seul cours d'eau permanent, le fleuve Niger, qui traverse le pays sur une longueur d'environ 500 km dans sa partie Ouest. On trouve aussi quelques lacs permanents dont le principal, le lac Tchad, est situé à la pointe sud-est du pays ; la komadougou yobé et plusieurs rivières semi-permanentes dont les affluents de la rive droite.

Situation socio-démographique

Le Niger, avec un taux d'accroissement annuel moyen intercensitaire de sa population de 3,9% en 2012, présente un taux de progression démographique élevé à l'image d'autres pays d'Afrique subsaharienne. En effet, au cours des deux (02) dernières décennies, le taux d'accroissement intercensitaire annuel moyen de la population du Niger est passé de 3,1% au cours de la période 1988-2001 à 3,9% en 2001-2012. A ce rythme, la population nigérienne doublera tous les 18 ans. Ainsi, en 2030, la population du Niger serait de 34.123.841 d'habitants. La densité de la population passerait de 8,5 habitants au km^2 en 2001 et 13,5 habitants au km^2 en 2012, à 26,9 habitants au km^2 en 2030. Cette évolution pose le défi de la satisfaction des besoins croissants en éducation, en santé, en emploi, en protection sociale et sécuritaire, en infrastructures, en sécurité alimentaire, et en amélioration de l'environnement. Le niveau actuel du taux d'accroissement intercensitaire annuel moyen de la population du Niger peut s'expliquer, en grande partie, par la baisse très importante de la mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans, de près de 40% en dix (10) ans, par la baisse sensible de la mortalité maternelle et de la mortalité globale en général. Ces progrès sont dus à une amélioration sensible des conditions de vie de la population nigérienne, en particulier grâce à

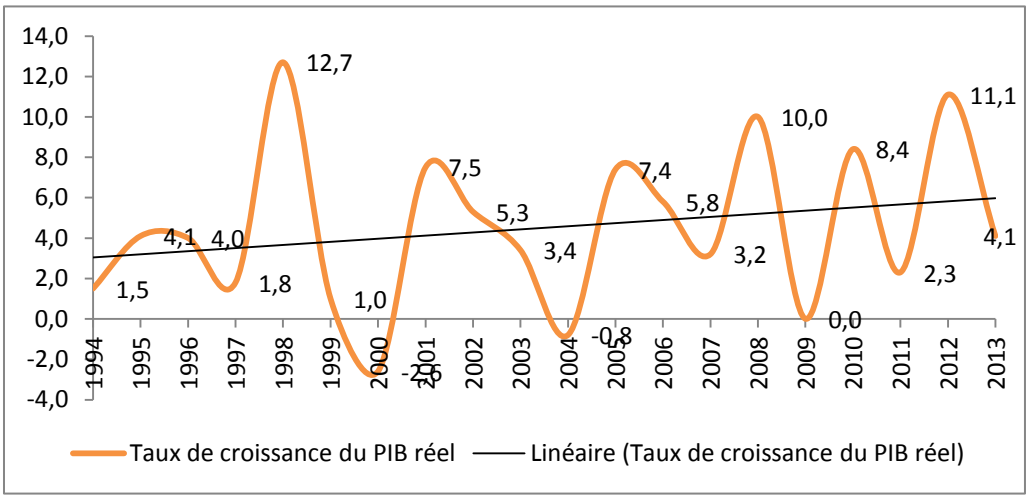
une meilleure accessibilité géographique des structures sanitaires, à une meilleure prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, à l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement des populations.

Situation économique et financière

Production et croissance

Comme beaucoup d'autres pays africains, l'économie du Niger est essentiellement tirée par la production agricole. Malheureusement, celle-ci est exposée aux chocs exogènes tels que les sécheresses, les inondations et les invasions acridiennes. Cela se traduit par une évolution en dents de scie de la production agricole qui n'arrive pas à insuffler un dynamisme de long terme à la croissance économique.

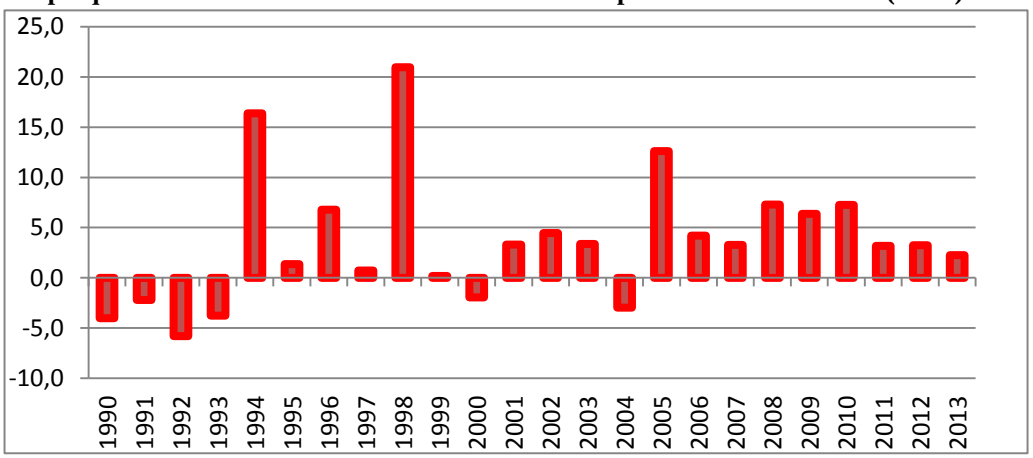
Graphique 1: Evolution du taux de croissance du PIB réel de 1994 à 2013 (en %)



Source : Institut National de Statistique (INS), Niger

Ainsi, en 2013, la croissance économique a connu une décélération en se situant à 4,1% contre 11,1% en 2012, en rapport notamment avec la baisse de la production agricole.

Graphique 2: Evolution de l'accroissement du revenu par tête de 1990 à 2013 (en %)



Source : Institut National de Statistique (INS), Niger

L'évolution du revenu indique globalement une croissance aux amplitudes variables selon les années et ce, surtout à partir de 1994 et après près de quatre (04) années de contraction sur la période considérée. Ces dernières années, le Gouvernement, conscient de cet état des faits, a apporté un certain nombre de réponses en élaborant et en mettant en œuvre des politiques et programmes de développement, dont le plus important est le Plan de Développement Economique et Social (PDES) 2012-2015, intégrant l'Initiative 3N « les Nigériens Nourrissent les Nigériens », afin de contribuer à une sécurisation alimentaire durable des populations.

Du côté de l'offre, la croissance économique est marquée par une baisse de la production des secteurs primaire et secondaire.

Le **secteur primaire**, constitué de l'agriculture, de l'élevage, de la pêche et de l'exploitation des produits forestiers, occupe encore une place prépondérante dans l'activité économique et ses performances ont une forte incidence sur la croissance économique caractérisée par une forte dépendance des conditions climatiques. En 2013, il a connu une croissance nulle en se situant à 41,7% du PIB contre une hausse de 13,2% en 2012. Cette évolution est essentiellement imputable à la baisse de 2,0% de la production agricole en 2013, après une hausse de 19,5% en 2012.

Représentant 15,5% du PIB, le **secteur secondaire** enregistre une hausse de 7,3% en 2013 après 42,3% en 2012. Cette évolution s'explique par la baisse de la production minière due à l'arrêt des activités de la SOMAIR durant deux mois environ, suite à l'endommagement des installations techniques de cette société. Elle s'explique également par la baisse du rythme de production pétrolière après le niveau atteint en 2012.

Avec 36,2% du PIB, le **secteur tertiaire** enregistre une croissance réelle de 6,7% en 2013 contre 5,0% en 2012. Cette évolution est imputable à la bonne tenue des activités de services publics, de commerce et de télécommunications.

Tableau 1: Secteurs d'activité économique : poids et croissance en %

	2009	2010	2011	2012	2013
Importance par rapport au PIB (%)					
Secteur primaire	42,0	44,9	42,0	43,3	41,7
Secteur secondaire	11,4	11,4	11,8	15,0	15,5
Secteur tertiaire	38,7	36,2	37,3	35,4	36,2
Accroissement des secteurs (%)					
Secteur primaire	-9,5	15,8	-3,0	13,2	0,0
Secteur secondaire	11,6	8,3	5,3	42,3	7,3
Secteur tertiaire	5,5	1,3	5,6	5,0	6,7

Source : INS, comptes rapides 2013

En termes de demande, la structure de l'économie nigérienne est dominée par les dépenses de la consommation finale des ménages qui représente 70,9% du PIB, soit une hausse de 3,9% du PIB en 2013.

Finances publiques

Au niveau des finances publiques, la situation est caractérisée par une détérioration des soldes budgétaires, en dépit d'une tendance à l'amélioration de la mobilisation des recettes fiscales, comparativement aux dépenses publiques qui connaissent une forte évolution.

Ainsi, le taux de pression fiscale qui était de 13,5% en 2009 est passé à 15,8% en 2013. Ce niveau est en deçà de la nouvelle norme communautaire de 20,0% au sein de l'UEMOA. Le poids du secteur informel très peu fiscalisé, la fraude fiscale, le niveau élevé des exonérations, les retards et la lenteur dans la mise en œuvre des réformes, notamment au niveau des régies financières sont autant de facteurs qui justifient la faible mobilisation des recettes fiscales.

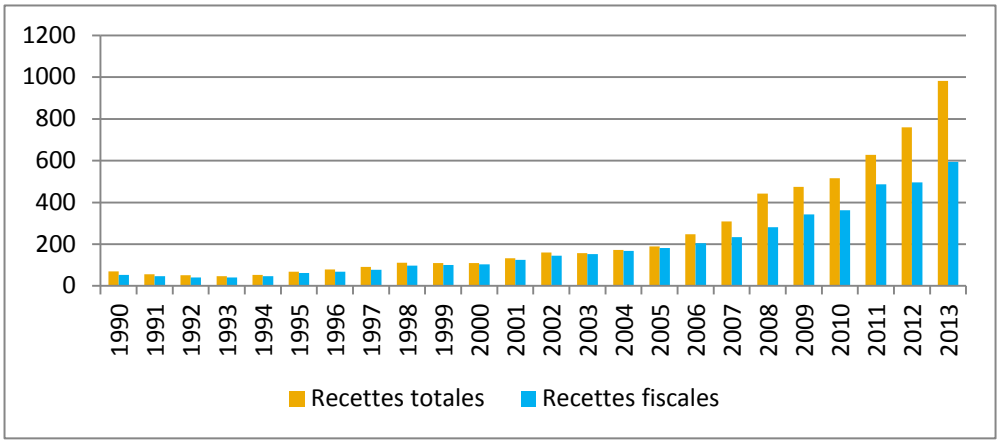
Tableau 2 : Taux de pression fiscale dans l'espace UEMOA de 2009 à 2013 en %

Recettes fiscales en % du PIB nominal						**Normes UEMOA**
	2009	2010	2011	2012	2013	
Bénin	16.1	16.2	15.5	15.5	16,3	> ou = 20,0%
Burkina Faso	12.5	12.7	13,7	15,0	15,7	> ou = 20,0%
Côte d'Ivoire	16.5	15,6.0	12,5	16,0	15,6	> ou = 20,0%
Guinée Bissau	6.8	7.9	7.7	7,1	6,2	> ou = 20,0%
Mali	14.7	14.6	14.5	14.3	14,9	> ou = 20,0%
Niger	**13.5**	**12.9**	**16.1**	**14.3**	**15,8**	**> ou = 20,0%**
Sénégal	18.0	18.8	18.9	18,9	18,4	> ou = 20,0%
Togo	15.3	15.7	16.4	16.5	19,5	> ou = 20,0%
UEMOA	**15.6**	**15.4**	**14,8**	**15,9**	**16,1**	**> ou = 20,0%**

Source : Rapport semestriel d'exécution de la surveillance multilatérale, novembre 2014

Le taux de pression fiscale du Niger est de 15,8% en 2013. Il est inférieur à la norme retenue par les critères de convergence pour la zone UEMOA. Cette même situation s'observe au Bénin (15,9%), au Mali (15,2%) et en Guinée Bissau (10,3%). Il est important de rappeler que la politique fiscale constitue l'un des instruments par lesquels l'action publique peut avoir un impact positif sur la réduction de la pauvreté. Cet impact peut se traduire à la fois sur la croissance économique et sur la redistribution des revenus. En d'autres termes, il est important de manier avec précaution cet outil, à la fois afin de favoriser l'éclosion d'un secteur formel et moderne, ainsi que l'extension de l'assiette fiscale de l'Etat.

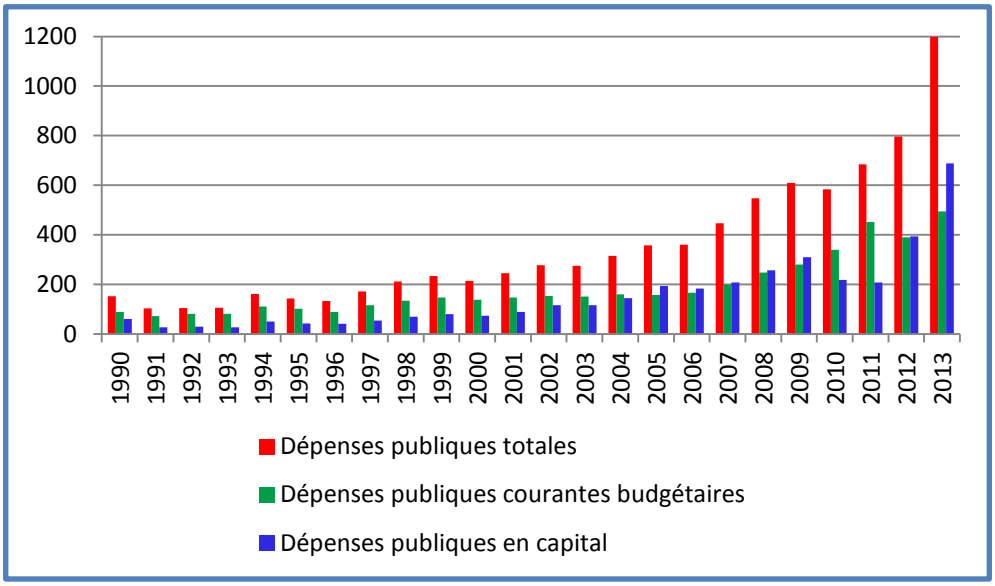
Graphique 3: Evolution des recettes publiques de 1990 à 2013 (en milliards de F CFA)



Source : Institut National de Statistique (INS), Niger

Parallèlement, les dépenses publiques ont connu une forte progression avec une hausse de 27,9% en 2013 pour représenter de 28,1% du PIB contre 23,9% du PIB en 2009. Cette évolution est essentiellement due à la hausse des dépenses en capital en rapport avec la volonté du Gouvernement consistant à investir massivement dans les infrastructures et les secteurs sociaux.

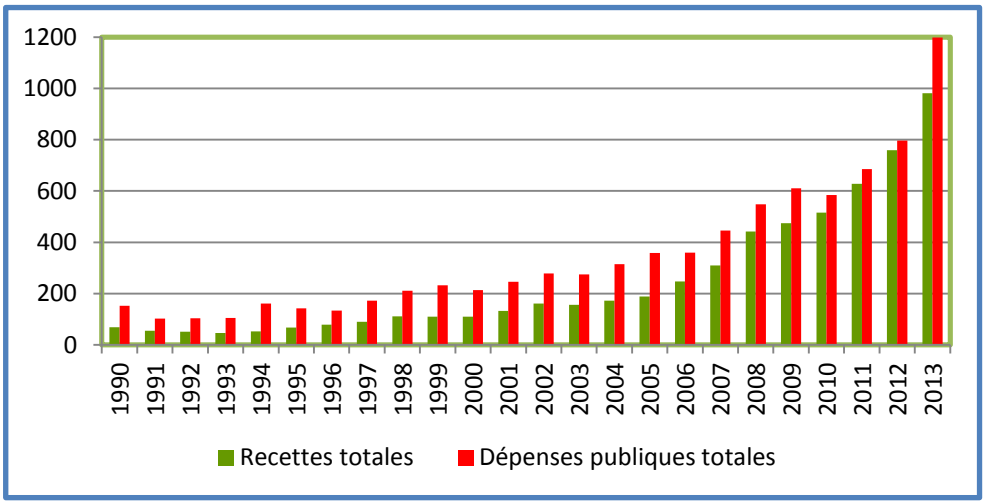
Graphique 4: Evolution des dépenses publiques de 1990 à 2013 (en milliards de F CFA)



Source : Institut National de Statistique (INS), Niger

Comme le fait apparaître le graphique n°4 ci-dessus, de 1990 à 2013 les dépenses publiques du Niger ont dépassé nettement les recettes totales.

Graphique 5: Evolution des recettes et des dépenses publiques de l'Etat de 1990 à 2013 (en milliards de F CFA)



Source : Institut National de Statistique (INS), Niger

Cette évolution conjuguée des recettes et des dépenses s'est traduite par un endettement de plus en plus important du pays, en dépit du bénéfice de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (IPPTE) et de celle relative à l'allègement de la dette multilatérale qui a entrainé une réduction sensible du service de la dette.

Ainsi, l'encours de la **dette publique totale** en pourcentage du PIB nominal s'est établi en 2013 à 24,6%[2], en dépit des annulations de dettes obtenues par le Pays en 2006. Il est important de signaler que, bien que l'endettement s'est accru à nouveau entre 2012 et 2013, passant de 20,2% à 24,6%, le critère de convergence a été largement respecté (70% du PIB). Toutefois, une meilleure analyse de la dette suppose une analyse approfondie de sa viabilité afin d'apprécier la capacité réelle du Pays à faire face aux échéances de remboursement.

Echanges avec le reste du monde

Les transactions économiques et financières avec le reste du monde se sont traduites, en 2013, par une réduction de l'excédent du solde global de la balance des paiements, expliquée principalement par l'aggravation du déficit des transactions courantes et une augmentation de l'excédent du compte de capital. Ainsi, le solde global de la balance des paiements est ressorti excédentaire de 102,4 milliards de FCFA en 2013 contre 167,6 milliards en 2012.

Monnaie

S'agissant de la situation monétaire en 2013, comparativement à décembre 2012, celle-ci se caractérise par une hausse de 102,4 milliards des avoirs extérieurs nets pour s'établir à 533,8 milliards. L'encours du crédit intérieur s'est inscrit en baisse de 21,5 milliards -4,7% pour

[2] Comptes économiques de la Nation, estimations 2013, INS

ressortir à 433,3 milliards à fin décembre 2013. La masse monétaire a enregistré une augmentation de 10,4% pour se situer à 885,8 milliards à fin décembre 2013 en rapport avec l'accroissement de 15,3% de la circulation fiduciaire et celui de 6,9% des dépôts en banque.

Contexte sociopolitique et culturel

Après 31 ans de pouvoir monopartite (le processus de démocratisation au Niger a commencé en 1992), plusieurs partis politiques, ont été créés et autorisés à exercer librement leurs activités sur le territoire nigérien. Ce processus a été interrompu par trois coups d'état en1996, 1999 et 2010 avec des conséquences négatives sur le rythme de développement économique. La crise politique intervenue à la fin du mandat présidentiel 2010 suscitée par l'avènement contesté de la 6ème République en août 2009 a mis en cause la stabilité du pays avec pour conséquence un arrêt brusque de l'ordre constitutionnel normal et une interruption momentanée des investissements extérieurs et de la coopération au développement. A la suite de la transition militaire instaurée peu après le coup d'état du 18 février 2010 et du référendum constitutionnel du 31 octobre 2010, le Niger s'est doté depuis le 25 novembre2010 d'une nouvelle constitution de type semi-présidentielle. Les scrutins du 31 janvier et du 12 mars 2011 mettant fin à la transition, facilitèrent ainsi le retour à un ordre constitutionnel qui consacre l'avènement de la 7ème république.

CHAPITRE 1 : REDUIRE L'EXTREME PAUVRETE ET LA FAIM

Cible 1: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté

Indicateurs:

1. Incidence de la pauvreté ;

2. Indice d'écart de la pauvreté (profondeur de la pauvreté);

3. Part du cinquième le plus pauvre de la population dans la consommation

1.1.1. Situation et tendances

La situation socio-économique du Niger est caractérisée par un taux de pauvreté encore élevé aussi bien en ville que dans les zones rurales.

Encadré 1: Indicateurs de la pauvreté

Les types d'indicateurs utilisés pour mesurer la pauvreté:

- **L'incidence de la pauvreté** mesure le pourcentage des individus ou des ménages dont la dépense de consommation se situe en dessous du seuil de pauvreté monétaire. Le seuil de pauvreté correspond à une dépense de consommation minimale annuelle pour un individu ou un ménage permettant sa survie quotidienne. Il convient de noter que l'incidence de la pauvreté subjective (perception de la pauvreté) est généralement plus élevée que l'incidence de la pauvreté objective.
- **La profondeur de la pauvreté** mesure l'écart moyen en pourcentage entre le niveau de bien-être des ménages pauvres avec le seuil de pauvreté. Elle permet notamment de calculer le niveau de dépenses nécessaires pour éliminer la pauvreté.
- **La sévérité de la pauvreté** mesure la moyenne des carrés des écarts entre la consommation des pauvres et le seuil de pauvreté. Elle permet de donner l'importance relative des plus pauvres dans un groupe donné.

Source : SDRP : 2008-2012

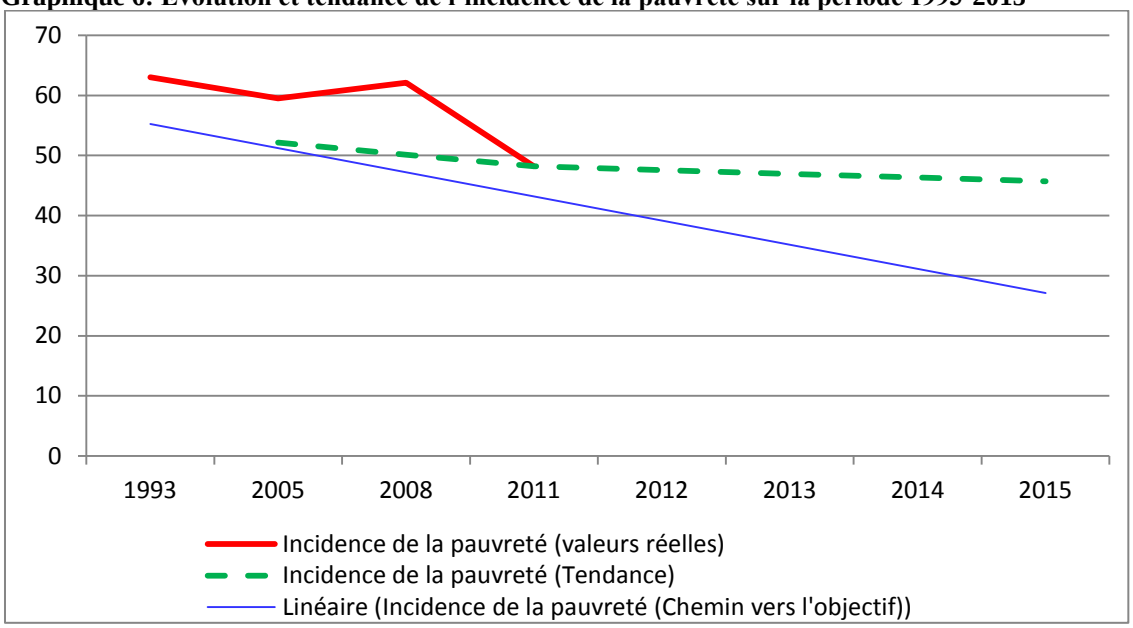
Après un premier léger recul entre 1993[3] et 2005[4], en passant de 63% à 62,1%, l'incidence de la pauvreté a connu une diminution plus appréciable entre 2005 et 2008 et surtout entre 2008 et 2011 en s'établissant à 62,1 % en 2005 contre 59,5 % en 2008[5], soit une diminution de 0,86 points de pourcentage par an ; et à 48,2% en 2011, soit une diminution de 3,77 points de

[3] Profil de pauvreté, ENBC1993, DSCN
[4] Profil de pauvreté, QUIBB 2005, INS
[5] Profil de pauvreté, ECVMA 2011, INS

pourcentages entre les deux périodes. Toutefois, malgré ce recul qui tient à des facteurs internes (dynamique agricole aléatoire, mode de production peu évolué…) et à la situation économique actuelle caractérisée par la mondialisation et le développement des échanges, les conditions de vie des populations nigériennes se sont dégradées et l'effet démographique fait que le nombre de personnes pauvres augmente et se situe à plus de 8 millions actuellement.

Le graphique ci-après confirme que le Niger reste donc largement à l'écart de la trajectoire du développement fixée par la déclaration du Millénaire pour atteindre l'objectif en 2015. Si les tendances globales observées sur la période 1993-2011 se maintiennent (une diminution de 0,8 points par an), l'incidence de la pauvreté se situerait en 2015 à un niveau toujours élevé, plus de 45% environ.

Graphique 6: Evolution et tendance de l'incidence de la pauvreté sur la période 1993-2015[6]



Sources : **ENBC**-1993, QUIBB-2005, ENBC-2008 et ECVMA 2011

La profondeur de la pauvreté a connu une aggravation entre 1993 et 2005 en passant de 21% à 24,1%. Par contre, entre 2005 et 2008, et entre 2008 et 2011, tout comme au niveau de l'incidence, on note une diminution de la profondeur de la pauvreté passant respectivement de 24,1% à 19,6%, soit une diminution de 4,5% et de 19,6% à 13,1%, soit une baisse de 6,5% sur la période. Ainsi, la profondeur de la pauvreté, qui reflète beaucoup plus l'évolution de l'inégalité au sein des pauvres tend à diminuer un peu plus que l'incidence de la pauvreté. Le recul de cet indicateur témoigne également qu'en moyenne, les ressources à transférer à un individu pauvre pour le faire sortir de la pauvreté sont en baisse sur la période 2005-2011.

Selon le milieu de résidence, on constate que la profondeur de la pauvreté a également reculé plus en milieu rural (- 4,7%) qu'en milieu urbain (- 4%) entre 2005 et 2008, tandis que entre 2008 et 2011, elle a plus reculé en milieu urbain (-7,7%) qu'en milieu rural (-6,2).Toutefois,

[6] Des méthodes différentes ont été utilisées pour le calcul des seuils de pauvreté chaque pour les trois enquêtes. Ainsi la comparaison de l'incidence de la pauvreté calculée et très délicate et n'est pas absolue.

les écarts entre les deux milieux de résidence sont moins élevés au niveau de la profondeur qu'au niveau de l'incidence de la pauvreté.

1.1.2. Contraintes et défis

Plusieurs facteurs font obstacles à une réduction significative de la pauvreté au Niger: il s'agit essentiellement de (i) la forte croissance démographique de la population, (ii) la faible performance de économie nationale du fait des faibles capacités nationales à mettre en œuvre des politiques économiques efficaces pour mettre en mettre en valeur les multiples avantages dont dispose le pays, (iii) la faible diversification et du caractère informel de l'économie, (iv) la faible productivité des facteurs de production, (v) la structure de la production dominée par une agriculture de subsistance qui occupe près de 80% de la population et qui est très peu encadrée par des politiques efficaces, (vi) l'absence de mécanismes adéquats pour la commercialisation et la transformation des produits agricoles et de l'élevage, (vii) la faiblesse des ressources allouées aux secteurs prioritaires (éducation, santé, eau et assainissement) , (viii) la faible contribution au revenu des ménages du secteur minier pourtant un potentiel de croissance pour le pays, (ix) l'inégalité dans l'offre de services sociaux de base (santé, éducation, accès aux infrastructures, à l'eau potable, etc.) entre milieu rural et milieu urbain, (x) des différentes crises alimentaires, (xi) des crises économiques internationales de ces dernières années qui réduisent les moyens financiers supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre des programmes de lutte contre la pauvreté, et (xii) les changements climatiques qui perturbent le cycle normal des saisons des pluies.

Ainsi, pour espérer une réduction significative de la pauvreté, plusieurs défis sont à relever, il s'agit : (i) d'une amélioration de la productivité et des rendements dans tous les secteurs ; (iii) d'un renforcement de la bonne gouvernance ; (iv) d'une stabilité politique et d'un renforcement des capacités de l'administration (v) d'une politique en matière de population en adéquation avec la richesse créée par l'économie; (vi) d'un élargissement de la classe moyenne et d'une réduction des inégalités, entre hommes et femmes, entre régions et entre le milieu rural et le milieu urbain ; (vii) d' investissements massifs dans les secteurs prioritaires de l'économie en vue de sa diversification ; (; (viii) des changements très profonds de la structure et des fondamentaux de l'économie nigérienne, notamment au niveau du secteur agricole et des mines ; (ix) d'une mise en œuvre effective des politiques publiques pro-pauvres, y compris l'accès aux services sociaux de base.

1.1.3. Actions menées

Malgré le niveau encore élevé de l'incidence de la pauvreté à tous les niveaux, il est important de noter que des progrès non négligeables ont été réalisés en matière de réduction du phénomène. Ces résultats ont été obtenus grâce aux différentes actions concertées menées par les services publics de l'Etat, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et ainsi que le secteur privé. De manière spécifique, il s'agit du vaste chantier de réformes économiques structurelles engagé par les autorités depuis les années 2000 en vue d'asseoir un cadre macroéconomique stable, susceptible de favoriser une croissance économique forte et durable. Avec l'appui des partenaires au développement, cette réforme a consisté à mettre en place en 2002, un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) dont l'axe principal « Développement du secteur productif » est essentiellement orienté vers le développement de l'agriculture et de l'élevage, de la gestion des ressources naturelles et de la lutte contre la désertification, du développement de productions connexes à l'agriculture, du développement des activités génératrices de revenus, de la promotion du secteur privé, des transports et des mines.

Par la suite, le Niger s'est doté en 2007 d'un deuxième Document de Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté (D/SDRP), dont la première cible est d'atteindre, à l'horizon 2012 « un taux de croissance économique d'au moins 7% » nécessaire à une réduction significative de la pauvreté.

Enfin, le Plan de Développement Economique et Social (PDES) et sa déclinaison pour le développement agricole et l'autosuffisance alimentaire (l'Initiative 3N), adoptés en 2012, constituent une preuve tangible de la volonté des autorités actuelles à favoriser l'émergence d'une classe moyenne au Niger et un développement socioéconomique durable. Le prochain profil de pauvreté à élaborer idéalement en 2015, date d'échéance du PDES et des OMD, permettra d'apprécier l'impact du PDES dans la réduction de l'incidence de la pauvreté au Niger.

1.1.4. Conclusion partielle

Malgré les progrès réalisés depuis 2005 en matière de réduction de la pauvreté, l'objectif de ramener la proportion de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté à 31,5% en 2015 est hors de portée pour le Niger. En effet, le niveau de l'indicateur était trop élevé (48,2%) en 2011. Pour parvenir à atteindre l'objectif fixé en 2015, le Niger devait parvenir à faire baisser l'incidence de la pauvreté de plus de 4% par an, ce qui implique des financements importants à mobiliser compte tenu, notamment, du fort taux de croissance démographique. Dans les faits, les actions entreprises dans la lutte contre la pauvreté ne sont parvenues qu'à une diminution de 0,25 points de pourcentage par an, soit dix-sept fois moins que le niveau requis.

Cible 2 : Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif

Indicateurs :
1. Taux de croissance du PIB par personne occupée ;
2. Ratio emploi/population ;
3. Proportion de la population occupée vivant en dessous du seuil de pauvreté ;
4. Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée.

1.2.1. Situation et tendance

Le document de stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté (SDRP2008-2012) donne quelques indications sur le niveau d'activité et sur le chômage. Selon ce document, le taux de chômage atteint 16% au niveau national, avec 19,4 % en milieu urbain et 15,2% en milieu rural, en étant deux fois plus élevé chez les femmes (25% chez les femmes contre12% chez les hommes) et nettement plus marqué chez les jeunes (soit 24% pour les jeunes de 15 à 29 ans).

Quant au taux de sous-emploi, il atteint 34,6% au niveau national avec 38,3% pour les femmes et 32,9% pour les hommes alors qu'il était de 30,3% en 2005[7].

Selon les données de l'Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages et l'Agriculture (ECVMA) de 2011, environ 4,4% de la population est sans emploi.

1.2.2. Contraintes et défis

Les facteurs explicatifs de la situation de l'emploi et des contraintes affectant le progrès dans ce domaine sont à rechercher dans les politiques publiques en la matière. Comme contraintes on peut noter : (i) l'inadéquation structurelle entre la demande et l'offre d'emploi, liée à la faible performance de l'économie par rapport au dynamisme démographique ; (ii) la déficience structurelle de l'offre en raison de la création d'emplois limitée dans la fonction publique et le secteur privé formel du fait de l'incapacité des politiques publiques (emplois, infrastructures, etc) à générer suffisamment de ressources et créer de nouveaux emplois (iii) la précarité des emplois et vulnérabilité des acteurs du secteur informel (iv) et (v) l'inadaptation des programmes de formation aux besoins du marché du travail.

Le défi principal en matière de création d'emploi réside dans : (i) le fait « d'occuper la population en dehors de la saison culturale » et (ii) « d'offrir des emplois aux populations urbaines, notamment les jeunes diplômés ceci à travers la création d'emplois décents pour toute la population active, particulièrement pour les jeunes et les femmes », (iii) la promotion

7 QUIBB 2005

de l'entreprenariat des jeunes ; (iv) la transformation structurelle de l'agriculture (chaînes de valeur) ; (v) la formation professionnelle des jeunes déscolarisés.

1.2.3. Actions menée

Le gouvernement a initié depuis avril 2011, un processus de formulation des documents de planification stratégique de développement à court, à moyen et à long termes. Il s'agit du Programme Intérimaire de Cadrage de l'Action Gouvernementale - PICAG (2011-2012), du Plan de Développement Economique et Social – PDES (2012-2015) et de la Stratégie de Développement durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) « Niger 2035 » qui a pour objectif de doter le pays d'une vision à long terme de la société nigérienne et de son développement. Ces nouveaux référentiels stratégiques s'inscrivent dans le cadre du Programme de la renaissance du pays.

Par ailleurs, d'importantes réformes ont été entreprises et mises en œuvre en matière de gouvernance administrative, locale et économique, notamment le retour à la planification stratégique, le recrutement massif des cadres et auxiliaires à la Fonction Publique, l'amélioration des conditions de vie et de travail des agents de l'Etat, le renforcement du processus de décentralisation.

La politique nationale de l'emploi est restée longtemps au stade déclaratif dans les différents programmes du pays. Toutefois, il a été élaboré un document cadre de la politique nationale de l'emploi dont les principaux axes stratégiques sont :

- Le renforcement des bases d'une croissance économique durable ;
- La résistance aux chocs et à la dynamique des espaces ruraux ;
- La promotion de l'accès à l'emploi urbain;
- La promotion de l'emploi des jeunes ;
- La valorisation des ressources humaines et la formation professionnelle ;
- Le développement d'actions ciblées par l'investissement dans le secteur privé en vue de créer plus d'emplois ;
- L'information sur le marché du travail et gestion de la pauvreté ;

Dans le même sens, on peut citer : (i) la création de l'Observatoire National de l'Emploi ; (ii) et la formulation et l'adoption du PPTD du Niger dans le cadre de l'agenda du travail décent, permettant au gouvernement du Niger de suivre et de réaliser ces recommandations.

1.2.4. Conclusion partielle

Malgré l'insuffisance des données statistiques récentes sur l'emploi, il est probable que le contexte et les politiques récentes en matière d'emploi mises en œuvre ou en cours d'élaboration laissent présager l'atteinte de la cible de l'objectif. La revue à mi-parcours du D/SDRP qui fixe le taux de chômage à 10% et le taux de sous emploi visible à 20% en 2012 en est une illustration. Cela nécessite donc une attention particulière et une volonté politique plus conséquente.

Cible 3: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

1.3.1. Situation et tendances

Indicateurs :

1. Pourcentage des enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale.
2. Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique.

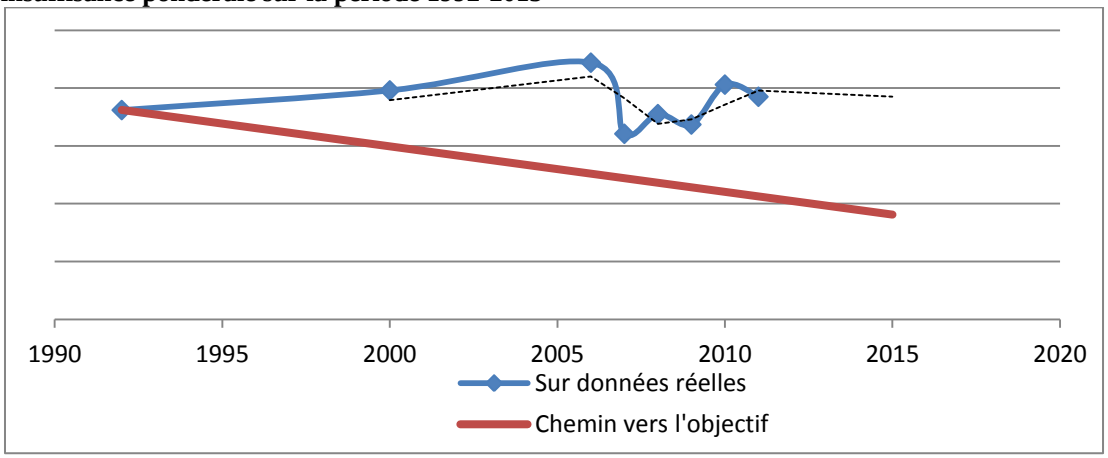
La situation alimentaire au Niger reste difficile et le secteur agricole, malgré son importance dans la tradition économique du pays, peine à se moderniser et reste largement tributaire des aléas climatiques. En outre, la forte croissance démographique que connaît le pays accroît la pression foncière avec comme résultat un morcellement continu des exploitations agricoles et l'expansion des cultures sur des terres marginales avec des rendements décroissants qui n'assurent pas l'autosuffisance alimentaire de la population.

La malnutrition est donc un fait réel dans les couches vulnérables de la population (enfant, femmes enceintes, populations pauvres) et se traduit par : un faible poids à la naissance, une malnutrition chronique et une insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans.

Selon les données des Enquêtes Démographiques et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) réalisées par l'INS, l'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans a connu une baisse par rapport à son niveau de 2006. En effet, avec une situation de référence de 36,2% en 1992[8], la proportion des enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale a bondi sous l'effet de la crise alimentaire de 2005, à 44,4 % en 2006 avant de rechuter à 36,4% en 2012, au tour de son niveau de référence, grâce à la production agricole qui n'a pas connu de crises majeures jusqu'en 2011 mais aussi les efforts du gouvernement et des partenaires qui ont massivement apporté l'aide aux populations en cas de déficit alimentaire .

[8] **INS/EDSN-I**

Graphique 7: Evolution et tendances de la proportion des enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale sur la période 1992-2015



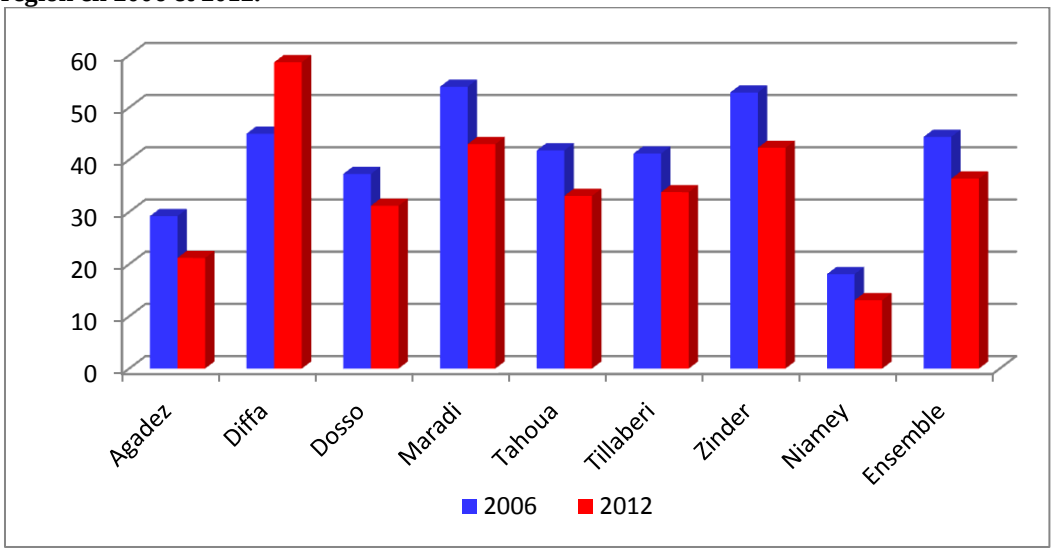
Source :EDSN-1992, 2006 ; 2012

La tendance globale observée sur la période 1992-2012 montre que la proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale ne permettra pas atteindre le taux de malnutrition fixé à 18% en 2015.

Si la tendance observée entre 2006 et 2012 (une réduction de 1,33 point de pourcentage) ; se maintient, la proportion des enfants de moins de 5 ans souffrant de la malnutrition se situerait au dessus de 30% en 2015. Cette situation nécessite une politique vigoureuse de lutte contre la malnutrition pour infléchir les tendances observées d'ici 2015.

Selon le milieu de résidence, entre 2006 et 2012, la proportion des enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale a plus reculé en milieu rural (-9%) qu'en milieu urbain (-5%). Cette baisse est plus significative dans la région de Maradi avec une réduction de (- 11) points de pourcentage et à Zinder (-9,9) points, à Tahoua (-8,7) points, Agadez (-8) points, Tillabéri (-7,7) points et à Niamey (-5) points de pourcentage. Par contre, elle a augmenté à Dosso avec (+3,9) points et à Diffa (+13,7) points de pourcentage sur la période.

Graphique 8: Proportion des enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale selon la région en 2006 et 2012.



Source : EDSN-MICS III 2006 et EDSN-MICS IV 2012

Selon la 4^{eme}enquête démographique de santé à indicateurs multiple réalisée par l'INS, l'insuffisance pondérale touche un peu plus les garçons (37,2%) que les filles (35,6%) en 2012.

Les autres indicateurs de la malnutrition se sont pas aussi satisfaisants et se sont même détériorés depuis la crise alimentaire et nutritionnelle de 2005 conjuguée à celle survenue en 2010. Ainsi, le taux de malnutrition chronique qui était de 32% en 1992, est passé à 43,8% en 2006 avant d'atteindre 42,5% en 2013. Cette prévalence de la malnutrition cache des disparités au niveau des régions varie entre 17,8% à Niamey et 55% à Maradi.

Selon la classification de l'OMS, trois (3) régions se trouvent dans une situation critique (Malnutrition Chronique supérieur à 40%), il s'agit de Maradi (55%), Zinder (48,1%) et Diffa (42,3%). Avec des prévalences situées entre 30 et 40%, les régions de Tillabéry (38,7%), Dosso (37,8%), Tahoua (37,5%) et Agadez (37,2%) se retrouvent dans la situation qualifiée de « sérieuse ».

La situation « acceptable » selon la classification de l'OMS, est observée dans la communauté urbaine de Niamey avec une prévalence de 17,8%.

La malnutrition chronique est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain, avec respectivement 49,8% et 33,4%. La malnutrition chronique sévère touche aussi plus les enfants du milieu rural (23%) que ceux du milieu urbain (11%).

1.3.2. Contraintes et défis

Les contraintes sont liées à une paupérisation de la population du fait de la faible performance de l'économie nationale notamment de l'agriculture se traduisant par des crises alimentaires répétitives et la hausse des prix des produits de consommation. A cela s'ajoute un mauvais comportement alimentaire par manque d'information et de formation sur les

questions de nutrition qui résultent d'une combinaison des problèmes de santé, d'alimentation et de soins du jeune enfant, et dans une certaine mesure, à une absence de politique nationale d'éducation nutritionnelle conséquente. D'une manière générale, il y a la méconnaissance des valeurs nutritives des aliments locaux, la malnutrition des femmes enceintes et des mères, un mauvais sevrage des enfants et un manque d'hygiène alimentaire. Le poids des valeurs socioculturelles (tabous et interdits alimentaires) constituent également un frein à une bonne alimentation.

La réduction de moitié de la proportion de la population qui souffre de la faim d'ici 2015 nécessite :

- une réelle volonté politique de l'Etat à faire de l'agriculture le principal objectif de développement (cas de l'Initiative 3N) pour augmenter la production agropastorale et réaliser l'autosuffisance alimentaire au niveau national ;
- le développement d'un système de production agricole basé sur la modernisation des techniques de productions agricoles et la mobilisation des ressources en eaux disponibles (les eaux de pluie et les eaux souterraines) ;
- l'amélioration des revenus ; (surtout les revenus des femmes); permettant au plus grand nombre de Nigériens d'accéder à une nourriture abondante et saine ;
- les changements des comportements des femmes enceintes, et des mères en termes d'allaitement et d'hygiène alimentaire ;
- l'intensification de l'encadrement nutritionnel en faveur de la petite enfance ;
- la mise en œuvre des systèmes d'Information, d'Education et de Communication (IEC) en matière de santé et nutrition.
- La mise en place et le renforcement des programmes d'interventions nutritionnelles permettant la prévention et la réduction de la malnutrition chronique.

1.3.3. Actions menées

Plusieurs actions ont été menées en matière d'amélioration de la situation alimentaire et nutritionnelle à travers l'élaboration et la mise en place de plusieurs politiques et programmes.

Tout d'abord, il faut noter : (i) la Stratégie de Développement Rural (SDR) de 2003 servant de cadre de référence pour toutes les actions dans le secteur rural et dont l'amélioration de la sécurité alimentaire est l'axe transversal de tous les programmes ; (ii) le Plan de Développement Sanitaire (PDS 2005-2009) qui comporte un volet « lutte contre la malnutrition chez les enfants et les femmes » ; (iii) la Haute Autorité à la Sécurité Alimentaire (HASA) créée pendant la transition militaire de 2010/2011, (iv) le Haut Commissariat chargé de la mise en œuvre de l'Initiative 3N, une stratégie durable et globale face à l'insécurité alimentaire, et une volonté politique forte de recherche de solution durable.

Cette initiative 3N s'articule autour de cinq (5) axes : accroissement et diversification des productions ; approvisionnement des marchés ; amélioration de la résilience des populations ; amélioration de la nutrition ; animation, coordination, impulsion des réforme.

A ces documents cadres s'ajoutent :

- le Plan National d'Actions pour la Nutrition (PNAN) 2003-2013 qui vise à contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en matière d'alimentation et de nutrition notamment en réduisant i) la sous-nutrition aiguë de 20% à 10% chez les enfants de 0 à 5 ans ; ii) le retard de croissance de 40% à moins de 20% chez les enfants de moins de 5 ans et iii) le petit poids à la naissance de 14% à moins de 10% ;
- la Stratégie Nationale des Banques Céréalières du Niger élaborée en 1992 par la Direction de l'Action Coopérative et de Promotion des Organisations Rurales (DACPOR) et révisée en 2000 et en 2009 ;
- la Stratégie de développement de l'irrigation et de la collecte des eaux de ruissellement de 2005 dont l'objectif principal est l'amélioration de la contribution de l'agriculture irriguée au PIB agricole en la portant de 14% actuellement à 28% à l'horizon 2015 ;
- la Stratégie décentralisée et partenariale d'approvisionnement en intrants pour une agriculture durable de 2006 poursuivant spécifiquement les trois objectifs suivants : i) assurer un accès régulier des producteurs à des intrants de qualité à coût compétitif, ii) créer un cadre juridique réglementaire en vue d'assurer les fonctions de contrôle et de suivi de la production, de la commercialisation et de l'utilisation des intrants agricoles, zootechniques et vétérinaires et iii) renforcer les capacités des organisations des producteurs.

Outre ces politiques et programmes[9] à vocation nationale, le Niger a besoin de l'appui de ses partenaires bilatéraux et multilatéraux notamment les ONG nationales, avec le soutien des ONG internationales et des partenaires au développement pour mettre en œuvre des politiques en matière de sécurité alimentaire permettant, de renforcer les capacités des communautés rurales à moderniser leurs techniques de production. Ainsi, de nombreux projets et programmes de lutte contre l'insécurité alimentaire, appuyés par les partenaires techniques et financiers, sont aussi présents au Niger.
On peut à titre illustratif citer :

- le Programme d'Appui à la stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté (PA /SDRP) financé par la Banque Africaine de Développement (BAD) ;
- le Projet d'Urgence d'Appui à la Sécurité Alimentaire et au Développement Rural (PUSA/DR) dont les principaux partenaires techniques et financiers sont la Banque mondiale, le FIDA, le Fonds OPEP et le FBS ;
- le Projet Promotion de la Sécurité Alimentaire PPSA - DNPGCA dont le financement a été assuré par BMZ à travers le GIZ ;
- le Programme d'Appui à l'Aménagement Pastoral et à la Sécurisation des Systèmes Pastoraux (PAAPSSP) pour lequel la Coopération Technique Belge (CTB) accorde un appui important ;

[9] Tous ces programmes sont souvent élaborés sans cohérence les uns avec les autres et sans une vision d'ensemble, bien qu'ils visent tous l'augmentation de la production agropastorale et l'amélioration de la sécurité alimentaire dans le pays. Par ailleurs, leur mise en œuvre est souvent chaotique, très partielle et très dépendante des appuis des partenaires extérieurs. Ils n'ont pas de système de suivi suffisant et leur évaluation est souvent lacunaire.

- le projet d'Intensification de l'Agriculture par le Renforcement des Boutiques d'Intrants Coopératives (IARBIC) développé par la FAO avec l'appui financier de l'Union Européenne, la Coopération luxembourgeoise, la CTB et la Coopération espagnole.

Par ailleurs, dans le cadre de l'accélération de l'atteinte des OMD (COA/MAF), le Niger s'est focalisé sur l'OMD1 car celui-ci a un impact considérable sur les autres objectifs. En Mars 2011 ce document a été adopté en conseil des ministres. Les interventions clés alignées sur les objectifs du Programme National d'Investissements Agricoles (PNIA/SDR) et de la nouvelle initiative du Gouvernement pour promouvoir la sécurité alimentaire et nutritionnelle durable « l'initiative 3N : les Nigériens Nourrissent les Nigériens », ont été répertoriées en cinq (5) domaines :

- (i) Amélioration de l'accès aux intrants, aux équipements, et gestion durable des terres ;
- (ii) Encadrement des petits producteurs et valorisation des résultats de la recherche ;
- (iii) Protection des ménages agropastoraux vulnérables et du cheptel ;
- (iv) Diversification et amélioration de la qualité de l'alimentation ;
- (v) Amélioration de l'accès produits alimentaires en milieu rural et périurbain.

1.3.4. Conclusion partielle

Si les tendances actuelles ne sont pas inversées, l'objectif précité risque bien de devenir un simple slogan. Mais la possibilité d'atteindre cet objectif est réelle, pourvu que les nouvelles politiques en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle soient clarifiées et que les programmes s'exécutent convenablement sur le terrain.

Cependant, le programme d'urgence mené par le gouvernement et la mise en œuvre de la stratégie (3N) les Nigériennes Nourrissent les Nigériens constituent des signaux forts de cette volonté politique d'aller vers la réduction de la proportion des personnes souffrant de la faim d'ici 2015.

CHAPITRE 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous :

Cible1: D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires

Indicateurs:

1. Taux Net de Scolarisation (TNS) dans le primaire

2. Proportion d'écoliers commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire et achevant la cinquième année.

3. Taux d'alphabétisation d'hommes et de femmes de 15 à 24 ans.

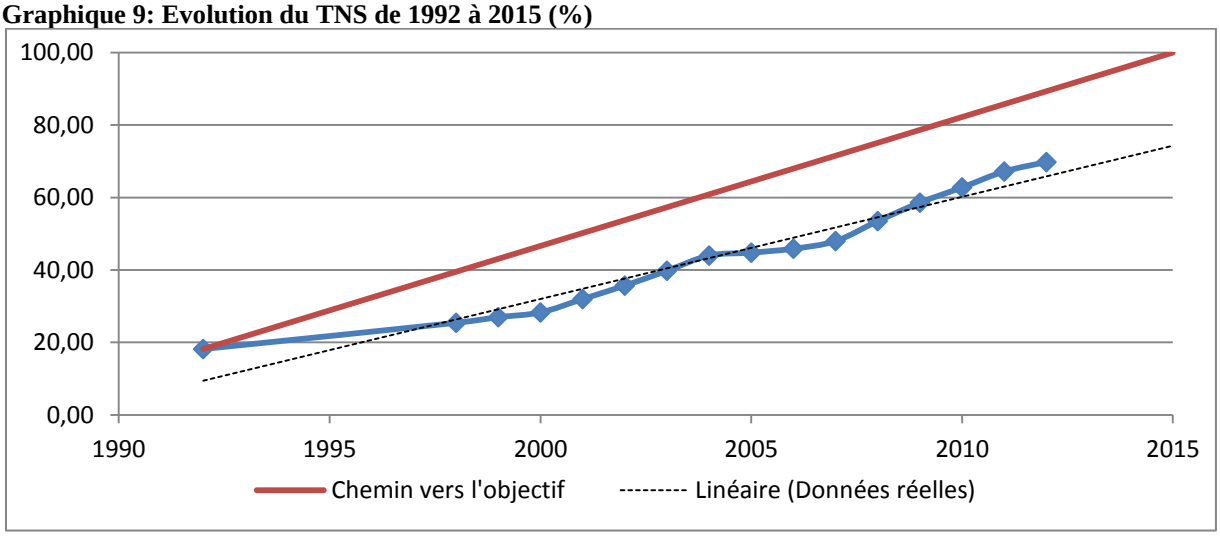
2.1.1: Situation et tendances

L'éducation est considérée comme un des déterminants clé du développement humain. En effet dans le calcul de l'Indice du Développement Humain (IDH), l'éducation est l'un des trois domaines pris en compte. Être privé d'éducation est aujourd'hui un lourd handicap pour le bien être de tout un chacun. Un système éducatif performant constitue, alors, un atout majeur pour le développement de tout pays.

Néanmoins, on remarque que dans beaucoup de pays pauvres, l'éducation primaire n'est pas un acquis. C'est le cas du Niger qui présente l'une des plus mauvaises performances. Pourtant le taux brut d'admission est passé de 90% en 2009 à 98% en 2012[10]. L'un des indicateurs de cet objectif est le taux net de scolarisation dans le primaire. Ce dernier est le rapport du nombre d'enfants officiellement scolarisables (l'âge scolaire étant défini par le système national d'enseignement) inscrits à l'école primaire à la population totale d'enfants d'âge scolaire. Le graphique 9 nous permet de voir l'évolution de ce taux au Niger.

[10](MEN/DSI 2012)

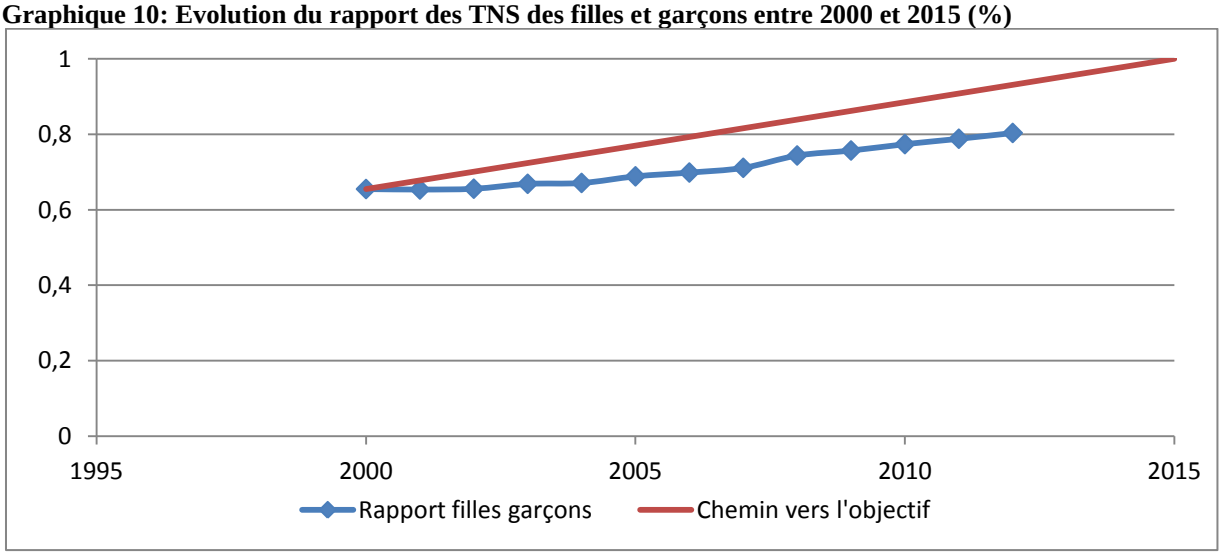
Graphique 9: Evolution du TNS de 1992 à 2015 (%)



Source : Annuaire Statistique MEN

Le TNS est passé de 18% à 70% de 1992 à 2012 soit une augmentation de 2,6 points de pourcentage par an. Si cette tendance se maintient, on aura en 2015 un taux net de scolarisation d'environ 78%. Cela signifie qu'à cette allure l'objectif d'assurer l'éducation primaire pour tous ne sera pas atteint à l'horizon 2015.
Par ailleurs ces taux présentent des disparités selon le sexe.

Graphique 10: Evolution du rapport des TNS des filles et garçons entre 2000 et 2015 (%)

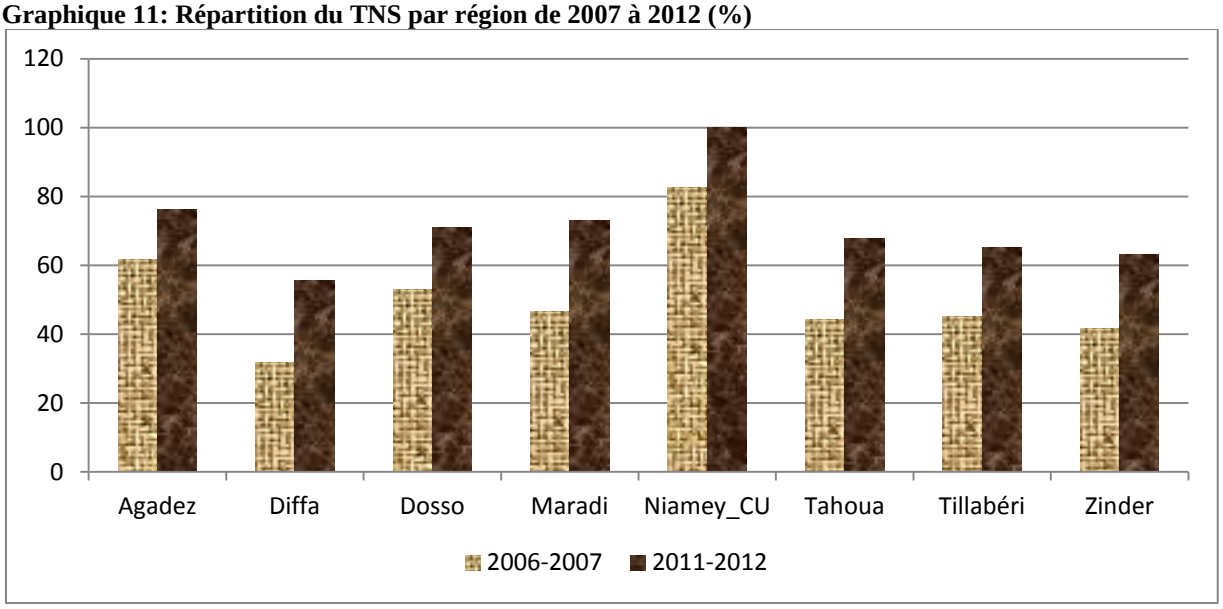


Source : Annuaire Statistique Men

Le rapport des TNS filles et garçons nous montre que les filles présentent un taux net de scolarisation nettement inférieur à celui des garçons. Autrement dit, les garçons ont beaucoup plus de chance que les filles d'être scolarisés au Niger. En effet selon le graphique, l'écart entre les filles et les garçons est de 35% en 2000 contre 20% en 2012 en faveur des garçons. Cela signifie que la scolarisation des filles est inférieure à celle des garçons de 20% en 2012,

ce qui est important. L'évolution du rapport des TNS filles et garçon est très lente et si cette tendance se maintient, l'égalité ne sera pas atteinte en 2015.
Egalement sur le plan régional, on observe des disparités. Sur les deux années prises en compte la région d'Agadez ainsi que la commune urbaine de Niamey présentent les plus grands TNS. A l'opposé, la région de Diffa est celle qui présente les plus faibles TNS.

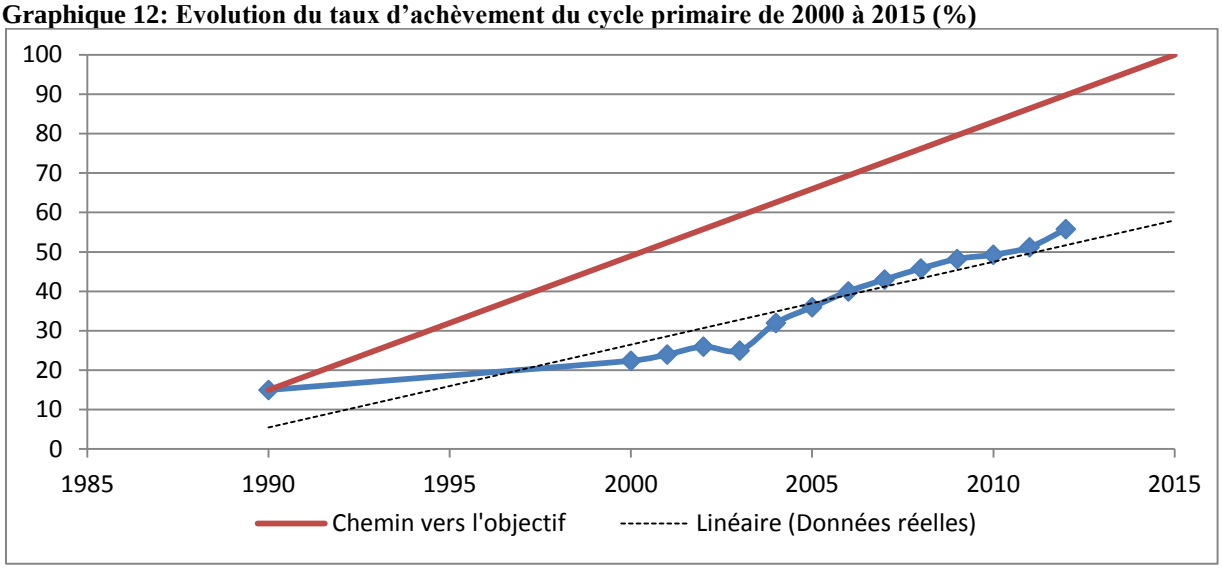
Graphique 11: Répartition du TNS par région de 2007 à 2012 (%)



Source : Annuaire Statistique Men

Un autre indicateur essentiel de l'éducation est le taux d'achèvement du cycle primaire ; ce dernier permet relativement de mesurer si les enfants inscrit en première année du cycle primaire arrivent au terme de ce cycle. Le graphique 12 présente l'évolution de ce taux de 2000 à 2012.

Graphique 12: Evolution du taux d'achèvement du cycle primaire de 2000 à 2015 (%)

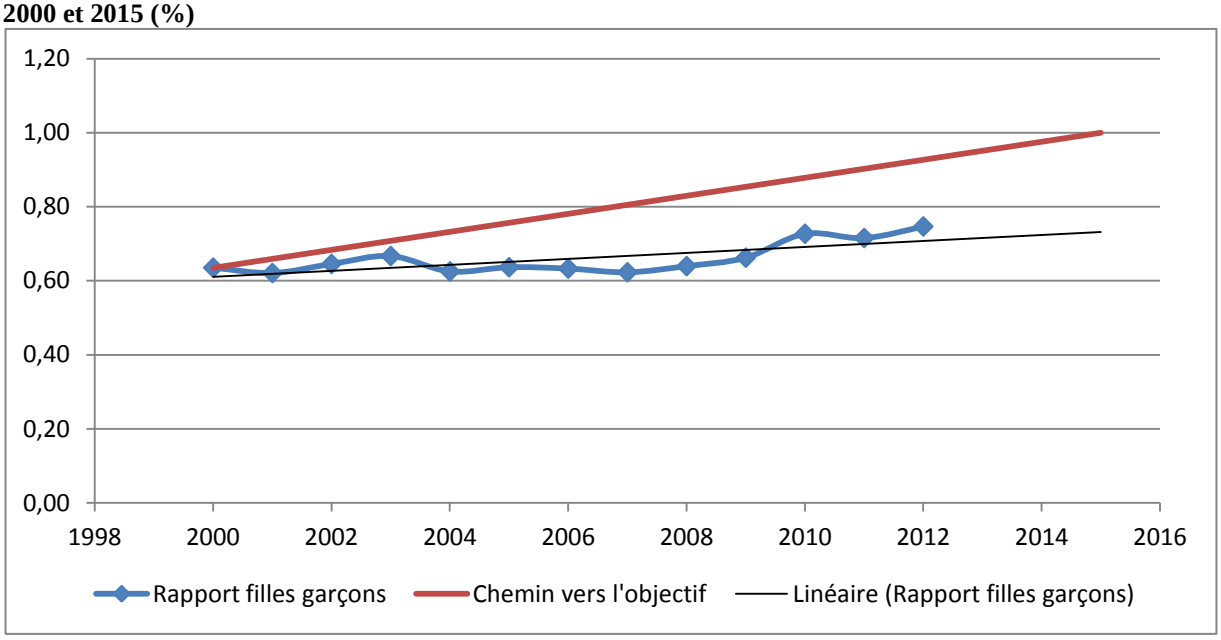


Source : Annuaire Statistique Men

On remarque que le taux d'achèvement primaire est passé de 15% en 1990 à 56% en 2012. Cela signifie qu'en 1990 seulement 15% des enfants ayant commencé le cycle primaire l'on achevé et en 2012 jusqu'à 44% des enfants commençant le cycle primaire ne l'achèvent pas. Cela correspond à une augmentation de 41% en 22 ans. Si cette tendance se maintient, on aura en 2015 un taux d'achèvement du cycle primaire de 61%. Quoique le progrès de cet indicateur soit important, il n'est pas suffisant pour que l'objectif soit atteint.

En outre on observe, comme pour le cas du TNS, des disparités selon le sexe. Le graphique 13 présente les rapports filles/garçons de 2000 à 2012.

Graphique 13: Evolution du rapport des taux d'achèvement du cycle primaire des filles et garçons entre 2000 et 2015 (%)

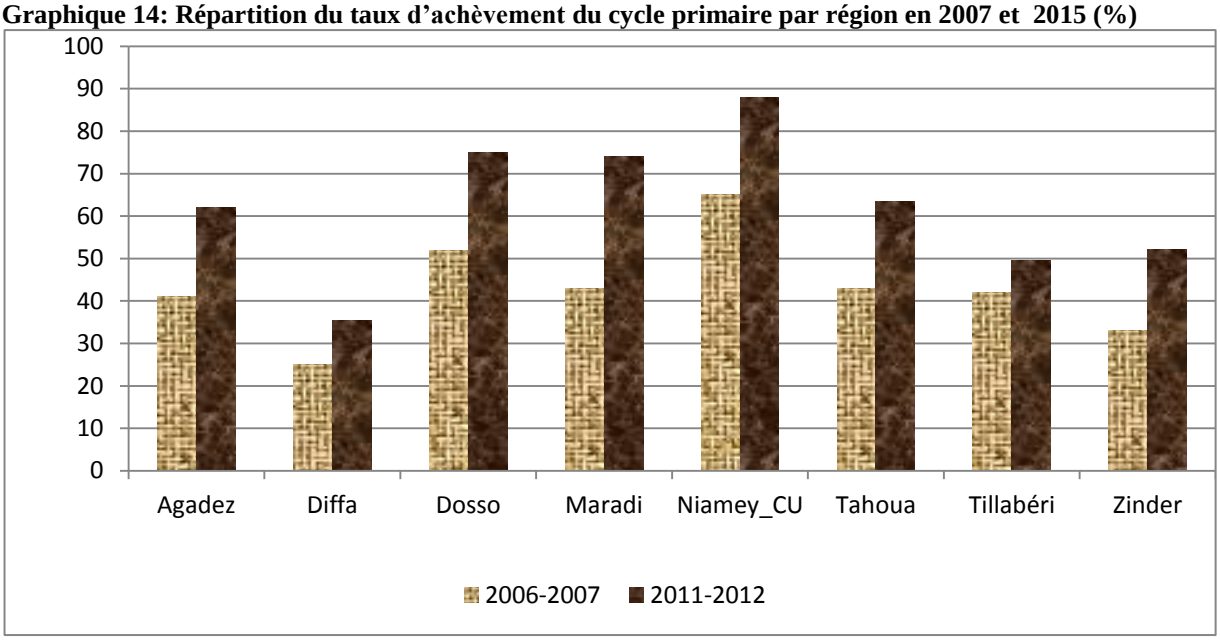


Source : Annuaire Statistique Men

Tout comme le taux net de scolarisation, le taux d'achèvement du cycle primaire est plus élevé chez les garçons que chez les filles même si la différence entre les deux sexes tend à

baisser au fil des années. En effet en 2000, il y a 37% plus de chance pour les garçons d'achever leur cycle primaire que les filles contre 25% en 2012.
On observe également des disparités selon les régions comme le présente le graphique 14

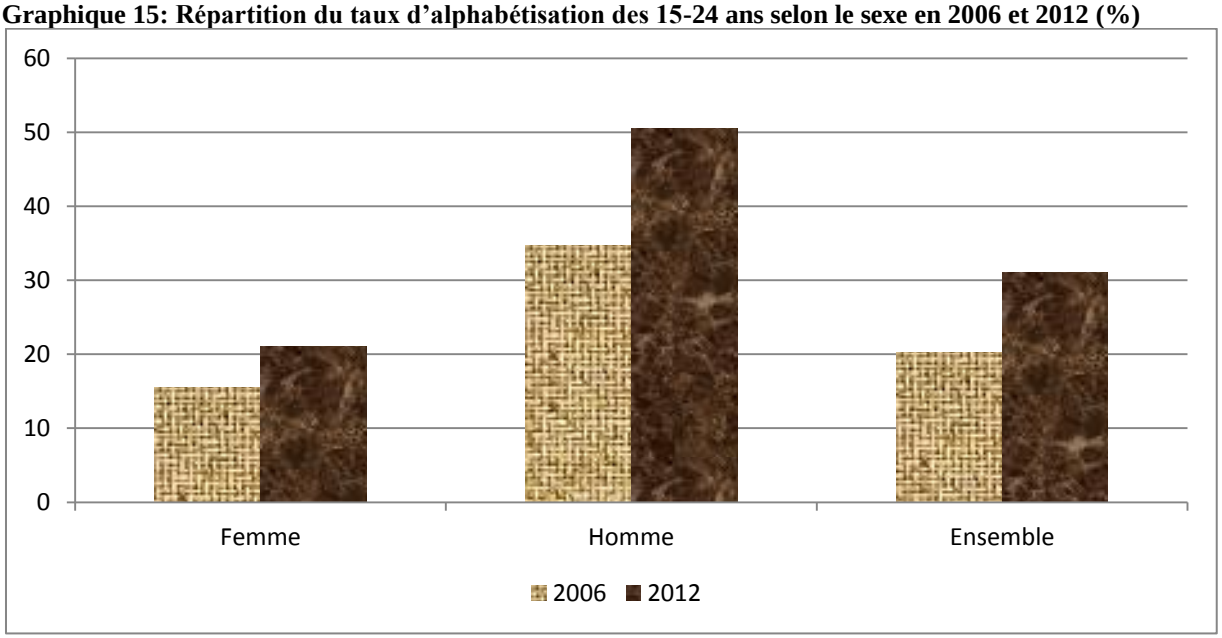
Graphique 14: Répartition du taux d'achèvement du cycle primaire par région en 2007 et 2015 (%)



Source : Annuaire Statistique Men

On constate que toutes les régions ont évolué positivement entre les deux années et c'est la région de Maradi qui enregistre la meilleure amélioration (+31 points) alors que celle de Tillabéry enregistre la plus faible augmentation (+8 points). En outre, en 2012 on remarque que c'est dans les régions de Niamey (88%), Dosso (75%) et Maradi (74%) que le taux d'achèvement du cycle primaire est le plus élevé. A l'opposé, c'est la région de Diffa (36%) qui enregistre le taux d'achèvement le plus faible.
Le fait que les enfants ne finissent pas le cycle primaire au Niger, explique le faible taux d'alphabétisation au Niger. Pour cet objectif on considère comme indicateur, le taux d'alphabétisation d'hommes et de femmes de 15-24 ans.

Graphique 15: Répartition du taux d'alphabétisation des 15-24 ans selon le sexe en 2006 et 2012 (%)



Sources : EDSN 2006, 2012

D'une manière globale on constate que le taux d'alphabétisation a augmenté en 2012 quelque soit le sexe des enquêtés. En outre ce taux est plus de deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (51% chez les hommes et 21% chez les femmes en 2012).
Il en ressort qu'aux Niger environ une personne sur trois est alphabétisée en 2012 (en 2006 ce taux n'était que de 20%). Si cette tendance se maintient, le taux d'alphabétisation est estimé en 2015 à environ 40 % et l'objectif sera loin d'être atteint à cet horizon.

2.1.2: Contraintes et défis

Le niveau relativement bas des indicateurs liés à l'OMD 2 (éducation primaire pour tous) est inhérent à un certain nombre de contraintes dont la plupart sont :

i. la faiblesse des ressources (matérielles, humaines et financières) disponibles eu égard aux besoins, liée pour une bonne part à l'étendue du pays que ne compense pas une dotation suffisante en moyens de communication permettant d'accéder aux populations reculées ainsi qu'au clivage urbain-rural;
ii. les perceptions négatives de la valeur de l'éducation scolaire notamment à propos de la scolarisation de la jeune fille ;
iii. le manque d'intérêt des parents dans la scolarisation des enfants (faible perspective d'emploi et chômage, non internalisation du but de l'éducation primaire) ;
iv. la persistance des chocs climatiques, environnementaux et économiques dont principalement les crises alimentaires (2005, 2010, 2012) favorisant l'abandon scolaire ;
v. la faiblesse des revenus des parents qui nuit à leur capacité à supporter les coûts inhérents à la scolarisation des enfants ;
vi. la forte proportion d'écoles n'offrant pas un cycle primaire complet en zone rurale;
vii. le manque de coordination entre les multiples acteurs du secteur ;

viii. la gestion non optimale (découlant pour une part du [vii]) des ressources dans le secteur de l'éducation (allocation inconséquente dans les domaines et zones où le besoin est le plus grand);
ix. la forte croissance démographique qui pose avec encore plus d'acuité la contrainte de faiblesse des ressources.

Toutes ces contraintes posent les défis suivant pour réussir à atteindre l'objectif n°2 des OMD:

i. l'amélioration de la dotation en ressources du système éducatif ;
ii. l'optimisation rationnelle de l'efficacité du système (allocations des ressources, coordination des acteurs et des actions, productivité) ;
iii. l'amélioration de la qualité de l'éducation ;
iv. la rétention des enfants dans le système scolaire ;
v. la sensibilisation des Nigériens sur les enjeux et les bienfaits de la scolarisation primaire ;
vi. l'établissement, l'amélioration et l'exécution des stratégies de scolarisation des jeunes filles ;
vii. l'opérationnalisation du principe de gratuité de la scolarité et la poursuite dans le sens de l'accessibilité et de l'abaissement des coûts de l'éducation (surtout primaire) à travers des cantines scolaires et/ou la proximité des écoles.

2.1.3. Actions menées

L'action de l'Etat nigérien et de ses partenaires techniques et financiers vise à améliorer les capacités et performances qualitatives et quantitatives du système. Au titre des mesures qui devraient permettre d'améliorer les capacités et performances quantitatives du système on peut citer :

i. l'acquisition d'infrastructure scolaire (ainsi, le nombre d'écoles dans le cycle de base I est passé de 9 490 en 2006 à 14 631en 2012, soit une hausse de 54 % tandis que celui des salles de classe utilisées a augmenté de 64 %, soit en termes absolus de 28 879 à47 376sur la même période) ;
ii. l'augmentation du nombre d'enseignants chargés de cours qui est passé de 31 131 en2006 à 52 916 en 2012 soit une hausse de 70 %.

Sur le plan qualitatif, des actions ont été ou sont en cours de réalisation aussi bien sur le plan législatif et réglementaire qu'organisationnel. On peut citer :

i. la modification de la Loi d'Orientation du Système Educatif Nigérien (LOSEN), en vue notamment d'instaurer la gratuité de la scolarité jusqu'à l'âge de 16 ans afin d'alléger le poste « éducation des enfants » des dépenses des ménages nigériens;
ii. La mise en place du Programme Sectoriel de l'Education et de la Formation (PROSEF) 2012-2020;

iii. l'abandon progressif de la politique de contractualisation de l'enseignement au profit d'engagements directs dans la fonction publique pour améliorer la situation du personnel et par ricochet la qualité du service publique d'éducation ;
iv. découlant de (ii), la professionnalisation du métier d'enseignant à travers notamment la réhabilitation des écoles normales.

2.1.4. Conclusion partielle

Malgré les efforts consentis pour que tous les enfants partent à l'école, pour que ces derniers partent jusqu'au bout du cycle primaire, l'objectif ne sera pas atteint si la tendance reste la même. En effet seulement 70% des enfants en âge d'être scolarisés ont été effectivement inscrits ; seulement 56% des enfants inscrits au primaire ont achevé le cycle ; et seulement 31% de la population est alphabétisée. Afin d'améliorer ces indicateurs, des actions supplémentaires doivent être menées en tenant compte des disparités qui existent selon le sexe et les régions.

CHAPITRE 3 : PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES

Cible1: Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.

Indicateurs :

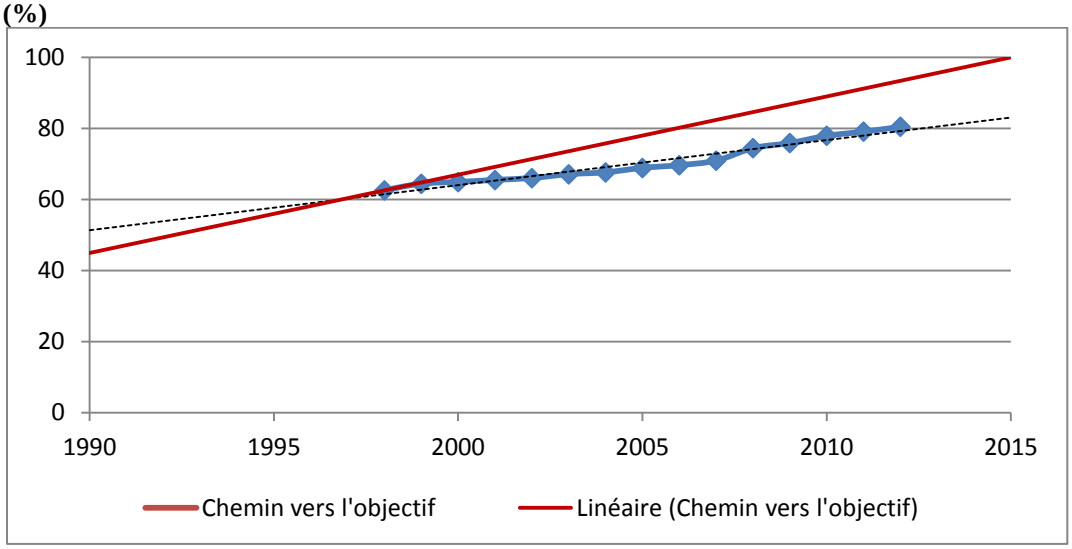
1. Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur
2. Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole
3. Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national

3.1.1 Situation et tendances

Afin de construire des économies solides, de réaliser les objectifs internationaux de développement, et d'améliorer la qualité de vie des femmes, des hommes, des familles et des communautés, il est essentiel de donner aux femmes les moyens de participer pleinement à la vie économique, et cela, dans tous les secteurs. Afin de promouvoir l'autonomisation des femmes, l'un des principes clés consiste à promouvoir l'éducation, la formation et le développement professionnel des femmes. Le Niger est constitué d'une population qui est majoritairement jeune et féminine. Pourtant la population féminine ne jouit pas pleinement de tous ses droits.

De 1998 à 2012 on observe une amélioration du rapport entre les filles et les garçons. Concernant l'enseignement primaire, le rapport entre les filles et les garçons passe de 62,55 pour l'année scolaire 1997-1998 à 80,46 filles pour 100 garçons pour l'année scolaire 2011-2012. Cela correspond à une augmentation d'environ 1,28% par an. Si cette tendance se maintient, on aura en 2015 environ 85 filles pour 100 garçons.

Graphique 16: Evolution et tendances du rapport filles sur garçons au primaire sur la période 1998-2015 (%)

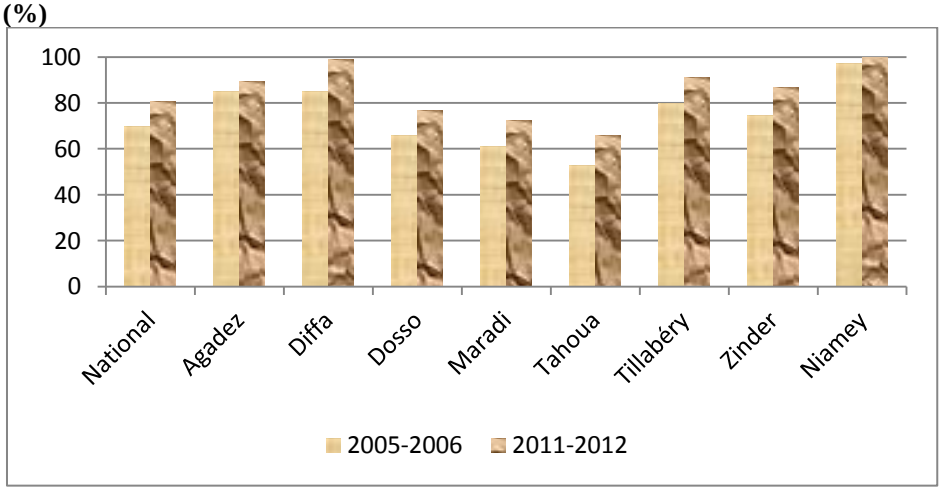


Sources : à partir des données des Annuaires statistiques MEN

Il ressort de cette analyse que si la tendance actuelle se maintient, il sera difficile d'avoir l'équité des chances pour les filles et les garçons en matière d'accès à l'éducation primaire.

Bien qu'on observe une amélioration de ce ratio à l'échelle nationale, il existe de fortes disparités dans les différentes régions. Les régions de Dosso, de Maradi et de Tahoua enregistrent les plus faibles ratios. Mais notons que toutes les régions ont observé une amélioration sur la période. Ainsi, les régions réalisant les plus faibles performances sont celles de Niamey (+ 4,52) et d'Agadez (+ 4,34) et les régions réalisant les meilleures performances sont celles de Diffa (+13,73) et Tahoua (+13,38). Cependant, il est important de préciser qu'à Niamey, en 2012, les filles sont plus nombreuses que les garçons au primaire.

Graphique 17: Répartition du rapport filles/garçons au primaire par région en 1997-1998 et 2010-2011 (%)

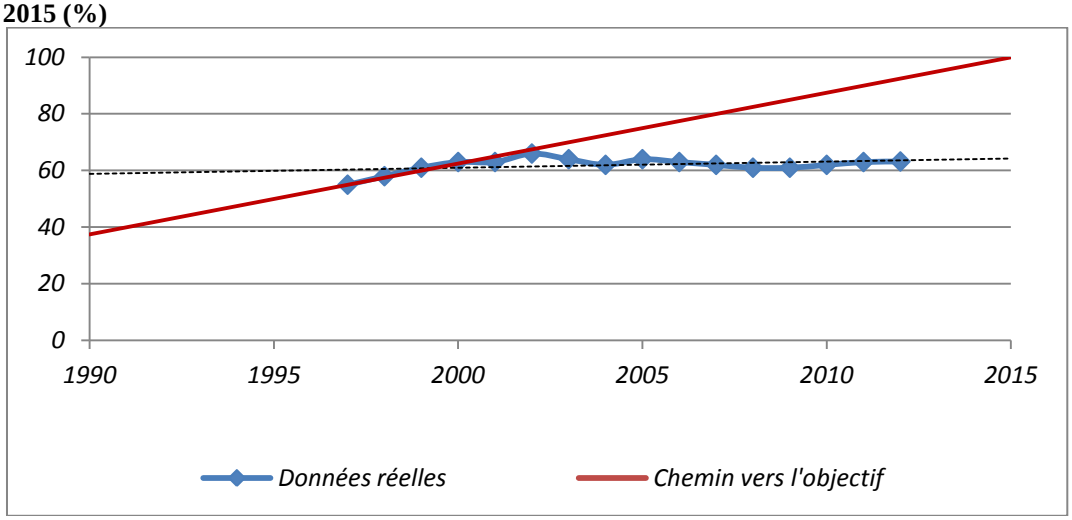


Sources : à partir des données des Annuaires statistiques MEN

Au secondaire l'évolution du rapport entre les filles et les garçons est très lente par rapport à celle observée au niveau du primaire. De 1997 à 2012 on passe de 55% à 63% avec des

irrégularités car ce rapport augmente et diminue selon les années. En 2001 il était de 66% et décroit jusqu'à 61% en 2010 pour se stabiliser à 63% depuis 2011. D'une manière globale entre 1997 et 2012 on a une augmentation de 0,53 points par an ce qui est très faible.

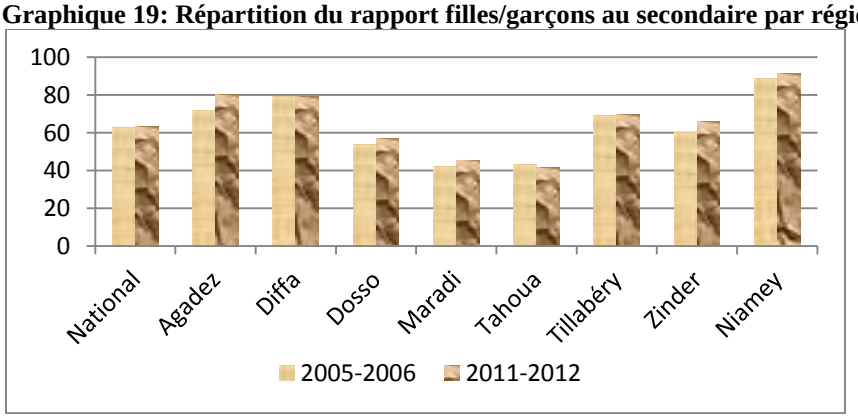
Graphique 18: Evolution et tendances du rapport filles sur garçons au secondaire sur la période 1997-2015 (%)



Sources : à partir des données des Annuaires statistiques MEN

Tout comme au primaire, au secondaire aussi on observe de fortes disparités au niveau des régions. Ce sont, comme au primaire, les régions de Dosso, de Maradi et de Tahoua qui présentent les plus faibles ratios. En d'autres termes, ce sont dans ces régions que les filles sont beaucoup moins nombreuses que les garçons à bénéficier d'études secondaires. Les régions qui enregistrent les meilleures performances sont celles de Zinder (+6) et d'Agadez (+8). A l'opposée la région de Tahoua est la seule à avoir régressé entre ces deux années scolaires avec une baisse de plus d'un point (-1). Cependant les régions de Diffa et Tillabéry ont enregistré de faibles performances soit une augmentation de moins d'un point.

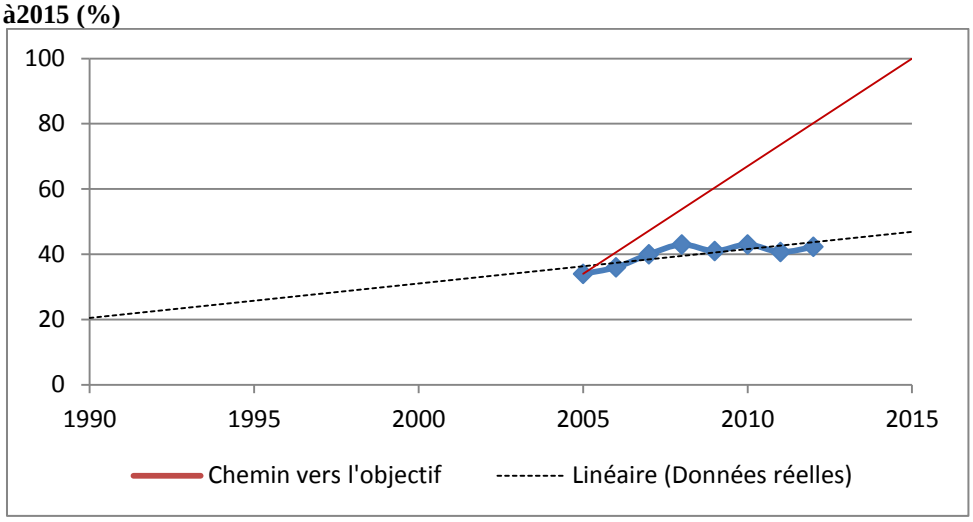
Graphique 19: Répartition du rapport filles/garçons au secondaire par région en 2005-2006 et 2011-2012



Sources : à partir des données des Annuaires statistiques MEN

Tout comme dans l'enseignement secondaire, l'enseignement supérieur ne présente pas une évolution importante de 2005 à 2012. En effet on passe de 34% à 42% en 2012 soit une augmentation d'un point par an. Si cette tendance se maintient, on aura en 2015 un rapport d'environ 46%, ce qui veut dire que l'on n'a même pas une fille pour deux garçons dans l'enseignement supérieur.

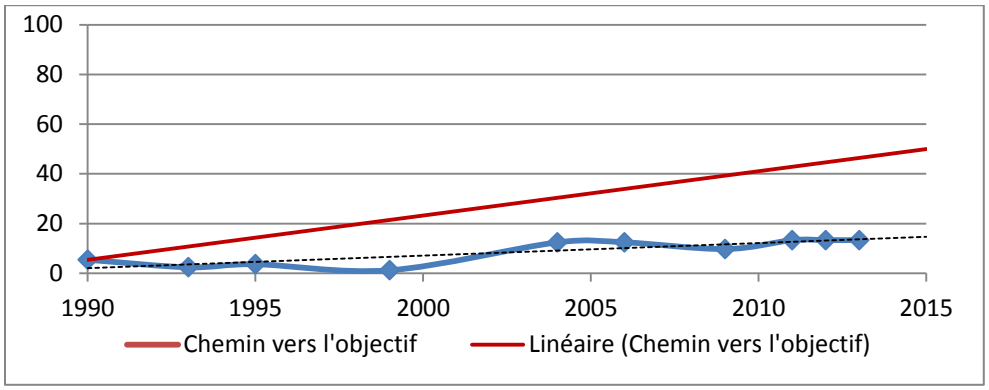
Graphique 20: Evolution et tendances du rapport filles/garçons dans l'enseignement supérieur de 2005 à2015 (%)



Sources : à partir des données des Annuaires statistiques MEN

La proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national évolue en dents de scie. Elle passe de 5,4% en 1990, à 1,2% en 1999, pour se situer à 12,38% en 2004. Cette proportion baisse en 2009 à 9,7% et augmente encore depuis 2011 pour atteindre 13,27. Selon la tendance observée de 1990 à 2013, à l'horizon 2015 la proportion de femmes siégeant au parlement sera en deçà de 10% alors la loi sur les quotas prévoit qu'un minimum de 10 % des postes électifs doit être occupé par des femmes et qu'un minimum de 25% des postes nominatifs doit aussi être occupé par des femmes. Toutefois, pour toutes sortes de raisons même ce minimum n'est pas atteint.

Graphique 21: Evolution et tendance de la proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national de 1990 à 2015



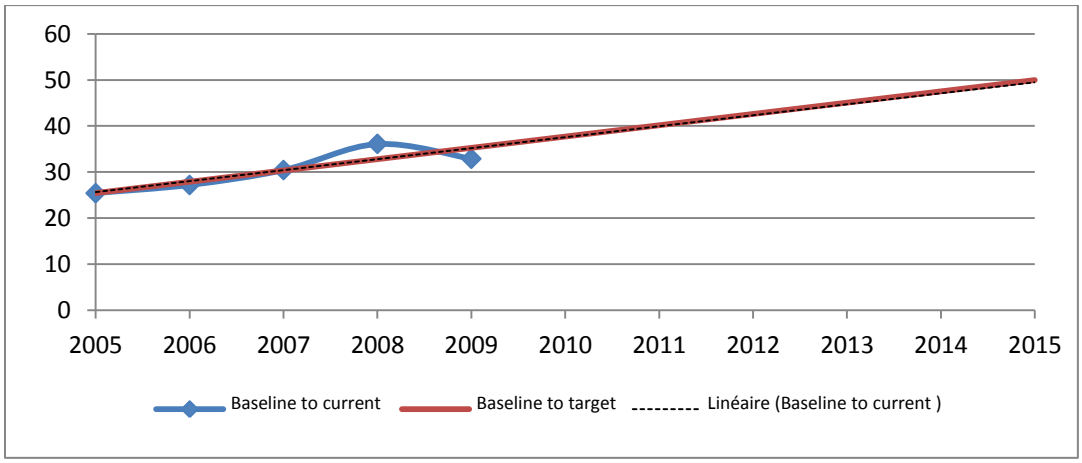
Sources : NER-MPF/PE_DSi_ENQUETE DE ROUTINE, NER-MI/D_DS_RAPPORTD'ACTIVITES

Par ailleurs, la proportion des femmes ministres est aussi faible, bien qu'elle soit meilleure que celle des femmes au parlement. Le premier Gouvernement de la 3ème République (en 1994), qui était composé de 28 ministres et secrétaires d'Etat comprenait 5 femmes (17,86%);le quatrième Gouvernement de la 3ème République (en 1994), était composé de 16 ministres dont 2 femmes (12,5%); le premier Gouvernement de la 5ème République (en 2000), comprenait 23 ministres dont 2 femmes (8,69%) ; le deuxième Gouvernement de la 5ème

République, comprend 26 ministres dont 6 femmes (23,07%) ; le premier gouvernement de la 7ème République comprend 23 ministres dont 7 femmes. Cela signifie que 30% des ministres dans ce gouvernement étaient des femmes. En 2012, on compte 5 femmes occupant la fonction de ministres sur 25 ministères, ce qui correspond à un taux de 20%.En 2013 cette proportion était de 28%.

En ce qui concerne l'emploi dans le secteur non-agricole, les données de la direction des statistiques du Ministère de la Formation Professionnelle et Technique montrent une évolution de la proportion des femmes salariées dans le secteur non-agricole de 2005 à 2009 de 1,86 point par an en terme de pourcentage. Il passe de 36,11% en 2008 à 32,87% en 2009.. Cette proportion est très faible car seulement 33 femmes sur 100 sont salariées dans le secteur non agricole en 2009. Si cette tendance se maintient on aura en 2015 une proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole équivalente à 44% soit une amélioration de 1,86 par an sur la période. Par contre, si la tendance de 2005 à 2008 s'était maintenue, en 2015 on aurait eu une meilleure proportion, soit 61%. Cela correspond à une augmentation de 3,57% par an. Par ailleurs la courbe tendancielle est confondue à celle de l'objectif, cela signifie que la tendance générale prévoit en 2015 environ 50% de femme salariées dans le secteur non agricole.

Graphique 22: Evolution et tendances de la proportion des femmes salariées dans le secteur non-agricole de 2004 à 2015



Sources : **à partir des données de NER-MFPT_DS_RAPPORT D'ACTIVITES**

3.1.2 Contraintes et défis

Les contraintes qui entravent l'égalité des sexes et l'autonomisation de la femme ont toutes la même source : les rigidités socioculturelles qui s'opposent à l'éducation de la femme et à son autonomisation. En effet, le faible niveau de scolarisation de la femme, le mariage précoce, l'insuffisance des opportunités qui se présentent aux femmes, les lourdes tâches qu'effectuent les femmes rurales sont tous des freins à la promotion de la femme. Pour pallier ces problèmes, le Niger doit relever des défis de taille. Il s'agit surtout d'un changement radical des mentalités concernant le statut de la femme qui induirait une amélioration du taux de scolarisation des jeunes filles par rapports aux garçons ; de l'alphabétisation des femmes.

3.1.3 Actions menées

Le Niger s'est inscrit dans un contexte international et sous-régional en adhérant à beaucoup de résolutions et en ratifiant des textes relatifs à l'élimination des inégalités entre les sexes. Le Niger dispose alors d'instruments juridiques nationaux favorables à l'équité du genre. IL a aussi développé un certain nombre de stratégies entrant dans le cadre de l'éradication des iniquités de genre et de l'autonomisation de la femme. On peut citer:

- la constitution du 9 Août 1999 consacrant le principe de l'égalité et de l'équité entre l'homme et la femme notamment en son article 8, alinéa 2 qui stipule que « la République du Niger est un Etat de droit. Elle assure à tous l'égalité devant la loi sans distinction de sexe, d'origine sociale, raciale ethnique ou religieuse » ;
- les textes législatifs et réglementaires en vigueur reconnaissent pour l'essentiel, aux hommes et aux femmes les mêmes droits pour l'accès aux services et aux ressources ;
- le code pénal révisé qui prévoit des sanctions contre les mutilations génitales féminines, les harcèlements sexuels et les mariages précoces ;
- l'ordonnance n°93-15 du 3 mars 1993 portant principes d'orientation du Code rural et ses textes complémentaires favorisant l'accès de la femme à la terre ;
- la loi n°2000-008 du 7 juin 2000 instituant le système de quota ;
- l'intégration plus large de la problématique genre dans la nouvelle formulation de la SDRP (2006);
- l'adoption de la Politique Nationale Genre par le gouvernement en 2008;
- la création d'un Ministère en charge de la Promotion de la Femme ;
- la création de l'Observatoire National de Promotion de la Femme ;
- l'adoption en 1996 de la Politique Nationale de la Promotion de la Femme révisée en2009 ;
- la création d'une Direction chargée de la promotion et de la scolarisation des jeunes filles ;
- la nomination de conseillères genre auprès du Président de la République et du Premier Ministre
- la mise en place de points focaux genre dans les Ministères et autres institutions publiques ;
- l'installation de la Commission Nationale des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales; la création d'un réseau des Parlementaires Nigériens sur les Questions liées au Genre.

En outre, la Coordination des ONG et Associations Féminines Nigériennes (CONGAFEN) et le Rassemblement Démocratique des Femmes du Niger (RDFN) ont mené certaines actions en vue d'accélérer le processus de l'autonomisation de la femme. Ils ont:

- engagé des activités de lobbying et plaidoyer en faveur de la femme ;
- mené des activités de sensibilisation pour la promotion de la femme ;
- organisé des activités de renforcement des capacités (Formation, information, éducation, communication) ;
- fait des activités de promotion et protection des droits de la femme et de l'enfant ;
- mené des activités de lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants ;
- œuvré pour la ratification et la mise en œuvre effective des instruments juridiques internationaux auxquels le Niger a adhéré.

3.1.4. Conclusion partielle

L'objectif est d'éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard. Pourtant, en 2005 il n'y avait que 67 filles pour 100 garçons au primaire et au secondaire

63 filles pour 100 garçons. Pour l'enseignement supérieur la tendance nous montre qu'en 2015, le Niger sera très loin de la cible. Ce constat est beaucoup plus nuancé en ce qui concerne les cycles primaires et secondaire où les niveaux tendanciels de ces ratios sont respectivement de 85% et 65% à l'horizon 2015. Toutefois, les objectifs ne seront vraisemblablement atteints si la tendance se maintient. Il en est de même pour l'emploi dans le secteur non agricole et la représentativité des femmes à l'assemblée nationale.

CHAPITRE 4 : REDUIRE LA MORTALITE INFANTILE

Cible 1 : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

4.1.1. Situation et tendances

Indicateurs :

1. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ;

2. Taux de mortalité infantile ;

3. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole.

1.3.1. Situation et tendances

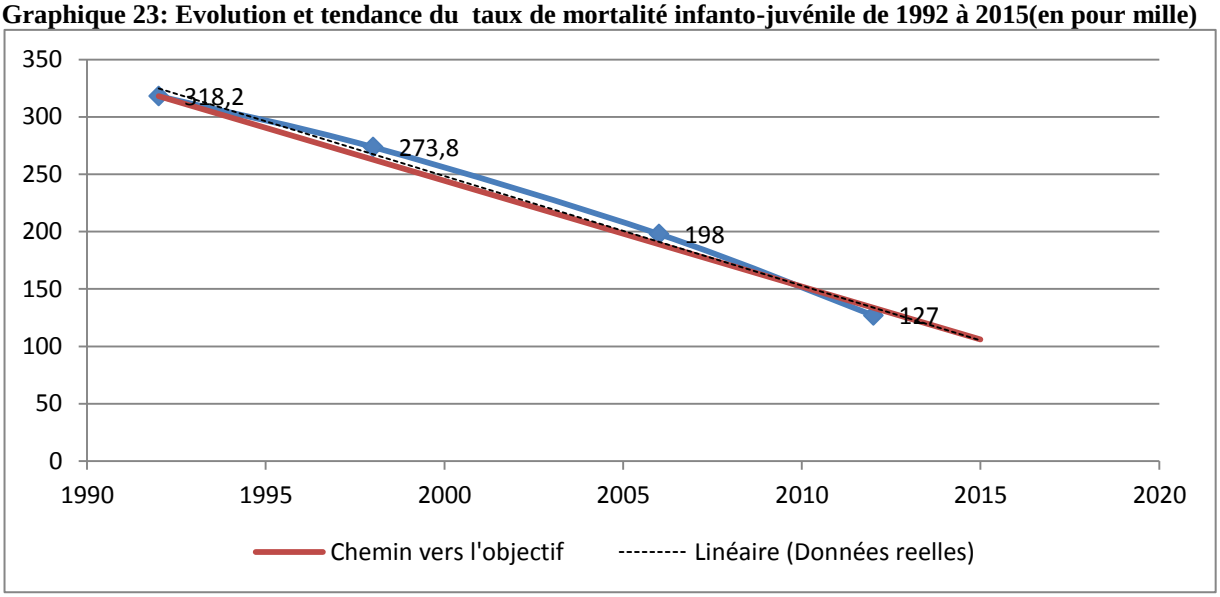
Alors que son taux de mortalité infantile figure parmi les plus élevés au monde, le Niger a depuis 1992 enregistré d'importants progrès en matière de la santé infantile qui découlent essentiellement de l'application de plusieurs plans de développements sanitaires dans le pays. Les enquêtes démographiques et de santé qui ont été réalisées régulièrement par l'INS ont ainsi montré, une importante amélioration des indicateurs retenus en vue de diminuer la mortalité des enfants sur le plan national.

En effet, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans qui était de 318 pour mille en 1992 est passé en 1998 à 273.8 pour mille puis à 198 pour mille en 2006 pour enfin descendre à 127 pour mille en 2012 correspondant à une réduction de (-9,6) points de pourcentage. Si cette tendance observée sur toute la période 1992-2012 se maintient, la valeur de l'indicateur se situerait à environ 98 pour mille contre un objectif de 106 pour mille en 2015.

Quant au taux de mortalité infantile, il était de 123.1 pour mille en 1992 et 1998, puis de 81 pour mille en 2006. En 2012, il se situe à 51 pour mille, alors que l'objectif est de le faire baisser à 45 pour mille en 2015.

En raison ainsi de la tendance globale à la baisse de ces indicateurs, on estime que le Niger peut parvenir à réduire sa mortalité infantile de deux tiers en 2015 si les efforts dans ce cadre se maintiennent.

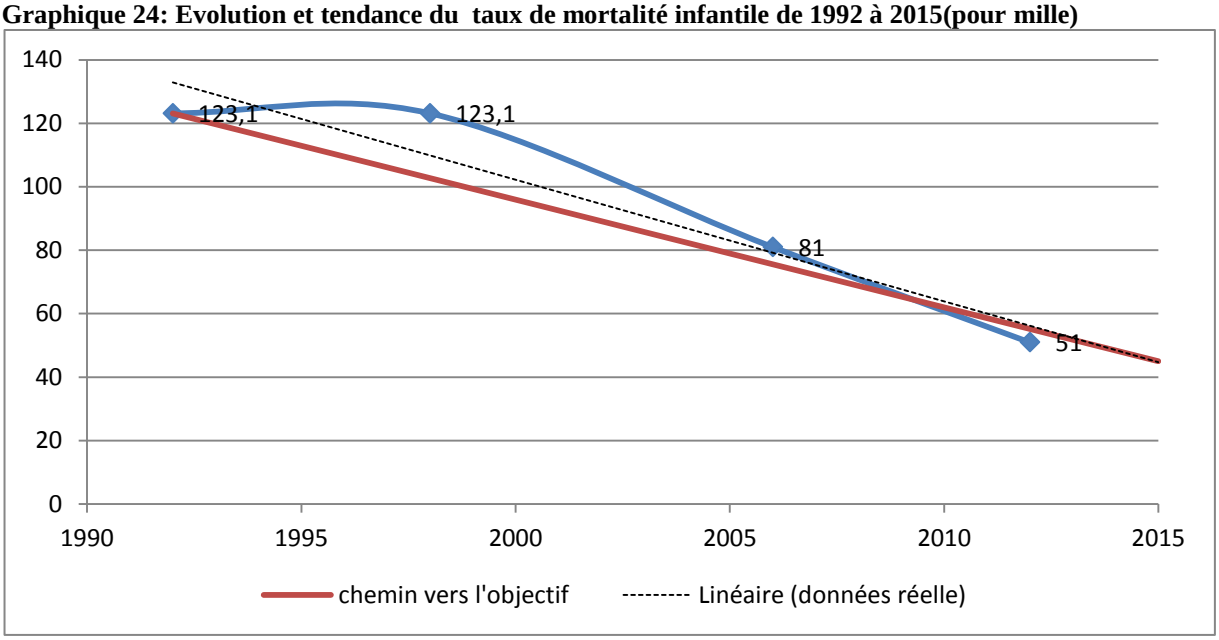
Graphique 23: Evolution et tendance du taux de mortalité infanto-juvénile de 1992 à 2015(en pour mille)



Source : EDSN 1992,1998, 2006 et 2012

En outre, on remarque de ce graphique, que depuis 2006, la courbe réelle se confond avec celle de la valeur cible. Cela signifie que les valeurs réelles correspondent bien aux valeurs qu'il faut pour atteindre l'objectif en 2015. Autrement dit, le Niger est parfaitement en mesure d'atteindre cet objectif en 2015 si cette tendance se maintient.

Graphique 24: Evolution et tendance du taux de mortalité infantile de 1992 à 2015(pour mille)



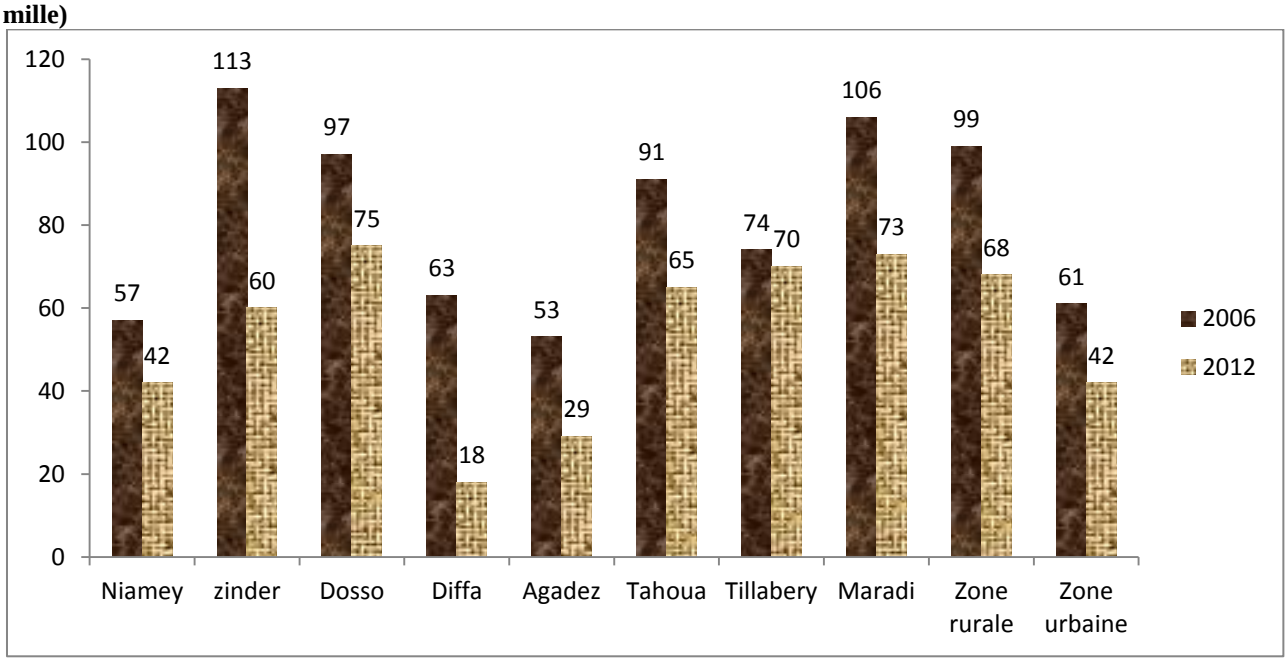
Source : EDSN 1992, 1998, 2006 et 2012

En ce qui concerne la mortalité infantile, on constate qu'en dépit du retard enregistré dans l'amélioration de cet indicateur, notamment au cours de la période 1992-1998 où le taux de mortalité infantile a quasi-stagné, le Niger est depuis 2006 sur la trajectoire fixée pour atteindre l'objectif.

On estime ainsi, que si la tendance de 1992 à 2012 se maintient, l'objectif sera atteint en 2014 alors que si c'est la tendance de 2006 à 2012 qui se maintient, l'objectif va être atteint dès 2013 et le taux se situera à 36 pour mille en 2015.

Par ailleurs, il convient de noter que ces performances cachent de fortes disparités marquantes à plusieurs niveaux. En effet, le taux de mortalité infantile et infanto juvénile ont évolué disproportionnellement dans les régions, les milieux de résidence ainsi qu'au niveau du sexe et du niveau d'instruction de la mère comme les mettent en évidence les graphiques ci-dessous :

Graphique 25: Répartition du taux de mortalité infantile par région et par milieux en 2006 et 2012 (pour mille)



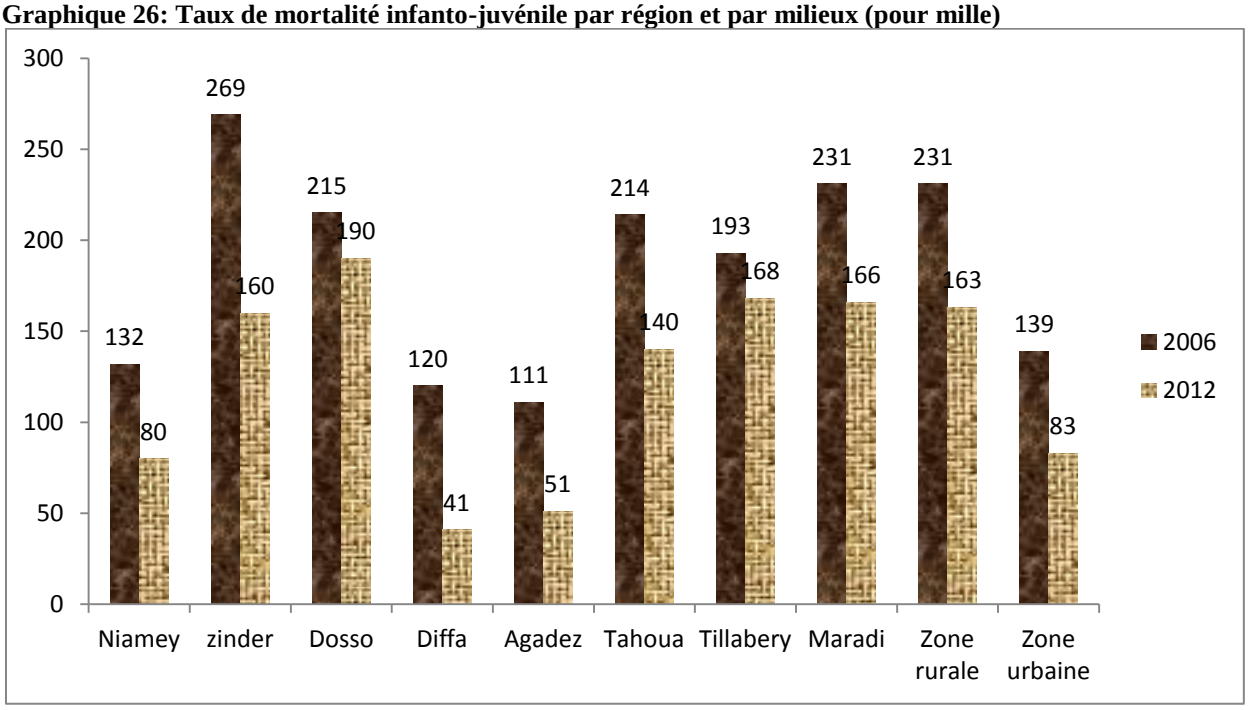
Source : EDSN 2006, 2012

Du graphique ci-dessus, on remarque effectivement que le taux de mortalité infantile a enregistré des baisses plus fortes dans certaines régions notamment Diffa (-250%), Zinder (-88%), Agadez (-82,7%), et Tahoua (-40%) entre 2006 et 2012 que dans les autres régions c'est-à-dire, Tillabéry (-5,7%), Dosso (-29,3%), Niamey (-35,71%) et Maradi (-45,2%).

Par contre selon le milieu de résidence, le taux de mortalité infantile a évolué de façon identique en milieu rural et urbain (-45,58% en zone rurale et -45,23% en zone urbaine).

L'analyse en termes de niveau montre toute fois que la mortalité infantile est plus élevée en zone rurale qu'en zone urbaine et au niveau des régions plus élevée à Tillabéry, Dosso, Tahoua, Maradi et Zinder qu'à Diffa, Agadez et Niamey.

Graphique 26: Taux de mortalité infanto-juvénile par région et par milieux (pour mille)



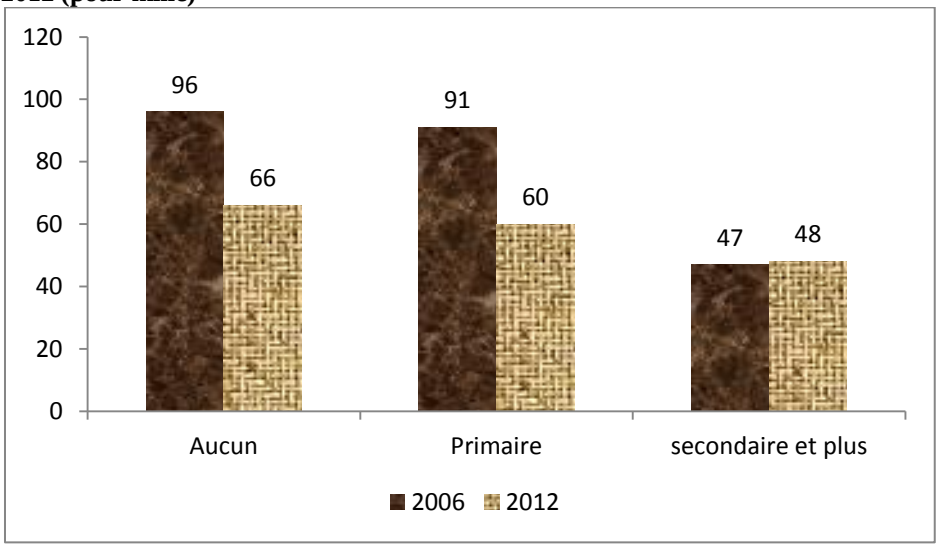
Source : EDSN 2006, 2012

Au niveau de la mortalité infanto-juvénile, Diffa, Agadez et Niamey sont les régions dont la mortalité des enfants de moins 5ans est la plus faible en 2006 et 2012 comparativement aux autres régions.

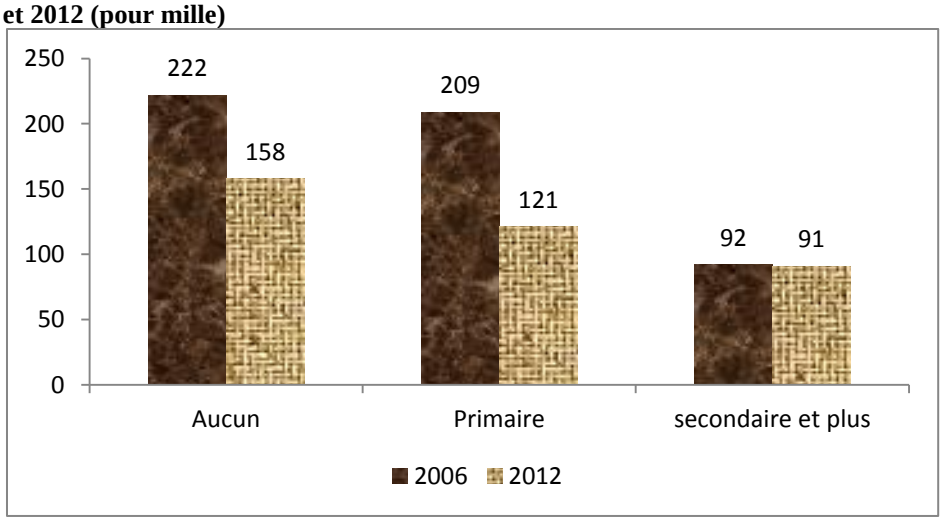
En termes d'effort cependant, c'est Diffa (-192%), Agadez (117,6%), Zinder (-68,1%), Niamey (-65%) puis Tahoua (-52,85%) qui ont affiché les meilleures baisses par rapport à Dosso (-13,15%), Tillabéry (-14,88%) et Maradi (-39,15%).

D'autre part selon le milieu de résidence la mortalité infanto-juvénile est plus basse en zone urbaine, et a également connu une meilleure évolution dans ce milieu (-67,46%) par rapport au milieu rural (-41,71%).Une attention additionnelle doit par conséquent être prêtée à cette dernière.

Graphique 27: Répartition de la mortalité infantile selon le niveau d'instruction de la mère en 2006 et 2012 (pour mille)



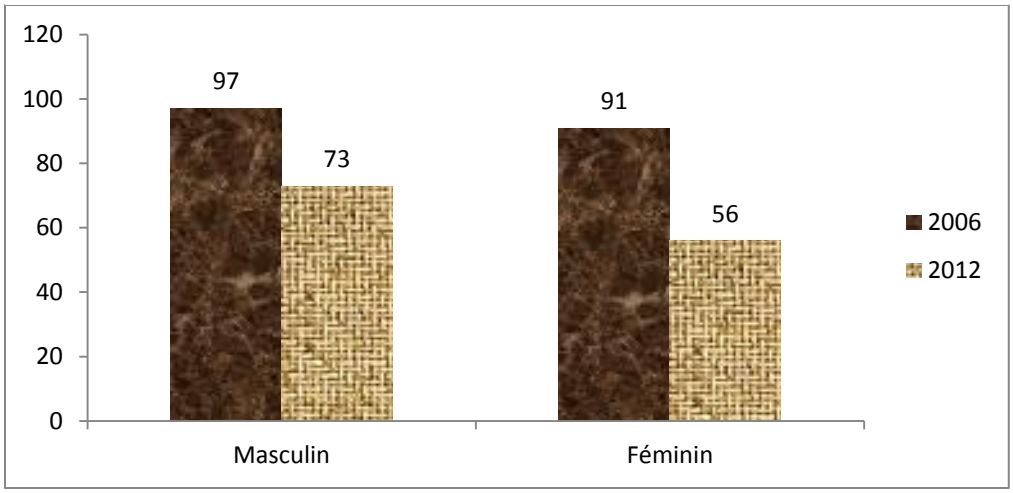
Graphique 28: Répartition du taux de mortalité juvénile selon le niveau d'instruction de la mère en 2006 et 2012 (pour mille)



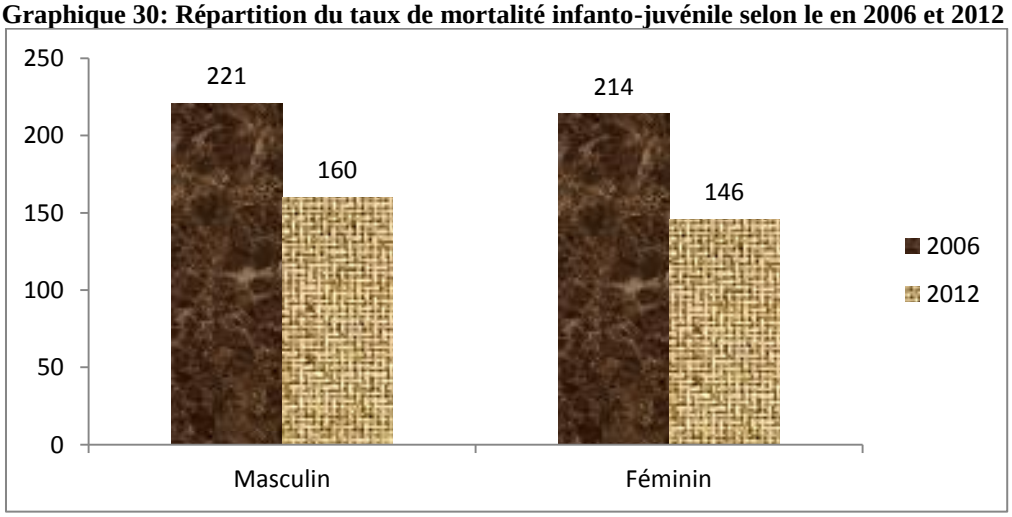
Source : EDSN 2006, 2012Source : EDSN 2006, 2012

Pour ce qui est du niveau d'instruction de la mère, on remarque que même si entre 2006 et 2012 la mortalité infantile et infanto-juvénile sont restées plus faibles pour les mères titulaires au moins d'un niveau secondaire, cette catégorie n'a pas connu une réelle amélioration de ces indicateurs courant cette période (+2% pour la mortalité infantile et -1,09% pour la mortalité infanto-juvénile). En effet, à partir des deux graphiques ci-dessus, on constate que courant cette période, la baisse de ces indicateurs fut plus importante pour les mères ayant un niveau d'instruction primaire (-51,66% pour la mortalité infantile et -72,72% pour la mortalité infanto-juvénile) et pour celles n'ayant aucun niveau d'instruction (-45,5% pour la mortalité infantile et -10,98 pour la mortalité infanto-juvénile).

Graphique 29: Répartition du taux de mortalité infantile en 2006 et 2012 (%)



Graphique 30: Répartition du taux de mortalité infanto-juvénile selon le en 2006 et 2012

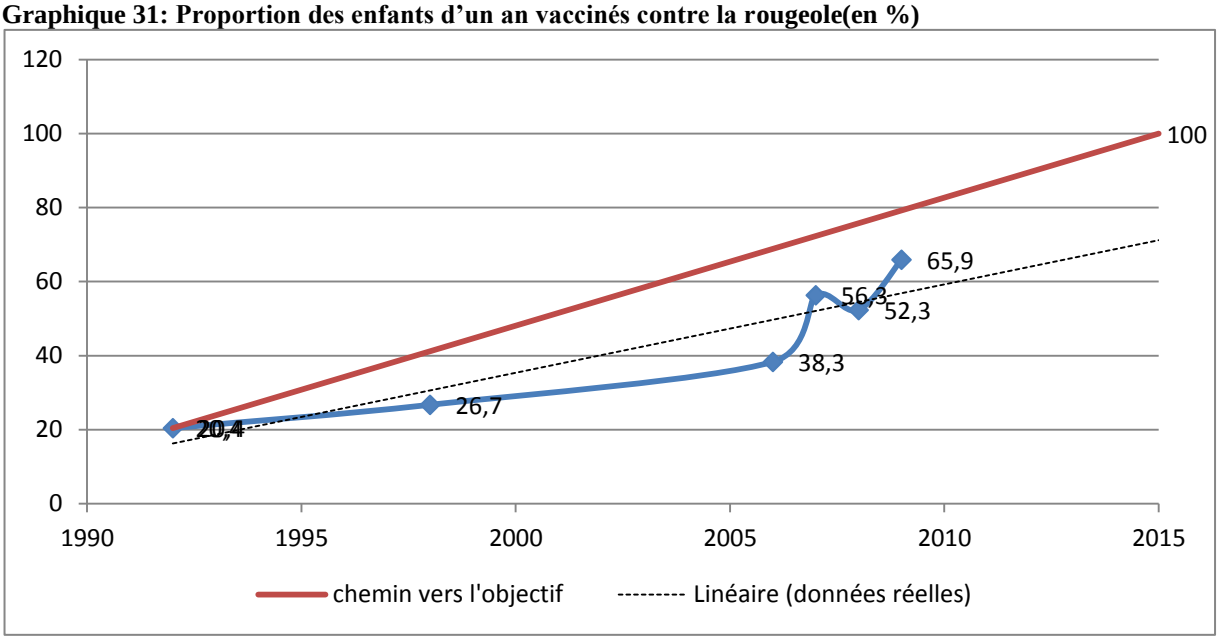


Source : EDSN 2006, 2012Source : EDSN 2006, 2012

Selon le sexe, les graphiques correspondants montrent que courant la période 2006-2012, la mortalité infantile et infanto juvénile sont plus survenues chez les enfants de sexe masculin que ceux de sexe féminin. Aussi, l'évolution des deux indicateurs est plus notable chez les femmes (-62,5% pour la mortalité infantile et -46,57% pour la mortalité infanto-juvénile) que chez les hommes (-32,87% pour la mortalité infantile et -38,12% pour la mortalité infanto-juvénile) durant la même période.

Enfin, concernant le dernier indicateur, relatif à la proportion des enfants d'un an vaccinés contre la rougeole, on note que celui-ci est globalement passé de 20,4% en 1992 à seulement 65,9% en 2009 comme le témoigne le graphique ci-dessous :

Graphique 31: Proportion des enfants d'un an vaccinés contre la rougeole(en %)



Source : EDSN-1992,1998, 2006 et Enquêtes nutrition-2007, 2009

Il ressort clairement de cette figure, que la courbe des valeurs réelles est loin d'atteindre celle des valeurs cibles. On en déduit de la tendance observée depuis 1992 que l'objectif de permettre à tous les enfants d'être vaccinés contre la rougeole en 2015 ne serra pas atteint. Le maintien en effet de cette tendance permettrait d'avoir en 2015 un taux de vaccination de seulement 82%.Toutefois, si l'amélioration enregistrée depuis 2006 se poursuit, les enfants seront tous couverts par la vaccination contre la rougeole avant 2015.

4.1.2. Contraintes et défis

Bien que la mortalité des enfants de moins de 5 ans ait été réduite de manière considérable de 1992 à 2012, il existe encore des facteurs susceptibles d'entraver l'atteinte de l'objectif fixé parmi lesquels nous pouvons citer :

- la pauvreté des ménages qui se manifeste sous plusieurs aspects dont l'insécurité alimentaire sur une grande partie de la population ;
- la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans qui les rend plus vulnérables et les met dans un état précaire, favorisant ainsi la hausse du taux de mortalité ;
- des maladies telles que le paludisme, les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), les maladies diarrhéiques et autres;
- l'insuffisance des vaccinations qui favorise des maladies de tous genres chez l'enfant ;
- les facteurs qui touchent la santé maternelle;
- les pesanteurs socioculturelles, le manque d'hygiène et l'analphabétisme des parents qui ont de graves conséquences sur la prévention de la mortalité des enfants.

Ainsi, pour poursuivre dans cette tendance et atteindre l'objectif de 2015, plusieurs défis doivent être relevés :

Les stratégies de luttes contre la pauvreté doivent être mieux développées afin d'assurer aux ménages des revenus plus décents. Ceci permettrait en outre de réduire considérablement la malnutrition chez les enfants ;

La qualité des services et des soins doit être améliorée afin de permettre non seulement aux enfants mais aussi à leurs mères de jouir d'une meilleure santé. Ceci implique la multiplication du personnel soignant qualifié ainsi que des centres de santé bien équipés.

Enfin, le volet Communication pour un Changement de Comportement pour la promotion des Pratiques Familiales Essentielles est toujours relativement faible malgré l'amélioration relevée. Et, puisque, la pesanteur socioculturelle représente une réelle menace dans la réduction de la mortalité des enfants, des stratégies adéquates doivent être défini afin d'arriver à bout de cette résistance.

4.1.3. Actions menées

Afin de réduire la mortalité des enfants plusieurs actions ont déjà été menées.
- l'extension de la couverture sanitaire du pays ;
- le Programme Elargi de Vaccination (PEV) de routine et les campagnes de vaccination (réduction de 99% de la morbidité de la rougeole et de 97 % de la mortalité liée à cette maladie) ;
- l'intensification de la lutte contre les différentes formes de malnutritions ;
- les campagnes de distribution de vitamine A et de moustiquaires imprégnées,
- dans son Plan de Développement Sanitaire 2005-2010, le Niger s'était engagé à réduire significativement la mortalité infanto-juvénile. De ce fait, la gratuité des consultations prénatales, des césariennes et des soins des enfants de moins de 5 ans a été adoptée en 2006 et cela a permis d'épargner un grand nombre d'enfants contre des maladies et de réduire de manière conséquente la mortalité des enfants de moins de 5 ans. D'ailleurs une cellule de coordination et de suivi de la gratuité liés aux prestations de santé a été créée.

4.1.4. Conclusion partielle

La baisse importante de la mortalité infanto-juvénile enregistrée au cours de ces dix dernières années, particulièrement depuis 2006, fait que le Niger atteindra en 2015 l'objectif si cette baisse se poursuit. Il convient par conséquent de consolider les progrès réalisés vers sa réduction.

CHAPITRE 5 : AMELIORER LA SANTE MATERNELLE

Cible 1 : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

Indicateurs :

1. Taux de mortalité maternelle

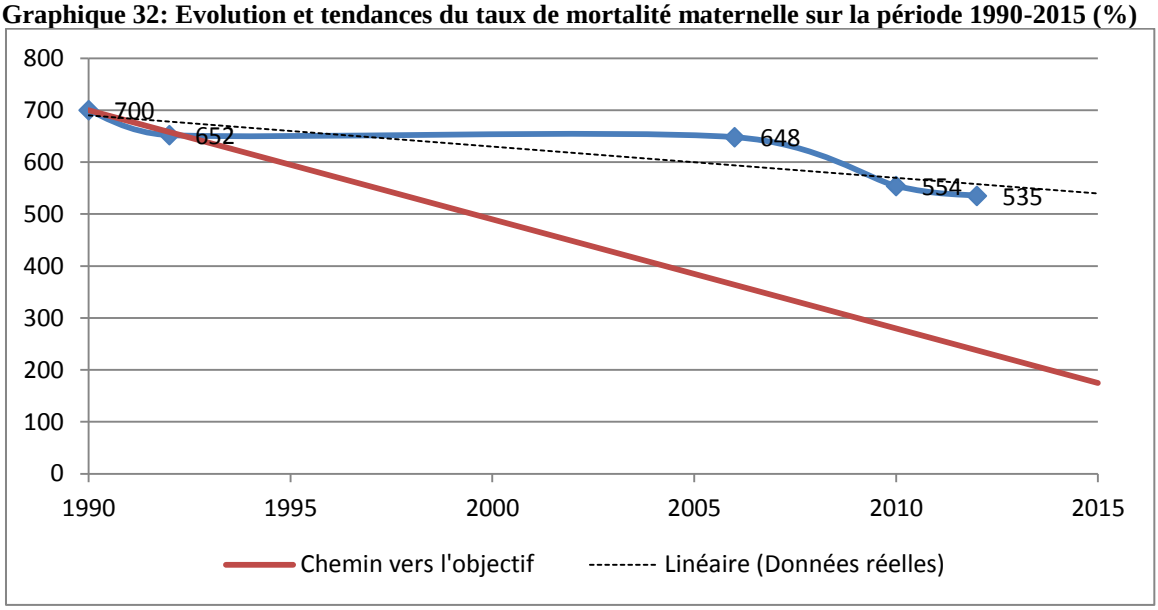
2. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié.

5.1.1. Situation et tendance

Le taux de mortalité maternelle est un indicateur essentiel à l'analyse de la santé de la femme. La mortalité maternelle est définie par l'OMS comme étant " les décès durant la grossesse ou 42 jours au plus après la fin de la grossesse, quelle que soit la durée ou le lieu de la grossesse pour toute cause liée à la grossesse ou à sa gestion ou aggravée par la grossesse, mais non pour les causes accidentelles ".
Le Niger est l'un des pays qui enregistre le plus grand taux de mortalité maternelle au monde. Un nombre important de femmes meurent chaque année en donnant naissance ou même pendant la grossesse. Elles sont encore plus nombreuses, celles qui restent en vie mais gardent de graves séquelles suite à l'accouchement. Les décès maternels représentent environ 39 % de tous les décès de femmes de 15-49 ans (EDSN 2012).

L'objectif étant de réduire la mortalité maternelle de trois quart entre 1990 et 2015, on espère qu'en 2015 il n'y aura pas plus de 175 décès pour cent mille (100.000) naissances vivantes.

Graphique 32: Evolution et tendances du taux de mortalité maternelle sur la période 1990-2015 (%)

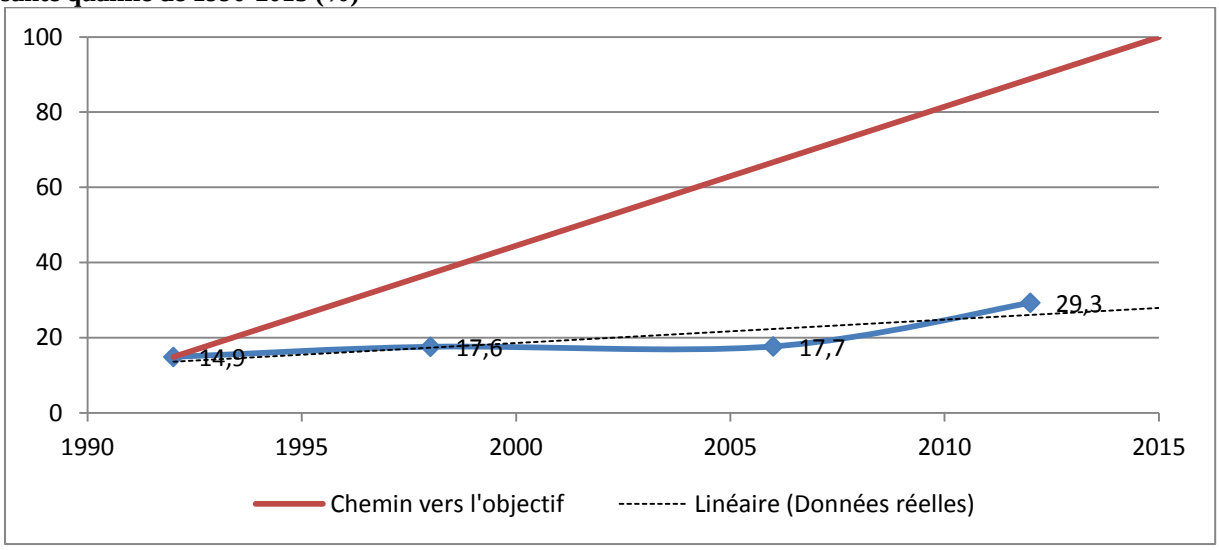


Sources : EDSN 1992, 2006, 2012

Le graphique 32 montre une très lente évolution sur la période 1990 à 2012. Cette lenteur est plus accentuée de 1990 à 2006.
En effet le Niger passe de 700 décès pour cent mille (100.000) naissances vivantes en 1990, à 648 décès pour cent mille (100.000) naissances vivantes en 2006soit une baisse de 3,25 par an sur la période. Ce taux baisse en 2012 et se situe à 535 décès pour cent mille (100.000) naissances vivantes (soit une baisse de 7,5 points par an de 1990 à 2012 et une baisse de 18,83 annuelle de 2006 à 2012). Si la tendance de 1990 à 2012 se maintient, le taux de mortalité maternelle est estimé en 2015 à 513 décès par naissance vivantes. En outre quand c'est la tendance de 2006 à 2012 qui se maintient, ce taux est estimé à 479 décès par naissance vivantes. Dans tous les cas on sera très loin de la cible et l'objectif ne sera pas atteint.

Pour réduire la mortalité maternelle, toute femme enceinte devrait avoir accès à des soins qualifiés durant la grossesse et les accouchements doivent impérativement être assistés par un personnel de santé qualifié. Cela permettrait de mieux diagnostiquer et gérer d'éventuelles complications. Malheureusement, la majorité des accouchements n'est pas encore assistée par un personnel qualifié au Niger.
En effet, l'évolution de cette proportion est très lente. Elle passe de 15% en 1990 à 18% en 1998, stagne jusqu'en 2006. Mais à partir de là, on observe une meilleure évolution et on passe à 29% en 2012.

Graphique 33: Evolution et tendance de la proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié de 1990-2015 (%)

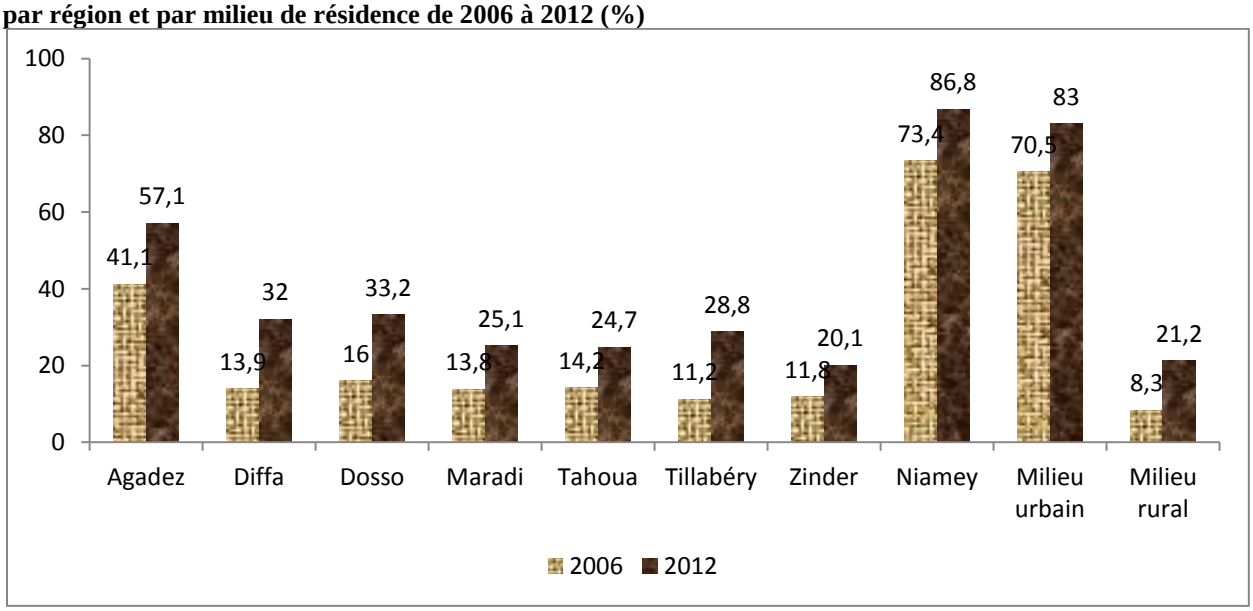


Sources : EDSN 1992, 1998, 2006, 2012

Malgré l'augmentation de la proportion des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié, notamment en 2012, le niveau de l'indicateur reste faible car il est toujours inférieur à la moitié de l'ensemble des accouchements. D'ailleurs si la tendance de 2006 à 2012 se maintient, à l'horizon 2015 la proportion sera de 35%. Cela signifie qu'à peine un accouchement sur trois sera assisté par un personnel qualifié ce qui est très loin de l'objectif.

Le graphique 33 montre, d'une manière globale, une évolution dans toutes les régions et les milieux de résidence entre 2006 et 2012.

Graphique 34: Répartition de la proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié par région et par milieu de résidence de 2006 à 2012 (%)



Sources : EDSN 1992, 1998, 2006, 2012

En outre, sur les deux années, la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié dépend fortement du milieu de résidence, de la région, du niveau d'instruction et du

quintile de bien être. En effet, en 2012, on a 83% pour le milieu urbain contre 21% pour le milieu rural ; 87% pour Niamey et 57% pour Agadez contre 20% pour Zinder ; 29% pour le quintile de bien être le plus élevé contre 12% pour le quintile le plus bas.

5.1.2. Contraintes et défis

La mortalité maternelle reste aujourd'hui un des grands problèmes de santé publique au Niger**.** Plusieurs contraintes entravent l'atteinte de l'objectif fixé en 2015 :

- ✓ le faible recours aux formations sanitaires pendant la grossesse et même pendant l'accouchement ;
- ✓ le faible ratio médecin, infirmier, sage femme par habitant particulièrement en milieu rural;
- ✓ le délai de décision avant de faire appel à des soins professionnels, le délai occasionné par le transport jusqu'au service de soins sanitaires, et le délai d'attente entre l'arrivée au service de soins et la prise en charge médicale effective;
- ✓ la persistance du mariage précoce, l'analphabétisme des mères.

Pour venir à bout de ces contraintes, des défis doivent être relevés. Il s'agit, entre autres, de :

- ✓ sensibiliser les femmes quant à la nécessité des consultations prénatales, post natales, des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié ;
- ✓ rehausser le nombre du personnel de santé qualifié en conformité avec les normes de l'OMS ;
- ✓ réduire le délai de prise en charge de la femme enceinte ;
- ✓ sensibiliser la population en ce qui concerne le mariage précoce et les grossesses rapprochées.

5.1.3 Actions menées

Bien que le Niger soit l'un des pays qui enregistrent les taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde, des actions ont déjà été menées afin d'avoir un résultat plus satisfaisant. Parmi ces actions on peut citer :

- ✓ la gratuité des consultations prénatales, de la césarienne, des contraceptifs et des préservatifs ;
- ✓ le Plan de Développement Sanitaire 2011-2015 ;
- ✓ la Politique Nationale de Population et d'un Programme Démographique Multisectoriel (PRODEM, 2005)
- ✓ le développement des activités de la santé de la reproduction à travers le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR, 2005);
- ✓ la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- ✓ la stratégie nationale d'IEC pour la santé de la reproduction.

5.1.4. Conclusion partielle

La réduction de la mortalité maternelle est un grand défi pour le Niger. Bien que des actions aient déjà été menées, jusqu'en 2010 la proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié reste très faible et le taux de mortalité maternelle est toujours très élevé. Des stratégies ciblées particulièrement vers les populations rurales, les femmes non ou peu instruites, les femmes les plus pauvres doivent être développées afin de réduire de manière drastique la mortalité maternelle. Si les tendances actuelles se maintiennent, aucun indicateur n'atteindra sa cible.

Cible 2 : Atteindre, d'ici à 2015, l'accès universel à la santé procréative

Indicateurs :

1. Taux de prévalence contraceptive ;

2. Taux de fertilité adolescente ;

3. Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénataux au moins une fois et pourcentage de celles ayant reçu au moins quatre fois pendant leur grossesse ;

4. Besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

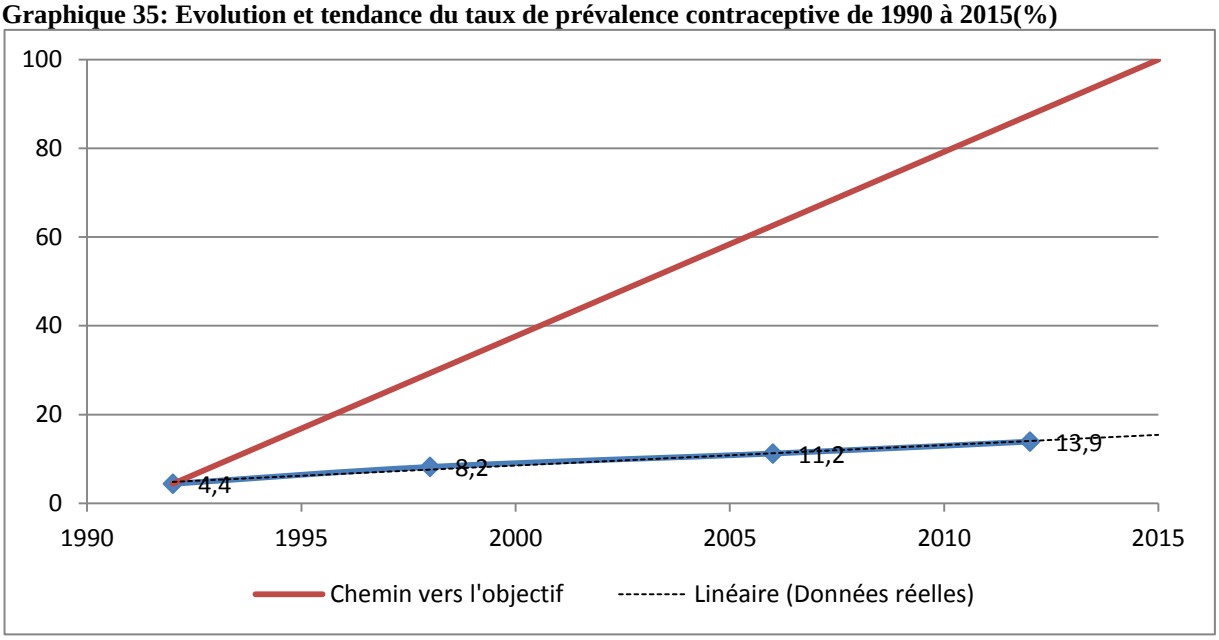
5.2.1. Situation et tendances

On estime à 222 millions dans les pays en développement le nombre de femmes qui souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception, notamment pour les raisons suivantes:

- accès limité à la contraception, en particulier chez les jeunes, les groupes de population les plus pauvres ou les couples non mariés;
- crainte ou expérience d'effets secondaires;
- opposition culturelle ou religieuse;

Au Niger, l'utilisation des méthodes de contraception modernes reste très faible malgré les années de vulgarisation. L'implication depuis quelques années des institutions internationales dans la gestion de la santé reproductive au Niger tente de corriger certaines insuffisances et d'accroître la pratique contraceptive moderne surtout dans les zones rurales. On considère comme indicateur, le pourcentage de femme de 15-49 ans en union utilisant n'importe quelle méthode contraceptive au moment de l'enquête.
Les données des Enquêtes EDSN montrent une très lente progression de 1992 à 2012. On passe de 4% en 1992, 8% en 1998, 11% en 2006 et 14% en 2012. On remarque que les taux restent globalement faibles sur la période analysée. En 2012 environ une femme sur sept n'utilise pas de méthode de contraception. Dans le cadre de la SDRP (Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté) l'objectif a été fixé à 14% pour 2012.

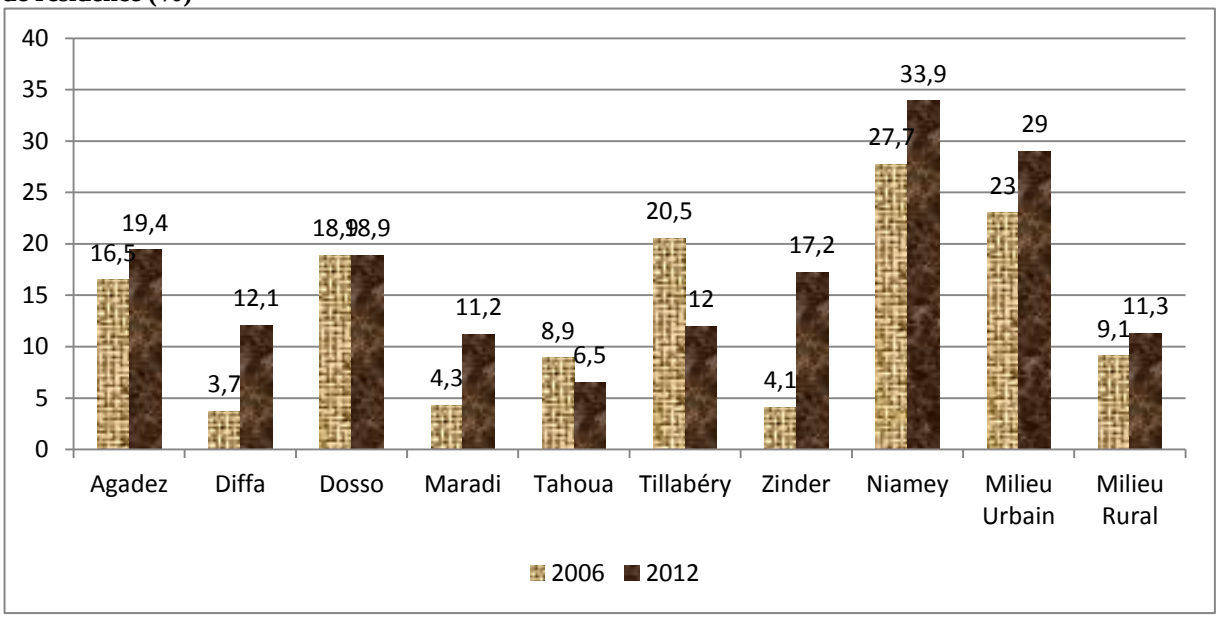
Graphique 35: Evolution et tendance du taux de prévalence contraceptive de 1990 à 2015(%)



Sources : EDSN 1992, 1998, 2006, 2012

Le graphique 35 montre beaucoup de disparités selon les régions. En effet les régions de Niamey (34%), d'Agadez (19%), de Dosso (19%) présentent les meilleurs taux de prévalence contraceptive au Niger. Il est à noter que les régions de Tahoua et de Tillabéry ont connu des baisses respectives de -2,4 et de -8,5 points de 2006 à 2012. Celles-ci représentent avec Maradi et Diffa les régions ayant les plus faibles taux de prévalence contraceptive au Niger. En outre l'écart entre le milieu urbain et rural est très important. La prévalence contraceptive est de 29% dans les zones urbaines et 11% dans les zones rurales en 2012. Les faibles niveaux de la prévalence contraceptive sont notamment imputables au niveau d'instruction et au pouvoir économique du ménage. En effet le taux de prévalence contraceptive est plus élevé chez les femmes instruites (27% chez les femmes ayant un niveau secondaire contre 12% chez les femmes non instruites) et chez celles vivant dans les foyers les plus aisés (26% pour le quintile le plus élevé et 10% pour le quintile le plus bas).

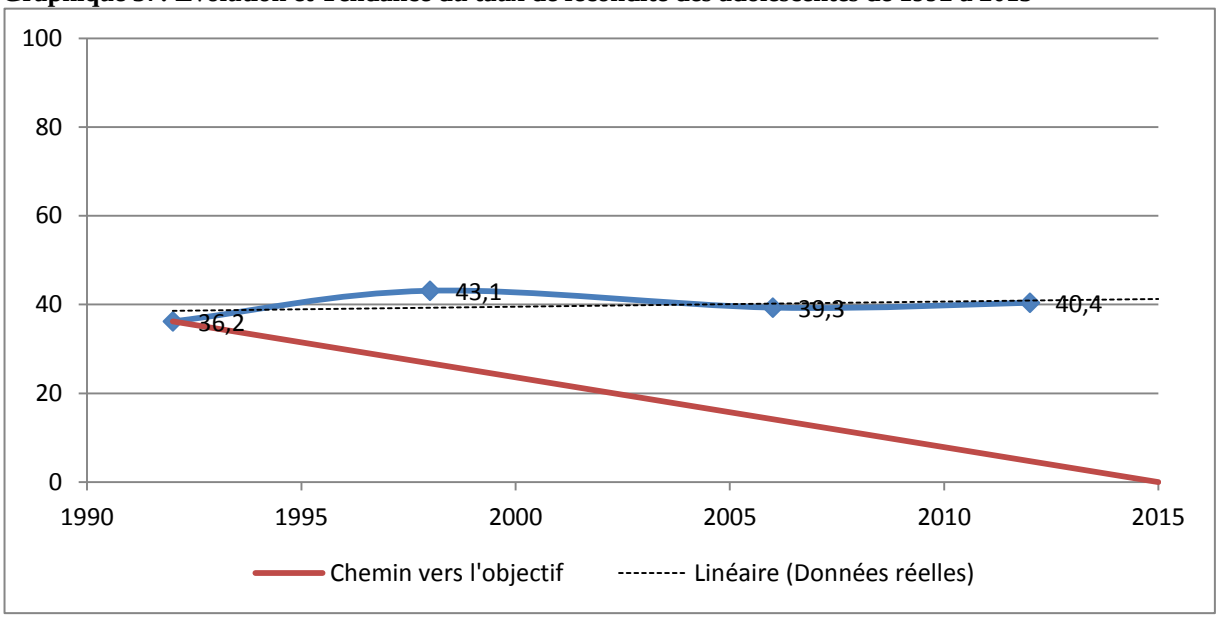
Graphique 36: Répartition du taux de prévalence contraceptive en 2006 et 2012 par région et par milieu de résidence (%)



Sources : EDSN 1992, 1998, 2006, 2012

En matière de fécondité des adolescentes, plusieurs risques sont encourus. En effet, la maternité précoce est souvent la source de risques obstétricaux, de la mortalité maternelle et infantile, de l'augmentation du taux des fistuleuses. La fécondité des adolescentes est un phénomène important au Niger en raison des pratiques traditionnelles qui consistent à marier les filles très jeunes pour des raisons économiques, sociales ou coutumières.

Graphique 37: Evolution et Tendance du taux de fécondité des adolescentes de 1992 à 2015

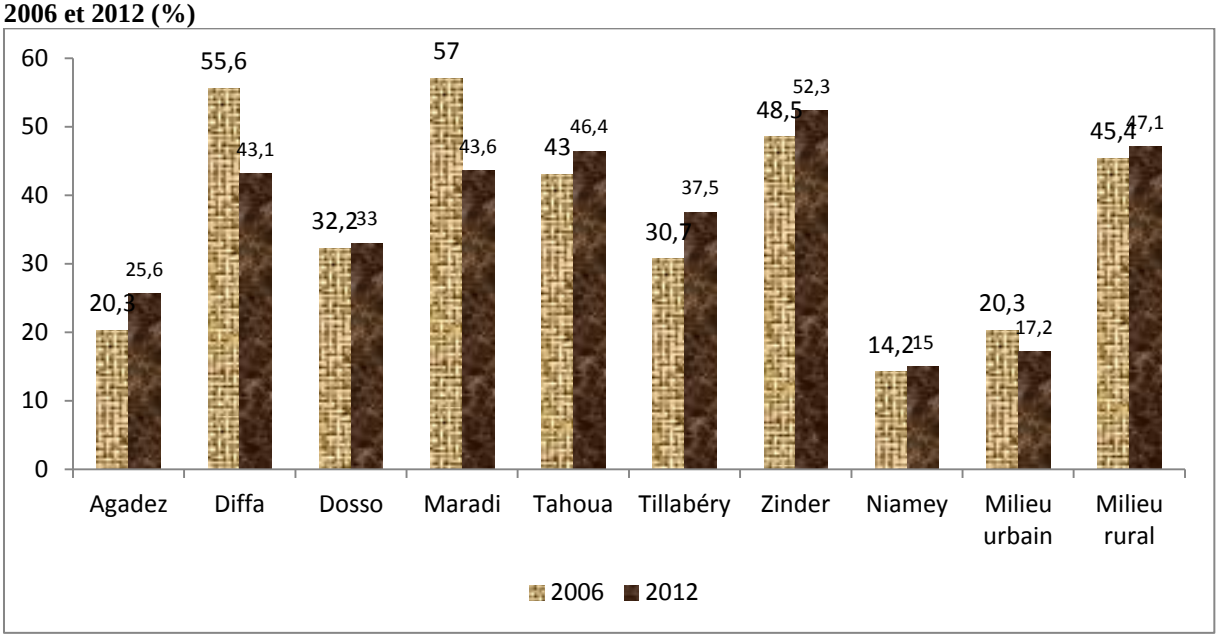


Sources : EDSN 1992, 1998, 2006, 2012

Les données des enquêtes EDSN montrent que la natalité chez les adolescentes est très élevée et n'a pas beaucoup évolué de 1992 à 2012. Le taux de fécondité des adolescentes passe de 36% en 1992 à 40% en 2012. Autrement dit, 2 femmes sur 5 âgées de 15 à 19 ans ont déjà

commencé leur vie féconde. Par ailleurs, on remarque que cette fécondité est nettement plus importante dans les zones rurales qu'urbaines. Le taux de natalité chez l'adolescente en milieu rural représente plus du double de celui du milieu urbain. En 2012, ce taux est de 47% en milieu rural contre 17% en milieu urbain. Cela peut s'expliquer par le fait que le mariage précoce est beaucoup plus répandu dans les zones rurales.

Graphique 38: Répartition du taux de fécondité des adolescentes par régions et par milieu de résidence en 2006 et 2012 (%)

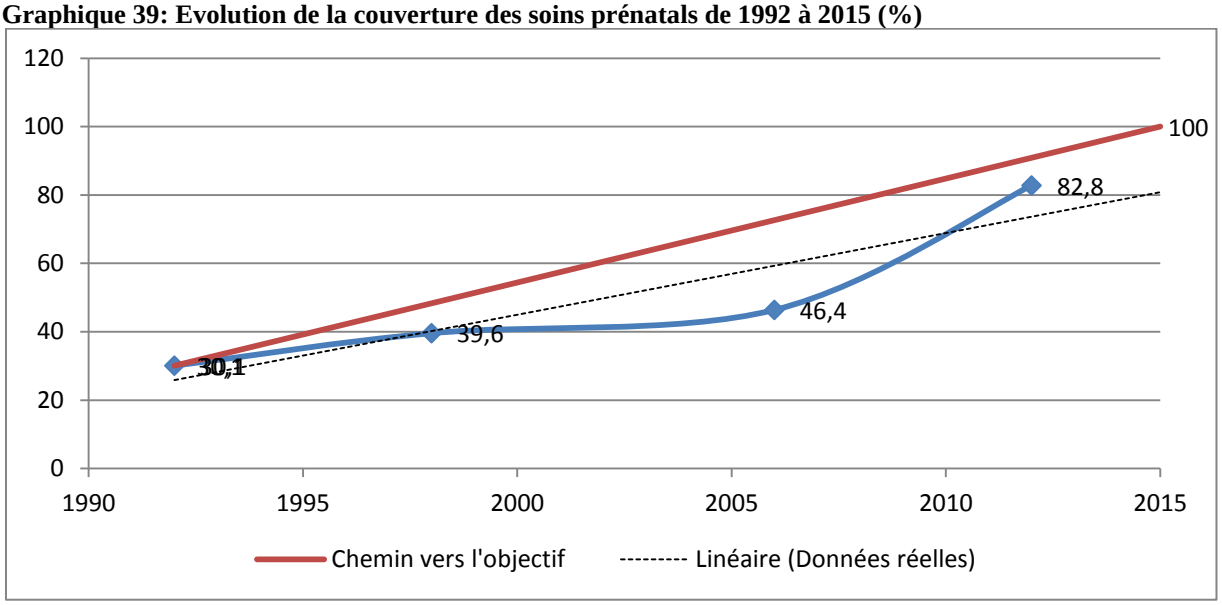


Sources : EDSN 2006, 2012

Sur le plan régional, on observe d'importantes disparités. Les régions de Maradi, Diffa, Zinder et Tahoua présentent les plus grand taux. Par contre, la communauté urbaine de Niamey affiche le plus faible taux de fécondité chez les adolescentes suivie de la région d'Agadez. En outre, En 2012, on constate que la fécondité des adolescentes croit avec l'âge car 7% des filles de 15 ans ont commencé leur vie procréative contre 75% chez les filles de 19 ans, ce qui est plutôt une bonne chose. La fécondité décroit avec le niveau d'instruction (50% chez les adolescentes non instruites et 15% chez celle ayant un niveau secondaire) et le quintile de bien-être économique (49% chez celles résidant dans les ménages classé dans le quintile de bien être le plus bas et 24% pour le quintile de bien être le plus élevé).

La couverture des soins prénatals est un indicateur de l'accès et de l'utilisation des centres de santé pendant la grossesse. C'est aussi un indicateur indirect de la mortalité maternelle.
Quant à la couverture des soins prénatals elle s'est beaucoup élargie. De 1992 à 2012, on assiste à une belle performance car cette couverture a beaucoup augmenté. Elle passe de 30% en 1992 à 83% en 2012. Cela correspond à une augmentation d'environ 2,4 points par an.

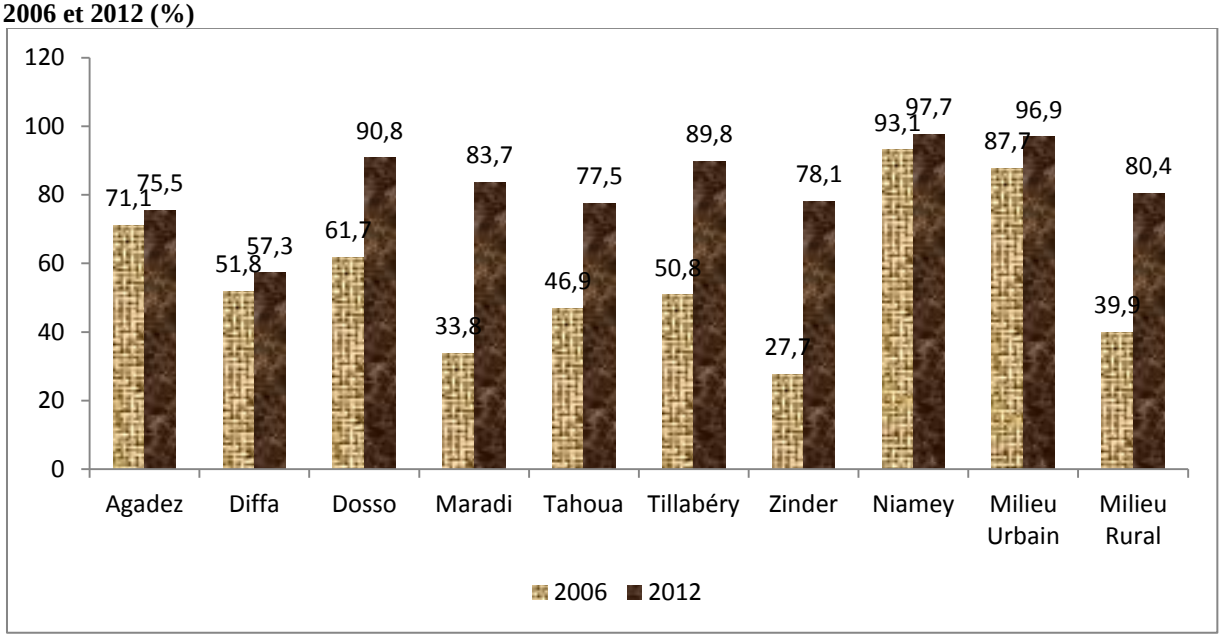
Graphique 39: Evolution de la couverture des soins prénatals de 1992 à 2015 (%)



Sources : EDSN 1992, 1998, 2006, 2012

Si la même tendance se maintient, on aura une augmentation de 2,6 points de pourcentage par an ; dans ce cas, en 2015 la couverture de soins prénatals sera de 90%. Par contre si c'est la tendance de 2006 à 2012 qui se maintient, on observe une augmentation de 6 points par an ; dans ce cas, toutes les femmes auront accès aux soins prénatals à l'horizon 2015.

Graphique 40: Répartition de la couverture des soins prénatals par régions et par milieu de résidence en 2006 et 2012 (%)



Sources : EDSN 2006, 2012

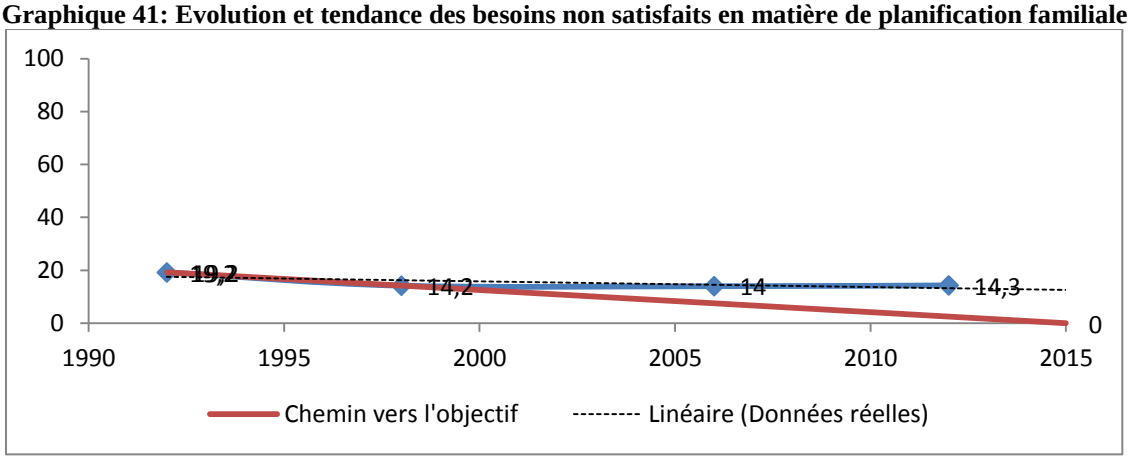
La répartition par région fait ressortir beaucoup de disparités. En 2012, la région de Diffa a la plus petite couverture de soins prénatals (57%) contrairement aux régions de Niamey (98%), Dosso (91%) et Tillabéry (90%). On remarque aussi que sur les deux années, les régions qui ont présenté la meilleure évolution sont celle de Zinder (+50 points) et Maradi (+50 points).

En outre en 2012 on constate que cette couverture est beaucoup plus étendue en milieu urbain (97%) plutôt qu'en milieu rural (80%). Elle est plus élevée chez les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire (99% contre 81% chez les femmes non instruites) ; et chez les femmes les plus aisées (84% contre 71% chez les femmes les moins aisées).

Le dernier indicateur de cet objectif consiste à mesurer les besoins non satisfaits en matière de planification familiale. La promotion de la planification familiale est essentielle si l'on veut assurer le bien-être et l'autonomie des femmes tout en soutenant la santé et le développement des communautés. La capacité d'une femme d'espacer et de limiter ses grossesses a des conséquences directes sur sa santé et son bien-être. La planification familiale permet l'espacement des naissances et donne la possibilité de retarder les grossesses chez les femmes jeunes, les grossesses précoces étant associées à un risque élevé de problèmes de santé et de décès. Elle permet de réduire la mortalité maternelle. Elle permet aussi aux femmes plus âgées, pour qui les risques sont accrus, d'éviter une grossesse.

Au Niger, on constate qu'il y a toujours des femmes qui ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. En effet en 1992, 19% des femmes ont des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale contre 14% en 2006 et 14,3 en 2012.

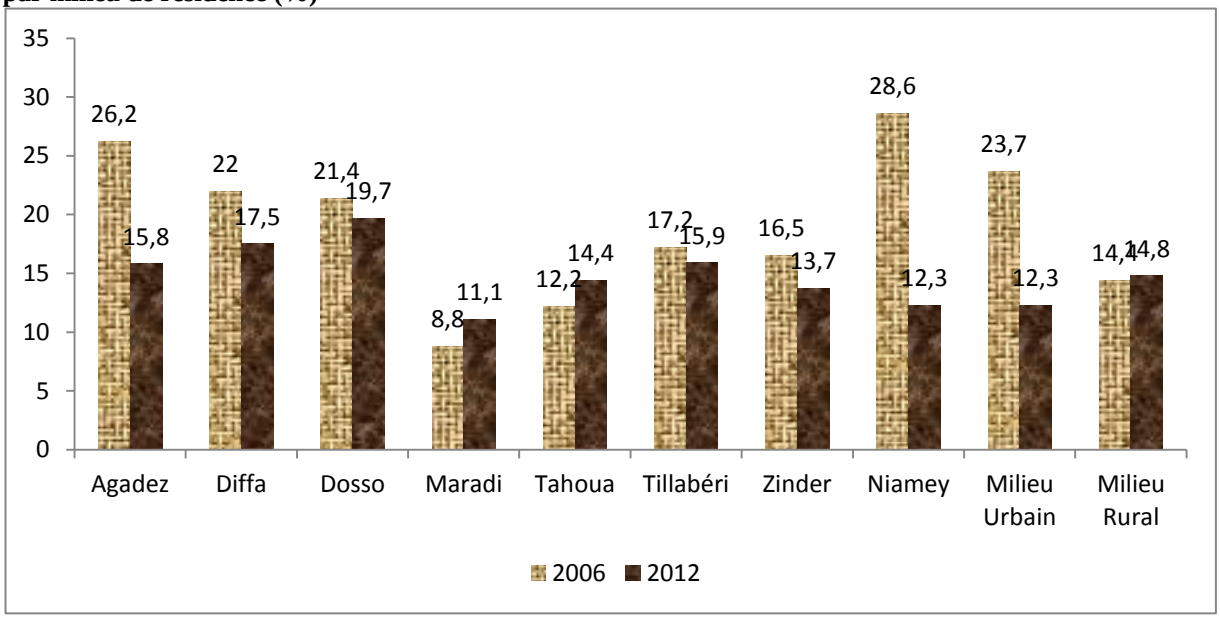
Graphique 41: Evolution et tendance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale



Sources : EDSN 1992, 1998, 2006, 2012

L'évolution des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est très lente de 1992 à 2012. Il est très peu probable que l'objectif soit atteint si cette tendance se maintient.

Graphique 42: Répartition des besoins non satisfaits en matière de planification familiale par région et par milieu de résidence (%)



Sources : EDSN 2006, 2012

Le graphique ci-dessus fait ressortir des disparités entre les régions. D'une manière globale, on observe une baisse de la proportion des femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, à l'exception des régions de Maradi (+ 2 points), Tahoua (+ 2 points), qui ont connu une légère augmentation. A l'opposé, les régions de Niamey (-16 points) et d'Agadez (- 10 points) réalisent les meilleures progressions. Toutefois en 2012, ce sont les régions de Maradi et Niamey qui ont les plus faibles besoins non satisfaits en matière de planification familiale. En outre, ces besoins ne sont pas très différents si on considère les zones urbaines (12%) ou les zones rurales (15%).

En 2012, on remarque que la proportion des femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est moindre chez les femmes instruites (9% chez les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire contre 15% chez les femmes non instruites) et les femmes les plus aisées (12% contre 16% chez les femmes les moins aisées).

5.2.2. Contraintes et défis

En dépit des progrès réalisés au Niger pour améliorer les soins maternels, la majorité des femmes nigériennes n'a toujours pas un accès suffisant à de tels services. Divers obstacles entravent la progression des indicateurs de santé maternelle. Parmi ces obstacles les plus récurrents sont :

- ✓ les contraintes liées aux comportements sexuels et procréateurs. Il s'agit entre autres de la fécondité précoce, les complications après un avortement sans précautions suffisantes, les hémorragies (principalement post-partum), les infections (immédiatement après l'accouchement dans la plupart des cas), les troubles

hypertensifs de la grossesse (éclampsie), le travail difficile, les maladies qui compliquent la grossesse ou qui sont aggravées par elle, telles que la malaria, l'anémie, le VIH ;

- ✓ la faible utilisation des contraceptions et du planning familial ;
- ✓ les contraintes liées à l'accès aux soins de santé sexuelle et de reproduction(l'insuffisance et la mauvaise répartition du personnel de santé qualifié, la mauvaise répartition des centres de santé qui rend l'accès difficile à une grande partie des femmes, l'insuffisance critique de l'infrastructure routière et des transports constitue une autre barrière importante à des soins efficaces car dans les zones rurales, en particulier, les centres de soins sont souvent trop loin ou quasiment inaccessibles) ;
- ✓ l'analphabétisme et les pesanteurs socio culturelles qui font que le mariage précoce persiste et qu'il y a un faible recourt au personnel de santé qualifié lors des accouchements.

Plusieurs défis nécessitent d'être relevés pour atteindre la cible de 2015 par rapport à la santé procréative :

- ✓ améliorer la santé de la reproduction.
- ✓ accroître les centres de santé bien équipés, les services de planification familiale et le nombre de personnel de santé afin de faciliter l'accès aux soins (particulièrement les soins de la santé sexuelle et de la reproduction) aux femmes.
- ✓ sensibiliser la population pour le suivi de la grossesse dans les centres de santé ainsi que sur l'importance de l'accouchement assisté par un personnel qualifié.

5.2.3. Actions menées

Il s'agit de :

- ✓ la gratuité des consultations prénatales, de la césarienne, des contraceptifs et des préservatifs ;
- ✓ le Plan de Développement Sanitaire (PDS 2011-2015);
- ✓ la Politique Nationale de Population et d'un Programme Démographique Multisectoriel (PRODEM, 2005) ;
- ✓ le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR, 2005);
- ✓ la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- ✓ la stratégie nationale d'IEC pour la santé de la reproduction.

5.2.4. Conclusion partielle

D'une manière générale, on remarque que tous les indicateurs choisis pour mesurer cet objectif sont loin des cibles visées. Il en ressort que, mise à part la couverture des soins prénatals, tous les autres indicateurs seront peu susceptible d'atteindre l'objectif.

CHAPITRE 6 : COMBATTRE LE VIH-SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES

Cible 1: D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle

6.1.1. Situation et tendances

Indicateurs retenus:

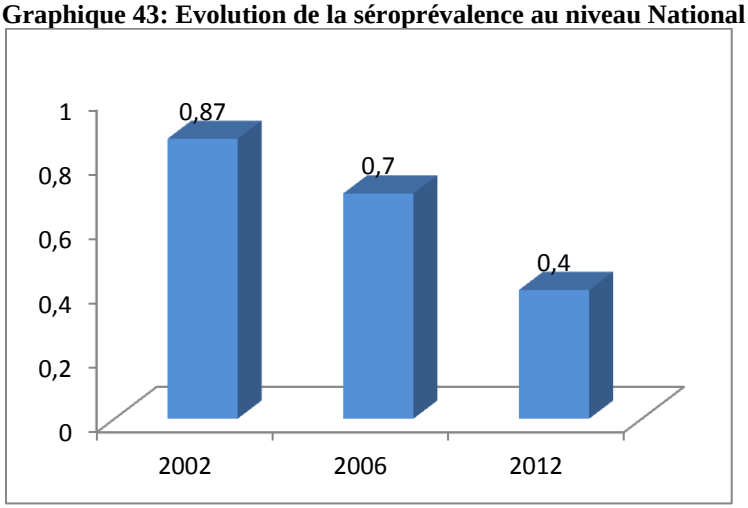
1. Taux de prévalence du VIH parmi la population âgée entre 15 à 24 ans ;

2. Utilisation de préservatifs lors de la dernière relation sexuelle à haut risque;

3. Proportion de la population âgée entre 15 et 24 ans ayant une connaissance générale correcte du VIH/sida.

Depuis le premier cas de Sida au Niger en 1987, des mesures et des dispositions notamment de sensibilisation, de formation et de dépistage de la maladie ont été mises en place pour faire face à la propagation de la pandémie. De ce fait, la séroprévalence du VIH dans le pays est restée à un des niveaux les plus faibles de l'Afrique subsaharienne. Ainsi, les résultats de la première Enquête Nationale de Séroprévalence de 2002 donnaient un taux de 0,87%. En 2006, ce taux retombait à 0,7% et en 2012 il s'est nettement replié à 0,4% selon les résultats des **EDSN-MICS de 2006 et 2012**. Le Niger a, avec l'appui de ses partenaires et l'effet de facteurs socioculturels très favorables notamment les actions de sensibilisation portées par les leaders religieux et communautaires, pu enregistrer des avancées notables en matière de prévention de la maladie au cours de ces dernières années.

Graphique 43: Evolution de la séroprévalence au niveau National (%)

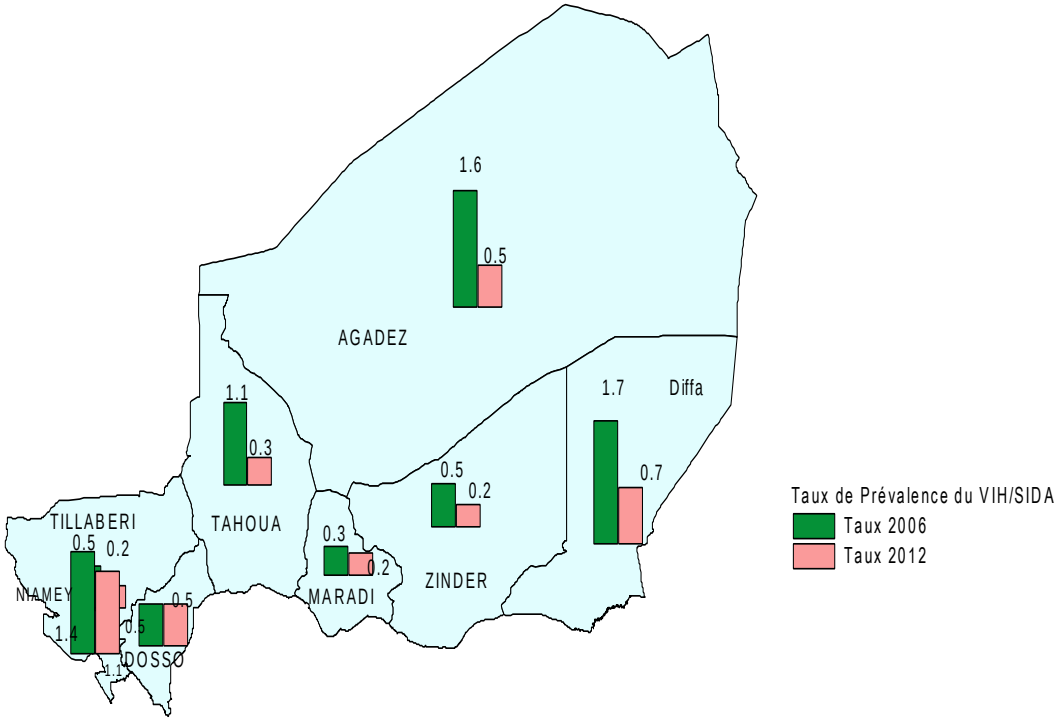


Source : Enquête Nationale de Séroprévalence 2002, EDSN-MICS III 2006 et EDSN-MICS IV 2012

Selon le sexe on note 0,8% et 0,7% en 2006 respectivement pour les hommes et pour les femmes contre 0,4% en 2012 chez les deux sexes.

Selon les régions, les baisses les plus significatives ont été enregistrées à Agadez (1,6% en 2006 contre 0,5% en 2012), Diffa (1,7% en 2006 contre 0,7% en 2012) et à Tahoua (1,1% contre 0,3% en 2012). A Dosso cependant, la séroprévalence n'a pas fléchi par rapport à son niveau de 2006 (0,5%). Selon les résultats provisoires de l'**EDSN-MICS IV 2012,** les prévalences les plus fortes ont été observées à Niamey (1,1 %), Diffa (0,7 %), Dosso et Agadez (0,5%). À l'inverse, Tahoua avec 0,3 % de personnes séropositives et Tillabéry, Maradi et Zinder avec 0,2% chacune, enregistrent les plus faibles taux de personnes séropositives dans la population**.** Il faut souligner que la prévalence du VIH à Niamey bien qu'étant en baisse par rapport à son niveau de 2006 (1,4% en 2006 contre 1,1% en 2012) reste quand même le plus élevé et c'est surtout chez les femmes que le taux est le plus élevé avec 1,5% de séropositives.

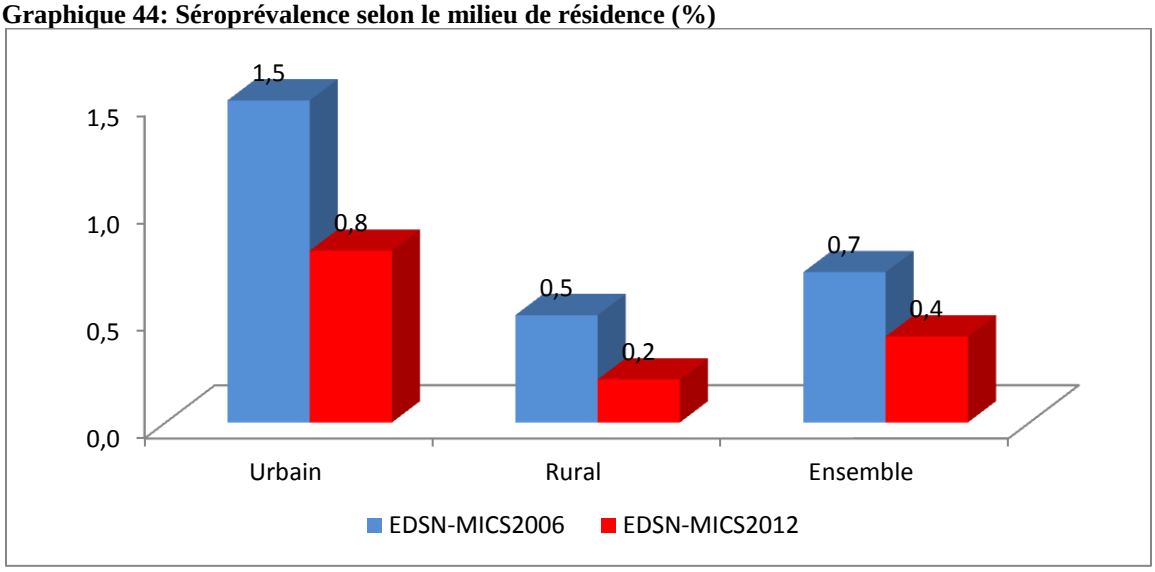
Taux de Prévalence du VIH SIDA par Région en 2006 et 2012 (%)



Source : EDSN-MICS III 2006 et EDSN-MICS IV 2012

Cette baisse de la séropositivité au VIH –SIDA au sein de la population nigérienne est aussi observée en milieu urbain comme en milieu rural avec respectivement 1,5% et 0,5% en 2006 contre 0,8% et 0,2% en 2012. La distribution par milieu de résidence montre une prévalence plus élevée en milieu urbain (0,8%) qu'en milieu rural (0,2%). En milieu urbain les femmes sont plus touchées que les hommes (1,1% contre 0,5% en 2012).

Graphique 44: Séroprévalence selon le milieu de résidence (%)

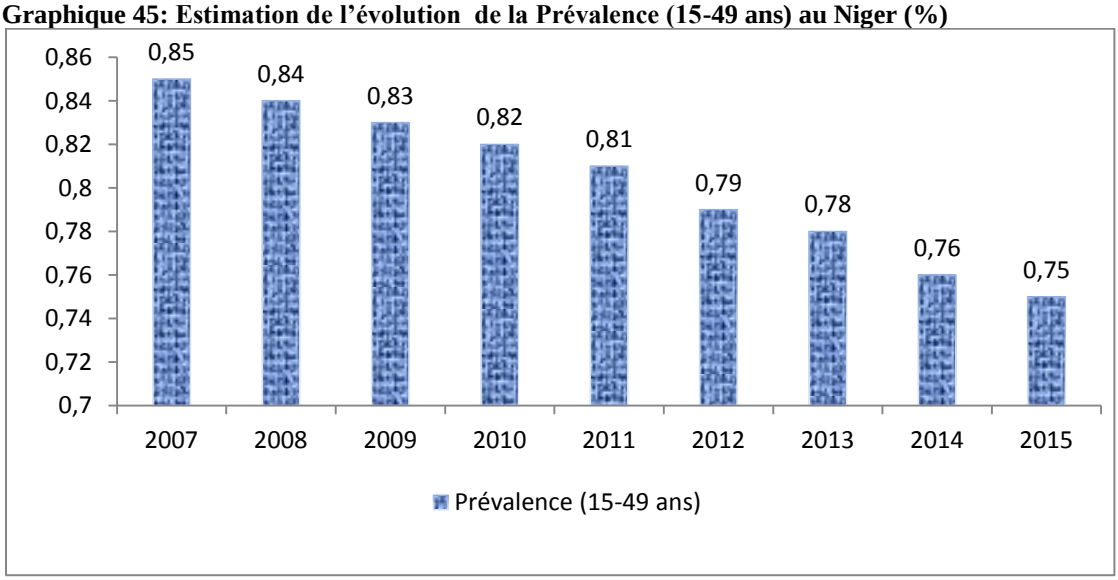


Source : EDSN-MICS III 2006 et EDSN-MICS IV 2012

En milieu rural, ce sont les hommes qui sont les plus infectés (0,3%) que les femmes (0,2%).

Par ailleurs, la distribution de la prévalence selon le groupe d'âges permet de voir que des disparités existent au niveau de certaines tranches d'âges. Ainsi, cette distribution montre une prévalence aussi élevée que la moyenne nationale dans la tranche d'âge 35-39 ans avec 0,7% et jusqu'à 0,9% chez les hommes. Les autres classes d'âge les plus infectées sont celles des 30-34 ans et 40-44 ans avec 0,6% chacune. Dans ces classes les femmes sont plus touchées avec 0,8% de taux de séroprévalence.

Graphique 45: Estimation de l'évolution de la Prévalence (15-49 ans) au Niger (%)



Source : SSG

Pour ce qui est de l'utilisation du préservatif au cours des dernières relations sexuelles à haut risque, la valeur de l'indicateur issue de l'EDSN MICS IV 2012 mesurée chez les groupes

prioritaires (les jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuel avec au moins 2 partenaires) est de 2,1%. Parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, 2,1 % ont utilisé un condom au cours de leurs derniers rapports sexuels. Parmi les hommes de 15-49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, 4,3 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leurs derniers rapports sexuels. Ces taux sont largement inférieurs à ceux de 2006 qui sont de 20 % chez les femmes et de 47 % chez les hommes. Cette situation appelle à un renforcement des actions de prévention pour tous ces groupes afin d'aller vers un niveau de changement de comportement acceptable.

L'analyse des données comportementales et de prévalence montrent que plusieurs facteurs sont associés au VIH, parmi ces facteurs, le multi partenariat : le niveau de prévalence augmente avec le nombre de partenaires sexuels. Les résultats de l'EDSN IV2012 montrent que la séroprévalence qui est de 0,8% chez les personnes qui ont un seul partenaire sexuel passe à 1,8% et 4% pour celles qui ont déjà eu au moins 10 partenaires sexuels au cours de leur vie.

Les partenaires multiples dans les rapports sexuels augmentent donc le risque de contracter le SIDA. Ce risque est encore plus grand lorsque l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible. Selon les résultats de l'EDSN-MICS IV, 0,3 % des femmes et 13% des hommes âgés de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

Au cours de l'EDSN-MICS IV, des questions sur la connaissance générale correcte du VIH/sida ont été posées aux femmes et aux hommes notamment sur ses modes de transmission et sur les méthodes de prévention ainsi que sur les comportements sexuels adoptés. Ainsi, pratiquement la majorité des femmes (86 %) et des hommes (97 %) ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida, ce qui constitue un progrès chez les hommes par rapport à 2006 où ce taux était de 83,1% pour les hommes et 94,6% pour les femmes. En 1998 ces valeurs étaient largement plus petites et étaient de 32,3% pour les hommes et de 64,8% pour les femmes. Toutefois, (48%) des femmes interrogées et 66%des hommes savent, que l'utilisation d'un condom à chaque rapport sexuel et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle non affectée permettent d'éviter de contracter le virus. Ces niveaux de connaissance ont diminué chez les femmes depuis 2006, en passant de 53 % à 48 % et ils sont restés presque les mêmes chez les hommes (65 % et 66 %).

6.1.2. Contraintes et défis :

Parmi les contraintes liées à la cible on peut citer : (i) le niveau d'instruction : le lien entre la scolarité et le VIH est indéniable dans la mesure où le niveau de scolarisation influence l'accès et l'acquisition des informations ainsi que le comportement. Les femmes non instruites ont souvent moins accès à l'information et à l'éducation sur le VIH. Le manque ou la faiblesse de scolarisation des femmes, très frappante au Niger, contribue à accroitre leur vulnérabilité face au VIH/sida. (ii) le faible pouvoir économique des populations aggravé par les crises alimentaires répétitives est aussi un facteur de vulnérabilité important vis-à-vis du VIH ; (iii) la mobilité et la migration interne et externe des populations au Niger, constituent des réalités préoccupantes, en raison des précipitations faibles et limitées dans le temps qui poussent les habitants du milieu rural à partir vers les grandes villes du Niger et vers d'autres destinations extérieures ; (iv) certaines activités économiques comme les exploitations de mines, créent un environnement favorable à la propagation du VIH par un afflux massif de population ; (v) la stigmatisation, et le faible soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Des efforts de sensibilisation ont été réalisés et des progrès sensibles ont été enregistrés en matière de connaissance du VIH/Sida, cependant, les témoignages des intervenants communautaires, des PVVIH, ainsi que les données attestent encore de la persistance dans la société nigérienne d'une représentation négative du VIH/Sida et de certains groupes, dans un contexte social fortement entouré de tabous et de pression religieuse. L'ampleur de la stigmatisation est telle qu'elle contribue à ralentir l'impact des efforts dans la riposte, obligeant certaines personnes à ne pas dévoiler leurs statuts, à fuir le dépistage et à adopter des comportements pouvant être à risque dans l'optique d'éviter la stigmatisation et le rejet de la population ; (vi) l'insuffisance des centres de conseils et de dépistage volontaire et confidentiel.

Ainsi, pour atteindre l'objectif visant à stopper la propagation du VIH/SIDA, le Niger doit relever d'importants défis : (i) la coordination intersectorielle de lutte contre les IST/VIH/SIDA et le Gouvernement en général doivent assurer la vulgarisation des textes juridiques relatifs à la protection des groupes vulnérables, en particulier les veuves et orphelins du VIH/SIDA; (ii) le renforcement des campagnes de dépistage et de prise en charge des malades, de conscientisation, d'éducation et de sensibilisation pour un changement de comportement ; (iii) la promotion de politiques économiques intérieures attractives pour éviter aux travailleurs nationaux à aller en exode; (iv) la prise en compte par les agences de développement, des implications du VIH/SIDA dans leurs activités de développement et d'appui aux populations vulnérables; (v) la conception et la promotion des activités génératrices de revenus pour atténuer l'impact du VIH/SIDA sur les conditions socio-

économiques des personnes infectées ou même affectées ; (vi) la réalisation d'enquêtes régulières chez les groupes vulnérables pour permettre un suivi de la séroprévalence.

6.1.3. Actions menées

Comme politiques et programmes dans le cadre de la lutte contre la propagation de la pandémie on retient (i) Le Plan à Court Terme (PCT) de lutte contre le Sida en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui a servi de base à l'élaboration du premier Plan à Moyen Terme (PMT 1) de 1990 à 1992, puis à un second qui a couvert la période 1994-1998, (ii) le Cadre Stratégique National (CSN) de lutte contre le VIH/sida et les IST en 2002, qui a permis l'élaboration du troisième Plan à Moyen Terme (PMT 3) pour la période 2002-2006 ; (iv) le CSN de 2007-2010 qui a servi de référence pour une politique globale de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST dont le but est de prévenir la maladie, améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, instaurer un environnement éthique et juridique favorable au respect des droits de la personne.

6.1.4. Conclusion partielle

La faible situation épidémiologique issue de la tendance baissière de la prévalence du VIH et la stabilité voire la régression des nouvelles infections observées jusqu'en 2012 montrent que le pays est bien placé pour atteindre les objectifs fixés en 2015 pour peu qu'il continue de s'attaquer efficacement, avec l'appui des partenaires, à la pandémie.

Cible 2: D'ici à 2010, Avoir assurer pour tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/Sida

6.2.1. Situation et tendances

Indicateur :
1. Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux

L'accès gratuit aux ARV a été une des mesures phares de l'Etat en matière de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Cette prise en charge s'est substantiellement améliorée avec le renforcement des interventions de lutte contre la pandémie. D'un seul site de prescription ARV et de suivi des PVVIH en 2004, il existe à ce jour 28 sites selon les données de l'annuaire des statistiques sanitaires du Niger de 2012. Le nombre de personnes à un stade avancé de l'infection au VIH recevant une association d'antirétroviraux (ARV) est passé de 1261 en 2006 à 2846 personnes en 2008 avant d'atteindre 11182 personnes en 2012.

6.2.2. Contraintes et défis

La situation socioéconomique précaire des malades vivant dans les zones reculées et parfois l'éloignement des centres de traitement, ne permettent pas aux personnes vivant avec le VIH de bénéficier de la prise en charge.
Les principaux défis sont : (i) la prise en charge gratuite des malades au stade avancé, (ii) le renforcement de la couverture en ARV, (iii) la disponibilité permanente dans toutes les régions, des réactifs pour le dépistage volontaire et des antirétroviraux.

6.2.3. Actions menées

En matière de politiques et programmes mis en œuvre dans ce domaine, on peut citer, la mise en place de l'Initiative Nigérienne d'Accès aux Antirétroviraux (INAARV) en 2003.

6.2.4. Conclusion partielle

Les traitements ARV resteraient assurés pour toutes les personnes aux stades avancés de la maladie, pourvu que les efforts soient portés sur la mise à niveau des centres régionaux afin que les personnes ayant peu d'informations vivant dans les zones rurales, puissent avoir accès aux ARV.

Cible 3: D'ici à 2015, enrayer la propagation du paludisme et d'autres grandes maladies, et commencer à inverser la tendance actuelle

6. 3.1. Situation et tendances

Indicateurs :
1. Taux d'incidence et de mortalité associé à la malaria ;
2. Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires traitées à l'insecticide ;
3. Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant la fièvre et traités avec des médicaments anti malaria appropriés ;
4. Taux d'incidence, de prévalence et de mortalité associés à la tuberculose ;
5. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre DOTS (la stratégie contre la tuberculose recommandée au niveau international).

Le paludisme reste encore l'une des premières causes de mortalité au Niger (64,4% des décès)[11].Son incidence est en hausse depuis 2000. Elle est passée de 6,3% en 2000 à 33,5% en

[11]MSP_ANNUAIRE STATISTIQUE_SANITAIRE_2012

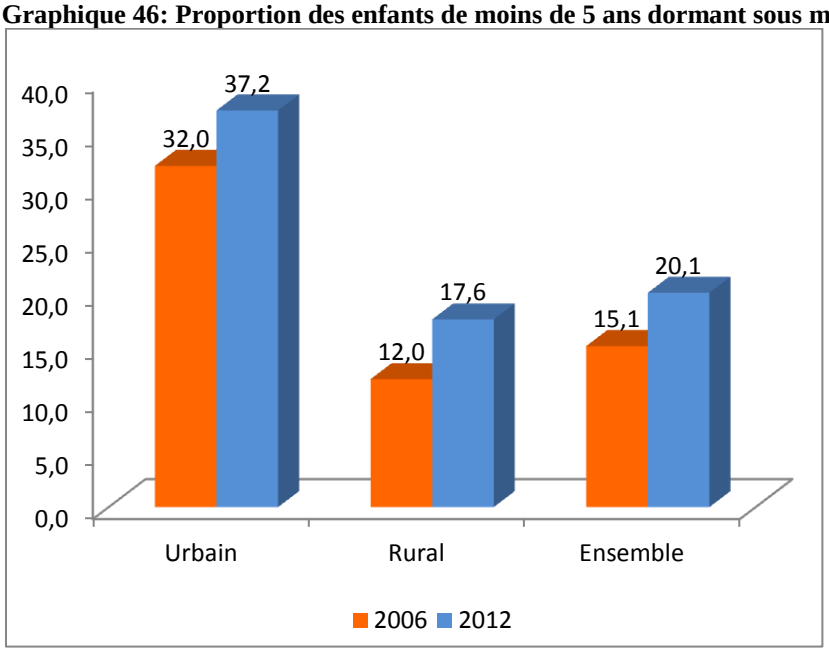
2012 ; soit une augmentation annuelle de 2,3%. Sa létalité s'est stabilisée à un niveau relativement bas avant d'amorcer une baisse sur la période 2006-2011. Elle passe de 0,18 % en 2006 à 0,10 % en 2011. Si ces tendances se poursuivent, l'incidence et la létalité du paludisme se situeraient respectivement autour de 22 % et de 0,07% à l'horizon 2015.

Du fait de la persistance de la maladie et de l'importance des décès qu'elle occasionne chaque année, surtout chez les enfants, la lutte contre le paludisme est devenue l'une des principales préoccupations en matière de santé au Niger. Toutes les politiques et stratégies nationales de développement mises en place ces dernières années dans le pays ont retenu la lutte contre le paludisme comme un des axes stratégiques prioritaires. L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement de la fièvre chez les enfants par des médicaments antipaludéens et la prise préventive d'antipaludéens par la femme enceinte constituent les moyens les plus efficaces de lutte contre la maladie.

L'utilisation de la moustiquaire imprégnée s'est nettement améliorée ces dernières années. Elle est passée de 43% à 83% entre 2006 et 2012. Selon l'EDSN-MICS IV 2012, au Niger, plus de sept ménages sur dix possèdent, au moins, une moustiquaire, qu'elle ait été traitée ou non (72 %). Cette proportion est plus élevée en milieu urbain (79%) qu'en milieu rural (71 %). En ce qui concerne les moustiquaires imprégnées, 61% des ménages nigériens possèdent au moins une moustiquaire imprégnée, 70 % des ménages du milieu urbain en possède au moins une, contre 60 % en milieu rural. Même si les taux ont diminué en 2012, les résultats enregistrés sont appréciables en si peu de temps, ce qui augure d'un impact encore plus important sur la réduction de l'incidence si les politiques de promotion de ce mode de prévention sont poursuivies.

Quand a la proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires traitées à l'insecticide passe de 15,1% en 2006 à 20,1% en 2012. Elle est de 37% pour le milieu urbain et 18% pour le rural en 2012 ; en 2006 ces valeurs étaient respectivement 32% et 12%. Sur le plan régional, les bonnes performances en termes de taux d'utilisation de moustiquaires imprégnées sont enregistrées dans les régions de : Zinder (+78,7%), Tillabéry (+77,7%), Maradi (+76,6%), par contre, Agadez et Diffa ont connu respectivement (+57,8 %) et (+62,8%).

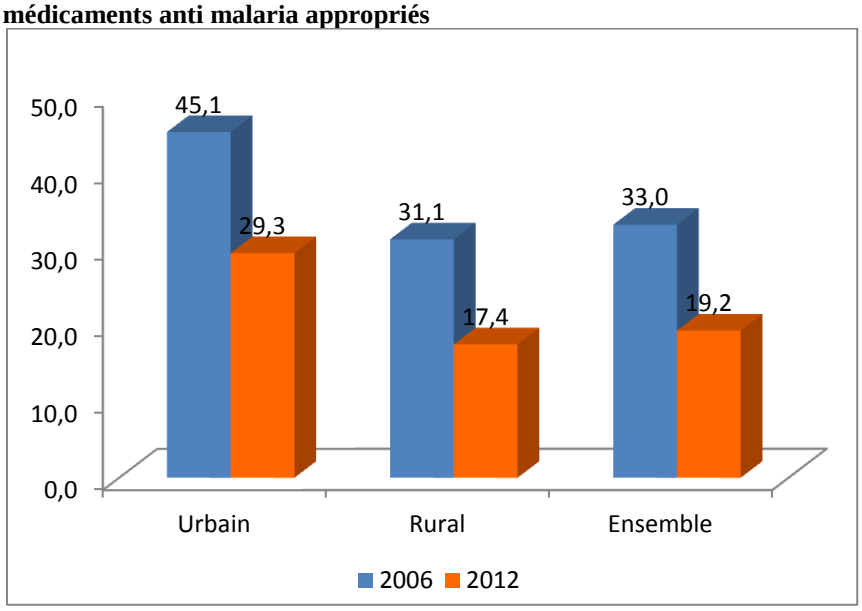
Graphique 46: Proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnée (%)



Source : EDSN 2006, EDSN 2012

Le traitement du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans s'est beaucoup dégradé ces dernières années dans le pays. En effet, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant la fièvre et traités avec des médicaments anti malaria appropriés est passé, entre 2006 et 2012, de 33% à 19 % au niveau national. En milieu urbain il est passé de 45% à 29% et en milieu rural de 31% à 17%.

Graphique 47: Pourcentage d'enfants de moins de moins de 5 ans ayant la fièvre et traités avec des médicaments anti malaria appropriés



Source : EDSN 2006, EDSN 2012

Quant à la tuberculose, elle demeure un problème de santé publique au Niger. Selon les données de l'annuaire statistique du Ministère de la Santé, en 2012, environ 11 207 cas ont

été détectés, contre 9390 en 2008. L'incidence de la Tuberculose pulmonaire à microscopie positive, la plus fréquente au Niger, est estimée à 42 cas pour 100.000 habitants en 2012.
Le taux de succès du traitement des cas détectés en 2007 est estimé à 79% en 2008 contre 76% en 2010 pour atteindre 81% en 2012.

6.3.2. Contraintes et défis

Les principales contraintes liées à cette cible se résument comme suit :
(i) les mauvaises habitudes des populations en matière d'hygiène et d'assainissement, (ii) la faiblesse de la couverture sanitaire dans le pays en général, surtout au niveau des zones d'accès difficile ; (iii) la pauvreté et l'analphabétisme ; (iv) la dissémination de la tuberculose; (v) l'insuffisance des moyens de supervision et d'évaluation de la maladie sur le terrain ; (vi) la faiblesse des stratégies de mobilisation sociale sont des facteurs qui freinent l'enrayement de la propagation du paludisme et de la tuberculose.
Cependant, la maîtrise de ces maladies requiert la mise en œuvre de politiques appropriées pour relever les défis suivants :(i) le développement d'actions en matière d'assainissement et d'accessibilité aux centres de santé de base ; (ii) le développement des médecines alternatives et promotion de la pharmacopée traditionnelle ; (iii) le renforcement du traitement préventif intermittent du paludisme, en incluant, dans chaque kit de grossesse une moustiquaire imprégnée et des médicaments,(iv) l'accroissement de la disponibilité et de l'accès aux médicaments antituberculeux et de la prise en charge du traitement des enfants âgés de moins de 5 ans et de tous les cas de tuberculose détectés et (v) l'amélioration de la qualité de l'application de la stratégie DOTS à tous les niveaux.

6.3.3. Actions menées

Le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015 qui constitue le principal cadre d'orientation en matière en matière de santé au Niger, a pour objectif d'offrir des soins et services de qualité à la population en particulier au niveau des groupes vulnérables.

Pour atteindre cet objectif, huit (8) axes stratégiques ont été définit à savoir :

- l'extension de la couverture sanitaire ;
- le développement des services de la santé de la reproduction ;
- la dotation des structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon le besoins ;
- la disponibilité permanente en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés;
- l'intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée ;
- le renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du système de santé ;
- le développement des mécanismes de financement du secteur de la santé ;
- la promotion de la recherche en santé.

Ces axes prioritaires sont traduits en stratégies d'intervention, activités prioritaires/interventions à haut impact et indicateurs de résultat. D'autres politiques et programmes ont déjà été mis en œuvres : il s'agit : (i) de la mise en place du Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP) dont l'objectif vise: une large distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) aux ménages tout en privilégiant les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, (ii) du Plan Stratégique National de lutte contre la tuberculose etc.

6.3.4. Conclusion partielle

Il ressort de la situation actuelle que l'infection au SIDA a amorcé une tendance à la baisse pour plusieurs raisons notamment les efforts de sensibilisation des autorités, des partenaires et même des organisations de la société civile pour la prévention de la maladie. Cependant le paludisme et la tuberculose occupent encore une place importante parmi les causes de morbidité et de mortalité au Niger et les conditions de prises en charges des malades notamment les moins de cinq pour ce qui est du paludisme se sont dégradées ces dernières années. Inverser la tendance d'ici à 2015 semble donc difficile au vu de la persistance de la pauvreté des populations, en particulier en milieu rural, les allocations encore insuffisantes pour le financement de la santé, la mise en œuvre insuffisante du plan de développement sanitaire liée notamment à la faiblesse des infrastructures sanitaires et au manque de personnel soignant malgré les efforts consentis en 2013 par le Gouvernement. C'est à dire que les autorités doivent se mobiliser et faire participer l'ensemble des acteurs nationaux à la mise en œuvre de politiques plus adaptées, avec des ressources plus conséquentes et un système de suivi/évaluation performant d'ici 2015. Outre ces actions, il importe de privilégier à travers la mise en œuvre du PDES, les programmes prioritaires de lutte contre la pauvreté et de promotion d'un environnement salubre et durable pour espérer un effet réducteur sur la prévalence du paludisme et de la tuberculose.

CHAPITRE 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE

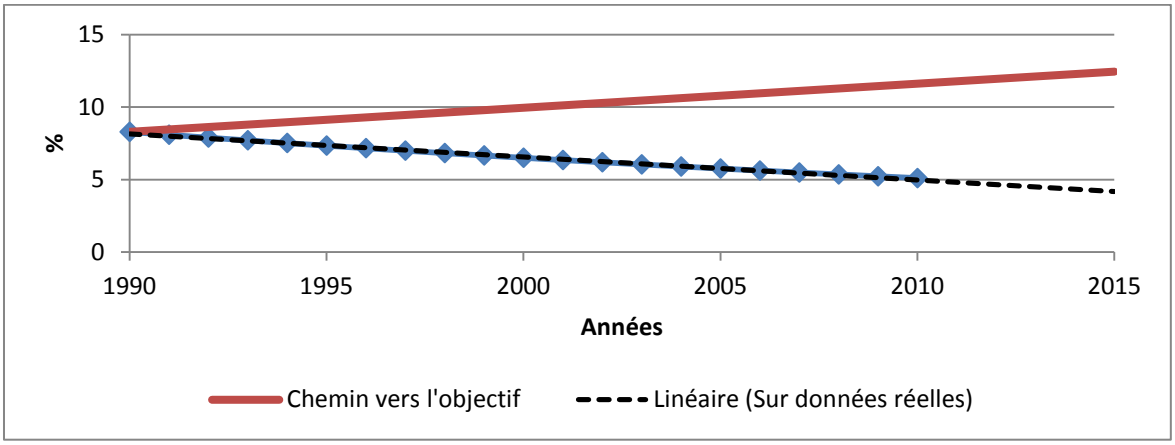
Cible 1: Intégrer les principes de Développement Durable dans les politiques nationales de développement et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales

7.1.1. Situation et tendances

Indicateurs :
1. Proportion de zones forestières ;
2. Emission de CO2 (total, par habitant et pour un dollar du PIB, en Parité du Pouvoir d'Achat [PPA]) ;
3. Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone.

La tendance à la déperdition des ressources environnementales est nettement marquée au Niger. Ainsi, l'on observe une baisse sensible de la proportion en zones forestières du territoire national depuis 1990.

Graphique 48: Evolution (%) et tendance de la proportion des zones forestières du Niger sur la période 1990-2015

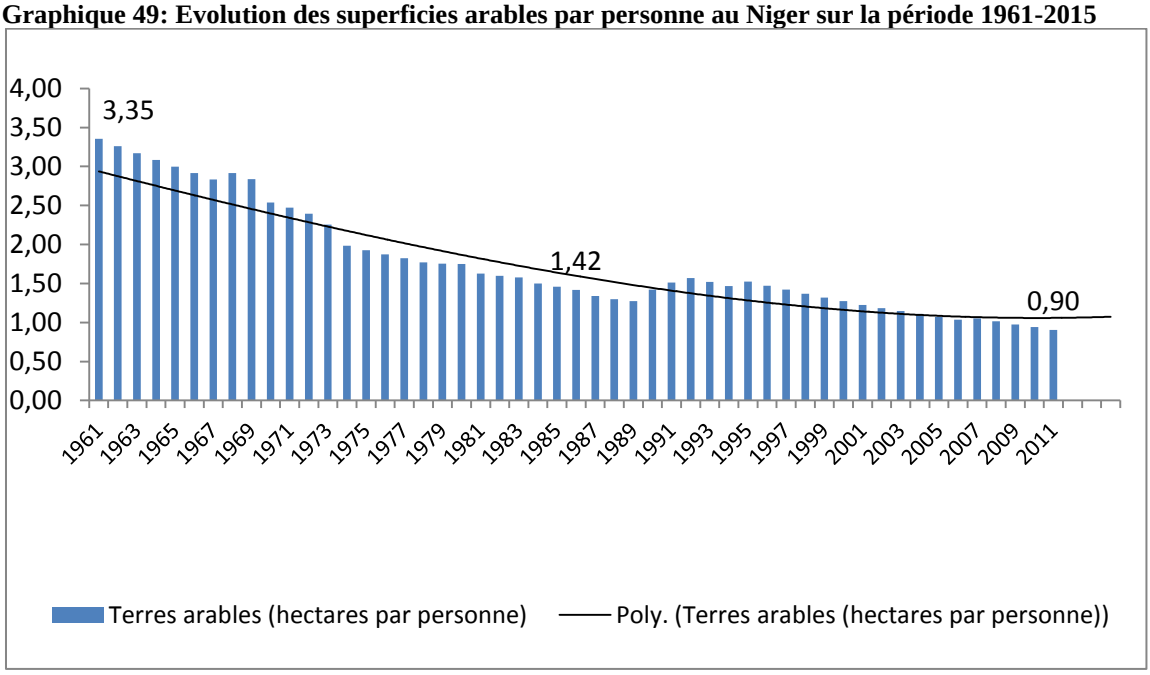


Source : ME/LCD_DRE, DIAF, DGEEF

Si la tendance actuelle se poursuit, la proportion de zones forestières qui était de 8,3 % en 1990 et 5,1 % en 2010, diminuera de moitié à l'horizon 2015 au lieu de doubler sur la même échéance soit une tendance exactement opposée au souhaitable en la matière.
Sur les mêmes bases, la superficie des terres arables a tendance à diminuer de façon drastique au Niger, en passant de 3.35 ha par tête en 1961 à seulement 0.9 ha en 2011 ; il est attendu un

niveau en dessous de 1 hectare en projection de tendance sur les quatre prochaines années (voir graphique)

Graphique 49: Evolution des superficies arables par personne au Niger sur la période 1961-2015

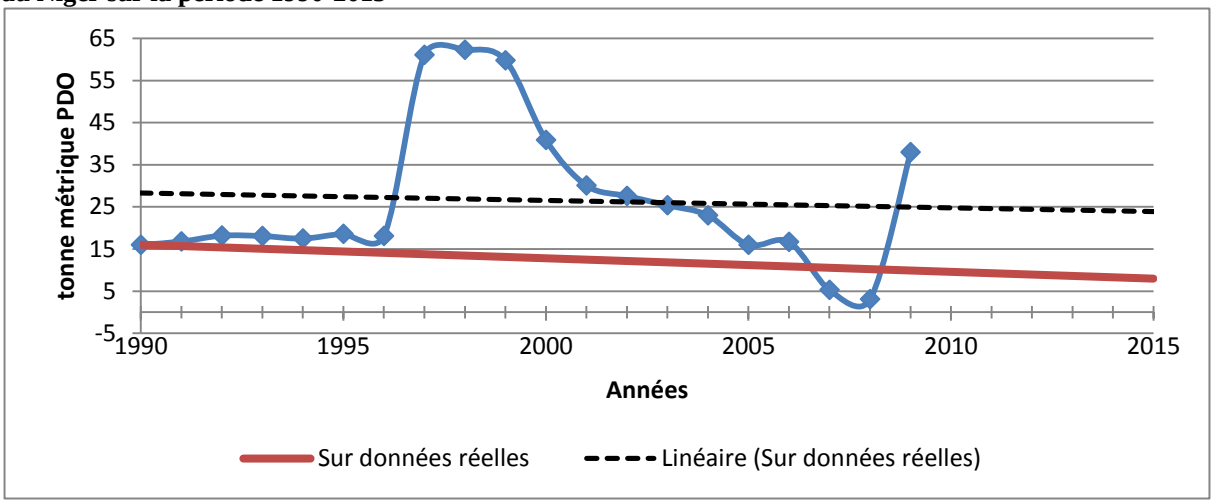


Un autre point sur lequel porte la première cible de l'OMD 7 est la réduction de moitié des émissions de CO2, pour soutenir le rôle de pièges naturels de CO2 des zones forestières. Les statistiques sont rares et elles indiquent que les émissions sont passées de 1,2 t/hbt en 1990 à 1,7 t/hbt en 2000 avec une moyenne de 1,3 t/hbt sur la période 1990-1997[12]. Il est vrai que les émissions nigériennes de CO2 sont relativement faibles mais rappelons que l'objectif spécifique du Niger en la matière et en 2015 est de 0,6 t/hbt.

La couche d'ozone joue un rôle capital dans les mécanismes de régulation climatique de la terre ainsi que sa protection des rayonnements cosmiques tous deux nuisibles aux écosystèmes. C'est la raison pour laquelle la réduction de moitié (par rapport au niveau de 1990) de la consommation des substances appauvrissant la couche d'ozone (essentiellement des chlorofluorocarbones) fait partie de la cible 1 de l'OMD 7.

[12]ME/LCD_SE, CNEDD

Graphique 50: Evolution et tendance de la consommation des substances appauvrissant la couche d'ozone au Niger sur la période 1990-2015



Source : ME/LCD_DECV, DGEEF

Restée à un niveau relativement bas jusqu'en 1996 avec une moyenne de 18 t sur la période 1990-1996, la consommation de ces substances a connu deux augmentations brusques respectivement en 1997 où elle passe à 61 t, et en 2009 où elle rebondit à 38 t après une baisse régulière depuis 1999. La tendance linéaire induite par cette évolution chaotique semble montrer que le Niger sera à une consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone trois fois supérieure à l'objectif de 8t fixé pour 2015.

7.1.2. Contraintes et défis

Les contraintes majeures auxquelles est soumise l'intégration des principes de développement durable dans les politiques de développement au Niger sont :

i. une dotation factorielle naturelle défavorable en termes de ressources hydriques et forestières (climat sahélien de type aride et semi-aride) ;
ii. la structure de l'économie tournée vers des activités agricoles extensives de subsistance doublée d'une forte croissance démographique induisant à travers des activités légales ou non (empiètements agricoles, pâturage, pêche, braconnage, feux de brousse, coupes de bois, etc.) une pression accrue sur les ressources naturelles non minières ;
iii. l'accroissement rapide du parc automobile du fait d'une majorité de véhicules usagers non conformes aux protocoles sur l'utilisation des substances appauvrissant la couche d'ozone ;
iv. l'extension et l'accroissement de certaines activités polluantes, notamment minières et pétrolières ;
v. l'insuffisance des statistiques sur plusieurs aspects environnementaux.

Elles posent plusieurs défis dont le relèvement concourrait à la durabilité du processus de développement auquel aspire le pays. Il s'agit de :

i. l'acquisition et la vulgarisation, pour une pleine implication des communautés, de technologie innovantes dans le secteur primaire de l'économie nigérienne (énergie, production animales et végétales, etc.);
ii. le développement des statistiques sur l'état et l'évolution environnementale du pays ;
iii. la mise en place au niveau national et décentralisé de programmes d'aménagement des formations naturelles en synergie avec des actions de niveau sous-régional et régional ;
iv. la réglementation et son application de l'usage des substances appauvrissant la couche d'ozone.

7.1.3. Actions menées

Au titre des programmes et actions en cours de réalisation dans le cadre de la cible 1 de l'OMD 7. On peut citer :

- l'inversion des tendances à la dégradation des terres et des eaux du bassin du fleuve Niger ;
- le Programme d'Action National pour l'Adaptation aux Changements Climatiques ;
- le Programme National de Référence d'Accès aux Services Energétique (PRASE);
- le projet « Mise en œuvre des interventions urgentes et prioritaires pour renforcer la résilience et la capacité d'adaptation du secteur agricole aux changements climatiques au Niger ».

7.1.4. Conclusion partielle

La proportion de zones forestières du Niger a indubitablement baissée depuis 1990. Ainsi, sur la période 2000-2010, cette proportion a baissé de 6,5 à 5,1 % au lieu de croître vers l'objectif de 12,43 % en 2015, éloignant du coup l'éventualité de l'atteindre à ladite échéance.
De même, les émissions de GES et la consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone qui devraient diminuer ont progressé depuis 1990. Partant de leur niveau de 1,7 t/hbt en 2000, des progrès conséquents devraient être réalisés pour atteindre l'objectif de 0,6 t/hbt émissions de CO2 en 2015 tandis que la consommation des substances endommageant la couche d'ozone se situe à 38 t en 2009 pour un objectif de 8 t en 2015. Des actions d'envergure pour la préservation des surfaces forestières demeurent urgentes ainsi que l'a déjà relevé les précédents RNOMD et le faible niveau des émissions de carbones et de substances nuisibles à la couche d'ozone ne dédouane pas de consentir les efforts nécessaires (à travers notamment une modernisation du tissu économique rural) pour les maintenir au niveau fixé de commun accord avec le reste du monde.

Cible 2: Réduire la perte de biodiversité, atteindre d'ici à 2010, une diminution importante du taux de perte

7.2.1. Situation et tendance

Indicateurs :

1. Proportion de stocks de poissons dans des limites biologiques sûres

2. Proportion des ressources totales en eau utilisées

3. Proportion des zones terrestres et marines protégées

4. Proportion des espèces menacées d'extinction

Il est vrai que les statistiques en la matière sont relativement rares mais il est tout de même possible d'affirmer que le potentiel halieutique a considérablement baissé du fait principalement de l'ensablement, des espèces envahissantes ainsi que les modifications profondes des écosystèmes en général. Les superficies exploitables sont passées de 400 000ha à 70 000ha[13] et la production a globalement diminué depuis 2003 (passant de 55 860 t en 2003 à 50 058 t en 2005[14]).

Le constat est sensiblement le même pour ce qui est des ressources en eau. Elles sont estimées à environ 30 milliards de m^3 (volume annuellement charrié par les cours d'eau permanents ainsi que les mares permanentes et semi-permanentes.).Les eaux souterraines sont estimées elles, à 2,5 milliards de m^3. Seul 1% des ressources en eau de surface et 20% des écoulements souterrains sont utilisés pour les consommations humaines[15].

La création des réserves de Termit et Guadabéji en 2012 grâce au projet Fauna Corridor a permis de faire passer la proportion de la surface du territoire protégée de 6,6 % à depuis 1990 à 14,3%[16], rapprochant ainsi le Niger de l'objectif de 16,5% en 2015.

La biodiversité au Niger a fait l'objet d'une évaluation en 2008 permettant de dénombrer environs 5 324 [17] espèces animales et végétales. Elle souffre des activités humaines (défrichage, pâturage, etc.) et des changements climatiques et environnementaux (baisse de la pluviométrie, désertification…) qui affectent ses équilibres écologiques.

7.2.2. Contraintes et défis

Au titre des contraintes entravant les efforts du Niger pour réduire de manière importante le taux de perte de la biodiversité l'on peut citer, en plus de la fragilité même de son écosystème (nombre relativement peu élevé d'espèces en présence) :

i. les aléas de plus en plus grands sur la mousson et la pluviométrie avec une tendance à la baisse des cumuls pluviométriques annuels ;
ii. l'ensablement des cours d'eau permanents et l'assèchement du lac Tchad ;
iii. la prolifération d'espèces envahissantes dans les eaux de surfaces surtout permanentes ;
iv. le caractère non renouvelable d'une partie des réserves d'eaux souterraines ;
v. l'extension incontrôlée du domaine humain sur les espaces naturelles auparavant préservés ;
vi. l'insuffisance de l'information statistique sur la question.

[13] RNOMD 2009, INS, 2009.
[14] Annuaire statistique des cinquante ans d'indépendance du Niger, INS, 2010.
[15] RNOMD 2009, INS, 2009.
[16] MH/E, 2012.
[17] RNOMD 2009, INS, 2009.

Le défi majeur auquel est confronté le Niger est de concilier, dans un contexte de rareté des ressources naturelles, les besoins d'une population sans cesse croissante avec le souci de préserver un écosystème fragile. Ce défi peut se décliner principalement en deux variantes :

- la pleine implication des Nigériens dans les efforts de préservation de la biodiversité pour laquelle ils doivent être sensibilisés quant à son importance ;
- la modification profonde d'habitudes et de pratiques bien ancrées dans les comportements et qui nuisent à la diversité des espèces et aux écosystèmes.

7.2.3. Actions menés

Des actions ont été menées en vue d'atteindre la cible 2 de cet objectif. Elles se situent dans des cadres relativement importants tels que :

- la Stratégie Nationale et le Plan d'Action pour la Diversité Biologique (SNPA/DB) ;
- la Stratégie Nationale pour la Pêche et l'Aquaculture ;
- le Schéma Directeur pour la Mise en Valeur des Ressources en Eau ;
- la création de nouveaux corridors et zones protégées à travers le projet Fauna Corridors.

7.2.4. Conclusion partielle

Les actions menées par le Niger montrent que le pays est conscient de la nécessité de préserver sa biodiversité. La proportion de zones protégées a ainsi plus que doublé cette année et la proportion des ressources totales en eau utilisées pour les besoins et activités humains est de l'ordre du pourcent.

Cependant, il convient de ne pas perdre de vue le défi majeur qui est de concilier, dans un contexte de rareté naturelle, les besoins d'une population sans cesse croissante avec le souci de préserver un écosystème fragile.

Cible 3: Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable et à un système d'assainissement de base

7.3.1. Situation et tendance

Indicateurs :

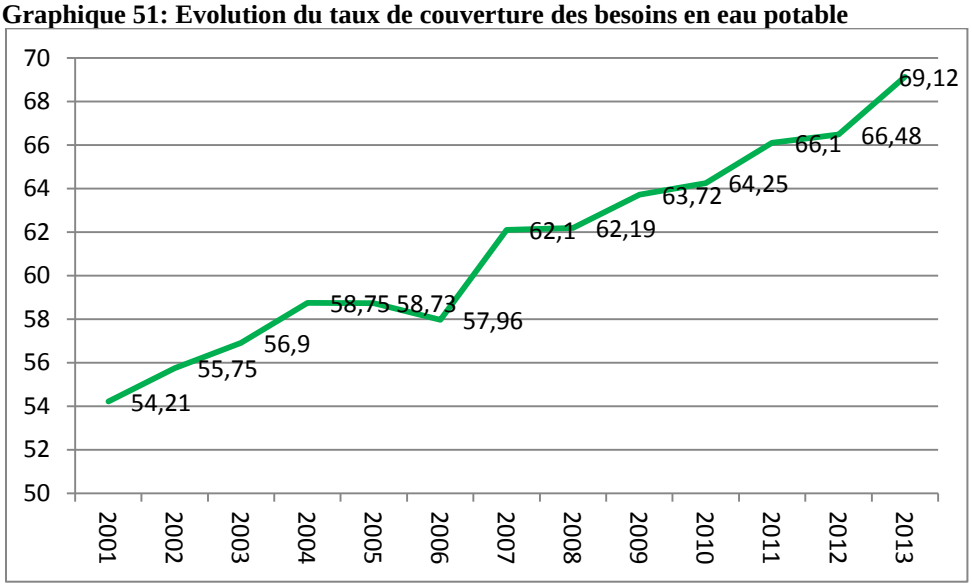
1. Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau améliorée

2. Proportion de la population ayant accès à un système d'assainissement amélioré

La question de l'eau et de l'assainissement est vitale dans le contexte climatique aride et semi-aride doublé d'une croissance démographique rapide du Niger. Le besoin en eau constitue l'un des besoins physiologiques fondamentaux de chaque être humain mais lorsque celle-ci

n'est pas saine, elle peut conduire à une détérioration de l'état de santé. Le problème de l'accès à l'eau potable au Niger se pose surtout en zone rurale.
Sur la période de 2000 à 2010, la couverture des besoins en eau potable a connu de remarquables progrès.

Graphique 51: Evolution du taux de couverture des besoins en eau potable

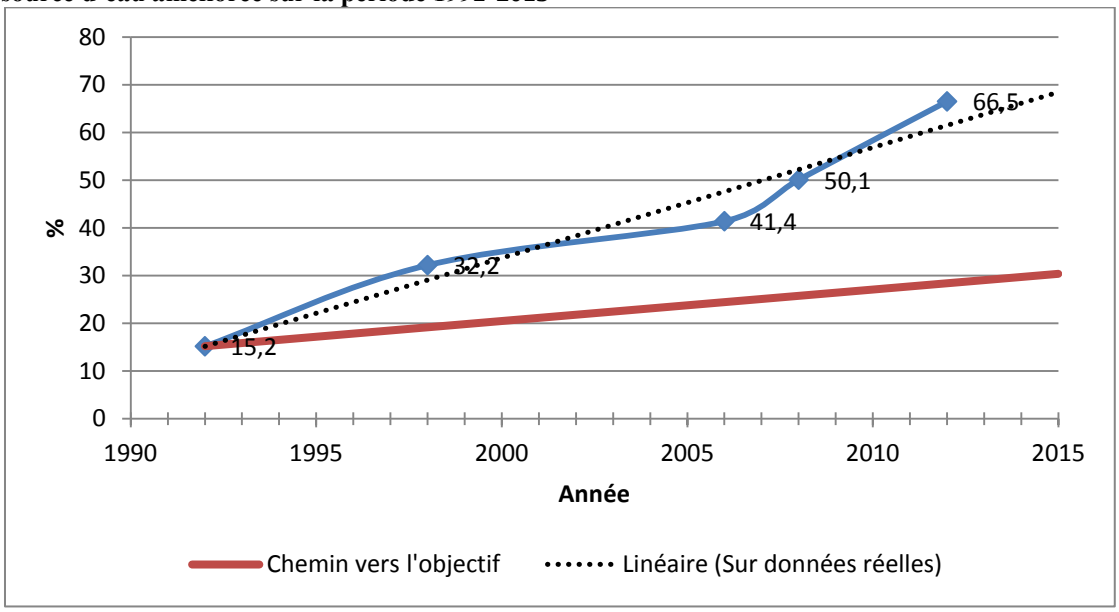


Source : MH/DS, 2001-2013

Le graphique ci-dessus indique clairement qu'il y a encore du chemin à faire pour parvenir à l'accès de tous à l'eau potable à l'horizon 2015 au Niger. Les besoins d'à peine 3 Nigériens sur 5 étaient couverts en la matière en 2010.

Ainsi, la région d'Agadez essentiellement désertique présente le meilleur taux d'accès à l'eau potable du pays (supérieur à 90 %) tandis que la région de Tillabéry pourtant traversée par l'un des rares cours d'eau permanent du pays a un taux (60,68%) compris dans la même tranche que celui des régions de Zinder et Maradi (entre 60 et 70% des habitants de ces régions ont accès à l'eau potable). Il convient aussi de relever que c'est la région de Tahoua qui présente le plus faible taux d'accès (55,7%) à l'eau potable pour les populations rurales en 2010. Tout cela pour un taux national d'accès à l'eau potable d'environ 64% en zone rurale.

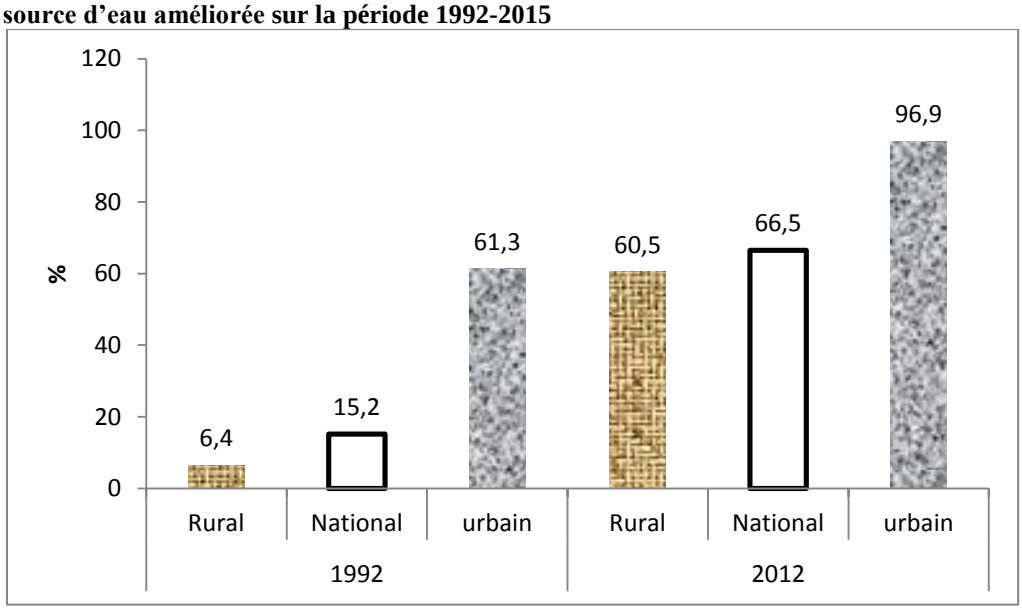
Graphique 52: Evolution et tendance de la proportion de Nigériens ayant accès de façon durable à une source d'eau améliorée sur la période 1992-2015



Source : INS, 1992-1998-2006-2008

Ce taux se situait déjà en 2008(50,1%) largement au-dessus du niveau escompté à l'échéance 2015 (44,6%). Non seulement le niveau global s'est amélioré (la proportion de la population ayant accès à une source d'eau améliorée a été multipliée par plus de 4) mais en plus, les disparités se sont nettement réduite entre les zones de résidence urbaine et rurale.

Graphique 53: Evolution et tendance de la proportion de Nigériens ayant accès de façon durable à une source d'eau améliorée sur la période 1992-2015

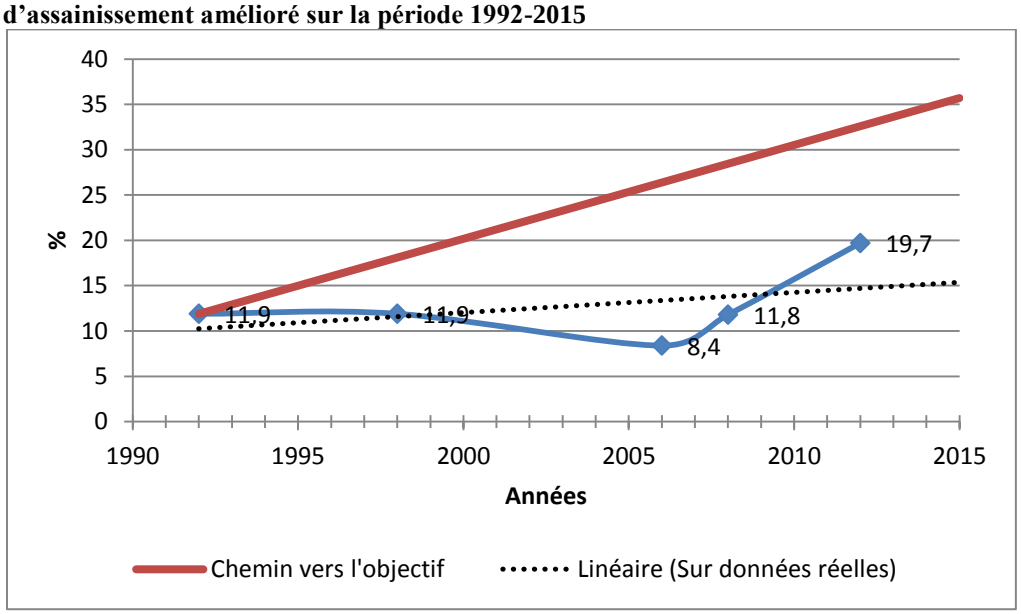


Source : INS, 1992-1998-2006-2008-2012.

L'autre aspect couvert par la cible 3, à savoir la possibilité pour les ménages de recourir à un système d'assainissement amélioré, a aussi augmenté après une baisse sensible en 2006. La

proportion de Nigériens ayant accès à un système d'assainissement amélioré (partagé ou non) est ainsi passée de 11,9% en 1992 à 19,7% en 2012 avec un minima à 8,4% en 2006.

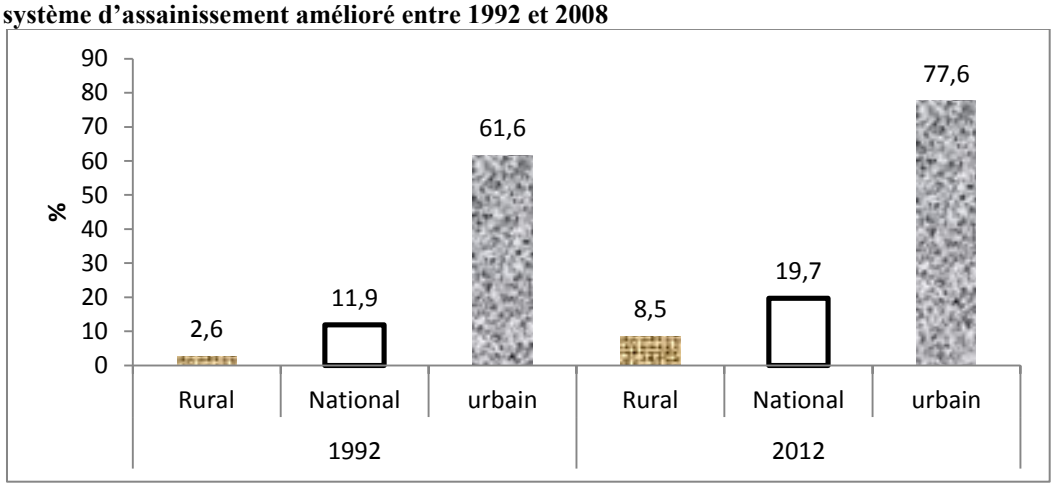
Graphique 54: Evolution et tendance de la proportion de Nigériens ayant accès à un système d'assainissement amélioré sur la période 1992-2015



Source : INS, 1992-1998-2006-2008-2012.

Si la tendance actuelle se maintient, l'on devrait se retrouver à un peu plus de 15%, qui reste encore loin de la cible de 36% à l'horizon 2015. A ce sujet par contre, cet accès est démesurément plus faible en milieu rural par rapport au milieu urbain.

Graphique 55: Evolution selon le milieu de résidence de la proportion de Nigériens ayant accès à un système d'assainissement amélioré entre 1992 et 2008



Source : INS, 1992-2012

Le faible niveau national est de ce fait une résultante de celui qui prévaut en milieu rural. L'écart selon la zone de résidence a baissé entre 1992, où la proportion de Nigériens ayant accès à un système d'assainissement amélioré était près de 30 fois plus grande en milieu urbain (61,6%) que rural (2,6%) et 2012 où cette proportion est, cette fois-ci, 9 fois plus importante. Mais cette baisse de l'écart est aussi en grande partie due à l'augmentation tenue

(16%) de ladite proportion en milieu urbain sur les deux années, probablement du fait d'une urbanisation galopante nourrie principalement par un exode rural de masse.

7.3.2. Contrainte et défis

L'atteinte de la cible 3 se heurte à plusieurs contraintes parmi lesquelles l'on peut citer :

i. la rareté (eaux de surface) et l'accessibilité (eaux souterraines à de grandes profondeurs et sols difficiles à forer) des ressources en eaux indiquées pour la consommation humaine ;
ii. l'insuffisance, année après année, du financement dans le secteur et ce, alors que, soutenus par une croissance démographique dynamique, les besoins ne cessent de croître ;
iii. le manque d'entretien et la vétusté des infrastructures surtout en milieu rural ;
iv. les problèmes de coordination et de synergie des interventions (entre les acteurs publics et privés d'une part et au sein même de ces deux sous-groupes d'autre part) ;
v. la non mise en œuvre du schéma d'aménagement urbain.

Ces contraintes soulèvent donc les défis suivants :

i. le défi majeur tel qu'énoncé depuis le rapport national 2009 sur les OMD et rappelé en 2010 et 2012, est de pouvoir mobiliser les ressources (humaines, matérielles, financières et réglementaires) pouvant permettre de détenir de façon durable , en milieu rural et dans les quartiers périphériques des centres urbains, des ouvrages permettant aux ménages de disposer d'une eau potable tout d'abord, mais aussi d'avoir accès aux installations d'assainissement élémentaires ;
ii. le respect des schémas d'urbanisation consacrés dans le processus d'agrandissement des agglomérations indispensable pour l'accès des habitants à certains besoins et commodités essentiels.

7.3.3. Actions menées

Ainsi que le montre le graphique 40, des progrès remarquables ont été accomplis dans le sens d'un accès plus grand des Nigériens à une source d'eau améliorée même si les besoins sont encore immenses et les résultats plus nuancés dans le domaine de l'assainissement. Cela est le fruit d'un certain nombre d'actions menées, parmi lesquelles on peut citer :

i. l'extension et la modernisation des réseaux d'AEP et d'assainissement des centres ruraux et urbains de concerts avec les PTFs du Niger (à l'exemple de l'initiative WASH de l'UNICEF) qui a permis notamment une augmentation du nombre de points d'eau modernes de 26% en milieu rural sur la période 2006-2010 ;
ii. la sensibilisation et l'organisation (à travers la mise en place de comité de gestion des points d'eau) des Nigériens pour la gestion locale des ressources hydriques ;
iii. la création de stations d'épuration, surtout au sein des hôpitaux nationaux, hôtels, industries, à la fois pour les eaux usées et les eaux de boisson.

7.3.4. Conclusion partielle

La réduction de moitié, d'ici à 2015, du pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable et à un système d'assainissement de base s'est globalement améliorée entre 1992 et 2012.

Ainsi, le Niger a accompli d'importantes réalisations en ce qui concerne l'accès à une source d'eau améliorée par rapport à l'objectif qu'il s'est fixé à l'horizon 2015 et les taux d'accès à une source d'eau potable et à une source d'eau améliorée se situent respectivement à 64,25 en 2010 et 66,5% en 2012 au-delà de la cible définie à l'horizon 2015 pour l'indicateur 7.8. Mais 1 Nigérien sur 3 n'a toujours pas accès à une source d'eau améliorée et les efforts doivent être maintenus dans le sens du bien-être des ménages sur cet aspect.

Le taux d'accès à un système d'assainissement amélioré déjà très faible en 1992 (11,9%) a baissé en 2006 (8,4%) avant de se reprendre de manière conséquente en 2012. A peine un Nigérien sur 5 (19,7%) a donc accès à un système d'assainissement amélioré. A ce rythme, ce taux se situera à près de 15% pour un objectif de plus de 35% à l'horizon 2015.

Les actions menées jusqu'à présent dans le cadre de l'amélioration de ces indicateurs doivent être poursuivies au vu des résultats atteints et des mesures urgentes entreprises dans le cadre spécifique de l'accès à l'assainissement car celui-ci concourt à la santé publique ainsi que le rappellent les récentes épidémies (choléra notamment) auquel le pays a fait face.

Cible 4: Réussir à améliorer sensiblement, d'ici 2020, la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis

Encadré 7.1 : Définition conventionnelle d'un logement indécent ou taudis

Une personne vit dans un taudis lorsque son logement vérifie au moins une des conditions suivantes :

1) accès insuffisant à une source d'eau améliorée ;
2) accès insuffisant à des infrastructures d'assainissement améliorées ;
3) surpeuplement (au moins 3 personnes par pièce) ;
4) habitation faite de matériaux non durable.

7.4.1 Situation et tendance

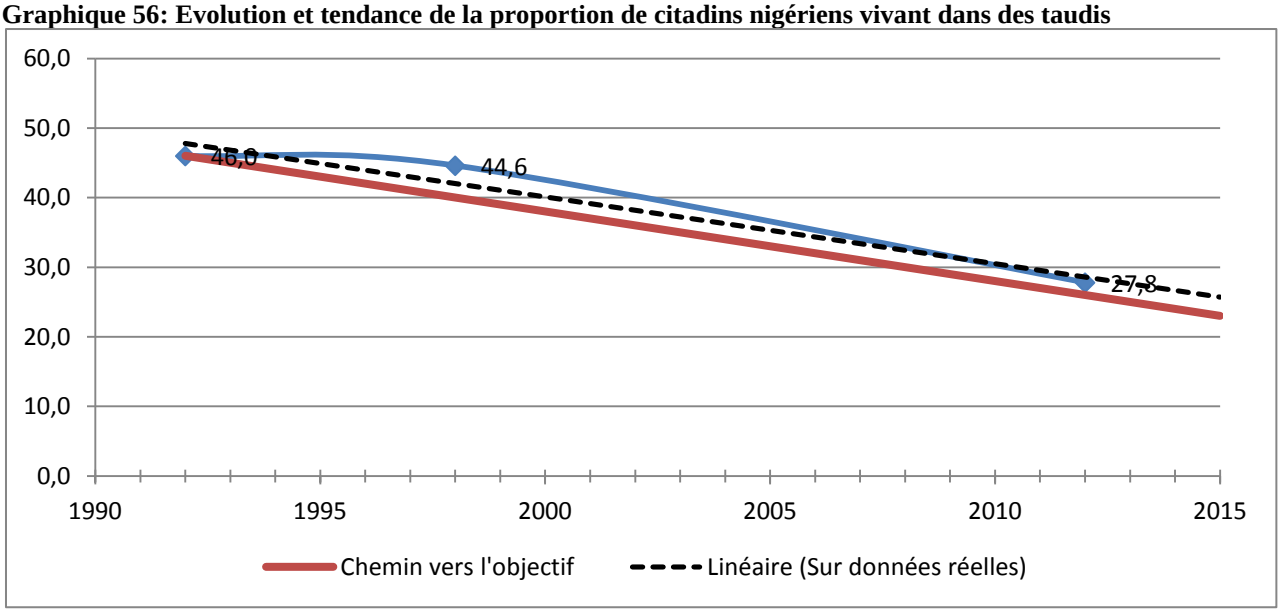
Indicateur :
1. Proportion de la population urbaine vivant dans des taudis

A la complexité de la notion de taudis vient s'ajouter, dans le cas particulier du Niger, la rareté de l'information statistique et la nature même de l'habitat traditionnel (case en seko, en banco, tantes, etc.) qui s'accommode peu des définitions (Cf. : Encadré 7.1) plus ou moins formelles d'un habitat précaire.
A la différence du Rapport National sur les OMD de 2012, nous considérerons comme taudis en milieu urbain les logements pour lesquels le nombre moyen de personnes par pièce utilisée pour dormir est au moins égal à trois (03) privilégiant donc le 3ème critère défini par la réunion d'expert des nations unies sur les indicateurs urbains tenue à cet effet en 2002 (Cf. ; Encadré 7.1). Cela est dû au fait que les données statistiques disponibles en 2012 ne permettent pas de considérer la nature du toit des logements comme précédemment. Le problème de la comparabilité méthodologique des différentes études menées et abordant la question demeure donc.

Il ressort des chiffres disponibles que la proportion des personnes vivant dans des taudis au Niger a baissé entre 1992 et 2012. Ainsi, la proportion de la population urbaine dormant à 3 ou plus par pièce est de 27,8% en 2012.

Assurément, si la tendance actuelle se maintient, le pays se situerait légèrement au-dessus de l'objectif qu'il s'est fixé à l'horizon 2015 et l'on se situerait à environ 25% des citadins n'ayant pas accès à la sécurité d'occupation des logements. Rien qu'en 2012, l'objectif est atteint à 83%.

Graphique 56: Evolution et tendance de la proportion de citadins nigériens vivant dans des taudis



Source : MEF/DSCN, 1992, 1998, INS, 2012

7.4.2. Contraintes et défis

Le non accès au logement décent constitue à juste titre un des déterminants de la pauvreté particulièrement vue sous l'angle des privations. Pour relever l'objectif d'améliorer sensiblement les conditions de vie des habitants de taudis au Niger, un certain nombre de contraintes doivent être prises en compte dont :

i. Le groupe socioéconomique et le faible pouvoir d'achat des habitants de ces logements inadéquats qui explique leur très faible capacité à acquérir des biens immobiliers ;
ii. l'insuffisance et la non adéquation du mécanisme de financement immobilier même si le système financier commence à proposer des produits dans ce sens. Ces produits sont du reste, destinés à un public minoritaire du secteur moderne;
iii. l'exode (saisonnier ou non) des populations rurales vers les zones urbaines qui vient rend difficile la mise en œuvre du schéma d'urbanisation des villes ;
iv. l'ancrage culturel fort de certaines pratiques incompatible avec le logement adéquat dans les habitudes de certains citadins nigériens (surpopulation, logement de type traditionnel en matériau non définitifs, etc.).Ces références culturelles sont souvent en liaison avec la situation socioéconomique difficile des ménages et le retard des pouvoirs publics à mettre en œuvre une politique appropriées de développement de l'habitat.

7.4.3. Actions menées

Plusieurs politiques et programmes ont été élaborés pour améliorer l'accès au logement décent des populations urbaines au Niger parmi lesquelles on peut citer :

i. la Stratégie Nationale de Gestion de l'Environnement (2001) ;

ii. la Stratégie Nationale de Développement Urbain (2004) ;
iii. la dotation des grands centres urbains de schémas directeurs d'aménagement urbain ;
iv. plus récemment depuis 2012, le projet en cours de réaménagement de la ville de Niamey (Niamey Nyala) avec une volonté des pouvoirs publics de faire une mise à l'échelle au niveau des différentes régions du pays.

7.4.4. Conclusion partielle

La proportion des nigériens urbains qui vit dans des logements inadéquats a baissé depuis 1992 en passant de 46,0% en 1992 à 27,8% en 2012 et ce, malgré l'accroissement du taux d'urbanisation sur la même période.
Même si la tendance baissière actuelle est bonne, elle devra être légèrement améliorée pour assurer un accès à la sécurité d'occupation des logements à 77,0% des Nigériens en 2015 (23,0% d'entre eux vivraient alors dans des logements inadéquats) car l'on se situe actuellement vers une proportion correspondante de 72,2% sur la même échéance selon la tendance actuelle.

Chapitre 8 : mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Cible 1: Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire.

Cible 2: Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés.

Cible 3 : Répondre aux besoins particuliers des pays en développement

Cible 4: Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement, par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme

Cible 5 : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement

Cible 6 : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication soient accordé à tous.

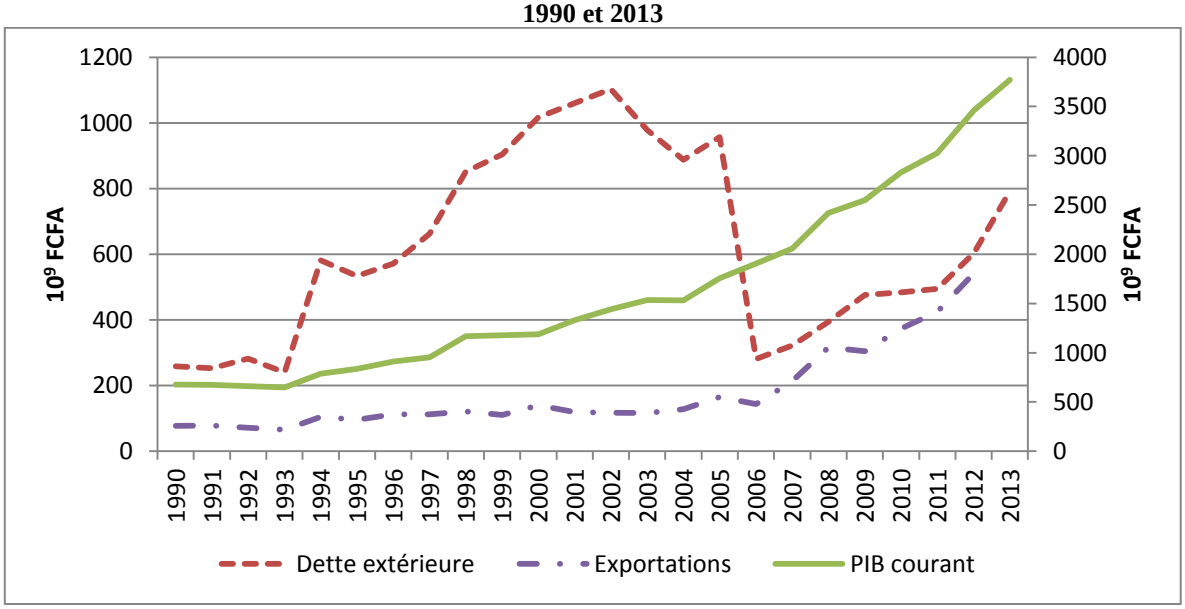
Indicateurs retenus *:*

Les données relatives à certains indicateurs de l'objectif 8 n'ont pas été mises à jour depuis le Rapport National sur les Progrès vers l'atteinte des OMD 2012 et l'accent sera mis dans cette édition sur les indicateurs de la cible 4 de cet objectif ayant été mis à jour au Niger en particulier et pour lesquels des données sont désormais disponibles.

8.1.1 : Situation et tendances

Un des principaux axes menant à une amélioration du partenariat mondial pour le développement est la réduction de l'importance de la dette par rapport à la taille des économies en développement. Au Niger le Produit Intérieur Brut a régulièrement cru depuis 1990. Il est passé (en termes courants) de plus de 677,2 milliards de FCFA[18] en 1990 à près de 3457,9 milliard de FCFA en 2012[19]. Il est estimé à 3769,5 milliards en 2013[20].

Graphique 57: Evolution du PIB nominal, de la dette extérieure globale ainsi que des exportations entre 1990 et 2013

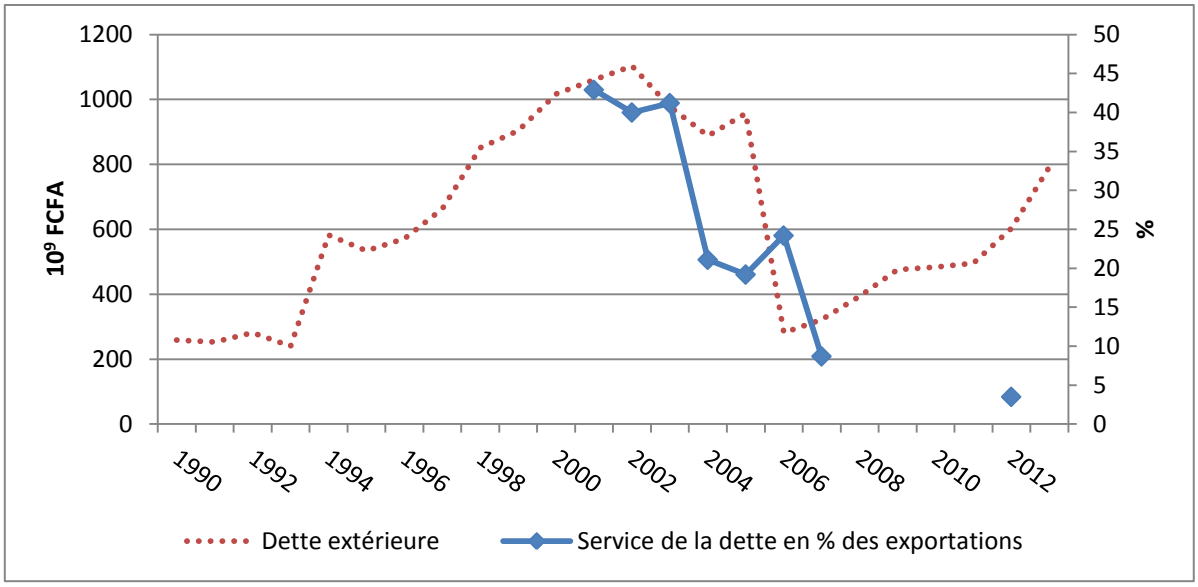


Source : INS, 2010, 2012, 2013 et MF/DEP, 2013.

Par ailleurs, l'on observe également une tendance à la hausse du niveau d'endettement global à partir de 2006 lorsque l'on fait abstraction de l'effet des efforts d'allègement consentis par les principaux bailleurs de fonds. La dette extérieure retrouve sensiblement et en valeur nominale son niveau de 1998. La croissance des exportations à taux annuel quasi-constant entre 1990 et 2006, s'est nettement accélérée à partir de 2007.

[18] INS, Annuaire statistiques des 50 ans d'indépendance du Niger, INS/DCDS, 2010.
[19] INS, Comptes économiques rapides de la Nation 2012, INS/DSEE, 2012.
[20] INS/DSEE, 2013.

Graphique 58: Evolution des ratios dette extérieure sur PIB et service de la dette sur exportations entre 1990 et 2013



Source : INS, 2010, 2012, 2013 et MF/DEP, 2013.

Le rapport du service de la dette sur les exportations a connu une forte baisse entre 2000 et 2012 même s'il a enregistré une remontée légère en 2006. En 2012, il se situe à un niveau relativement bas (3,5%) par rapport à celui de 2000 établi à 42,9%. Cependant, la courbe du niveau d'endettement laisse supposer que cet indicateur connaîtra probablement une certaine hausse surtout si la forte croissance des exportations observées ne se maintient pas.

8.1.2. Contraintes et défis

Les principales contraintes liées à cette cible sont : (i) les faibles capacités de mobilisation des ressources internes et le recours à l'endettement extérieur pour financer une bonne partie du budget de l'Etat ; (ii) la faible pression fiscale en liaison avec les capacités limitées de l'administration fiscale, l'incivisme fiscal et des problèmes de gouvernance ; (iii) le manque d'harmonisation dans les interventions des partenaires ; (iv) la fréquence accrue des erreurs de gestion et de planification ; (v) la faible compétitivité des entreprises publiques sur le marché régional et mondial ; (vi) la fuite des capitaux ; (vii) le faible impact des investissements sur l'amélioration des conditions de vie de la population.

Les principaux défis à relever sont les suivants : (i) mettre en place d'un cadre logique fiable et efficace de suivi de gestion des fonds publics ; (ii) réfléchir sur les choix des investissements orientés vers les secteurs les plus rentables et profitables ; (iii) réduire les fuites des capitaux ; (iv) combattre sévèrement la corruption qui freine le développement ; (v) aider les entreprises à être compétitives et améliorer et diversifier les flux des exportations pour mieux intégrer le commerce international ; (vi) renforcer les mécanismes de surveillance de nos frontières avec les autres pays de la sous-région ; (vii) réfléchir à des stratégies pour lutter efficacement contre la pauvreté avec une meilleure participation de des citoyens.

8.1.3. Actions menées

Pour apporter des réponses aux problèmes liés à l'objectif, il convient d'améliorer le niveau de mobilisation des ressources aussi bien fiscales que non fiscales d'une part mais aussi l'allocation et l'utilisation des fonds publics. Au titre de la mobilisation des ressources on peut citer ; (i) l'objectif inclus dans *le programme de la renaissance* d'atteindre un taux de recette fiscale de 20% du PIB en 2016, dans un souci du respect des critères de convergences de l'UEMOA qui exige un taux de pression fiscale supérieur ou égale à 17%.; (ii) le gouvernement a aussi depuis 2013, créé les conditions pour améliorer le système de gestion et de coordination de l'aide, avec la fonctionnalité du comité Etat-PTF, et au sein des partenaires, le comité OCDE-DAC qui est plus opérationnel.

(iii) les annonces reçues par le Niger suite à la tenue de la table ronde des bailleurs de Paris pour le financement du PDES tenu en 2012 ; (iv) la stratégie de promotion des PME axée sur le développement d'opportunités présentant des avantages comparatifs pour le pays ; (v) le Fonds d'Aide aux Etudes (FAE) ; (vi) le Fonds d'Intervention et de Participation (FIP) ; (vii) le Fonds de Garantie Supplémentaire (FGS) ; (viii) la Politique Nationale de Promotion du Secteur Privé ; (ix) la refonte du cadre juridique et réglementaire régissant le secteur privé ; (x) l'adoption de mesures visant à supprimer les obstacles à la création des entreprises ; (xi) l'adoption d'une politique nationale de promotion du secteur privé ; (xii) l'adoption d'un programme cadre et d'un programme prioritaire de relance du secteur privé.

A cela, il faut ajouter les domaines de coopération dans le cadre d'un Partenariat Mondial pour le Développement qui sont : (i) le renforcement de l'intégration régional au sein de l'UEMOA et de la CEDEAO notamment à travers la redynamisation du Conseil de l'Entente ; (ii) la mobilisation des ressources nécessaires pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Au titre de l'allocation et de l'utilisation des fonds publics, il y a essentiellement : (i) l'opération d'audit des salaires de la fonction publique par billetage des salariés du public ; (ii) la création de la Direction Générale du Contrôle Financier auprès du Ministère des Finances ainsi que de ses services auprès de tous les ministères et établissements publics.

Reste que le niveau appréciable atteint pour ce qui de la dette doit être entretenue et renforcée par une gestion saine et objective des finances publiques.

8.1.4. Conclusion partielle

Le niveau relativement bas du ratio dette extérieure sur les exportations à 3,5% est à porter surtout à l'actif des différentes initiatives d'allègement de la dette dont le Niger a bénéficié. De plus, la hausse significative du niveau d'endettement laisse craindre une possible remontée dudit ratio.

Maintenir l'endettement à un niveau acceptable permettant une action publique vigoureuse et une croissance durable inclusive requiert d'améliorer le niveau de mobilisation des ressources aussi bien fiscales que non fiscales d'une part mais aussi l'allocation et l'utilisation des fonds publics.

CONCLUSION GENERALE

L'analyse de l'évolution des principaux indicateurs retenus dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement montre que des progrès relativement significatifs ont été accomplis depuis 2000. Mais, ces performances sont insuffisantes.

En effet, malgré les progrès réalisés en matière de réduction de la pauvreté, l'objectif de ramener la proportion de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté à 31,5% en 2015 est hors de portée pour le Niger. La sécurité alimentaire et nutritionnelle est préoccupante, le taux de malnutrition chronique est ressorti à 42,5% selon l'Enquête nationale sur la nutrition de 2013 organisée par l'INS. Concernant le secteur de l'éducation, malgré les efforts consentis pour que tous les enfants partent à l'école, l'objectif ne sera pas atteint si la tendance reste la même. En effet seulement 70% des enfants en âge d'être scolarisés ont été effectivement inscrits ; seulement 56% des enfants étant inscrits au primaire, ont achevé le cycle ; et seulement 31% de la population est alphabétisée. Aussi, les disparités entre les sexes persistent au niveau de tous les enseignements. Au niveau de la réduction de la mortalité maternelle, le défi reste énorme pour le Niger. Bien que des actions aient déjà été menées, jusqu'en 2012 la proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié reste très faible et le taux de mortalité maternelle est toujours très élevé (535 décès pour cent mille en 2012). Aussi, la tendance à la déperdition des ressources environnementales est nettement marquée au Niger, on enregistre des résultats de plus en plus mitigés et qui s'éloignent des objectifs aussi bien en termes de progression des zones forestières que d'émission de CO2 et de substances nuisibles à la couche d'ozone.

Néanmoins, il ressort que des progrès indéniables ont été réalisés vers l'atteinte de certains OMD relatifs à la santé (mortalité de enfants de moins de 5 ans, le VIH /SIDA) ainsi qu'à l'accès à une source d'eau améliorée, à l'horizon 2015. En outre, des actions sont en cours dans le souci d'une amélioration des conditions de vie de la population dont entre autres la mise en œuvre du Plan de Développement Economique et Sociale (PDES) incluant la stratégie de l'initiative (3N) « les Nigériennes Nourrissent les Nigériens ». Ces actions dénotent d'une politique volontariste d'aller vers une réduction significative de la proportion des personnes souffrant de la faim d'ici 2015. Ainsi, les actions menées jusqu'à présent dans le cadre de l'amélioration des indicateurs pour l'atteinte des OMD doivent être poursuivies au vu des résultats obtenus et des mesures urgentes sont à diligenter. Par conséquent, il convient de ne pas perdre de vue le défi majeur qui est de concilier, dans un contexte de rareté des ressources, les besoins d'une population sans cesse croissante, notamment en tirant le bénéfice du dividende démographique sur la base de la mise en œuvre efficace et efficiente des politiques publiques dans les domaines de l'emploi, de l'éducation et la formation professionnelle, des NTIC et infrastructures, de la santé ou en matière de population.
Il convient enfin de souligner que des efforts énormes restent à faire pour une plus grande disponibilité des données statistiques relatives aux OMD, car l'absence ou le manque d'informations complètes sur ces données constituent un obstacle majeur pour le suivi des progrès réalisés. Cela nécessite une parfaite opérationnalisation par le Gouvernement de la

stratégie nationale de développement de la statistique (SNDS) avec l'appui des partenaires au développement.

Références bibliographiques

[1] Cabinet du Premier Ministre, *Document de stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté 2008 – 2012 (DSDRP) : Deuxième génération,* Secrétariat Permanent de la SRP, Niamey, 2007

[2] CAFFERINI L. et PIERREL H., *Pratique de l'aide sectorielle, Enseignements et perspectives pour l'AFD*, Septembre 2008

[3] Fond des Nations Unies pour la Population, *Faire de la maternité sans risque une réalité,* 2001

[4] INS/CCA/PAM : *Enquêtes Conjointe sur la Vulnérabilité alimentaire des Ménages (ECV/M) : Rapport d'enquête*, 2009

[5] Institut National de la Statistique, 3ème*Enquête Nationale sur le Budget et la Consommation des ménages (ENBC III), Rapport sur les indicateurs sociaux*, Niamey, 2009

[6] Institut National de la Statistique, *Annuaire statistique des cinquante ans d'indépendance du Niger,* Direction de la Coordination et du Développement de la Statistique, Niamey, 2010

[7] Institut National de la Statistique, *Bulletin sur la situation de la femme et de l'enfant*, édition 2011

[8] Institut National de la Statistique, *Comptes économiques de la Nation : Estimations 2009,* Direction des Statistiques et des Etudes Economiques, Niamey, 2010

[9] Institut National de la Statistique, *Enquêtes Démographiques et de Santé et à Indicateurs Multiples*,2006

[10] Institut National de la Statistique, *Enquête Nationale de santé à indicateurs multiples* EDSN, Niger 2012 *:* Direction des Statistiques et des Etudes Démographiques et Sociales

[11] Institut National de la Statistique, *Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples* (MICS), 2000

[12] Institut National de la Statistique, *Le Niger en Chiffre*, édition 2011

[14] Institut National de la Statistique, *Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être (QUIBB) : Rapport sur les indicateurs sociaux*, Niamey, 2006

[15] Institut National de la Statistique, *Rapport National sur les Progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement*, Observatoire National de la Pauvreté et du Développement Humain Durable, Niamey, 2007

[16] Institut National de la Statistique, *Rapport National sur les Progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement*, Observatoire National de la Pauvreté et du Développement Humain Durable, Niamey, 2009

[17] Institut National de la Statistique, *Rapport National sur les Progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement*, Observatoire National de la Pauvreté et du Développement Humain Durable, Niamey, 2010

[18] Institut National de la Statistique, *Rapport Régional sur les Progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement à Maradi*, Observatoire National de la Pauvreté et du Développement Humain Durable, Niamey, 2009

[19] Institut National de la Statistique, *profil de pauvreté au Niger : 2011*, Base ECVM/A, 201 3, ONAPAD/DER

[20] Ministère de l'Economie et des Finances, *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples*, Direction des Statistiques et des Comptes Nationaux, Niamey, 1992

[21] Ministère de l'Economie et des Finances, *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples*, Direction des Statistiques et des Comptes Nationaux, Niamey, 1998

[22] Ministère de l'Economie et des Finances, *Enquête Nationale Budget Consommation*, Direction des Statistiques et des Comptes Nationaux, Niamey, 1992

[23] Ministère de l'Education de Base et de l'Alphabétisation, *Statistiques de l'Education 2003-2004*, Direction des Etudes et de la Programmation, Niamey, 2004

[24] Ministère de l'Education de Base et de l'Alphabétisation, *Statistiques du Ministère de l'Education de Base et de l'Alphabétisation 2004-2005*, Direction des Etudes et de la Programmation, Niamey, 2005

[25] Ministère de l'Education de Base et de l'Alphabétisation, *Statistiques de l'Education de Base 2005-2006*, Direction des Statistiques et de l'Informatique, Niamey, 2006

[26] Ministère de l'Education Nationale, *Statistiques de l'Education de Base Annuaires statistiques*, Direction des Statistiques et de l'Informatique, Niamey, 2007-2011

[27] Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies, *Annuaires des statistiques Sanitaires du Niger*, Système National d'Information Sanitaire, Niamey, 2002-2010

[28] Ministère de l'Enseignement Secondaire et Supérieur, de la Recherche Scientifique et de la Technologie, *Annuaires statistiques,* Direction des Statistiques et de l'Informatique, Niamey, 2004-2010

[30] Nations Unies, *Indicateurs pour le suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement,* Groupe des Nations Unies pour le Développement, New York, 2005

[31] Programme des Nations Unies Pour le développement, *Objectif du millénaire pour le développement OMD au Niger***,** brochure, 2010

[32] Programme des Nations Unies pour le Développement, New York, 2010-2011

ANNEXE

Récapitulatif sur l'évolution des indicateurs de suivi des progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

Objectifs	Cibles retenues	Indicateurs retenus	Niveau de référence	Niveau Rapport 2012	Niveau retenu pour 2013	Niveau tendanciel en 2015	Objectif OMD en 2015
1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim	*1A Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour*	*1.1 Proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (%)*	*63 (1993)*	***59,5 (2008)***	***48,2 (2011)***	*45%*	*31,50%*
		1.2 Profondeur de la pauvreté	*21 (1993)*	***19,6 (2008)***	***13,1 (2011)***		
		1.3 sévérité de la profondeur	*8,58 (2005)*	***7,8 (2008)***	***4,9 (2011)***		
	1B. Atteindre le plein emploi productif et un travail décent pour tous, y compris les femmes et les jeunes	*1.4 Taux de croissance*	*3,2 (2008)*	***3,2 (2008)***			
		du PIB par travailleur					
		1.5 Ratio emploi/ population	*73,9 (2008)*	***73,9 (2008)***			
		1.6 Proportion de la	*55,2 (2008)*	***55,2 (2008)***			
		population employée vivant avec moins de un dollar par jour (PPP)					
		1.7 Proportion detravailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans l'emploi total	*Indépendants : 80,7 (2005)*	***Indépendants : 70,3***			
			7,1 (2005)	***(2008) Familiaux: NRS***			
	1C. Réduire demoitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	*1.8. Pourcentage desenfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale*	*36 (1992)*	***38,5 (2011)***	**36,4 (2012)**	*36,46%*	*18%*
		1.9 Proportion de lapopulation n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique	*Malnutrition Chronique*	***Malnutrition Chronique***	***42,5 (2013)***		
			32 (1992)	***50,1 (2011)***			

Objectifs	Cibles retenues	Indicateurs retenus	Niveau de référence	Niveau Rapport 2012	Niveau retenu pour 2013	Niveau tendanciel en 2015	Objectif OMD en 2015
			Malnutrition conjoncturelle	***Malnutrition conjoncturelle***			
			16 (1992)	***12,3 (2011)***			
2. Assurer une éducation primaire pour tous	*2 D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires*	*2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire*	*18 (1990)*	***67,2 (2011)***	***70(2012)***	*78%*	*100,00%*
		2.2 Taux d'achèvement dans le primaire (en %)	*15 (1990)*	***51,2 (2011)***	***56 (2012)***	*61%*	*100,00%*
		2.3 Taux d'alphabétisation d'hommes et femmes de15 à 24 ans	*26 (2000)*	***29 (2008)***	***31,11 (2012)***	*40%*	*100,00%*
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	3A Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	3.1 Rapport filles/garçons (%) :					
		- Dans le primaire	62,5 (1997)	**79,09 (2011)**	**80,46 (2012)**	85%	100,00%
		- Dans le secondaire	58 (1997)	**63 (2011)**	**63,19 (2012)**	65%	100,00%
		- Dans le supérieur	34 (2004)	**43 (2010)**	**42,3 (2012)**	46%	100,00%
		3.2 Pourcentage de salariés dans le secteur non agricole qui sont des femmes	2,4 (1993)	**32,87 (2009)**	**32,87 (2009)**	< 10%	50%
		3.3 Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national	5,4 (1990)	**13,27 (2011)**	**13,27 (2013)**	< 15% (12,4)	
4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	4A Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour mille)	318,2 (1992)	**130,5 (2010)**	**127(2012)**	98,30%	106,1
		4.2 Taux de mortalité infantile (pour mille)	123,1 (1992)	**63,2 (2010)**	**51 (2012)**	40,185	41
		4.3 Proportion d'enfants de 1 an vacciné contre la rougeole	27,8 (1992)	**65,9 (2009)**	**65,9 (2009)**	79,30%	100
5. Améliorer la santé maternelle	5A Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	5.1 Taux de mortalité maternelle (pour 100000 naissances)	700 (1990)	**554 (2010)**	**535 (2012)**	513	175
		5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (en %)	14, 9 (1992)	**29,45 (2010)**	**29,3 (2012)**	31,46	100%

Objectifs	Cibles retenues	Indicateurs retenus	Niveau de référence	Niveau Rapport 2012	Niveau retenu pour 2013	Niveau tendanciel en 2015	Objectif OMD en 2015
	5B Atteindre, d'ici 2015, l'accès universel à la santé procréative	5.3 Taux de prévalence Contraceptive	2 ,3 (1992)	**21,21 (2010)**	**14(2012)**	15,8	14%
		5.4 Taux de fertilité Adolescente	36,2 (1992)	**39,3 (2006)**	**40 (2012)**		
		5.5 Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénataux au moins une fois et pourcentage de celles ayant reçu au moins quatre fois pendant leur grossesse	47,4 (2006)	**64,2 (2008)**	**83 (2012)**		
		5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale	16,6 (1998)	**14,0 (2006)**	**14 (2012)**		
6. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies	6A D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	16. Taux de prévalence du VIH/SIDA des 15-49 ans	0,87 (2002)	**0,7 (2006)**	**0,4(2012)**	0,25%	< 0,7
		6.1 Taux de prévalence du VIH/SIDA parmi la population âgée entre 15 et 24 ans		**0,4 (2006)**			
		- Filles 15 – 24 ans		**0,5 (2006)**			
		- Garçons 15 – 24 ans		**0,1 (2006)**			
		6.2 Utilisation des préservatifs lors de la dernière relation sexuelle à haut risque :					
		- Filles 15 – 24 ans		**17,8 (2006)**			
		- Garçons 15 – 24 ans		**37,2 (2006)**			
		6.3 Proportion de lapopulation âgée entre 15 et 24 ans ayant une connaissance générale correcte du VIH/SIDA		**13,4 (2006)**			
		- Filles 15 – 24 ans		**13,4 (2006)**			
		- Garçons 15 – 24 ans		**27,7 (2006)**			
7. Assurer un	7A Intégrer les principes de	7.1 Proportion des zones forestières	8,3 (1990)	**5,1 (2010)**	**5,1 (2010)**		

Objectifs	Cibles retenues	Indicateurs retenus	Niveau de référence	Niveau Rapport 2012	Niveau retenu pour 2013	Niveau tendanciel en 2015	Objectif OMD en 2015
environnement durable	Développement Durable dans les politiques nationales de développement et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	7.2 Total des émissions de CO2 par habitant et par un dollar de PIB (PPP)	1,2 (1990)	**1,7(2000)**	**1,7(2000)**		
		7.2.1 Total des émissions (Gg)	8 912,06 (1990)	**19 329,94 (2000)**	**19 329,94 (2000)**		
		7.3 Consommation des substances appauvrissant la couche d'ozone (tonnes)	60 (1997)	**38 (2009)**	**38 (2009)**		
		7.3.1 Bilan net des émissions et de la séquestration des GES (Gg)	-359,101 (1990)	**-13 926,52 (2000)**	**-13 926,52 (2000)**		
	7B Réduire la perte de la biodiversité, atteindre d'ici à 2010, une diminution importante du taux de perte	7.4 Proportion de stocks					
		de poissons dans les limites biologiques sûres					
		7.5 Proportion des ressources totales en eau utilisées					
		7.6 Proportion des zones terrestres et marines protégées	6,6 (2005)	**14,3 (2012)**	**14,3 (2012)**		
		7.7 Proportion des espèces menacées par l'extinction					
	7C Réduire de moitié, d'ici 2015, la proportion de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable et à un système d'assainissement de base	7.8. Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau meilleure 9 (en %)	22,3 (1992)	**50,1 (2008)**	**66,5(2012)**		
		7.9 Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement	11,9(1992)	**11,8 (2008)**	**19,7 (2012)**		
	7D Réussir à améliorer sensiblement, d'ici 2020, la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	7.10 Proportion de la population urbaine vivant dans des taudis	15,6 (1992)	**19,2 (2008)**	**27,8 (2012)**		

Objectifs	Cibles retenues	Indicateurs retenus	Niveau de référence	Niveau Rapport 2012	Niveau retenu pour 2013	Niveau tendanciel en 2015	Objectif OMD en 2015
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	8A Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des règles, prévisibles et non discriminatoire						
	8B S'attaquer aux besoins particuliers des Etats enclavés et des petits Etats insulaires en développement	22. Aide publique au développement en % du PIB	16 (1990)	**6,2 (2010**			
		23. Service dette en % des exportations	19 (1990)	**18,6 (2007)**	**3,5 (2012)**		
	8C Répondre aux besoins particuliers des Etats enclavés et des petits Etats insulaires en développement						
	8D Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur	8.1 Aide publique au développement nette, total aux PMA, en pourcentage du PNB des pays donateurs membres du CAD/OCDE (milliards)	59 (2000)	142 (2008)			
	Endettement viable à long terme APD	8.2 Proportion du montant total de l'APD bilatérale des pays donateurs membres du CAD/OCDE allouée par secteur aux services sociaux de base (éducation de base,soins de santé primaires, nutrition, eau salubre et assainissement)					
		8.3 Proportion de l'APD bilatérale des pays donateurs membres du CAD/OCDE qui est déliée					

Objectifs	Cibles retenues	Indicateurs retenus	Niveau de référence	Niveau Rapport 2012	Niveau retenu pour 2013	Niveau tendanciel en 2015	Objectif OMD en 2015
		8.4 APD reçue par lespays en développement sans littoral en tant que pourcentage de leur RNB					
		8.5 APD reçue par les					
		petits Etats insulaires en développement en tant que pourcentage de leur RNB					
	ACCES AU MARCHE	8.6 Proportion totale des					
		importations des pays développés (en valeur à l'exclusion des armes) en provenance des paysen développement et des pays les moins avancés admises en franchise de droit					
		8.7 Taux moyens des					
		droits appliqués par les pays développés aux produits agricoles et textiles et vêtements en provenance des pays en développement					
		8.8 Estimation des					
		subventions agricoles dans les pays de					
		l'OCDE en pourcentage					
		de leur PIB					
	VIABILITE DE LA DETTE	8.9 Proportion de l'APD allouée au renforcement des capacités commerciales					

Objectifs	Cibles retenues	Indicateurs retenus	Niveau de référence	Niveau Rapport 2012	Niveau retenu pour 2013	Niveau tendanciel en 2015	Objectif OMD en 2015
		8.10 Nombre total de pays ayant atteint les points de décision de l'initiative PPTE et nombre total de pays ayant atteint le point d'achèvement (cumulatif)					
		8.11 Engagement d'allègement de la dette au titre de l'initiative PPTE et de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale					
	8E En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	8.13 Proportion de la population ayant accès de façon durable à des médicaments de base d'un coût abordable	50-79 (2006)	**50-79 (2006)**			
	8F En coopération avec le secteur privé, mettre les avantages des nouvelles technologies, en particulier les technologies de l'information et de la communication, à la portée de tous	8.14 Nombre de lignes de téléphoniques pour 100 habitants	2,7(2000)	**0,55 (2010)**	**0,6 (2012**		
		Nombre d'abonnés au téléphone portable pour 100 habitants	4,6(2005)	**24 ,48 (2010)**	**32,4 (2012)**		
		Nombre d'internautes pour 100 habitants	1,3 (2008)	**1,3 (2008)**	**1,41 (2012)**		