

**RAPPORT NATIONAL SUR LES PROGRES VERS L'ATTEINTE DES
OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT**



NIGER 2012

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| SOMMAIRE | 2 |
| Récapitulatif sur l'évolution des principaux indicateurs de suivi des progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) | 7 |
| SIGLES ET ABREVIATIONS | 9 |
| LISTE DES GRAPHIQUES | 12 |
| AVERTISSEMENT | 14 |
| Ce rapport a été élaboré par une équipe de l'Observatoire National de la Pauvreté et du Développement Humain Durable (ONAPAD) dirigée par Moctar Seydou. | 14 |
| La rédaction du rapport a bénéficié des appuis conseils des économistes de la Division Stratégie du PNUD Niger, messieurs Mansour Ndiaye, conseiller économique du bureau et Ali MADAÏ Boukar, Economiste National du Bureau. RESUME EXECUTIF | 14 |
| INTRODUCTION | 21 |
| METHODOLOGIE..... | 22 |
| CONTEXTE DE DEVELOPPEMENT DU PAYS..... | 23 |
| Situation géographique | 23 |
| Situation démographique..... | 24 |
| Développement économique récent et situation de pauvreté..... | 25 |
| 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..... | 30 |
| 1.2.1. Situation et tendances | 30 |
| 1.2.2. Contraintes et défis | 31 |

| | |
|---|-----------|
| 1.2.3. Actions menées..... | 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 |
| 1.3.2. Contraintes et défis | 35 |
| 1.3.3. Actions menées..... | 36 |
| 1.3.4. Conclusion partielle..... | 38 |
| CHAPITRE 2 : ASSURER L'EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS..... | 39 |
| 2.1.1 Situation et tendances | 39 |
| Cible 1: 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 | 43 |
| 2.1.3. Actions menées..... | 44 |
| 2.1.4. Conclusion partielle..... | 44 |
| CHAPITRE 3 : PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES..... | 45 |
| 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..... | 45 |
| 3.1.1 Situation et tendances | 45 |
| 3.1.2 Contraintes et défis | 51 |
| 3.1.3 Actions menées..... | 51 |
| 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 |
| 4.1.2. Contraintes et défis | 55 |
| 4.1.3. Actions menées..... | 56 |
| 4.1.4. Conclusion partielle..... | 56 |

| | |
|--|----|
| CHAPITRE 5 : AMELIORER LA SANTE MATERNELLE | 57 |
| Cible 1 : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle | 57 |
| 5.1.1. Situation et tendance..... | 57 |
| 5.1.2. Contraintes et défis | 59 |
| 5.1.3 Actions menées..... | 60 |
| 5.1.4. Conclusion partielle..... | 60 |
| Cible 2 : Atteindre, d’ici à 2015, l’accès universel à la santé procréative | 60 |
| 5.2.1. Situation et tendances | 60 |
| 5.2.2. Contraintes et défis..... | 64 |
| 5.2.3. Actions menées..... | 65 |
| 5.2.4. Conclusion partielle..... | 65 |
| CHAPITRE VI : COMBATTRE LE VIH-SIDA, LE PALUDISME ET D’AUTRES MALADIES..... | 66 |
| Cible 1: D’ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle | 66 |
| 6.1.1. Situation et tendances | 66 |
| 6.1.2. Contraintes et défis..... | 69 |
| 6.1.3. Actions menées..... | 70 |
| 6.1.4. Conclusion partielle..... | 70 |
| Cible 2: D’ici à 2010, Avoir assurer pour tous ceux qui en ont besoin l’accès aux traitements contre le VIH/Sida | 70 |
| 6.2.1. Situation et tendances | 70 |
| 6.2.2. Contraintes et défis | 71 |
| 6.2.3. Actions menées..... | 71 |
| 6.2.4. Conclusion partielle..... | 71 |
| Cible 3: D’ici à 2015, enrayer la propagation du paludisme et d’autres grandes maladies, et commencer à inverser la tendance actuelle | 71 |
| 6. 3.1. Situation et tendances | 71 |
| 6.3.2. Contraintes et défis | 74 |
| 6.3.3. Actions menées..... | 74 |

| | |
|---|-----------|
| 6.3.4. Conclusion partielle..... | 74 |
| CHAPITRE 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE..... | 76 |
| 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 | 76 |
| 7.1.1. Situation et tendances | 76 |
| 7.1.2. Contraintes et défis..... | 78 |
| 7.1.3. Actions menées..... | 79 |
| 7.1.4. Conclusion partielle..... | 79 |
| Cible 2: Réduire la perte de biodiversité, atteindre d'ici à 2010, une diminution importante du taux de perte | 80 |
| 7.2.1. Situation et tendance..... | 80 |
| 7.2.2. Contraintes et défis..... | 80 |
| 7.2.3. Actions menés | 81 |
| 7.2.4. Conclusion partielle..... | 81 |
| 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 | 82 |
| 7.3.1. Situation et tendance..... | 82 |
| 7.3.2. Contrainte et défis..... | 85 |
| 7.3.3. Actions menées..... | 86 |
| 7.3.4. Conclusion partielle..... | 86 |
| Cible 4: Réussir à améliorer sensiblement, d'ici 2020, la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis..... | 87 |
| 7.4.1 Situation et tendance..... | 87 |
| 7.4.2. Contraintes et défis | 88 |
| 7.4.3. Actions menées..... | 88 |
| 7.4.4. Conclusion partielle..... | 88 |
| CHAPITRE 8 : METTRE EN PLACE UN "PARTENARIAT MONDIALE POUR LE DEVELOPPEMENT..... | 89 |
| 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..... | 89 |

| | |
|--|-----|
| 8.4.1. Situation et tendances | 89 |
| 8.4.2 Contraintes et défis | 91 |
| 8.4.3. Actions menées..... | 92 |
| 8.4.4. Conclusion partielle..... | 92 |
| Cible 5 : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement..... | 93 |
| 8.5.1 Situation et tendances | 93 |
| 8.5.2. Contraintes et défis | 94 |
| 8.5.3. Actions menées..... | 95 |
| 8.5.4. Conclusion partielle..... | 95 |
| 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 | 96 |
| 8.6.1. Situation et tendances | 96 |
| 8.6.2. Contraintes et défis | 98 |
| 8.6.3. Actions menées..... | 98 |
| 8.6.4. Conclusion partielle..... | 98 |
| CONCLUSION GENERALE | 99 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 100 |
| ANNEXES : Récapitulatif sur l'évolution des indicateurs de suivi des progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millenaire pour le Développement (OMD) | 102 |

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 2010 | Niveau retenu pour 2012 | 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) | 59,5 (2008) | 55% | 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) | 58,6 (2008) | 67,2 (2011) | 82% | 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) | 75,88 (2008) | 82 (2011) | 90 | 100,00% |
| | | - Dans le secondaire | 58 (1997) | 61 (2008) | 63 (2011) | 53,8 | 100,00% |
| | | - Dans le supérieur | 34 (2004) | 41 (2008) | 43 (2010) | | 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) | 198,0 (2006) | 130,5 (2010) | 4613% | 10610,00% |
| 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) | 648 (2006) | 554 (2010) | 52670% | 17500,00% |
| 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) | 0,7 (2006) | | < 0,7 |

| Objectifs | Principales cibles retenues | Principaux indicateurs retenus | Niveau de référence | Niveau Rapport 2010 | Niveau retenu pour 2012 | 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) | 5,35 (2008) | 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) | 5,9 (2008) | 6,2 (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 |
| HNTIC | 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 | 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 des 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 Humaine |

LISTE DES GRAPHIQUES

| | |
|--|----|
| Graphique 1: Evolution et tendance de l'incidence de la pauvreté sur la période 1993-2015 . | 28 |
| Graphique 2: Répartition (en %) de la population de 15 – 64 ans selon la situation par rapport à l'emploi..... | 31 |
| Graphique 3: Evolution et tendances de la proportion des enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale sur la période 1992-2015..... | 34 |
| Graphique 4: Proportion des enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale selon la région en 1992 et 2011..... | 35 |
| Graphique 5: Evolution et tendances du TNS dans le primaire sur la période 1992-2015..... | 40 |
| Graphique 6: Evolution régionale du TNS entre 2006 et 2011..... | 40 |
| Graphique 7: Evolution et tendances du taux d'achèvement dans le primaire sur la période 1990-2015..... | 41 |
| Graphique 8: Evolution régionale du TA entre 2006 et 2011..... | 42 |
| Graphique 9: Evolution et tendances du taux d'alphabétisation sur la période 1990-2015..... | 42 |
| Graphique 10: Evolution et tendances du rapport filles sur garçons au primaire sur la période 1997-2015..... | 46 |
| Graphique 11: Répartition du rapport filles/garçons au primaire par région en 1997-1998 et 2010-2011..... | 46 |
| Graphique 12: Evolution et tendances du rapport filles sur garçons au secondaire sur la période 1996-2015..... | 47 |
| Graphique 13: Répartition du rapport filles/garçons au secondaire par région en 1996-1997 et 2010-2011..... | 47 |
| Graphique 14: Evolution et tendances du rapport filles/garçons dans l'enseignement supérieur de 2004 à 2015..... | 48 |
| Graphique 15: Répartition du Rapport filles/garçons par classe d'âge pour l'année 2007-2008..... | 48 |
| Graphique 16: Evolution du rapport filles/garçons au niveau primaire, secondaire et supérieur..... | 49 |
| Graphique 17: Evolution et tendances de la proportion des femmes salariées dans le secteur non-agricole de 2004 à 2015..... | 49 |
| Graphique 18: Evolution et tendance de la proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national de 1990 à 2015..... | 50 |
| Graphique 19: Taux de mortalité infanto-juvénile de 1992 à 2015..... | 53 |
| Graphique 20: Taux de mortalité infantile de 1992 à 2015..... | 54 |
| Graphique 21: Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole sur la période 1990-2015..... | 55 |
| Graphique 22: Evolution et tendances du taux de mortalité maternelle sur la période 1990-2015..... | 57 |
| Graphique 23: Evolution et tendances du taux de mortalité maternelle intra hospitalière de 1990-2010..... | 58 |
| Graphique 24: Répartition du taux de mortalité maternelle intra hospitalier par région en 2005 et 2010..... | 58 |
| Graphique 25: Evolution et tendance de la proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié de 1990-2015..... | 59 |

| | |
|--|------------------------------------|
| Graphique 26: Evolution et tendances du taux de prévalence contraceptive sur la période 1992-2015..... | 61 |
| Graphique 27: Répartition du taux de prévalence contraceptive par région en 1992 et 2010 . | 62 |
| Graphique 28: Répartition du taux de fécondité des adolescentes par région et par milieu de résidence en 1992 et 2006 | 62 |
| Graphique 29: Evolution de la couverture des soins prénatals de 1992 à 2015 | 63 |
| Graphique 30: Répartition de la couverture des soins prénatals par régions en 1992 et 2010. | 63 |
| Graphique 31: Répartition des besoins non satisfaits (%) en matière de planification familiale par région en 2006..... | 64 |
| Graphique 32: Evolution de la prévalence du VIH-SIDA par région entre 2002 et 2006 | 67 |
| Graphique 33: Evolution de l'incidence du paludisme et de la létalité due à la maladie..... | 72 |
| Graphique 34: Evolution de la proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées | 73 |
| Graphique 35: proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées par région en 2006 et 2010 | 73 |
| Graphique 36: Evolution et tendance de la proportion des zones forestières du Niger sur la période 1990-2015..... | 77 |
| Graphique 37 : Evolution et tendance de la consommation des substances appauvrissant la couche d'ozone au Niger sur la période 1990-2015..... | 78 |
| Graphique 38: Evolution du taux de couverture des besoins en eaux potables au Niger entre 2000 et 2010..... | 82 |
| Graphique 39: Evolution et tendance de la proportion de nigériens ayant accès de façon durable à une source d'eau améliorée sur la période 1992-2015 | 84 |
| Graphique 40: Evolution selon le milieu de résidence de la proportion de Nigériens ayant un accès durable à une source d'eau améliorée entre 1992 et 2008..... | Erreur ! Signet non défini. |
| Graphique 41: Evolution et tendance de la proportion de nigériens ayant accès à un système d'assainissement amélioré sur la période 1992-2015..... | 84 |
| Graphique 42: Evolution selon le milieu de résidence de la proportion de Nigériens ayant accès à un système d'assainissement amélioré entre 1992 et 2008..... | 85 |
| Graphique 43: Evolution et tendance de la proportion de citoyens nigériens vivant dans des taudis | 87 |
| Graphique 45: Evolution de l'aide publique au développement au Niger de 2000 à 2008..... | 90 |
| Graphique 46: Evolution de l'aide publique par tête (us \$/tête) | 91 |
| Graphique 47: Evolution du service de la dette (en % des exportations de biens et services) .. | 91 |
| Graphique 48: Disponibilité (%) médiane des médicaments | 94 |
| Graphique 49: Taux d'utilisation (%) du téléphone mobile par milieux de résidence, région administrative et par sexe | 97 |

AVERTISSEMENT

Ce rapport a été élaboré par une équipe de l'Observatoire National de la Pauvreté et du Développement Humain Durable (ONAPAD) dirigée par Moctar Seydou, coordonnateur.

La rédaction du rapport a bénéficié des appuis conseils des économistes de la Division Stratégie du PNUD Niger, à travers monsieur Mansour Ndiaye, conseiller économique du Bureau PNUD Niger et Ali MADAÏ Boukar, Economiste National du Bureau PNUD Niger.

RESUME EXECUTIF

Le texte fondateur des Objectifs du Millénaire pour le Développement est la «Déclaration du millénaire» adoptée le 8 septembre 2000, lors de l'ouverture de la 55^{ème} session de l'Assemblée Générale des Nations Unies. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont été adoptés par 189 États membres de l'ONU, à cette occasion. Ces objectifs sont au nombre de 8 et tous les pays signataires de la déclaration ont convenu de les atteindre à l'horizon 2015 en retenant l'année 1990 comme année de référence.

Ces objectifs recouvrent de grands enjeux humanitaires tels que: la pauvreté, la faim, la mortalité infanto-juvénile et maternelle, la maladie, l'analphabétisme, la dégradation de l'environnement et la discrimination à l'encontre des femmes. 18 cibles ont été identifiées puis déclinées en 48 indicateurs pour prendre en compte les 8 objectifs. Ces cibles ont été utilisées jusqu'en 2007. En effet, lors du sommet mondial de 2005 les Etats membres ont jugés nécessaire d'ajouter de nouvelles cibles et ont reçu l'approbation du Secrétariat Général des Nations Unies en 2007 d'où l'établissement des indicateurs qui permettaient d'évaluer ces nouvelles cibles. Ainsi, à partir de janvier 2008, 21 cibles et 60 indicateurs étaient définies de manière effective pour remplacer l'ancien cadre de mesure des OMD établi en 2000.

Afin d'évaluer l'évolution du pays vers les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le Niger, a déjà établi quatre (4) rapports nationaux en 2003, 2007, 2009 et 2010. Le présent rapport représente le 5eme de la lignée. Plusieurs enquêtes de l'INS ont été utilisées pour renseigner les indicateurs. On peut citer : les Enquêtes sur le Budget et la Consommation des ménages, les Enquêtes Démographiques et de Santé et à Indicateurs Multiples, les Enquêtes Nutrition, les Enquêtes Survie et Mortalité. Notons que d'autres sources ont été utilisées comme les annuaires statistiques ou les rapports annuels des ministères sectoriels.

1^{er} OMD : Réduire l'extrême pauvreté et la faim

Cet objectif a été décliné en 3 cibles: (i) réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (ii) Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif (iii) réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de personnes souffrant de malnutrition.

Par rapport à la première cible, la proportion de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté qui était de 63% en 1993 est passée à 59,5% en 2008, soit une régression de 3,5 points de pourcentage en 15 ans. La profondeur de la pauvreté qui mesure l'effort moyen à fournir par individu pour éradiquer la pauvreté est passée de 21% en 1993 à 19,6% en 2008, soit une diminution de 1,4 point de pourcentage. Si ces tendances globales observées se maintiennent, la proportion de pauvres se situerait en 2015 aux environs de 60% contre une cible de 31,5%, ce qui signifie qu'il est peu probable pour le Niger d'atteindre cette cible à l'horizon fixé.

Pour ce qui est de la deuxième cible ayant trait à l'emploi, très peu de données sont disponibles. Selon le D/SDRP 2007, le taux de chômage s'élève à 16% et est plus élevé chez les femmes et les jeunes. Par ailleurs, le taux de sous emploi était de 34,62%. Mais en 2012 la revue à mi-parcours du D/SDRP évalue le taux de chômage à 10% et le taux de sous emploi

visible à 20% ce qui dénote d'une bonne amélioration. Aussi, l'adoption et l'application de politiques adéquates permettraient au moins de s'approcher progressivement de l'objectif.

Quant à la troisième cible relative à la malnutrition, la proportion des enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale est passée sous la crise alimentaire de 2005, à 44,4 % en 2006 avant de s'établir à 33,7% en 2009. Cette proportion est remontée à 40,6% en 2010 avant de s'établir à 38,5 % en 2011 contre une cible de 18% en 2015. Le maintien de la tendance de ce taux implique que l'atteinte de cet objectif sera hors de portée pour le Niger à l'horizon 2015.

2^{ème} OMD : Assurer l'éducation primaire pour tous

Une seule cible est définie pour cet objectif. Il s'agit de donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires d'ici à 2015. Trois indicateurs sont utilisés pour cet objectif : (i) Taux Net de Scolarisation (TNS) dans le primaire ; (ii) Proportion d'écoliers commençant la première année d'études dans l'enseignement et achevant la cinquième année et (iii) Taux d'alphabétisation d'hommes et de femmes de 15 à 24 ans.

Le Taux Net de Scolarisation (TNS) a connu une amélioration conséquente sur la période 1990-2011 où il passe de 18 % (ce qui est extrêmement faible) à 67% (ce qui est appréciable). La projection de cet indicateur basée sur les tendances passées, estime le TNS à 82% en 2015. Cette évolution montre qu'en accélérant les efforts, l'objectif pourrait être atteint à l'horizon 2015.

Le Taux d'Achèvement (TA) du cycle primaire est passé de 15 à 51% sur la période 1990-2011. Si le taux d'abandon de l'école primaire stagne, le Niger aura en 2015 un Taux d'Achèvement inférieur à 60% contre une cible de 100%.

Le taux d'alphabétisation des plus de 15 ans est passé de 10% en 1990 à 26% en 2000 pour s'établir à 29% en 2008. Ce taux est nettement plus faible chez les femmes (17%) que chez les hommes (43%). Cette disparité est aussi observée entre le milieu rural (22%) et le milieu urbain (65%). Si ce rythme se maintient, le taux d'alphabétisation sera inférieur à 40% en 2015 ce qui reste loin de l'objectif (100%).

3^{ème} OMD : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

Cet objectif a pour cible 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. Trois (3) indicateurs sont retenus pour mesurer les progrès vers l'atteinte de cette cible : (i) le Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur; (ii) le Pourcentage de femmes salariées dans le secteur non agricole; (iii) la Proportion des sièges occupés par des femmes au parlement national.

Concernant l'enseignement primaire, le rapport entre les filles et les garçons passe de 62,55 pour l'année scolaire 1997-1998 à 82 filles pour 100 garçons pour l'année scolaire 2010-2011. Au secondaire, de 1996 à 2006 ce rapport passe de 55 à 63 filles pour 100 garçons. Au

niveau de l'enseignement supérieur, il passe de 34% en 2004 à 40% en 2006 et enfin pour l'année scolaire 2009-2010 il est observé un ratio de 43%.

La proportion des femmes travaillant dans le secteur non-agricole a connu une progression entre 2005 et 2008. Mais ce taux chute entre 2008 et 2009 en passant de 36,11% à 32,87%. Toutefois, si la tendance générale se maintient, on peut s'attendre à avoir une proportion de 50% en 2015.

Quant à la proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national, elle évolue en dent de scies. 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 en 2011 pour atteindre 13,27%.

Ainsi, même si les tendances observées au niveau du primaire permettent d'espérer de bonnes perspectives en matière de scolarisation de la jeune fille, compte tenu des tendances au niveau de la participation de la femme, l'atteinte de cet objectif à l'horizon 2015 semble peu probable.

4^{ème} OMD : Réduire la mortalité infantile

La cible retenue au niveau de cet objectif est la réduction de deux tiers, entre 1990 et 2015, du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Trois indicateurs sont retenus pour mesurer cette cible : (i) le Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ; (ii) le Taux de mortalité infantile et (iii) la Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole.

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans passe de 318,2 enfants pour 1000 en 1992 à 130,5 pour 1000 en 2010, la cible étant de 106 pour 1000 en 2015. Quant à la mortalité infantile, elle passe de 121 pour 1000 en 1992 à 63 pour 1000 en 2010 pour une cible de 41 pour 1000 en 2015. Les tendances de ces deux indicateurs montrent que le Niger est en bonne voie pour atteindre les cibles fixées à l'horizon 2015.

La proportion des enfants de 1 an effectivement vaccinés contre la rougeole s'élevait à 20,4% en 1992 et passe à 65,9% en 2009. Pour cet indicateur aussi, si des efforts sont consentis, en 2015 tous les enfants seront effectivement vaccinés contre la rougeole.

5^{ème} OMD : Améliorer la santé maternelle

Deux cibles ont été retenues pour mesurer l'atteinte de cet objectif : (i) Réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle à l'horizon 2015; (ii) Atteindre, d'ici à 2015, l'accès universel à la santé procréative.

Concernant la première cible, deux indicateurs sont retenus : (i) le Taux de mortalité maternelle et (ii) la Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié.

Le taux de mortalité maternelle du Niger est extrêmement élevé. Le Niger enregistrait 700 décès pour cent mille (100.000) naissances vivantes en 1990. Ce taux évolue en 2010 et se situe à 554 décès pour cent mille contre une cible de 175 décès pour cent mille en 2015. Par ailleurs, plus de la moitié des accouchements ne sont toujours pas assistés par du personnel de santé qualifié au Niger. Cette proportion passe de 15% en 1990 à 37,1% en 2010. La réduction de la mortalité maternelle étant une priorité, des stratégies très ambitieuses doivent être développées pour améliorer ces indicateurs car en considérant les tendances actuelles, cet objectif sera hors de portée pour le Niger à l'horizon 2015.

Concernant la cible relative à la santé procréative, quatre indicateurs sont retenus pour son évaluation: (i) le Taux de prévalence contraceptive ; (ii) le Taux de fertilité des adolescentes ;

(iii) le Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénataux au moins une fois et le pourcentage de celles en ayant reçu au moins quatre fois pendant leur grossesse ; et (iv) les Besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

Malgré la faible utilisation de la contraception moderne, le taux de prévalence contraceptive a déjà largement dépassé en 2010 (21,21%) l'objectif fixé dans le cadre de la SDRP (14% en 2012).

En matière de fécondité, le pourcentage des adolescentes (15-19 ans) ayant déjà commencé leur vie féconde est de l'ordre de 39,3% en 2006, ce qui signifie qu'environ deux femmes âgées de 15 à 19 ans sur cinq ont déjà commencé leur vie féconde.

Quant à la couverture des soins prénatals, elle s'est beaucoup élargie. De 1992 à 2010 cette couverture a triplé. Elle passe de 30,1% en 1992 à 95,7% en 2010. Cela signifie qu'en 2010, seulement 4,3% des femmes ne sont pas couvertes par les soins prénatals. Cette amélioration s'explique par la gratuité des soins prénatals. Aussi, en 2006 on relève 14% de besoins non satisfaits en matière de planification.

6^{ème} OMD : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

Trois cibles sont retenues par rapport à cet OMD, à savoir (i) l'arrêt de la propagation du VIH/SIDA, (ii) l'accès universel aux traitements contre le VIH/Sida et (iii) la maîtrise du paludisme à l'horizon 2015.

Le taux de séroprévalence est passé de 0,87% en 2002 avant de retomber à 0,7% en 2006. Ce taux est plus élevé chez les filles (0,5%) que les garçons (0,1%). On remarque qu'il est aussi plus important en milieu urbain que rural. 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 7663 personnes en 2010.

L'incidence du paludisme est passée de 6,26% en 2000 à 14,31% en 2008. Sa létalité passe de 0,18 % en 2006 à 0,16 % en 2010. Si ces tendances se poursuivent, l'incidence et la létalité du paludisme se situeraient respectivement autour de 22 % et environ 1,5% à l'horizon 2015.

Le taux de dépistage de la tuberculose pulmonaire est estimé à 55% en 2008, ce qui est largement en deçà de l'objectif de 70% fixé par l'OMS. L'incidence de la maladie est estimée à 174 cas pour 10.000 habitants en 2008.

Ainsi, le paludisme et la tuberculose occupent encore une place importante parmi les causes de morbidité et de mortalité au Niger et des efforts considérables doivent être consentis pour pallier ce problème et s'approcher le plus possible de l'objectif.

7^{ème} OMD : Assurer un environnement durable

Quatre cibles ont été retenues au niveau de cet objectif : (i) l'intégration des principes du développement durable dans les politiques nationales de développement et l'inversion de la tendance actuelle à la déperdition de ressources environnementales; (ii) la réduction de la perte de la biodiversité; (iii) la réduction de moitié de la proportion de la population n'ayant

pas accès à l'eau potable et à un système d'assainissement de base; (iv) l'amélioration des conditions de vie des habitants des taudis.

Concernant la première cible, la proportion de zones forestières diminue fortement. Elle était de 8,3 % en 1990 et 5,1 % en 2010. Les émissions de CO₂ passent de 1,2 tonnes/hbt en 1990 à 1,7 t/hbt en 2000, alors que pour le cas spécifique du Niger, l'objectif est de 0,6 t/hbt en 2015. La consommation des substances endommageant la couche d'ozone se situe à 38 tonnes en 2009 pour un objectif de 8 t en 2015. Pour cette cible, le Niger est vraiment loin de l'objectif fixé pour 2015.

Pour ce qui est de la deuxième cible, les statistiques sur l'état et les progrès dans le cadre de la préservation de la biodiversité sont rares. La proportion de zones protégées a ainsi plus que doublé en 2011 et la proportion des ressources totales en eaux utilisées pour les besoins et activités humains est de l'ordre de 1%.

Au niveau de la troisième cible, les besoins d'à peine 3 Nigériens sur 5 étaient couverts en eau potable en 2010. Cependant, la proportion de Nigériens ayant accès de façon durable à une source d'eau améliorée se situait déjà en 1998 (32,2%) au delà du niveau escompté à l'échéance de 2015 (30,4%) et devrait être doublé à cette date si la tendance actuelle se maintient. La proportion de Nigériens ayant accès à un système d'assainissement amélioré est ainsi passée de 11,9% en 1992 à 11,8% en 2008. Si la tendance actuelle se maintient, l'on devrait se retrouver en deçà de 10% au lieu de la cible de 36% à l'horizon 2015.

Pour la quatrième cible, la proportion de citoyens nigériens vivant dans des taudis est passée de 66,0% à 58,5% entre 2005 et 2008. Vu cette tendance, l'objectif (36,5%) pour 2015 sera très difficilement atteint.

8^{ème} OMD : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Pour la cible « 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 », l'Aide Publique au Développement en pourcentage du PIB est passé de 16% en 1990 pour baisser à 6,2% en 2010. L'APD est passé de 59 M\$US en 2000 à 275,38 M\$US 2008. Quant au service de la dette qui était de 51,1% en 2001, il est passé à 27 % en 2004 puis à 18,6 en 2007 du fait de l'accession du Niger au point d'achèvement de l'Initiative-PPTE (2004) et à l'initiative d'allégement de la dette multilatérale (IADM). Cette tendance devrait se poursuivre à la faveur des politiques prudentes en matière d'endettement que le gouvernement entend mener d'ici à 2015.

Au niveau de la cible « En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement », seulement 36,11% des médicaments sont disponibles dans les points de vente publics. La disponibilité des médicaments essentiels génériques reste très moyenne au niveau du secteur public censé approvisionner les endroits les plus reculés du pays au contraire du secteur privé qui affiche une très nette progression malgré des prix encore relativement élevés. Dans le secteur parapublic, la disponibilité des médicaments génériques est assez moyenne et est meilleure que dans le secteur public censé l'approvisionner.

Enfin, pour la cible « 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 accordés à tous » le nombre de lignes téléphoniques fixes pour 100 habitants malgré la chute enregistrée entre 2000 et 2005 (respectivement 2,17 et 0,19) est en progression ces dernières années en passant de 0,48 en 2008 à 0,52 en 2009 pour atteindre 0,55 en 2010. Le taux de pénétration de téléphone cellulaire atteint 24,48 % fin 2010, se plaçant ainsi au-delà de la cible retenue (10%) pour 2012. Cependant, seuls 7 Nigériens sur 1000 utilisent l'internet.

D'une manière globale, bien que certains indicateurs de l'objectif soient atteints, des dispositions doivent être prises afin d'atteindre globalement l'objectif.

INTRODUCTION

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, 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. Cette conférence mettait fin aux débats qui avaient animé les précédentes rencontres sur la population (Bucarest 1974, Mexico 1984) et la relation entre sous développement et croissance rapide de la population. 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 ; et cela dans le cadre d'un partenariat mondial pour le développement, en particulier entre pays développés et en développement.

Pour relever ces défis à l'horizon 2015, la communauté internationale s'est assigné 8 Objectifs 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.

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. La liste officielle effective à partir de Janvier 2008 se décline en huit objectifs, 21 cibles et 60 indicateurs, alors que la version initiale issue de la déclaration de 2000 comprenait respectivement 8, 18 et 48.

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 en 2007, en Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP) 2008-2012, 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 quatre (4) rapports nationaux respectivement en 2003, 2007, 2009, et 2010 ; 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

consciencés, 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.

Par ailleurs, conformément à la Directive d'octobre 2003 du Groupe des Nations Unies pour le Développement (UNDG) relative à l'élaboration des rapports nationaux sur les OMD, l'année la plus proche de 1990 a été retenue comme base lorsque les données de 1990 ne sont pas disponibles.

Ce Rapport national, qui vise, à l'aide d'indicateurs pertinents, à faire l'état des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs susvisés, offre l'opportunité au pays de mieux s'attaquer aux contraintes structurelles et conjoncturelles auxquelles il est confronté dans ses efforts de développement. 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, dans un environnement international marqué notamment par la crise économique et les changements climatiques, 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.

Enfin, il présente en huit chapitres une vue d'ensemble des évolutions des indicateurs et la probabilité de leur réalisation à trois ans de l'échéance fixé pour 2015.

METHODOLOGIE

L'Observatoire National de la Pauvreté et du Développement Humain Durable (ONAPAD) logé à l'Institut National de la Statistique (INS) a pris régulièrement en charge l'élaboration des rapports faisant le bilan sur les progrès nationaux vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il est, comme auparavant, élaboré avec la collaboration des ministères techniques concernés et en concertation avec des Agences du Système des Nations Unies au Niger, sous la coordination du PNUD, les associations de la société civile et les représentants de milieux sociaux, économiques et académiques qui ont notamment contribué à son enrichissement et à sa validation. La méthodologie du processus d'élaboration du rapport d'évaluation sur les progrès accomplis par le Niger vers l'atteinte des OMD s'articule autour des étapes suivantes :

La première étape concerne l'élaboration des Termes de Référence (TDRs) relatifs à la réalisation et à la diffusion du rapport. Ces TDRs présentent le contexte dans lequel intervient l'évaluation, ses objectifs, ses 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 deuxième étape a

essentiellement consisté à : i) la recherche documentaire, ii) la collecte de l'information à travers des données quantitatives et qualitatives issues des enquêtes nationales et des statistiques de routine de l'administration, iii) la capitalisation de l'expérience effective des experts de l'ONAPAD et de la Division Stratégie du Programme des Nations Unies pour le Développement au Niger. La troisième étape a consisté en l'organisation d'un atelier de partage, d'enrichissement et de validation du rapport provisoire.

La quatrième et dernière étape a porté sur l'élaboration du rapport final de l'évaluation intégrant les observations et amendements des différents acteurs ayant participé à l'atelier national de validation.

Il est aussi à noter que conformément à la note d'orientation sur l'élaboration des rapports nationaux sur les OMD, la rédaction du rapport a pris pour référence l'année 1990 ou l'année la plus proche lorsque les données de 1990 ne sont pas disponibles.

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 et à Indicateurs Multiples de 1992. Quant aux valeurs pour l'année récente, elles sont principalement tirées des Enquêtes sur le Budget et la Consommation des ménages de 2007/2008, des Enquêtes Démographiques et de Santé et à Indicateurs Multiples de 2006 et des Enquêtes sur la mortalité (2010) et Nutrition des Enfants de 2010-2011. D'autres sources ont également été utilisées pour renseigner ces indicateurs, notamment les comptes économiques de la Nation, les annuaires des statistiques sanitaires du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) ou les rapports annuels d'activités des ministères techniques sectoriels.

Les huit (8) objectifs ont été analysés cible par cible dans la mesure de la disponibilité des données selon :

- La « Situation et tendances » des indicateurs associés à la cible de l'objectif ;
- Les « Contraintes et défis » à relever dans le cadre de la réalisation de la cible de l'objectif ;
- Les « Actions menées » à la base des améliorations observées au niveau de la cible ;
- Une « Conclusion partielle » faisant le bilan et les perspectives d'atteinte de la cible en 2015.

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 et est divisé en huit (8) régions, trente six (36) départements et deux cent soixante six (266) communes réparties en cinquante deux (52) communes urbaines et deux cent quatorze (214) communes rurales. Il est limité au Nord par l'Algérie et la Libye, à l'Est par le Tchad, au Sud par le Nigeria et le Bénin et à l'Ouest par le Burkina Faso et le Mali. 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 17^{ème} 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 à l'ouest.

Situation démographique

La population nigérienne est caractérisée par une croissance très rapide : elle est passée de 7 256 626 habitants en 1988 à 10 790 352 en 2001 (RGP, 2001) pour atteindre 15 730 754 habitants selon les projections de 2011. Le taux de croissance démographique est estimé à 3,3% en 2011, contre 3,1% sur la période 1988-2001. A ce rythme la population nigérienne doublerait tous les 20 ans. Ce croît démographique est le résultat d'une fécondité restée à un niveau très élevé depuis l'indépendance. L'indice synthétique de fécondité (ISF) se situe à 7,1 enfants par femme. Quant à la mortalité générale, elle reste toujours élevée du fait de la forte mortalité infantile, (63,2 pour mille enfants)¹, à la pandémie du VIH/SIDA; au paludisme et à la recrudescence de certaines maladies endémiques qui affectent l'espérance de vie (58,4 ans)².

En outre, la population se caractérise également par sa jeunesse avec 49,2% des Nigériens ayant moins de 15 ans³, une répartition quasi équilibrée entre les sexes, (49,9% d'hommes contre 50,1% de femmes), une faible densité de peuplement (12,4 habitants/km²) et une forte concentration dans la bande sud du pays.

Cette inégale répartition de la population est l'une des caractéristiques majeures du pays. En effet, la région d'Agadez couvrant à elle seule la moitié de la superficie du pays (53%) n'abrite que 3,3% de la population avec une densité de 0,3 habitants/Km², tandis que la région

¹ INS _Enquete_Survie_Mortalité_2010

² Institut National de la Statistique 2010

³ INS, Niger en chiffres édition 2011

de Tillabéry et celle de Niamey sept (7) fois moins étendue que la région d'Agadez abritent sept (7) fois plus d'habitants que celle-ci.

Par ailleurs, la croissance de la population urbaine s'est accélérée de manière importante ces vingt (20) dernières années. En 1988, environ 15 pour cent de la population nigérienne vivait dans les zones urbaines contre 21% en 2011.

Développement économique récent et situation de pauvreté

Après une croissance économique fort appréciable de 9,6%, enregistrée en 2008⁴, due à la bonne pluviométrie, la reprise des investissements, notamment dans le secteur minier, conjuguées à la poursuite de la mise en œuvre du programme économique et financier soutenu par les institutions financières internationales entre 2007 et 2008, le taux de croissance du PIB a chuté à - 0,7% en 2009. L'inversion de la tendance observée en 2010 (8,2%) s'est estompée en 2011 (2,3%) notamment en raison des tensions des prix, particulièrement au niveau des produits pétroliers et alimentaires, à la mauvaise campagne agricole 2011-2012 qui a enregistré un déficit en équivalent céréalier de près de 692 502 t⁵ avec pour conséquence une crise alimentaire à l'échelle nationale doublée d'une crise humanitaire sur les frontières orientales et septentrionales découlant des conflits au Mali et en Libye.

L'analyse sectorielle de l'activité économique sur la période 2008-2011, indique une contribution prépondérante du secteur primaire dans la création de la richesse avec en moyenne plus de 44% du PIB malgré une baisse continue depuis 2009. Le secteur tertiaire, représente en moyenne 37% du PIB. Le secteur secondaire en légère hausse depuis 2009 se situe en moyenne autour de 11,1% sur la même période. Globalement, les contributions à la croissance du PIB au coût des facteurs (1,6% de croissance) des secteurs primaire, secondaire et tertiaire s'établiraient respectivement à -1,5 point de pourcentage, 0,5 point et 2,6 points en 2011.

Par ailleurs, avec la reprise de la coopération entre le Niger et ses différents partenaires, le budget de l'Etat a connu une hausse substantielle essentiellement portée par une augmentation des recettes dont celles fiscales (essentiellement du fait des recettes tirées de l'exploitation pétrolière) qui passent de 12,9 % à 13,4 % du PIB sur la période 2010-2011.

Un des faits majeurs de la politique économique du Niger est la définition, de trois principaux cadres stratégiques selon différents horizons temporels de long, moyen et court terme. Il s'agit respectivement de la Vision Niger 2035 relative à la mise en œuvre de la Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI), du Plan de Développement Economique et Social (PDES) 2012-2015 et de l'Initiative 3N. Un autre axe non moins important de l'action économique de l'Etat est la volonté d'améliorer les recettes internes à travers notamment un renforcement des capacités des régies financières (moyens humains et matériels, cadre institutionnel et réglementaire et coordination).

Par ailleurs, le taux de couverture du commerce extérieur se situe à 51% même s'il est en hausse par rapport à 2010 (49%). Cet état de fait est avant tout la résultante du début de grands projets nécessitant des investissements coûteux (Projet Kandadji, Centrale thermique

⁴ INS, Compte Economique de la Nation 2011 (estimation), 2011
⁵ MA/DS, Evaluation de la campagne agricole 2011-2012.

de Niamey, Projet Imouraren, bitumages de routes, etc.). Les flux financiers indiquent dans ce sens une amélioration des transferts de fonds en faveur du Niger. Le compte des opérations financières a cru de 10% par rapport à 2010.

Outre les efforts remarquables mis en œuvre pour l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et des performances économiques, l'incidence de la pauvreté demeure élevée. En effet, sur près de 13,4 millions de Nigériens en 2008⁶, huit (8) millions sont pauvres, soient six (6) personnes sur dix (10). Cependant, l'accès aux services de base s'est amélioré avec notamment un taux brut de scolarisation passé de 62% en 2007-2008 à 76,1 % en 2010-2011⁷.

Selon le Rapport mondial sur le Développement Humain (RNDH 2011) l'indice de développement humain (IDH) du Niger est resté parmi ceux du groupe des pays à faible niveau de développement humain en dépit d'une amélioration de la valeur de l'IDH. En effet, l'IDH du Niger est passé de 0,293 en 2010 à 0,295 en 2011, plaçant le Niger au 186^{ème} rang sur 187 pays.

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 en 1996, 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 6^{ème} 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 novembre 2010 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 7^{ème} république.

⁶ INS Enquête Nationale budget consommation ENBC 2007/2008

⁷ Annuaire statistique MEN 2010-2011

CHAPITRE 1 : REDUIRE L'EXTREME PAUVRETE ET LA FAIM

1.1.1. Situation et tendances

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 nationale**



La situation socio-économique du Niger est caractérisée par un fort pourcentage de pauvreté des populations aussi bien en ville que dans les zones rurales. L'évaluation des indicateurs de mesure de cette pauvreté a été rendue possible grâce à la série d'enquêtes réalisées par le Niger sur la période 1993-2008. Il s'agit essentiellement des Enquêtes Nationales sur le Budget et la Consommation des ménages (ENBC-1993, et 2008), et de l'enquête sur le Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être (QUIBB -2005).

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.

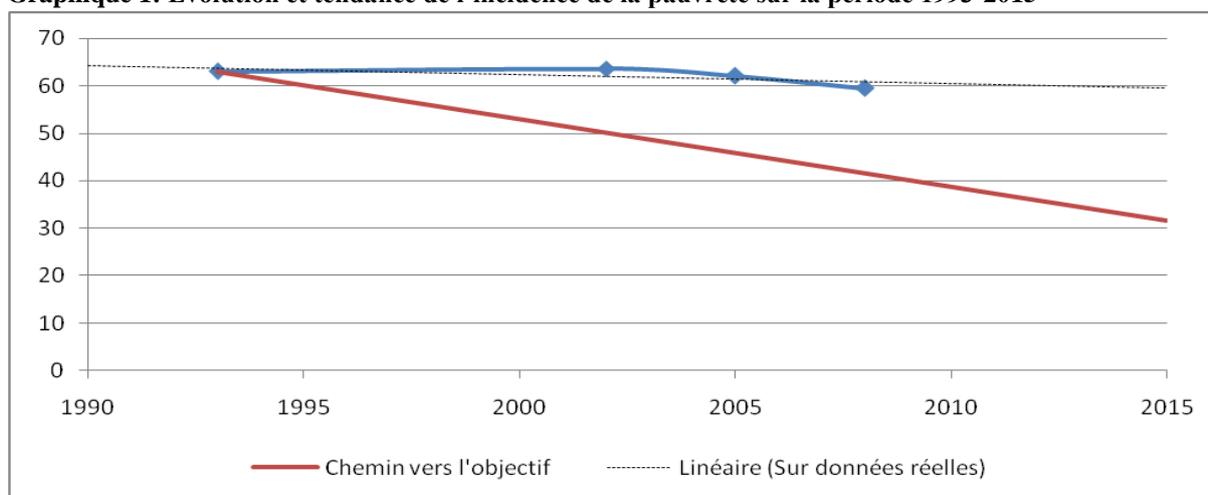
Source : SDRP : 2008-2012

Après une légère diminution entre 1993 et 2005 (de 63% à 62,1%), l'incidence de la pauvreté a connu une diminution plus appréciable entre 2005 et 2008, passant de 62,1 % à 59,5%, soit une diminution de 0,86 points de pourcentage par an. Toutefois, malgré ce recul, le nombre de

personnes pauvres a un peu augmenté sur la période. Ainsi, on compte environ 8 millions de pauvres en 2008 contre 7,8 millions en 2005.

Malgré ces avancées significatives obtenues en matière de réduction de la pauvreté, le graphique ci-dessous montre que le Niger reste largement à l'écart de la trajectoire fixée par la déclaration du Millénaire pour atteindre l'objectif en 2015. En effet, si les tendances globales observées sur la période 1993-2008 se maintiennent (une diminution de 0,23 points par an), l'incidence de la pauvreté se situerait en 2015 aux environs de 60%. Même dans le cas d'une hypothèse de maintien de la tendance forte observée sur la période 2005-2008 (une diminution de 0,86 points par an), l'incidence de la pauvreté sera de l'ordre de 55% en 2015, contre un objectif de 31,5%.

Graphique 1: Evolution et tendance de l'incidence de la pauvreté sur la période 1993-2015



Sources : ENBC-1993, SDRP-2002, QUIBB-2005 et ENBC-2008

La profondeur de la pauvreté a connu une aggravation entre 1993 et 2005 passant de 21% à 24,1%. Par contre, entre 2005 et 2008, tout comme au niveau de l'incidence, on note une diminution de la profondeur de la pauvreté passant de 24,1% à 19,6%, soit une diminution de 4,5% 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, ce qui montre que la diminution de la pauvreté a été plus marquée au niveau des couches les plus pauvres. 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 2005-2008.

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%). Toutefois, 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 diversification et le caractère informel de l'économie, (iii) la faible productivité des facteurs de production, (iv) la structure de la production dominée par une agriculture de subsistance qui occupe près de 80% de la population, (v) l'absence de mécanismes adéquats pour la commercialisation et la transformation des produits agricoles et de l'élevage, (vi) la faiblesse des ressources allouées aux secteurs prioritaires (éducation, santé, eau et assainissement), (vii) 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, (viii) les différentes crises alimentaires, (ix) la crise économique de ces trois dernières années qui handicape le pays de moyens financiers supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre des programmes de lutte contre la pauvreté, et (x) 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 croissance économique forte et durable (il faut un taux de croissance annuel moyen en termes réels de l'ordre de 7,3%, qui correspond à un taux de croissance par tête de l'ordre de 4%) ; (ii) d'une amélioration de la productivité et des rendements dans tous les secteurs ; (iii) d'un renforcement de la bonne gouvernance ; (iv) d'une maîtrise de la croissance démographique de la population ; (v) d'une politique de réduction des inégalités entre pauvres et non pauvres, entre hommes et femmes, entre régions et entre le milieu rural et le milieu urbain ; (vi) d'une canalisation des investissements massifs dans les secteurs prioritaires de l'économie ; (vii) de la promotion et le soutien continu aux Activités Génératrices de Revenus (AGR) ; (viii) des changements très profonds de la structure et des fondamentaux et déterminants de l'économie nigérienne, notamment au niveau du secteur agricole.

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.

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 pratiquement hors de portée pour le Niger. En effet, le niveau de l'indicateur était trop élevé (63%) en 1994. Pour parvenir à atteindre l'objectif fixé en 2015, le Niger devait parvenir à faire baisser l'incidence de la pauvreté de 1,5% 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 six 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

1.2.1. Situation et tendances

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.**

Il y a très peu de données à couverture nationale relatives à l'emploi au Niger. Suivant la définition du chômage au sens du BIT, le taux de chômage a été estimé à 2,3% en 2008 selon les données de l'ENBC. Les actifs occupés et les inactifs représentent respectivement 41,4% et 56,3% de la population potentiellement active c'est-à-dire celle âgée de 15 à 64 ans.

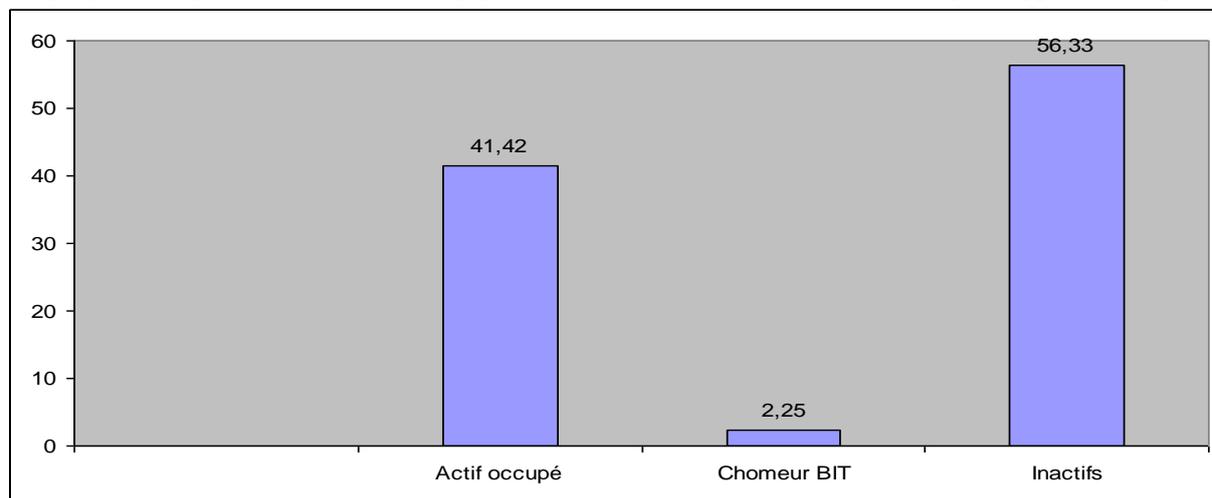
En outre, le chômage affecte davantage les jeunes de 30 à 49 ans (3,1%) et ceux âgés de 15 à 29 ans (2,1%). De même, le taux de chômage est nettement plus faible chez les femmes (0,5%) que chez les hommes (4,3%) qui représentent par ailleurs 87,6% de l'ensemble des chômeurs. Le taux de chômage est plus élevé en milieu urbain (2,4 %) qu'en milieu rural (2,2).

Au niveau des régions, ce sont les régions de Tahoua (5,4%), Agadez (3,2%) et Niamey (2,8%) qui détiennent les taux de chômage les plus élevés. Dans toutes les autres régions du pays, le taux de chômage est inférieur à la moyenne nationale et varie de 0,4% à Tillabéry à 2,2% à Maradi. Toutefois, ce sont les régions de Tahoua, de Maradi et de Zinder qui

contribuent les plus au nombre total de chômeurs. Leur nombre de chômeurs représente respectivement 47,5%, 19,6% et 13,5% de l'ensemble des chômeurs.

Mais il faut souligner que ces données ne traduisent peut-être pas fidèlement la réalité du phénomène de chômage et du sous emploi au Niger, qui semble plus massif qu'il n'apparaît à travers celles-ci.

Graphique 2: Répartition (en %) de la population de 15 – 64 ans selon la situation par rapport à l'emploi



Source : INS/ ENBC 2007/2008

Le D/SDRP 2007 donne tout de même 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 contre 12% 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 34,62% au niveau national avec 38,3% pour les femmes et 32,9% pour les hommes alors qu'il était de 30,3% en 2005⁸.

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 forte croissance démographique ; (ii) la déficience structurelle de l'offre en raison de la création d'emplois limitée dans la fonction publique et le secteur formel, (iii) la précarité des emplois et vulnérabilité des acteurs du secteur informel et (iv) 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

⁸ QUIBB 2005

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 ».

1.2.3. Actions menées

Parmi les actions menées on peut citer : (i) la Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP 2008-2012), principal cadre de développement en matière de politiques économiques et sociales au Niger, autour de son axe 1 qui vise la recherche d'une croissance forte, diversifié et créatrice d'emploi. Cet axe vise la création de l'emploi, à travers le développement du secteur productif (pour atteindre un taux de croissance économique de 7% en 2012), la diversification des sources de croissance économique en ciblant les secteurs créateurs d'emploi⁹, à travers quatre grappes prioritaires de croissance à haut potentiel et créatrices d'emploi (développement rural, artisanat, tourisme, mines) ; (ii) la politique nationale de l'emploi qui quant à elle 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 ;

(iii) la création de l'Observatoire National de l'Emploi, (iv) 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, car il s'inscrit entièrement dans celui du plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF).

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.

⁹ Cabinet du premier ministre (2007) stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté 2007_2008.

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 critique et le secteur agricole, malgré son importance, 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 semble ainsi être manifeste dans les couches vulnérables de la population (enfant, femmes enceintes,) 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) et les enquêtes nutritionnelles réalisées par l'INS, une dégradation de (+2,3) points de pourcentage de la prévalence de l'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans est observée sur la période 1992-2011.

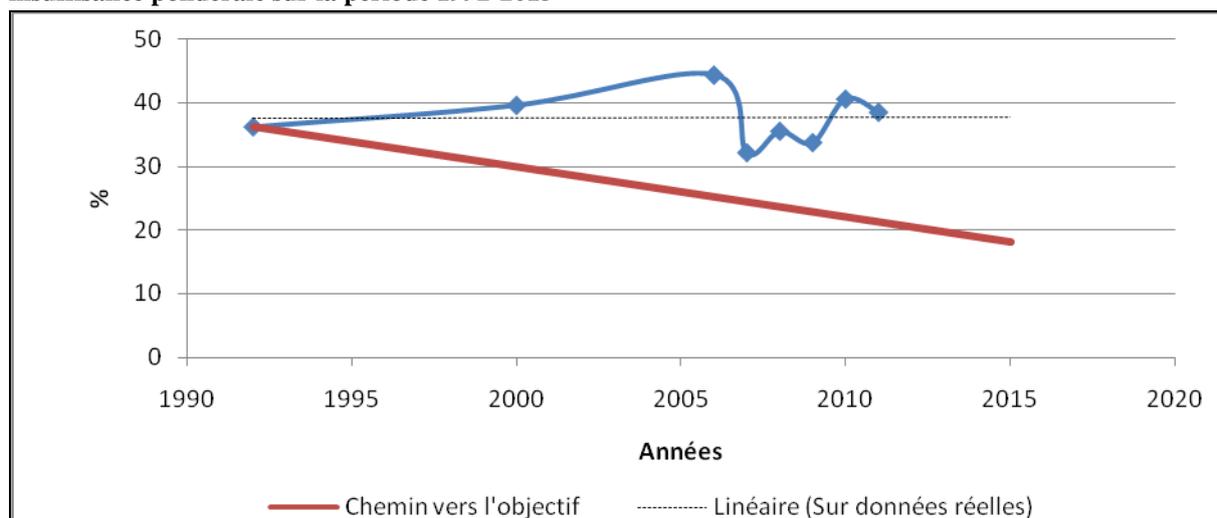
En effet, avec une situation de référence de 36,2% en 1992¹⁰, la proportion des enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale est passée avec la crise alimentaire de 2005, à 44,4 % en 2006 avant de s'établir à 33,7% en 2009 suite aux interventions d'urgence et humanitaires de l'Etat et ses partenaires. Cependant, avec la crise alimentaire pastorale et nutritionnelle consécutive à une campagne agro pastorale 2009/ 2010 marquée par un déficit céréalier d'environ 400.000 tonnes et conjuguée à un déficit fourrager estimé à 16.000.000 de tonnes de matières sèches, la proportion des enfants en insuffisance pondérale est remontée à 40,6% en 2010 avant de s'établir à 38,5 % en 2011¹¹ grâce au niveau élevé des réponses¹² de l'Etat et de ses partenaires.

¹⁰ INS/EDSN-I

¹¹ INS, Enquête Nutrition 2011

¹² Selon le Ministère de l'Agriculture et de l'Elevage (MAG/EL), les résultats de cette campagne ont dégagé un excédent prévisionnel de plus d'un million de tonnes sur la base de la consommation et de la production de céréales locales (mil, sorgho, maïs et fonio) et un excédent fourrager de plus d'un million de tonnes de matières sèches.

Graphique 3: Evolution et tendances de la proportion des enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale sur la période 1992-2015



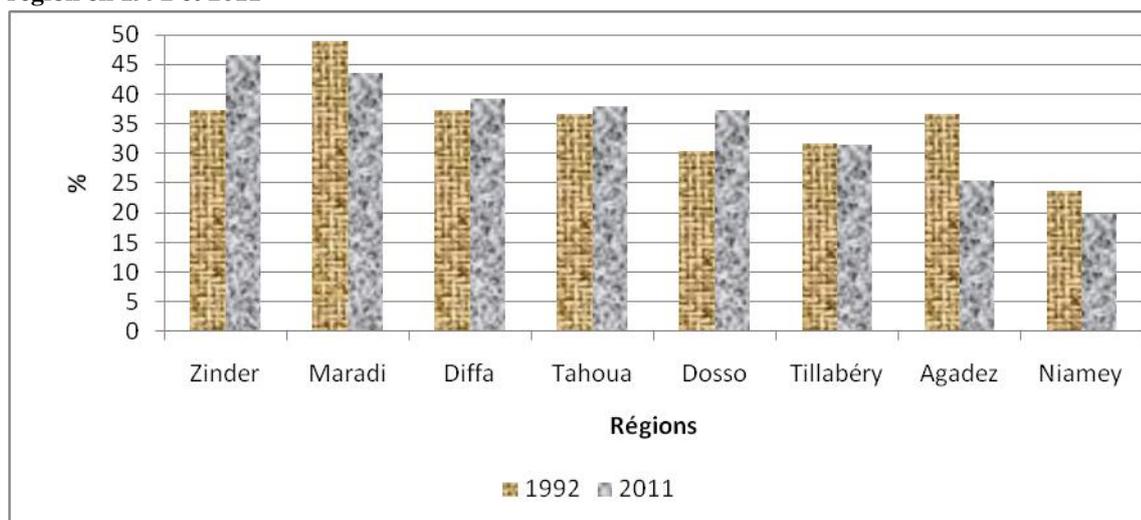
Source : EDSN-1992, 2006 ; MICS 2000, et Enquête nutrition 2007/2010

La tendance globale observée sur la période 1992-2011 montre que la proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale ne pourra pas atteindre le taux de malnutrition fixé à 18% en 2015.

Si la tendance observée entre 2006 et 2011 se maintient, la proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant de la malnutrition pourrait rester 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 2011, la proportion des enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale a beaucoup reculé en milieu rural (-8,8%) alors que le milieu urbain a connu une aggravation de la situation (+4,45 %). On note aussi une réduction de la malnutrition au niveau de toutes les régions. Cette baisse est beaucoup plus significative dans la région d'Agadez avec une réduction de (- 4,42) points de pourcentage par an sur la période. Elle est moyenne dans les régions de Dosso et Diffa avec respectivement des valeurs de (-1,92) et (-1,9) points de pourcentage par an. Elle est relativement faible à Zinder et Tahoua avec (-0,26) et (-0,3) points de pourcentage par an.

Graphique 4: Proportion des enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale selon, la région en 1992 et 2011



Source : EDSN 1992, Enquête Nutrition 2011.

Selon l'enquête Nutrition de juin 2011 réalisée par l'INS, la malnutrition touche beaucoup plus les garçons (40.3%) que les filles (36.7%).

Cependant, le taux de malnutrition chronique au Niger se détériore de plus en plus depuis la crise alimentaire et nutritionnelle de 2005 conjuguée à la crise nutritionnelle survenue en 2010. En effet, de 32% en 1992, elle passe à 43.8% en 2006 avant d'atteindre 50,1% (plus d'un enfant sur deux) selon les résultats de l'enquête nutrition de juin 2011.

Par ailleurs, il faut noter des progrès enregistrés quant à la malnutrition aiguë globale qui pourrait être la conséquence des mesures et des programmes qui ont été mis en place suite à la crise alimentaire et nutritionnelle survenue entre 2005 et 2010. Ainsi, de 16% en 1992, ce taux est passé à 10,3% en 2006 pour atteindre 12,3% en 2011.

1.3.2. Contraintes et défis

Les contraintes sont liées à une absence 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) et la baisse du pouvoir d'achat des populations constituent un frein à une bonne alimentation. A cela, il faut ajouter les crises alimentaires répétitives et la hausse des produits de consommation.

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'état à traduire dans les faits par des mesures pratiques, les multiples stratégies et programmes adoptés (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 une gestion optimale des ressources en eaux disponibles à savoir 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

Les différentes actions menées en matière d'amélioration de la situation alimentaire et nutritionnelle se sont concrétisées 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.

A ces documents cadres s'ajoutent :

- le Programme Complet de Sécurité Alimentaire de 1994 dont l'élaboration repose sur l'identification d'un certain nombre de problèmes de base allant de « l'insuffisance et l'irrégularité des pluies » à « la faiblesse des revenus parmi les groupes vulnérables » en passant par « le gaspillage alimentaire lors des cérémonies » ii) productions alimentaires : produits agricoles, élevages, pêche ; iii) infrastructures : stockage, transport, communication, eau, éducation, santé ; iv) activités socio-économiques : génération de revenus, nutrition et santé et v) environnement : récupération des terres dégradées, foresterie rurale ;
- le Dispositif National de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaires (DNP-GCA) créé en 1998 et composé de la Cellule Crises Alimentaires (CCA) et de la Cellule de Coordination du Système d'Alerte Précoce (CC/SAP) ;
- la Stratégie Opérationnelle de Sécurité Alimentaire (SOSA) pour le Niger de 2000 qui vise à améliorer durablement la sécurité alimentaire et à prévenir et atténuer les crises alimentaires ;

- 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 programmes¹³ 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 - DNP-GCA 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 ;

¹³ 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

2.1.1 Situation et tendances

Cible 1: 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.

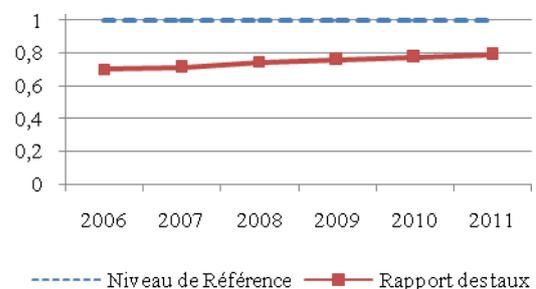


L'éducation primaire constitue un point primordial de la dimension « Education » du développement surtout lorsqu'il couvre des aspects humain et durable. L'achèvement d'un cycle primaire d'éducation est censé permettre aux enfants, futurs adultes, de savoir lire et écrire correctement, ce qui constitue la clé accordant à l'individu la capacité de communiquer et d'interagir avec son environnement.

L'accès à l'éducation primaire pour les populations scolarisables concernées a connu de remarquables progrès depuis le milieu des années 90 à nos jours. Rien que sur la période 2008-2011, le taux brut d'admission en première année du cycle primaire est passé de 78 à 100 % (MEN/DSI, 2011). Cela se traduit au niveau du Taux Net de Scolarisation (TNS) par un accroissement conséquent sur la période 1990-2011 où il passe du niveau extrêmement bas de 18 % à celui appréciable de 67%. Ce taux est, invariablement au fil des années, plus élevé chez les garçons que chez les filles même si l'écart a tendance à

Encadré 2.1 : Disparités selon le sexe et scolarisation des enfants : indice de parité
La disparité selon le sexe dans l'accès à l'éducation primaire peut-être appréhendée grâce aux rapports des TNS (TNS Filles sur TNS Garçons) ou indice de parité au sein des deux sous-populations.

Evolution du rapport des TNS entre 2006 et 2011

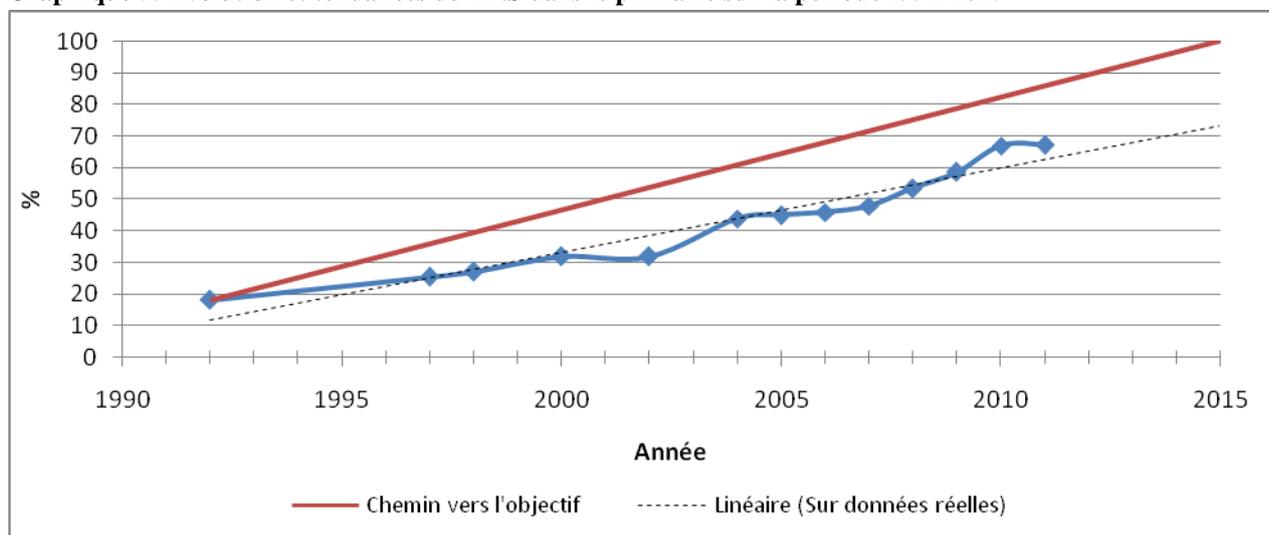


Source : *Annuaire MEN*

Le graphique montre que les filles ont moins de chance d'être scolarisée que les garçons au Niger. Ainsi, en 2006 les chances d'être scolariser étaient de 30% inférieures pour les filles contre environs 20 % en 2011.

diminuer entre les deux sous-populations (Cf. Encadré 2.1). Néanmoins, cette augmentation s'accompagne d'une décélération de son rythme annuel. Il passe ainsi de 7 % en moyenne sur les 20 dernières années à respectivement à 6 % depuis 2000 et 5 % sur les cinq dernières années.

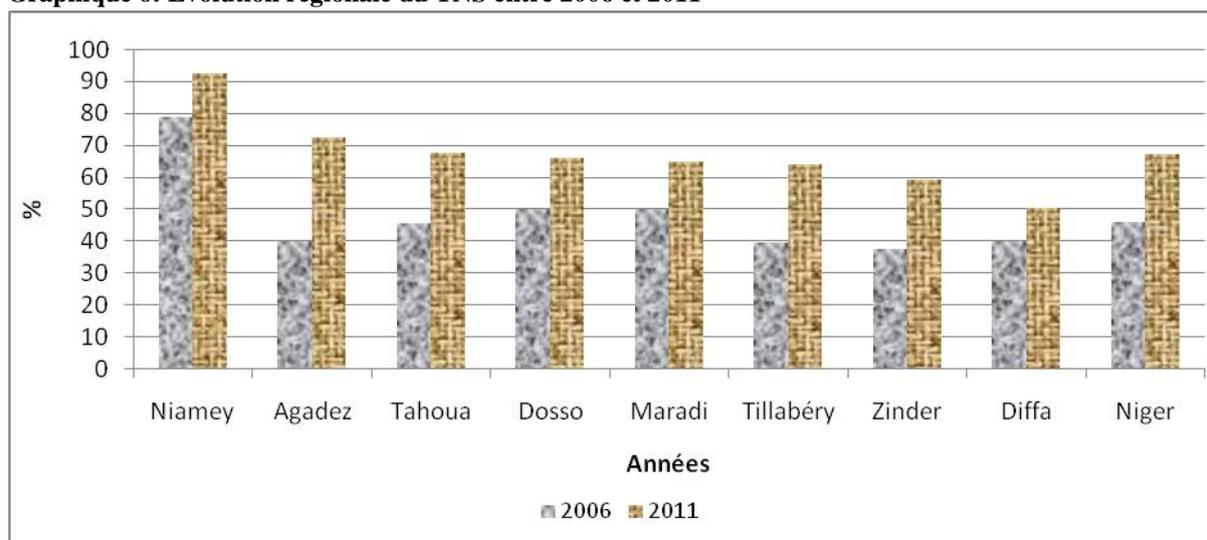
Graphique 5: Evolution et tendances du TNS dans le primaire sur la période 1992-2015



Source : Annuaire statistiques MEN

Les projections linéaires opérées sur les données courantes indiquent, ainsi que le montre le graphique 6, que l'objectif d'un TNS de 100% ne sera pas atteint au rythme actuel et l'on se situera plutôt vers un taux d'environ 82% à l'horizon 2015 selon la tendance des 5 dernières années.

Graphique 6: Evolution régionale du TNS entre 2006 et 2011



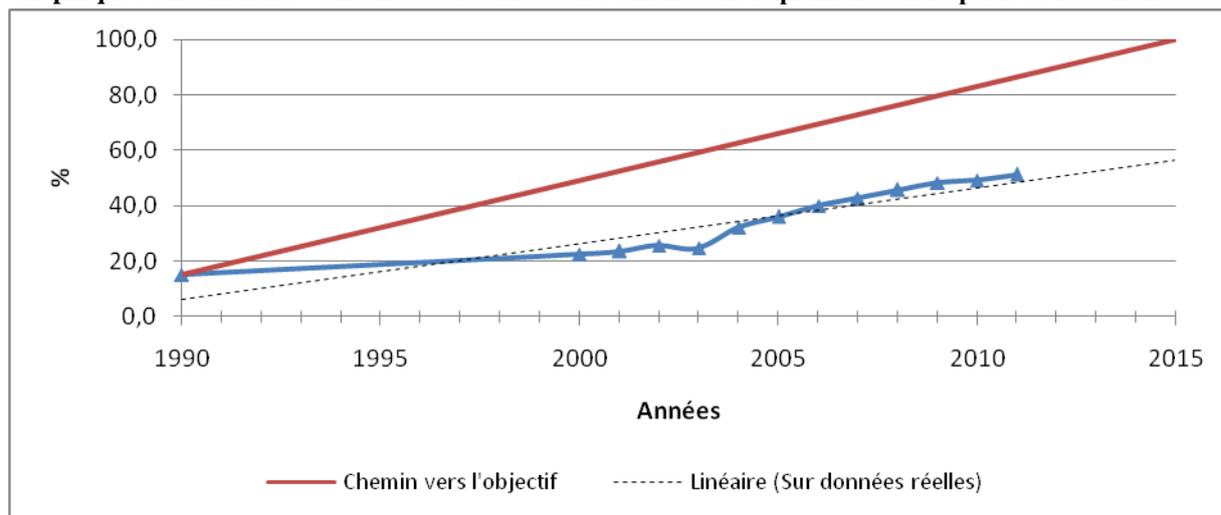
Source : Annuaire statistiques MEN

Hormis Niamey qui réalise un TNS de près de 93 % en 2011, les régions d'Agadez (72 %) suivie de Tahoua (68 %) et Dosso (66 %) se distinguent par un taux de scolarisation relativement élevé par rapport à Diffa (50 %) et Zinder (59 %). En termes de progression sur

les 5 dernières années, Agadez, Tillabéry et Tahoua se distinguent là aussi comme le montre le graphique 6 contrairement à Diffa où la progression du TNS est la plus timide.

La mise en perspective des résultats globaux sur le taux d'admission au primaire et le TNS permet de mettre en lumière le niveau relativement élevé de déperdition. C'est une des caractéristiques majeures du système éducatif nigérien. Les valeurs de la proportion d'écoliers commençant la première année d'études du cycle primaire et achevant sa cinquième année sont, à ce propos, révélatrices.

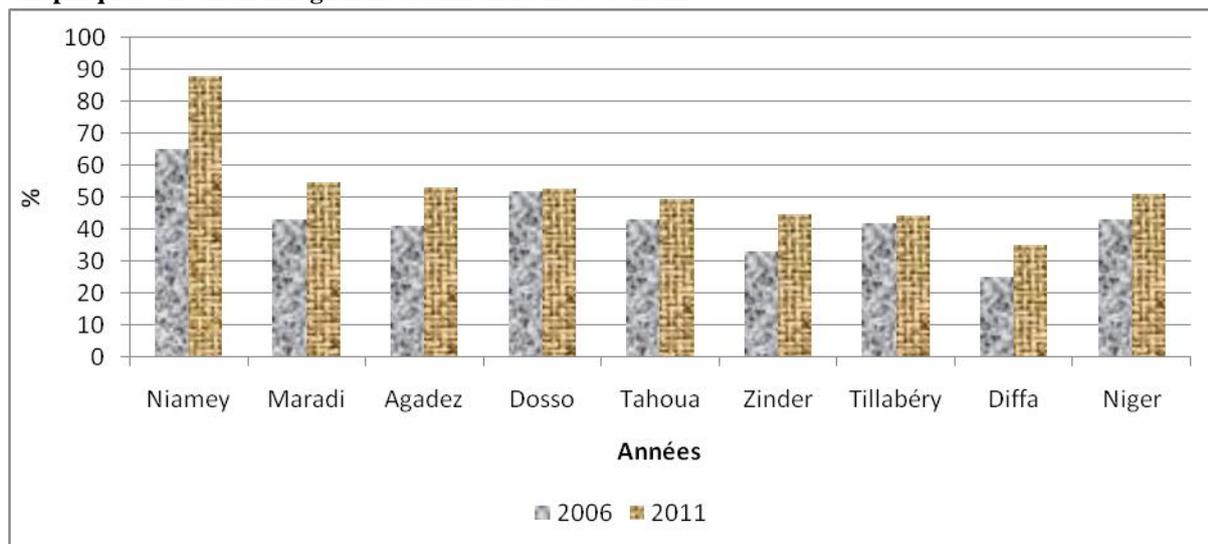
Graphique 7: Evolution et tendances du taux d'achèvement dans le primaire sur la période 1990-2015



Source : Annuaire statistiques MEN

Le Taux d'Achèvement (TA) du cycle primaire est passé de 15 à 51% sur la période 1990-2011 (progression nettement plus sensible depuis 2000 où il passe de 22 à 51 %), mais il demeure loin de correspondre à l'objectif fixé à l'horizon 2015 (100%). Si les écoliers nigériens continuent à abandonner leur scolarité dans les mêmes proportions au primaire, le taux d'achèvement sera inférieur à 60 % en 2015 selon la tendance linéaire et toutes choses égales par ailleurs. A Niamey, ce taux est non seulement le plus élevé au niveau régional, mais c'est aussi celui qui a le plus fortement cru entre 2006 et 2011 (+23 %). La situation de la région de Niamey n'est qu'une exacerbation des disparités selon les milieux de résidence en termes de scolarisation primaire ; en 2011, le TA est de 75 % en milieu urbain contre seulement 43 % en zone rurale. Les autres régions présentent des niveaux relativement semblables en termes d'achèvement du primaire des élèves en 2011 comme l'indique le graphique 8, à l'exception de la région de Diffa où la situation est préoccupante (35 % en 2011).

Graphique 8: Evolution régionale du TA entre 2006 et 2011

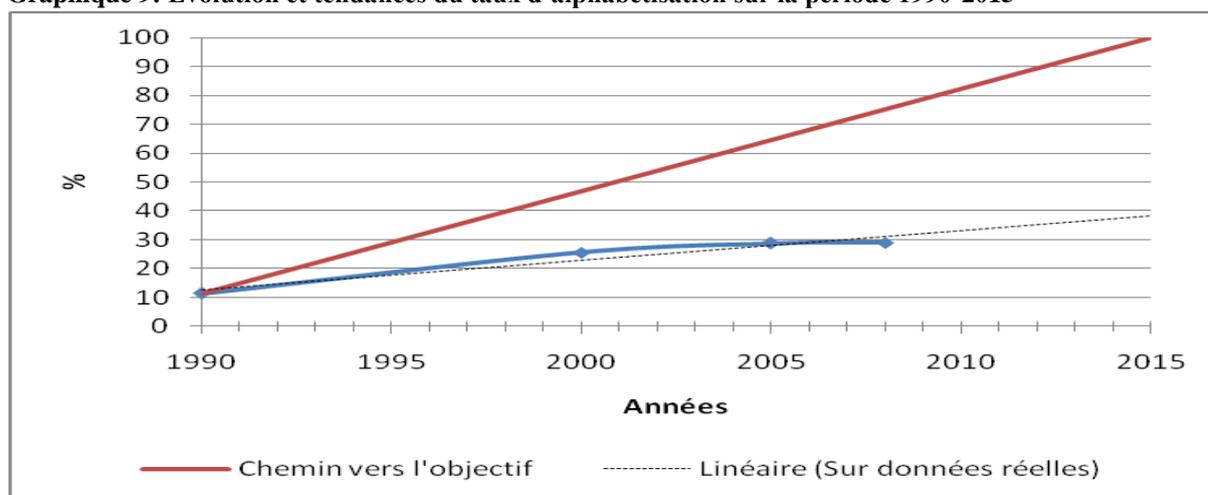


Source : Annuaire statistiques MEN

Globalement, on peut distinguer les régions selon deux catégories : celles qui ont nettement progressé en ce qui concerne la baisse de la déperdition au primaire et celles qui ont pratiquement stagné dans le même cadre. La première catégorie comprend les régions de Diffa, Zinder, Niamey et Agadez, tandis que la seconde comprend essentiellement les régions de Dosso, Tillabéry et Tahoua. La déperdition élevée au sein du système éducatif nigérien dans son ensemble et primaire en particulier est l'une des causes majeures de la faiblesse de la dimension Education de l'Indice de Développement Humain (IDH) du Niger.

C'est la raison pour laquelle, l'autre axe majeur sur lequel les efforts portent au Niger dans le cadre de l'OMD 2 est celui de l'alphabétisation des adultes (plus de 15 ans¹⁴, déscolarisés ou non). Ce taux a peu évolué au cours de la période 2000-2008 ainsi que le laisse apparaître le graphique 9.

Graphique 9: Evolution et tendances du taux d'alphabétisation sur la période 1990-2015



Source : INS, 2000, 2005, 2008

¹⁴ L'indicateur retenu dans le cadre des OMD concerne la tranche d'âge des 15-24 ans mais, compte tenu de la disponibilité des statistiques dans le domaine, nous considérons le taux d'alphabétisation des personnes de plus de 15 ans dans ce rapport.

De 26 % en 2000, il est passé à 29 % en 2008 avec de fortes disparités selon le milieu de résidence et le sexe. Le taux d’alphabétisation est, dans un rapport supérieur à 2,5, plus faible chez les femmes (17 %) que les hommes (43 %). Ce rapport avoisine 3 lorsque l’on passe du milieu rural (22 %) aux communautés urbaines (65 %). Dans ces conditions, il ne faut pas s’attendre à un taux d’alphabétisation supérieur à 40 % en 2015, loin de la cible des 100 % sur la même échéance.

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. Amélioration de la qualité de l’éducation
- iv. la sensibilisation des Nigériens sur les enjeux et les bienfaits de la scolarisation primaire ;
- v. l’établissement, l’amélioration et l’exécution des stratégies de scolarisation des jeunes filles ;
- vi. 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 13 763 en 2011, soit une hausse de 45 % tandis que celui des salles de classe utilisées a augmenté de 53 %, soit en termes absolus de 28 879 à 44 220 sur la même période) ;
- ii. l'augmentation du nombre d'enseignants chargés de cours qui est passé de 31 131 en 2006 à 48 976 en 2011 (hausse de 57 %).

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. l'élaboration (au stade d'achèvement) 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

Les progrès, indéniables, accomplis dans le but de donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde et particulièrement au Niger, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires ne permettent pas en l'état actuel des choses d'atteindre cet objectif à l'horizon 2015. Le TNS est passé de 32 % en 2000 à 67 % en 2011 et devrait se situer à moins de 75 % en 2015 si la tendance actuelle se poursuit. En ce qui concerne le taux d'achèvement au primaire, il se situe à 22 et 51 % respectivement en 2000 et 2011 et ne devrait pas dépasser les 60 % en 2015, toutes choses égales par ailleurs. Le constat est plus préoccupant au niveau du taux d'alphabétisation qui ne dépasserait pas les 40 % en 2015 si rien n'est fait pour modifier la situation. Tout cela est doublé de disparités aussi bien selon le genre que le milieu de résidence.

Les actions menées ou en cours jusqu'à présent vont dans le sens du développement des infrastructures ainsi que l'amélioration de l'efficacité du système éducatif mais aussi dans le sens d'une plus grande incitation des Nigériens à scolariser leurs enfants particulièrement les jeunes filles.

Ces efforts vont dans le sens de l'amélioration des indicateurs mais devront être redoublés dans l'optique d'atteindre les objectifs fixés. Il serait aussi judicieux de cibler particulièrement les régions qui accusent le plus de retard comme Diffa, Zinder et Tillabéry.

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**

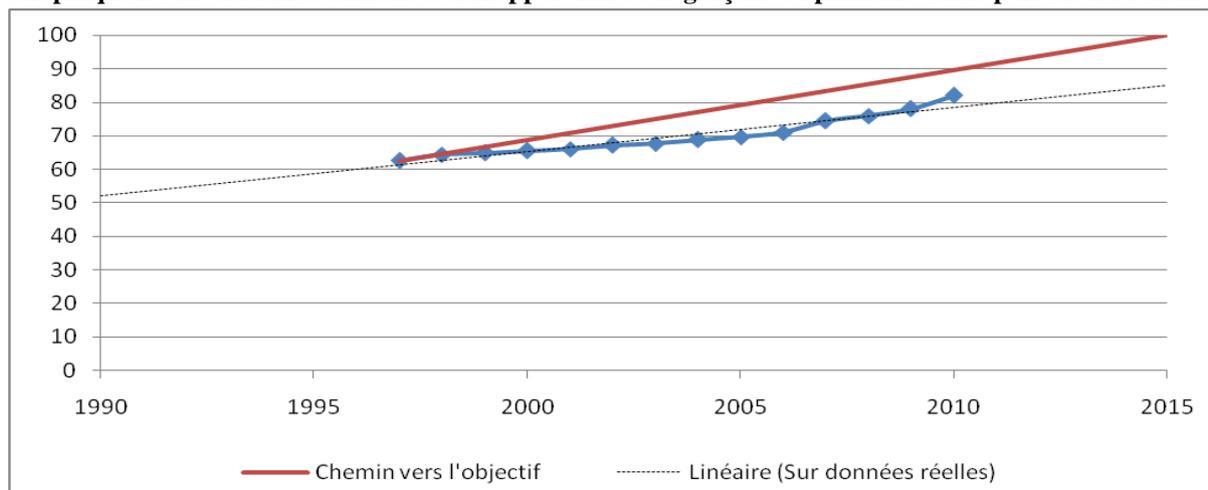


3.1.1 Situation et tendances

Le Niger est constitué d'une population qui est majoritairement jeune et féminine. Il est alors difficile pour le pays d'avoir des résultats économiques positifs alors que la moitié de sa population est marginalisée. L'autonomisation des femmes est une condition indéniable à l'amélioration des conditions de vie de tout un chacun, plus particulièrement des enfants. La promotion de la femme commence par l'éducation que reçoivent les jeunes filles.

De 1997 à 2010 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 82 filles pour 100 garçons pour l'année scolaire 2010-2011. Cela correspond à une augmentation d'environ 1,5% par an. Si cette tendance se maintient, on aura en 2015 environ 90 filles pour 100 garçons.

Graphique 10: Evolution et tendances du rapport filles sur garçons au primaire sur la période 1997-2015

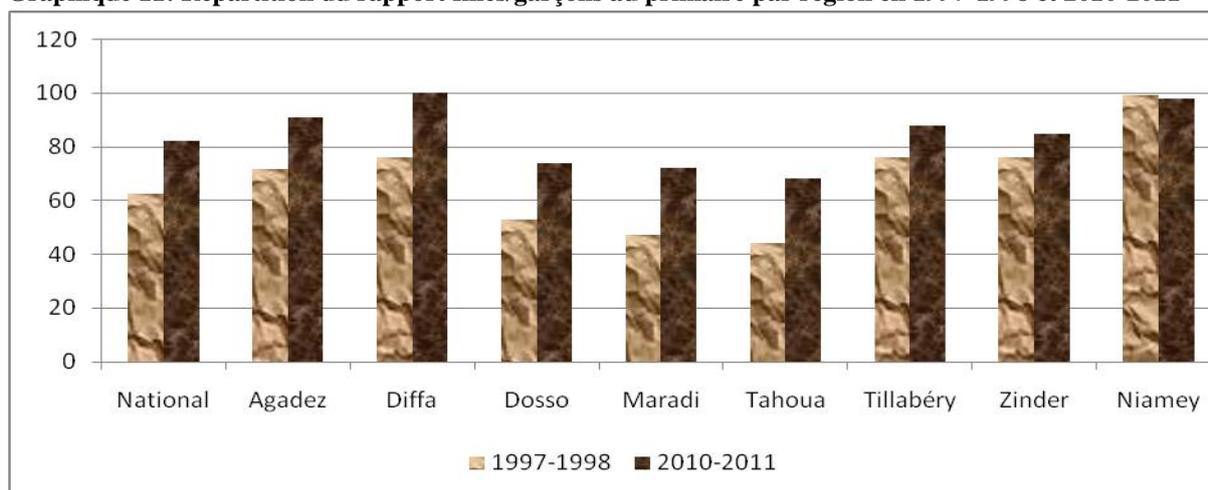


Sources : à partir des données des Annuaire statistiques MEN

On remarque aussi que de 2006 à 2010 l'amélioration est meilleure, avec une augmentation de 2,8% par an. Le maintien de cette tendance nous permettrait d'avoir en 2015, 96 filles pour 100 garçons.

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 observent les plus faibles ratios. Mais notons que toutes les régions ont observé une amélioration sur la période à l'exception de la communauté urbaine de Niamey (-1,22). Ainsi, les régions réalisant les plus faibles performances sont celles de Niamey et de Zinder (+ 9,02) et les régions réalisant les meilleures performances sont celles de Maradi (+24,79), Diffa (+23,99) et Tahoua (+23,66).

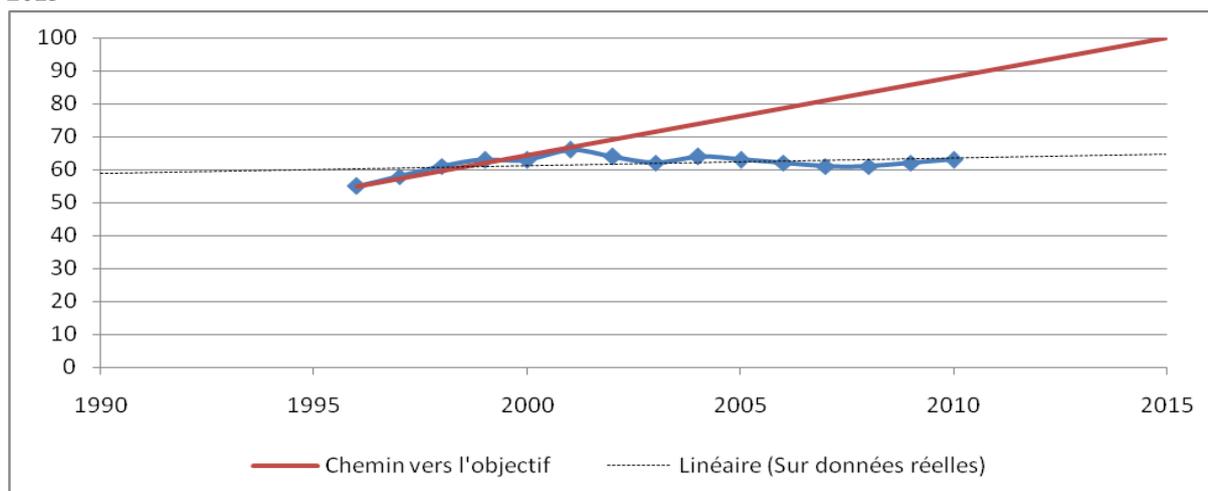
Graphique 11: Répartition du rapport filles/garçons au primaire par région en 1997-1998 et 2010-2011



Sources : à partir des données des Annuaire 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. En effet, de 1996 à 2006 ce rapport passe de 55 à 63 filles pour 100 garçons, soit une augmentation de moins de 1% par an.

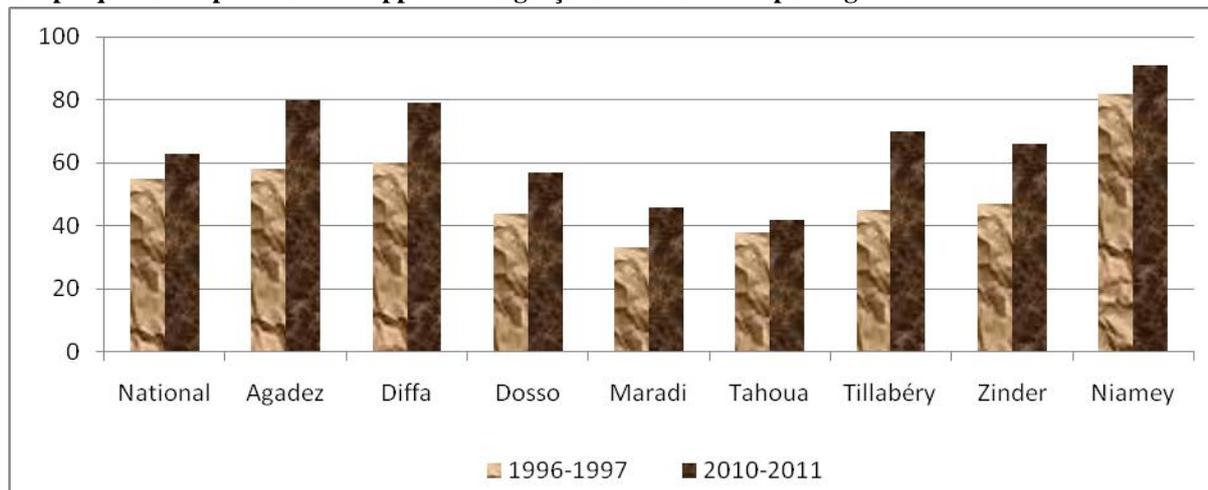
Graphique 12: Evolution et tendances du rapport filles sur garçons au secondaire sur la période 1996-2015



Sources : à partir des données des Annuaire 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 suivre des études secondaires. Par ailleurs, Niamey enregistre ici une amélioration (+9) contrairement au niveau primaire. Cependant, cette région constitue avec la région de Tahoua (+4), celles qui ont les plus faibles performances de 1996 à 2010. Les régions qui enregistrent les meilleures performances sont celles de Tillabéry (+25) et d’Agadez (+22).

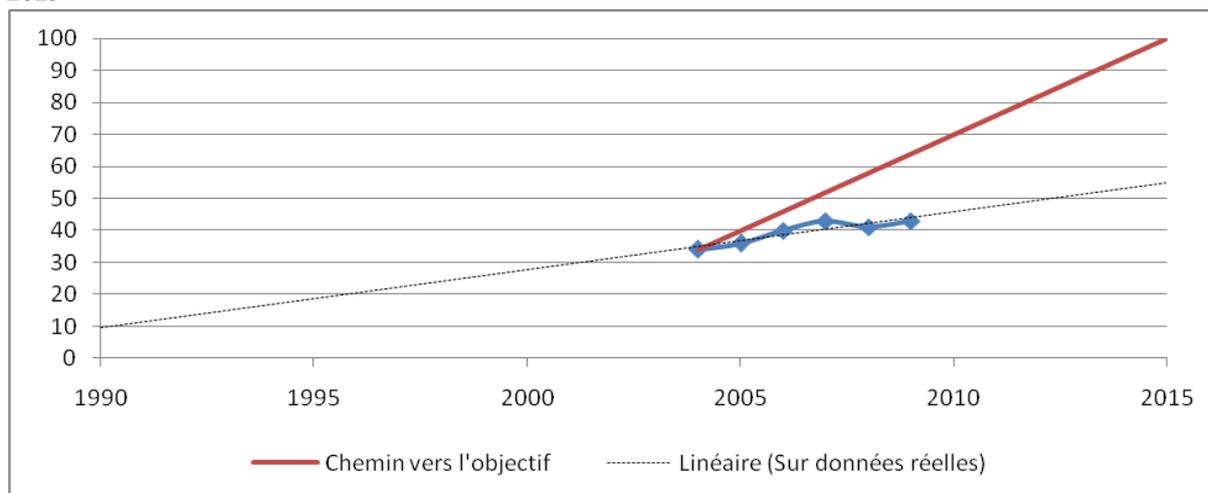
Graphique 13: Répartition du rapport filles/garçons au secondaire par région en 1996-1997 et 2010-2011



Sources : à partir des données des Annuaire statistiques MEN

Au niveau de l’enseignement supérieur, on observe une amélioration assez notable sur la période 2004-2009. En effet, on passe de 34% en 2004 à 40% en 2006 et enfin pour l’année scolaire 2009-2010 on observe un ratio qui est égal à 43%.

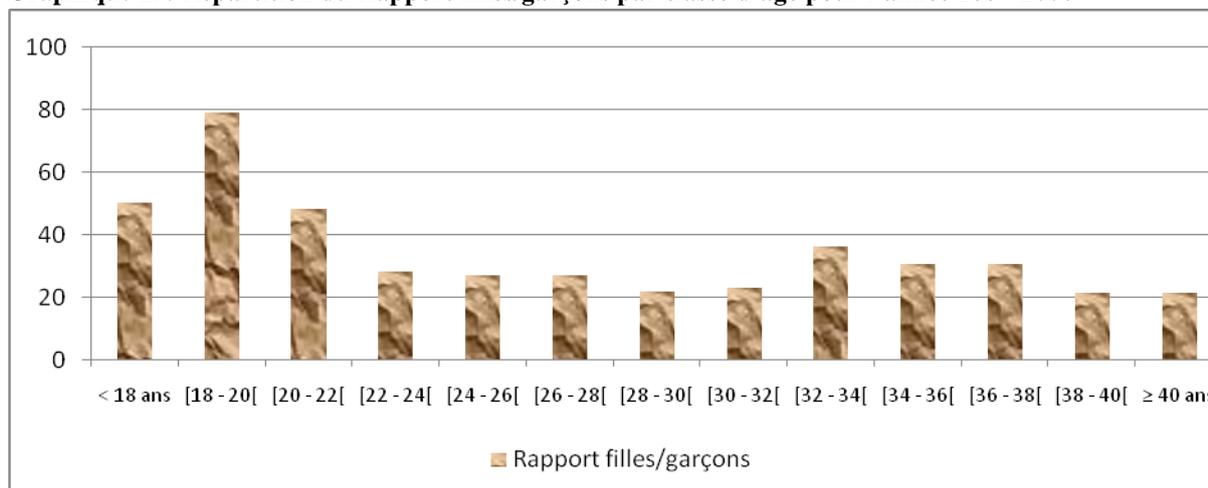
Graphique 14: Evolution et tendances du rapport filles/garçons dans l'enseignement supérieur de 2004 à 2015



Sources : à partir des données des Annuaire statistiques MESSRS

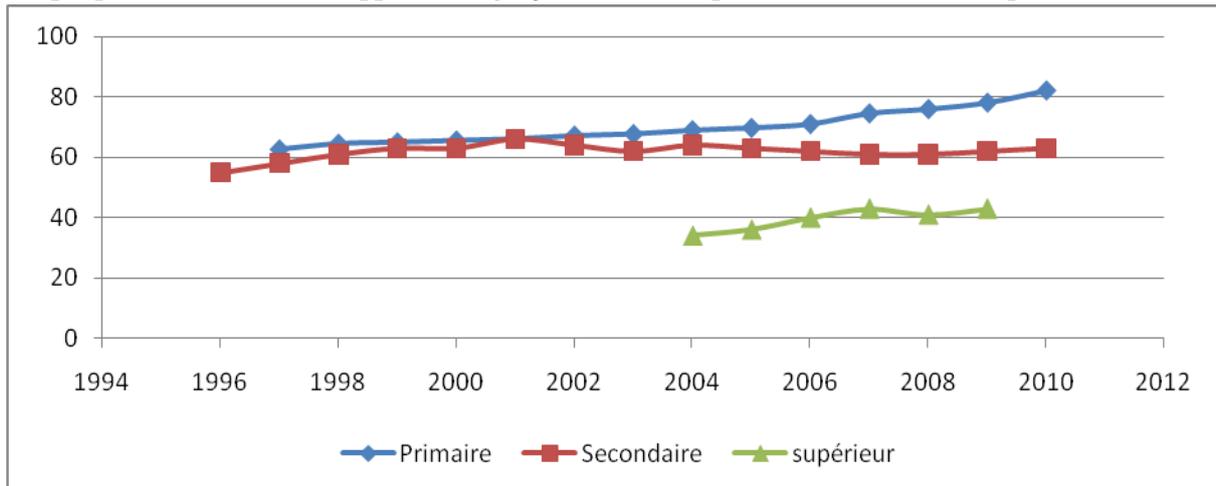
Si la tendance de 2004 à 2009 se maintient à l'horizon 2015 on aura 53,8 filles pour 100 garçons, ce qui est très faible vu que l'objectif, c'est l'équité entre les filles et les garçons. Une répartition par classe d'âge du rapport entre les filles et les garçons au niveau de l'enseignement supérieur pour l'année scolaire 2007-2008 nous permet de voir des disparités entre les classes d'âge. En effet, selon le graphique ci-dessous, il y a 78 filles pour 100 garçons parmi les étudiants âgés de 18 à 20 ans alors que ce ratio n'est que de 21% dans la catégorie plus de 40 ans.

Graphique 15: Répartition du Rapport filles/garçons par classe d'âge pour l'année 2007-2008



Sources : à partir des données des Annuaire statistiques MESSRS

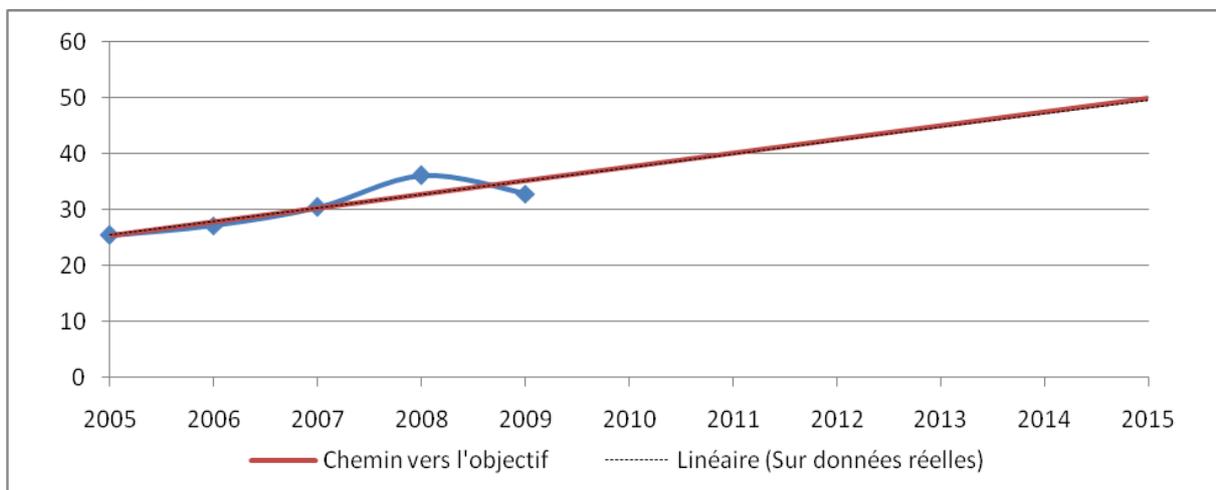
Graphique 16: Evolution du rapport filles/garçons au niveau primaire, secondaire et supérieur



Sources : à partir des données des Annuaire statistiques MESSRS

Par ailleurs, la superposition des trois courbes d'évolution à tous les niveaux montre que plus le niveau est élevé plus le rapport filles/garçons est faible. Cela signifie que la représentativité des filles au primaire est meilleure que celle du secondaire, et celle du secondaire est bien meilleure que celle du niveau supérieur.

Graphique 17: Evolution et tendances de la proportion des femmes salariées dans le secteur non-agricole de 2004 à 2015



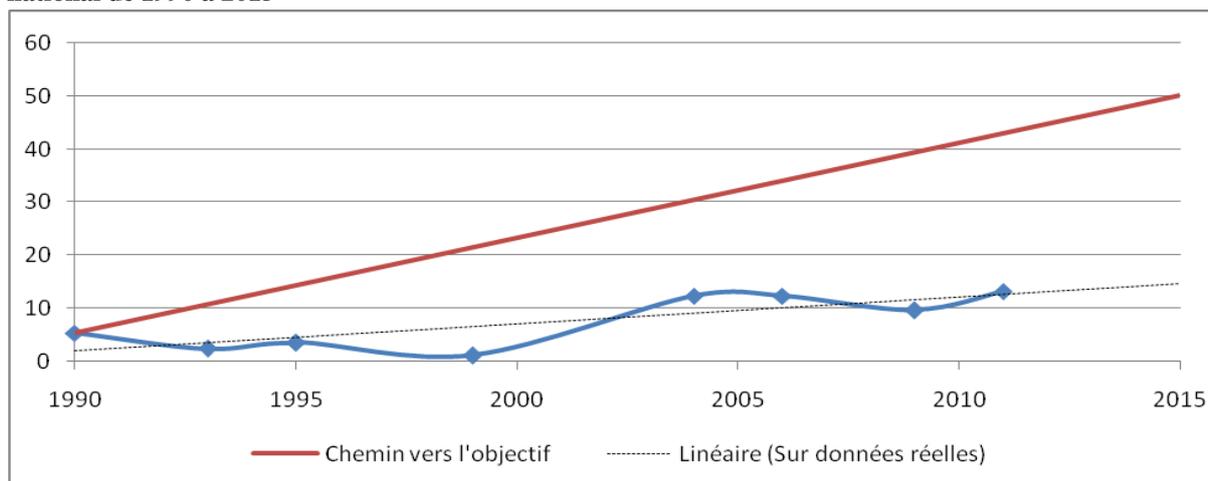
Sources : à partir des données de NER-MFPT_DSI_RAPPORT D'ACTIVITES

En ce qui concerne l'emploi dans le secteur non-agricole, les données de la Direction des Statistiques et de l'Informatique 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 2008. En 2009, on observe une diminution de ce taux. Il passe de 36,11% en 2008 à 32,87% en 2009. Cela correspond à une augmentation de 1,86% par an sur la période 2005-2009. 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 point de pourcentage par an sur la période. Par contre, si la tendance de 2005 à 2008

devait se maintenir, en 2015 on aurait 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 non-salariées dans le secteur non agricole.

Ce faible taux se remarque dans les proportions des femmes dans la fonction publique ainsi que dans le privé. Ces proportions sont respectivement en 2010 33,13%¹⁵ et 26,83%¹⁶.

Graphique 18: Evolution et tendance de la proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national de 1990 à 2015



Sources : à partir des données de NER-MPF/PE_DSi_ENQUETE DE ROUTINE, NER-MI/D_DS_RAPPORT D'ACTIVITES

La proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national évolue en dent de scies. 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 en 2011 pour atteindre 13,27%. Ces chiffres montrent que la proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national est très faible car en 2011 seulement 15 femmes sont députés sur 113 au total. Selon la tendance observée de 1990 à 2011, à l'horizon 2015 la proportion des femmes siégeant au parlement sera en dessous des 15%.

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 3^{ème} République (en 1994), qui était composé de 28 ministres et secrétaires d'Etat comprenait 5 femmes (17,86%); le quatrième Gouvernement de la 3^{ème} République (en 1994), était composé de 16 ministres dont 2 femmes (12,5%); le premier Gouvernement de la 5^{ème} République (en 2000), comprenait 23 ministres dont 2 femmes (8,69%) ; le deuxième Gouvernement de la 5^{ème} République, comprend 26 ministres dont 6 femmes (23,07%) ; le premier gouvernement de la 7^{ème} République comprend 23 ministres dont 7 femmes. Cela signifie que 30% des ministres dans ce gouvernement sont des femmes. En 2012, on compte 5 femmes occupant la fonction de ministres sur 25 ministères, ce qui correspond à un taux de 20%.

Aussi, le nombre de femmes occupant les postes de maire ou de vice maire s'élève à 23 en 2009 et régresse à 5 en 2010 pour augmenter à 35 en 2011.

¹⁵ Le Niger en chiffre 2011

¹⁶ Le Niger en chiffre 2011

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 certains 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 en 2009 ;
- 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. 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

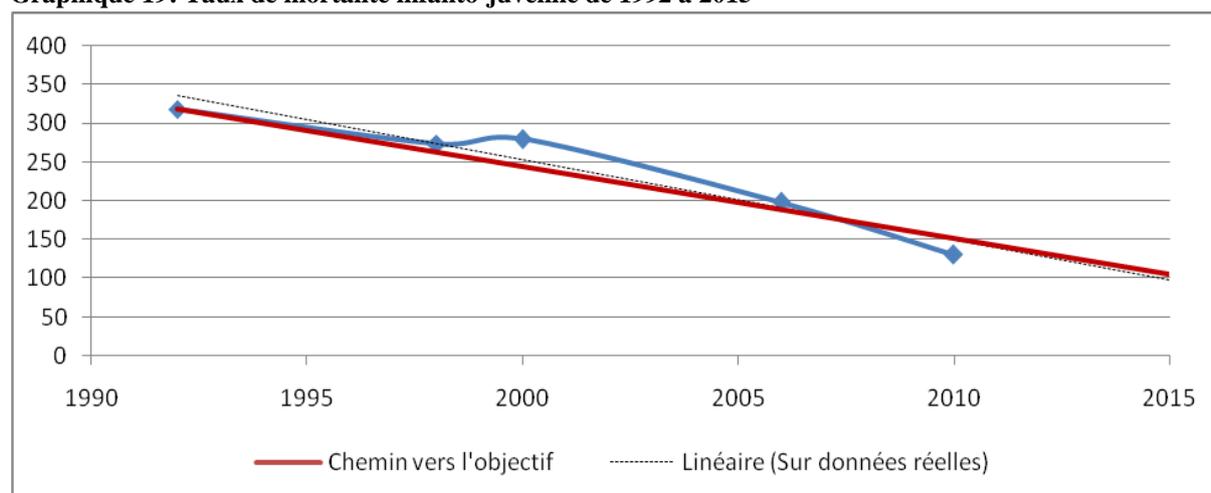
Indicateurs :

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.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Niger fait partie des pays dont le niveau de mortalité infantile est le plus élevé au monde. Cela fait ressortir le grand retard qu'accuse ce pays en matière de santé. Mais avec les Plans de Développement Sanitaires appliqués depuis 1994, on observe une importante amélioration. D'ailleurs les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) ont montré une évolution positive des indicateurs retenus en vu de réduire la mortalité des enfants.

En effet, on remarque qu'en 1992, le taux de mortalité des enfants de moins de 5ans s'élève à 318,2 enfants pour 1000 contre 273,8 enfants pour mille en 1998. Par contre, l'Enquête à Indicateur Multiples (MICS-2000) fait ressortir une légère hausse de ce taux en 2000. La mortalité des enfants de moins de 5 ans passe de 273,8 en 1998 à 280 pour 1000 en 2000. Cette hausse, bien que légère, est inquiétante car elle donne une tendance instable à la courbe. La mortalité des enfants de moins de 5 ans a connu une baisse considérable en 2006 en atteignant 198 pour mille. Cette baisse continue en 2010 où le taux se situe à 130,5.

Graphique 19: Taux de mortalité infanto-juvénile de 1992 à 2015

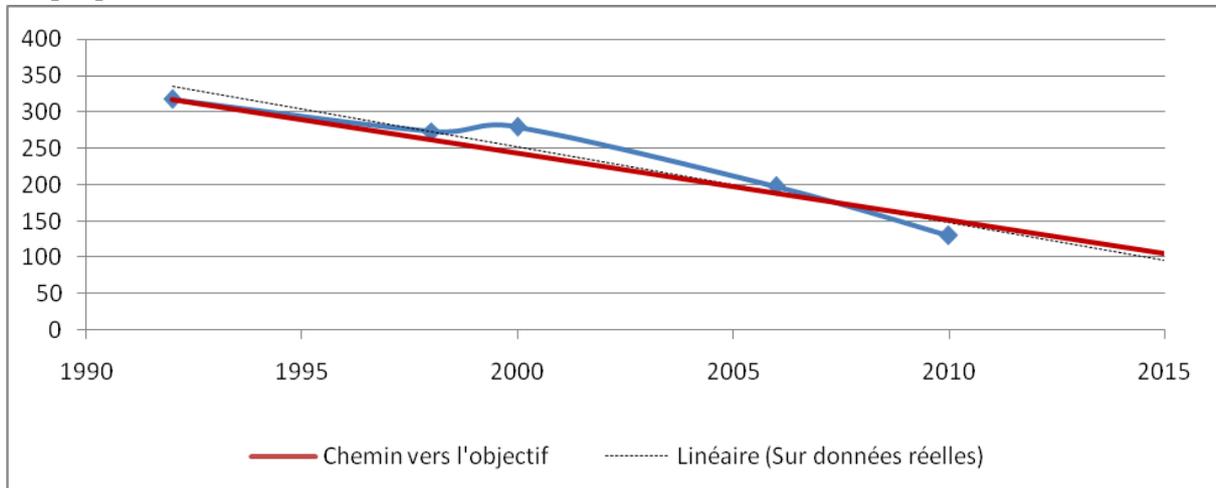


Sources : EDSN-1992, 1998 et 2006 ; MICS-2000 ; Enquête Survie et Mortalité-2010

L'objectif étant de réduire la mortalité des enfants de deux tiers de 1992 à 2015, on espère alors avoir un taux de mortalité qui n'excède pas 106 pour mille en 2015. L'intersection de la courbe réelle et de la courbe de la valeur cible aux environs de 2006 montre que la valeur réelle correspond bien à la valeur qu'il faut pour atteindre l'objectif. Cela montre que le Niger

est en bonne voie pour atteindre l'objectif fixé en 2015. D'ailleurs, si la tendance observée entre 1992 et 2010 se maintient, on peut espérer avoir un taux de 78 pour mille en 2015, ce qui est nettement inférieur à l'objectif fixé. Mieux, si la tendance de 2000-2010 se maintient, le taux en 2015 sera de 56 pour mille, ce qui est encore plus faible que dans le cas précédent.

Graphique 20: Taux de mortalité infantile de 1992 à 2015

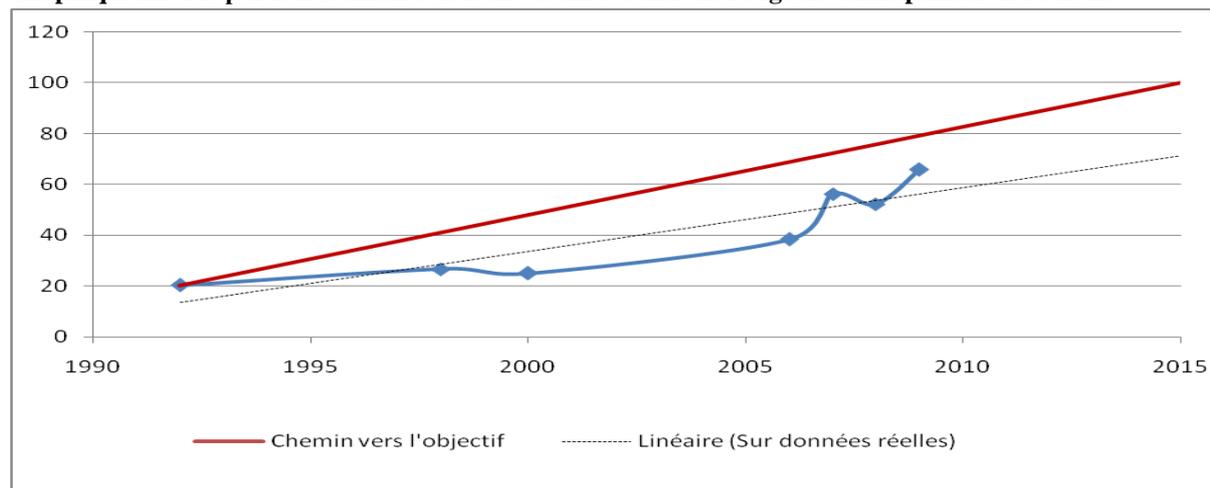


Sources : EDSN-1992, 1998 et 2006 ; MICS-2000 ; Enquête Survie et Mortalité-2010

La mortalité infantile, quant à elle, ne change pas de 1992 à 1998 mais s'accroît légèrement en 2000, tout comme la mortalité infanto-juvénile. Par contre, en 2006 ce taux baisse considérablement et passe de 126 en 2000 à 81 pour mille. Cette baisse s'observe aussi en 2010 car le taux de mortalité infantile revient à 63 pour mille. De 2006 à 2010 la courbe des données réelles se rapproche étroitement de celle de l'objectif. Cela implique la convergence des données réelles vers l'objectif. Si la tendance de 1992 à 2010 se maintient, on estime qu'en 2015 la mortalité infantile sera de 46 pour mille, alors que l'objectif fixé est de 41 pour mille. Cependant, si c'est la tendance de 2000 à 2010 qui se maintient, l'objectif sera atteint en 2015 et le taux se situera à 33 pour mille.

En ce qui concerne la vaccination des enfants de 1 an contre la rougeole, les données des enquêtes EDSN montrent une légère augmentation de 1992 à 1998. Par contre, suite à l'enquête MICS-2000 on relève une légère baisse de cette proportion. Mais à partir de 2006 on observe une évolution positive de cette proportion sauf en 2008 où il y'a une légère régression.

Graphique 21: Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole sur la période 1990-2015



Source : MICS-2000, EDSN-1992,1998, 2006 et Enquêtes nutrition-2007, 2009, ENBC 2008

En 1992, la proportion des enfants de 1 an effectivement vaccinés contre la rougeole s'élevait à 20,4%. Cette proportion évolue en 2009 pour atteindre 65,9%. Le maintien de cette tendance permettrait d'avoir en 2015 un taux de près de 82%. Par contre, si l'amélioration observée depuis 2006 se maintient, 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 2010, il existe encore des facteurs susceptibles d'entraver l'atteinte de l'objectif fixé. En effet, parmi les contraintes 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 atteindre l'objectif de 2015, plusieurs défis doivent être relevés :

- les stratégies de lutte 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 faible. 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 2005-2009, 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

Au cours des années précédentes, une baisse très importante du taux de mortalité des enfants a été observée au Niger. De ce fait, de 1992 à 2010 le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a baissé de 187 pour 1000. Les tendances observées lors des dernières années montrent que l'objectif pourrait être atteint en 2015. Cependant, bien que des actions aient été menées pour réduire la mortalité infanto-juvénile, beaucoup d'obstacles doivent être surmontés afin de combattre le phénomène.

CHAPITRE 5 : AMELIORER LA SANTE MATERNELLE

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

5.1.1. Situation et tendance

Indicateurs :

1. Taux de mortalité maternelle

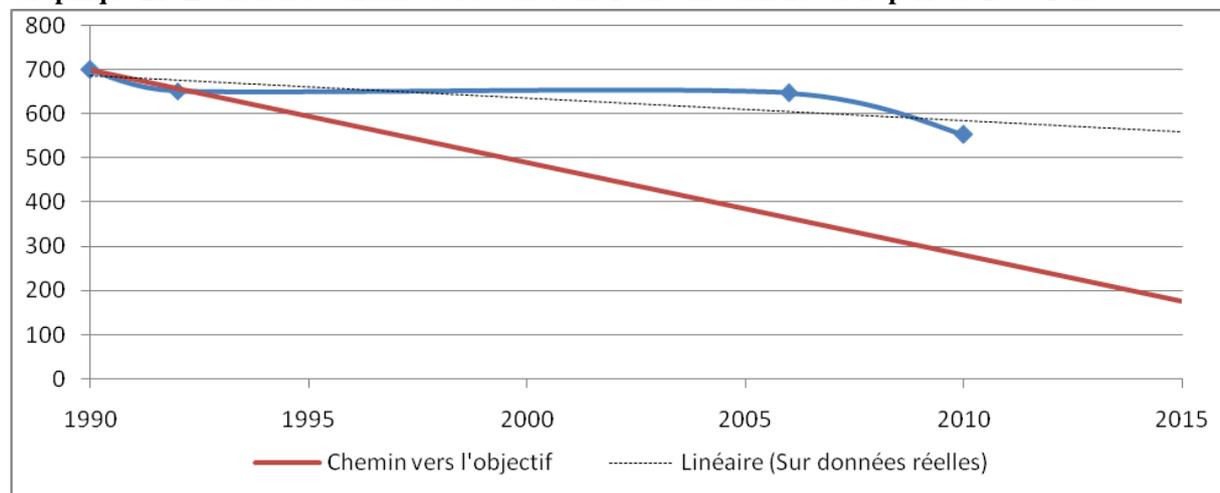
2. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié.

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.

En effet, le Niger enregistre 700 décès pour cent mille (100.000) naissances vivantes en 1990. On observe une lente évolution de ce taux car en 2006 il est de l'ordre de 648, ce qui est toujours élevé. Ce taux évolue en 2010 et se situe à 554 décès pour cent mille (100.000) naissances vivantes.

Graphique 22: Evolution et tendances du taux de mortalité maternelle sur la période 1990-2015



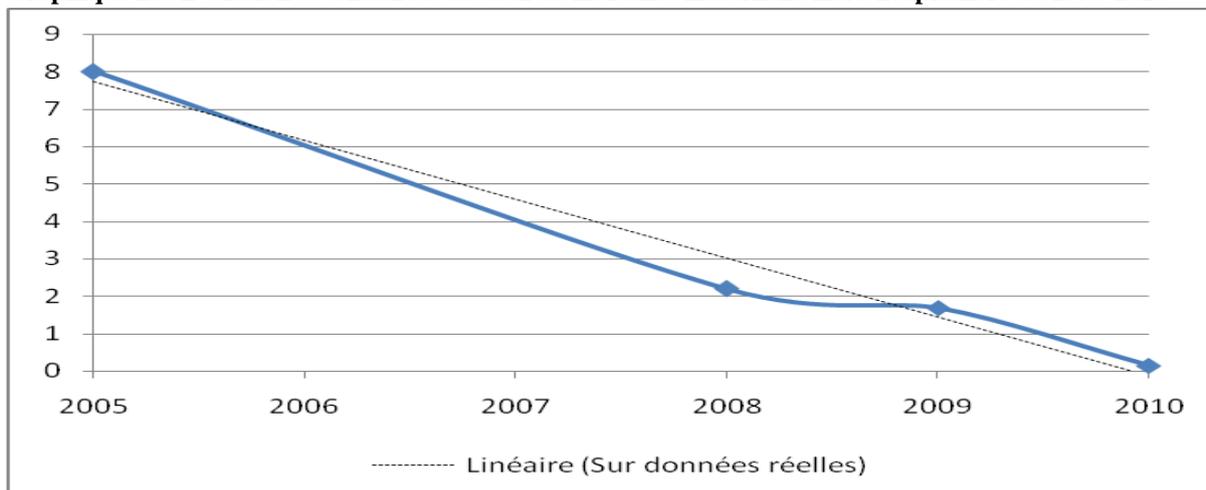
Sources : EDSN 1992, 2006 ; Enquête survie et Mortalité 2010

L'objectif étant de réduire la mortalité maternelle de trois quart de 1990 à 2015, on espère qu'en 2015 il n'y aura pas plus de 175 décès pour cent mille (100.000) naissances vivantes. Cependant, si la tendance de 1990 à 2010 se maintient, à l'horizon 2015 on aura environ 517 décès pour 100.000 naissances vivantes. Cela signifie que ce taux ne baisse que de 7,3 point en moyenne par an sur cette période. Bien qu'entre 2006 et 2010 il y ait eu une meilleure évolution qu'au cours des années précédentes (baisse de 23,5 point en moyenne par an), elle

reste faible. D'ailleurs, si la tendance de 2006 à 2010 se maintient le taux de mortalité maternelle sera de 436 décès pour 100.000 naissances vivantes, ce qui est toujours loin de l'objectif à atteindre en 2015.

Par ailleurs, la mortalité maternelle intra hospitalière montre une amélioration entre 2005 à 2010 en passant de 8 pour mille à 0,14 pour mille sur la période.

Graphique 23: Evolution et tendances du taux de mortalité maternelle intra hospitalière de 1990-2010

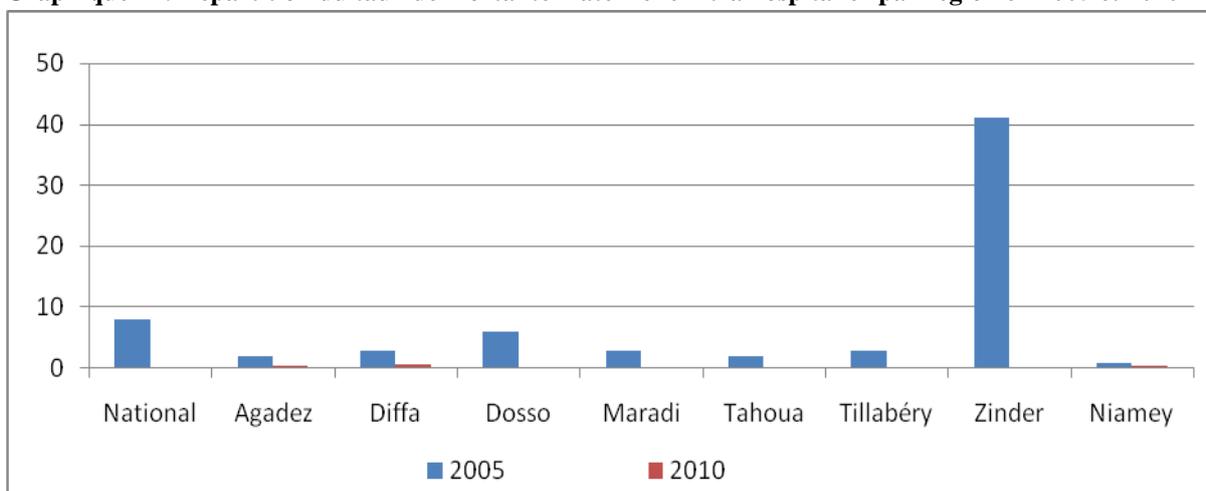


Sources : MSP/SNIS, 2005, 2008, 2009 et 2010

Si cette tendance se maintient on peut espérer avoir une mortalité maternelle intra hospitalière très faible en 2015.

La répartition de ce taux par région fait ressortir qu'en 2005 la région de Zinder enregistre un taux de décès maternel intra-hospitalier de 41 pour 1000. Ce taux est supérieur au double de celui de toutes les autres régions réunies. Quant à la région de Dosso, elle compte 6 décès pour mille ce qui n'est pas négligeable. Par contre, la région de Niamey se démarque avec un taux de 1 pour mille, le plus faible par rapport aux autres régions. Mais en 2010 on observe une amélioration très significative particulièrement au niveau des régions de Zinder où le taux devient 0,16 et la région de Dosso qui passe de 6 à 0,1 pour mille.

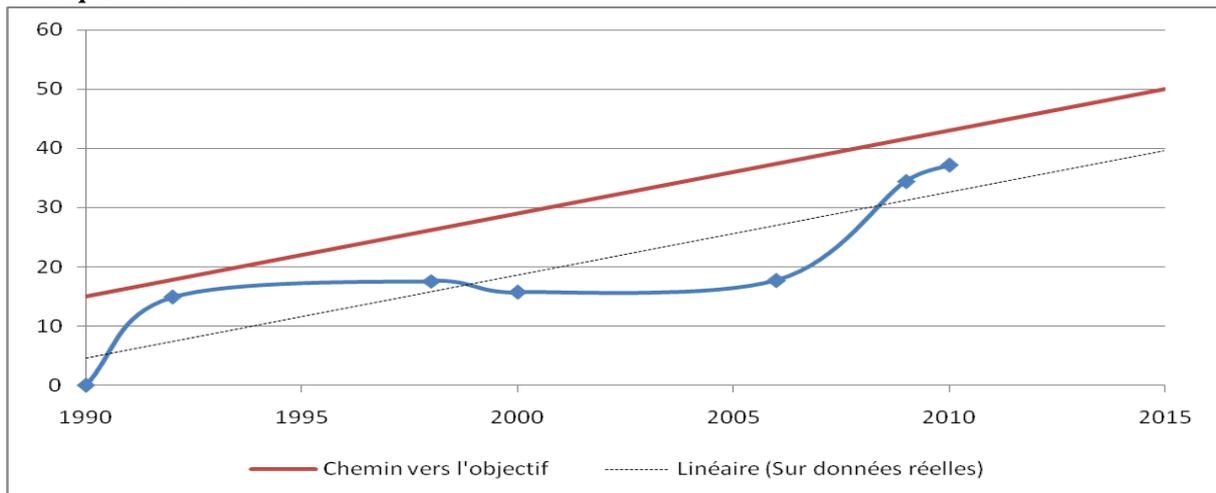
Graphique 24: Répartition du taux de mortalité maternelle intra hospitalier par région en 2005 et 2010



Sources : MSP/SNIS, 2005 et 2010

Pour réduire la mortalité maternelle, les accouchements doivent impérativement être assistés par un personnel de santé qualifié. Malheureusement, plus de la moitié des accouchements ne l'est pas encore au Niger. En effet, l'évolution de cette proportion est très lente. Elle passe de 15% en 1990 à 17,6% en 1998. Elle reste presque stable en 2006 car la proportion est de 17,7%, soit 0,1 point de différence par rapport à 1998. Mais à partir de 2006 on observe une meilleure évolution. On passe à 34,4% en 2009 et à 37,1% en 2010.

Graphique 25: Evolution et tendance de la proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié de 1990-2015



Sources : EDSN 1992, 1998, 2006 ; MICS 2000 ; Nutrition 2009 ; Survie et Mortalité 2010

Bien que la proportion des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié ait positivement évolué de 2006 à 2010, 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 1990 à 2010 se maintient, on aura en 2015 environ 42% ce qui correspond à une augmentation d'environ 1,1 point par an. Si par contre, c'est la tendance de 2006 à 2010 qui se maintient, à l'horizon 2015 la proportion sera de 61%, soit une augmentation moyenne par an de 4,85 points. Cela signifie que plus de la moitié des accouchements sera assisté par un personnel de santé qualifié.

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 ;
- ✓ 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.

5.1.4. 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 doivent alors être développées pour régler ce problème.

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

5.2.1. Situation et tendances

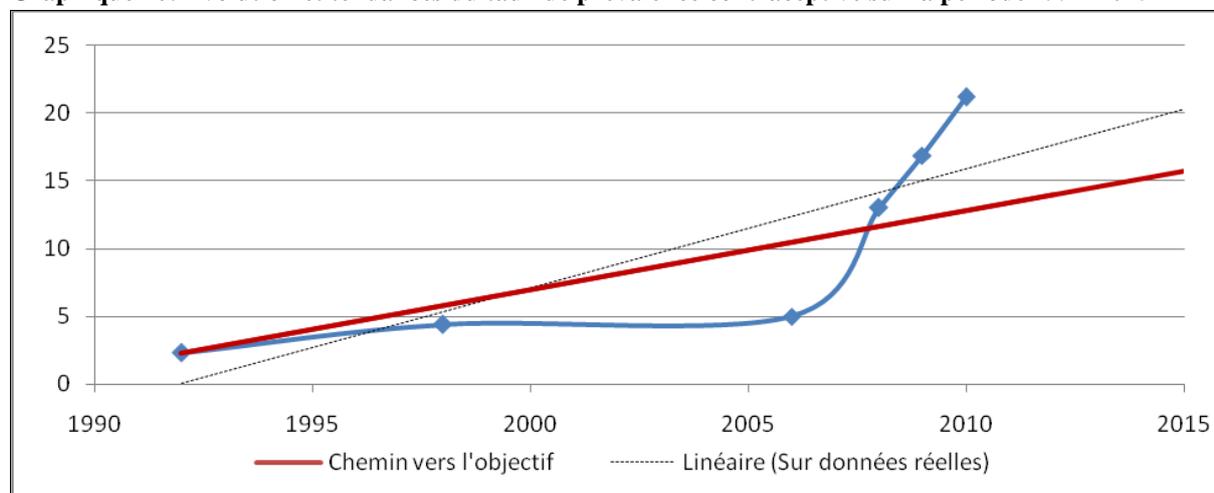
Indicateurs :

- 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.**

Au Niger, l'utilisation des méthodes de contraception modernes reste très faible malgré des 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.

Les données des Enquêtes EDSN montrent une très lente progression de 1992 à 2006. On passe de 2,3% en 1992, 4,4% en 1998 à 5% en 2006. Par contre, de 2006 à 2008 le taux de prévalence contraceptive a presque triplé et passe de 5% en 2006 à 13% en 2008. En 2010 ce taux augmente considérablement et atteint 21,21%. Pourtant, dans le cadre de la SDRP l'objectif a été fixé à 14% pour 2012. Cet objectif est déjà presque atteint en 2008 et a presque doublé en 2010 comme l'illustre le croisement de la courbe des valeurs réelles et celle de la valeur cible. Bien que l'objectif soit déjà atteint, des améliorations sont attendues car la cible fixée était très modeste.

Graphique 26: Evolution et tendances du taux de prévalence contraceptive sur la période 1992-2015

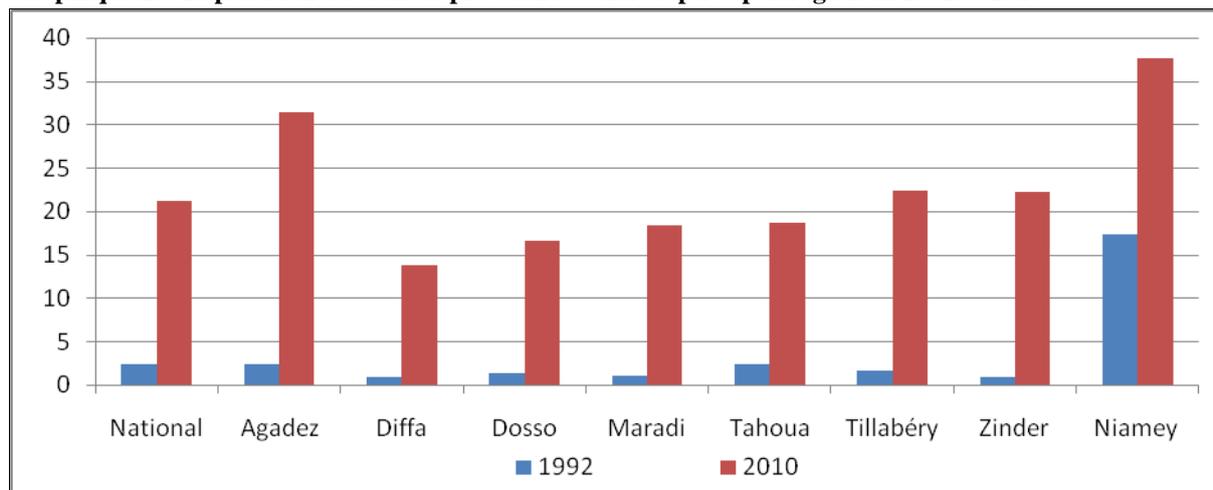


Sources : EDSN-1992, 1998, 2006 ; MSP/SNIS 2008, 2009,2010

Par ailleurs, des disparités importantes sont observées selon le milieu de résidence. En effet, en 1992, le taux de prévalence contraceptive en milieu rural (0,7%) est négligeable par rapport à celui observé en milieu urbain (25,9%). Cette disparité est aussi observée en 2006 (2,7% pour le milieu rural contre 18,2% pour le milieu urbain).

La répartition du taux de prévalence contraceptive par région en 1992 et 2010 fait ressortir l'évolution de ce taux de 1992 à 2010. En 1992, la communauté urbaine de Niamey se démarque des autres régions avec un taux de 17,3%. Toutes les autres régions présentent des taux très faibles. Les régions d'Agadez et de Tahoua se retrouvent avec un taux de 2,3%. Ce taux quoique faible est plus important que celui des autres régions. Par ailleurs, toutes les régions observent une bonne amélioration de 1992 à 2010. Mais la région d'Agadez est celle qui observe la meilleure évolution.

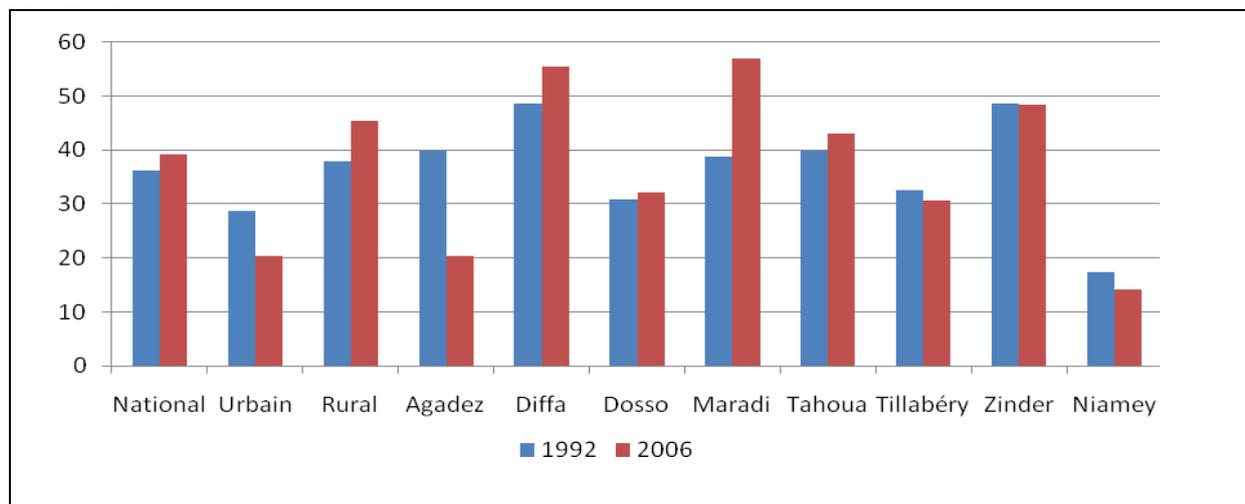
Graphique 27: Répartition du taux de prévalence contraceptive par région en 1992 et 2010



Sources : EDSN-1992 ; MSP/SNIS 2010

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.

Graphique 28: Répartition du taux de fécondité des adolescentes par région et par milieu de résidence en 1992 et 2006



Sources : EDSN 1992 et 2006

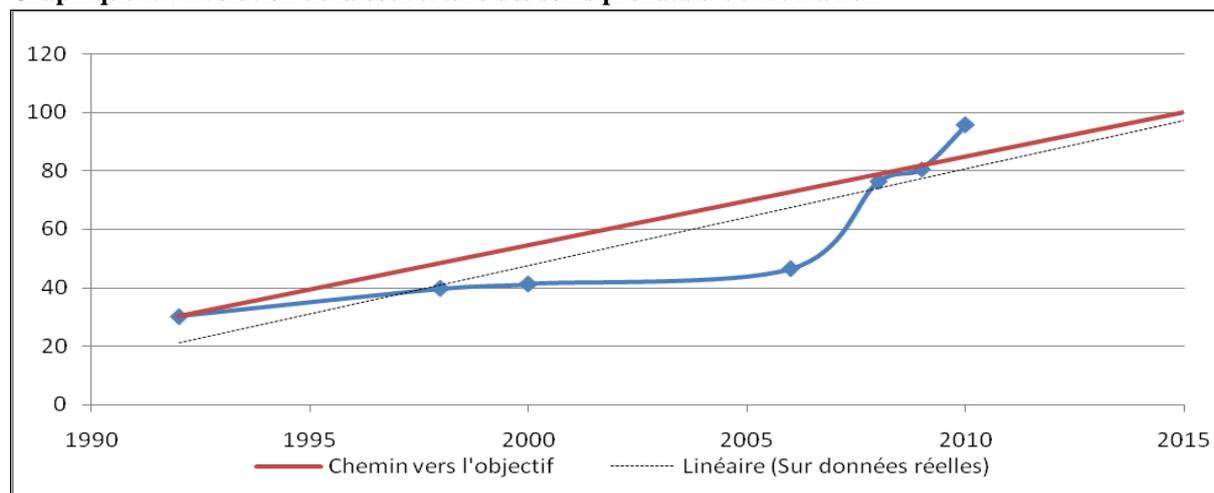
Les données des enquêtes EDSN montrent que la natalité chez les adolescentes est très élevée. Le taux de fécondité des adolescentes passe de 36,2% en 1992 à 39,3% en 2006. Autrement dit, environ 2 femmes sur 5 âgées de 15 à 19 ans ont déjà mis au monde au moins un enfant. Cela implique que la fécondité commence très tôt au Niger.

Par ailleurs, on remarque que cette fécondité est nettement plus importante dans les régions rurales qu'urbaines. En 2006, le taux de natalité chez l'adolescente en milieu rural représente plus du double de celui du milieu urbain. Cela peut s'expliquer par le fait que le mariage précoce est beaucoup plus répandu dans les zones rurales. 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.

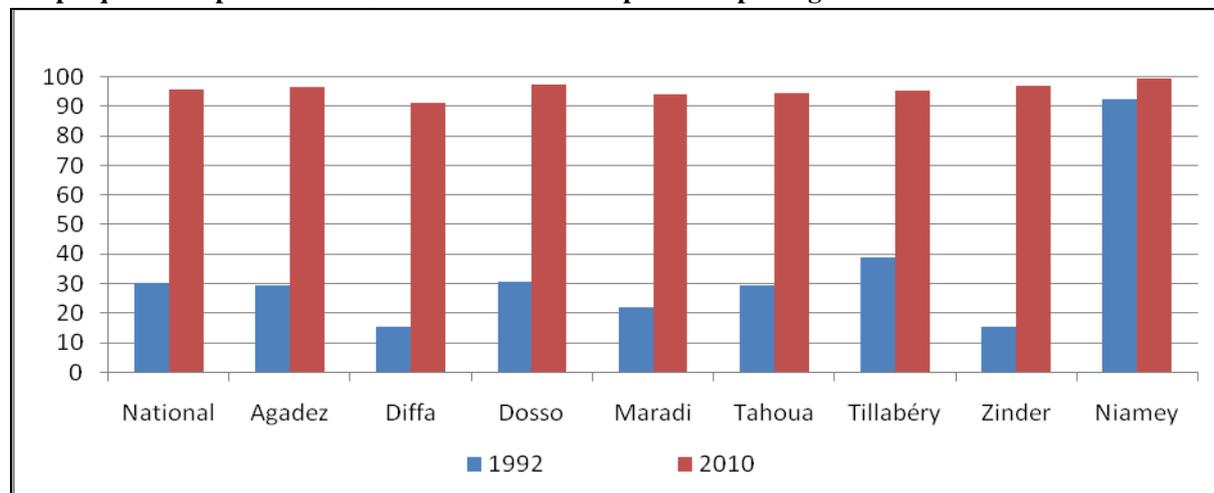
Quant à la couverture des soins prénatals elle s'est beaucoup élargie. De 1992 à 2010 cette couverture a triplée. Elle passe de 30,1% en 1992 à 95,7% en 2010. Cela signifie qu'en 2010 seulement 4,3% des femmes ne sont pas couvertes par les soins prénatals.

Graphique 29: Evolution de la couverture des soins prénatals de 1992 à 2015



Sources : EDSN 1992, 1998, 2006 ; Nutrition 2008, 2009 ; Survie et Mortalité 2010

Graphique 30: Répartition de la couverture des soins prénatals par régions en 1992 et 2010

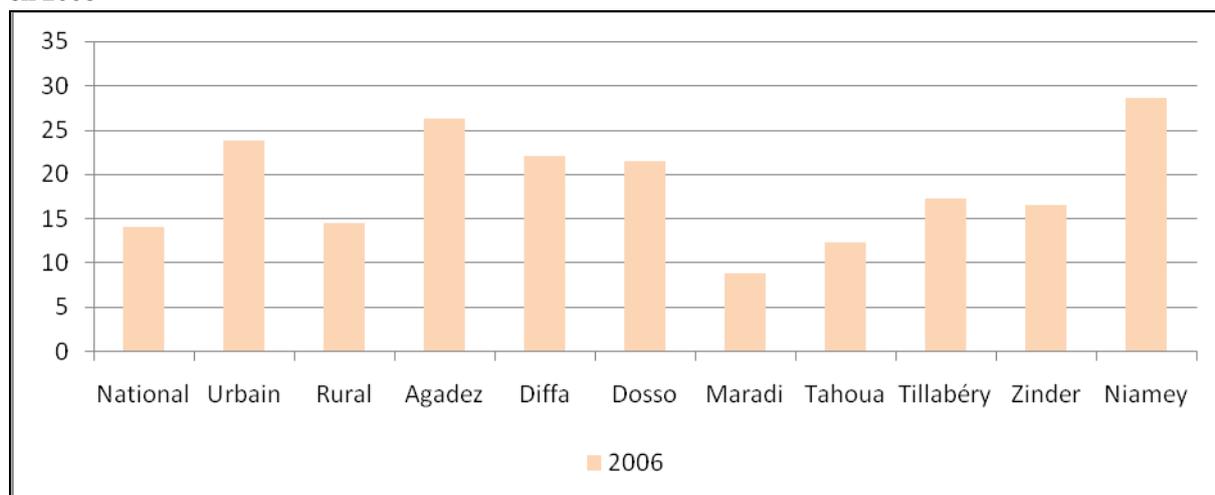


Sources : EDSN 1992, Enquête Survie et Mortalité 2010

La répartition de la couverture des soins prénatals montre une disparité de la couverture à travers les régions en 1992. La communauté urbaine de Niamey se démarque des autres régions avec une couverture de 92,4% alors que les régions de Diffa et Zinder ont le plus faible taux de couverture de soins prénatals (15%).

Cependant, en 2010 cette forte disparité ne s'observe plus. Les taux varient de 91,4% pour la région de Diffa à 99,6% pour la communauté urbaine de Niamey.

Graphique 31: Répartition des besoins non satisfaits (%) en matière de planification familiale par région en 2006



Sources : EDSN 2006

En ce qui concerne les besoins non satisfaits en matière de planification familiale, on remarque qu'en milieu urbain les femmes sont plus nombreuses à avoir des besoins en planification non satisfaits par rapport au milieu rural en 2006. Pourtant, les méthodes de contraception modernes sont plus utilisées dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Dans la même lancée, les régions de Niamey et d'Agadez sont celles qui enregistrent les plus grand nombre de femmes dont les besoins en planification ne sont pas satisfaits (respectivement 28,6% et 26,2%). Ce sont ces mêmes régions qui observent les plus grands taux de prévalence contraceptive.

Par ailleurs, les régions de Maradi (8,8%) et Tahoua (12,2%) enregistrent les plus faibles proportions de besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

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 recours 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.
- ✓ sensibiliser la population pour qu'elle cesse les comportements qui attendent à l'accès à la santé procréative.

5.2.3. Actions menées

Les mesures appliquées à la cible précédente restent valable pour cette cible. Il s'agit de :

- ✓ la gratuité des consultations prénatales, de la césarienne, des contraceptifs et des préservatifs ;
- ✓ le Plan de Développement Sanitaire ;
- ✓ 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

Contre toute attente, le taux de prévalence contraceptive dépasse en 2010 la cible fixé en 2012 même si elle était très modeste. Quant à la couverture des soins prénatals, elle s'est beaucoup élargie. Pour les autres indicateurs, les taux restent insatisfaisants jusqu'en 2006. En effet, nous ne disposons pas des données récentes pour voir leur évolution sur la même période que les deux indicateurs cités plus haut. D'une manière générale, les défis cités précédemment doivent être relevés afin d'atteindre, d'ici à 2015, l'accès universel à la santé procréative.

CHAPITRE VI : 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:

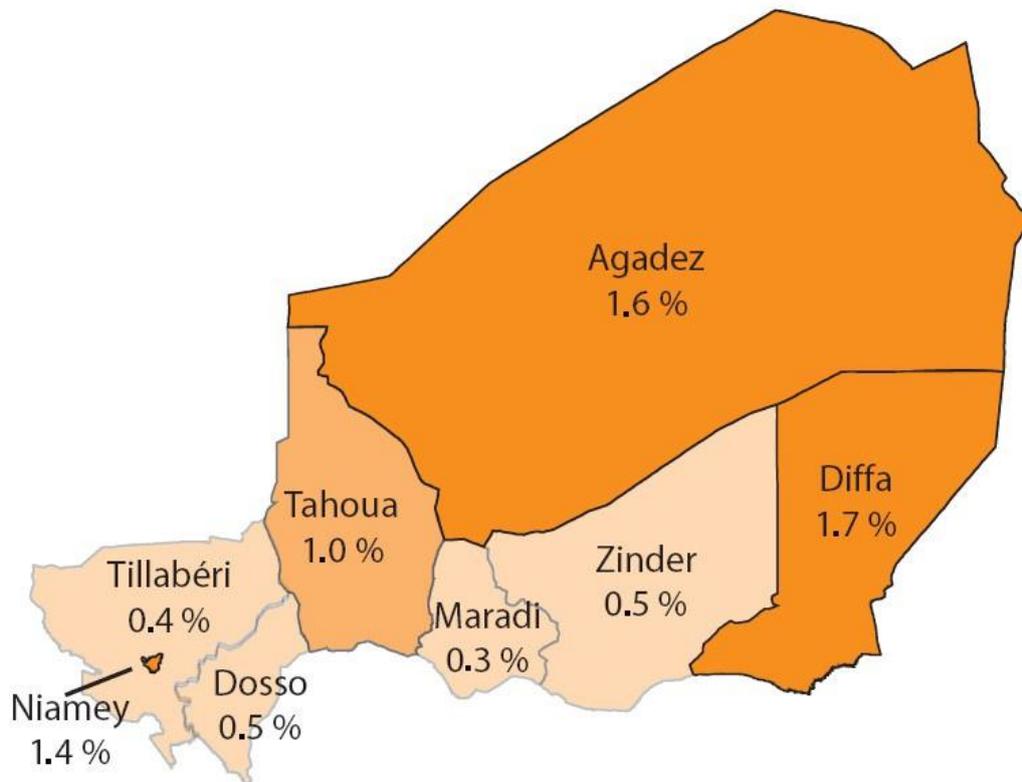
1. Taux de prévalence du VIH parmi la population âgée entre 15 à 24 ans ;
2. Utilisation des préservatifs lors de la dernière relation sexuelle à haut risque;
3. Proportion de la population âgée entre 15 et 24 ans ayant une connaissance générale correcte du VIH/sida.



Depuis l'apparition en 1987 du premier cas de Sida au Niger, des mesures et des dispositions ont été mises progressivement en place pour faire face à la propagation de la pandémie. Cependant, la séroprévalence du VIH au Niger reste à un des niveaux les plus faibles en Afrique subsaharienne, comme l'attestent les résultats de l'Enquête Nationale de Séroprévalence de 2002 qui donnaient un taux de séroprévalence de 0,87% avant de retomber à 0,7% en 2006 selon les résultats de l'EDSN-MICS III. Le Niger a, ainsi, pu enregistrer des avancées notables en matière de prévention, et de dépistage de la maladie au cours ces deux périodes.

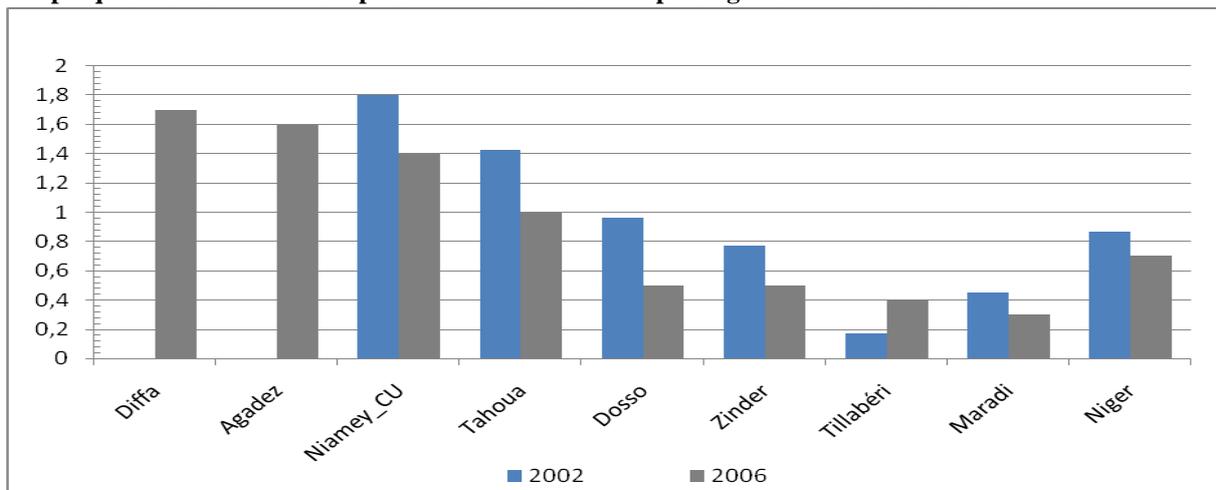
Sur le plan régional, la carte ci-dessous montre une grande disparité entre les régions avec des prévalences largement au dessus de la moyenne nationale (0,7%). les taux les plus élevés sont enregistrés à Diffa (1,7%), Agadez (1,6 %) ; Niamey (1,4%) ; et Tahoua (1%).

La carte ci-dessous résume la distribution de la séroprévalence du VIH selon les régions au Niger en 2006.



Cependant, entre 2002 et 2006, à l'exception de la région de Tillabéry, toutes les autres ont connu une réduction de la prévalence du VIH parmi la population âgée de 15 à 49 ans. Les baisses les plus élevées sont enregistrées dans les régions de Dosso (-0,46%), Tahoua (-0,43 %), et Niamey (-0,4%). A l'opposé, Maradi enregistre la plus faible baisse (-0,15%).

Graphique 32: Evolution de la prévalence du VIH-SIDA par région entre 2002 et 2006



Source : Enquête nationale de séroprévalence 2002 ; EDSN_2006

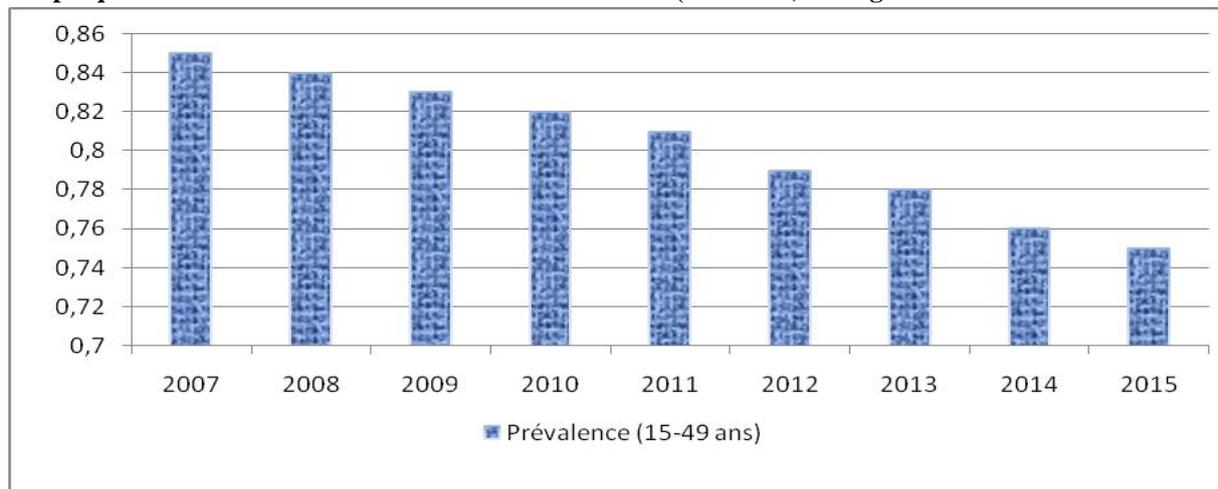
Cette même enquête présente la distribution de cette prévalence selon le milieu de résidence et le sexe. La distribution par milieu de résidence montre une prévalence plus élevée en milieu urbain (1,4%) qu'en milieu rural (0,5%). Les données selon le sexe montrent qu'en milieu rural, les hommes semblent plus infectés (0,6%) que les femmes (0,4%) alors qu'en milieu urbain la tendance est vers la féminisation de l'épidémie. Ces chiffres ne sont pas significativement différents de ceux obtenus par le CERMES lors de l'enquête de 2002.

Par ailleurs, la distribution de cette prévalence selon le groupe d'âges permet aussi de voir que des disparités existent au niveau de certaines tranches d'âges. Ainsi, cette distribution montre une prévalence plus élevée que la moyenne nationale dans les tranches de 30-34 ans et 35-39 ans.

Par ailleurs, l'enquête de surveillance de seconde génération (SSG) réalisée au Niger en 2008 présente une situation de séroprévalence chez les jeunes de 15-24 ans de (0,32 %).

En 2011, le nombre total de personnes vivant avec le VIH au Niger est estimé à environ 64482 dont 26483 hommes et 38000 femmes (58,93% des PVVIH). Les estimations des nouvelles infections par an fournies par la CISLS avec l'appui de la coordination locale de l'ONUSIDA, montrent une tendance stable voire une certaine régression de 2007 à 2010. Les nouvelles estimations de 2011 donnent une légère hausse du nombre de nouvelles infections qui passent de 6170 en 2010 à 6292 en 2011. Les femmes semblent plus frappées par les nouvelles infections que les hommes.

Graphique 33: Estimation de l'évolution de la Prévalence (15-49 ans) au Niger



Source : SSG - 2008

Quant à l'utilisation du préservatif au cours des dernières relations sexuelles à haut risque ; il faut dire que selon les résultats de l'EDSN-MICS III, près de deux femmes sur dix (20 %) et près d'un homme sur deux (47 %) ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques. Le taux d'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels à risque était resté globalement faible.

A partir des valeurs des indicateurs issues de la SSG 2008 mesurées chez les groupes prioritaires ; chez les jeunes de 15-24 ans, l'utilisation de condom à chaque rapport sexuel avec un partenaire commercial au cours des douze (12) derniers mois précédant l'enquête est de 32,8%. Quant au taux d'utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel avec un

partenaire commercial, il est de 74,9% et concerne 45,2 % des jeunes de la même tranche d'âge lors du premier rapport sexuel. 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.

Cependant, 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. , l'EDSN montre que la séroprévalence qui est de 0,8% chez les personnes qui ont un seul partenaire sexuel passe à 1,8% chez celles qui en ont eu deux partenaires sexuels et 4% pour celles qui ont déjà eu au moins 10 partenaires sexuels au cours de leur vie.

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. Ainsi, le manque ou la faiblesse de scolarisation des femmes très frappante au Niger contribue à accroître 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 conscientisation, d'éducation et de sensibilisation pour un changement de comportement. En effet, certaines personnes vivant avec le VIH continue à ne pas utiliser des moyens de prévention ou de protection ; (iii) 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; (iv) 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 Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), (ii) 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, (iii) 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 ; (v) la Coordination Multisectorielle de lutte contre les IST/VIH/SIDA avec l'appui des partenaires bilatéraux et multilatéraux).

6.1.4. Conclusion partielle

La situation épidémiologique et la tendance de la prévalence du VIH mesurée au moyen des enquêtes EDSN et des études nationales, ont permis de disposer d'une base de données qui place le pays sur la ligne de départ et de suivi pour s'attaquer avec plus de précision à la pandémie. Les estimations des nouvelles infections par an fournies par la CISLS avec l'appui de la coordination locale de l'ONUSIDA, montrent une tendance stable voire une certaine régression de 2007 à 2010 malgré une légère hausse du nombre de nouvelles infections de 2010 à 2011. La poursuite des efforts de l'état avec l'appui des partenaires au développement contribuera à accélérer la réalisation de cet objectif.

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. En effet, 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 7663 personnes en 2010¹⁷, il est de ce fait passé du simple au quintuple entre 2006 et 2010. Il est à noter que, les personnes ayant peu d'informations vivant dans les zones rurales, ont peu de chance d'avoir accès aux ARV.

6.2.2. Contraintes et défis

La rupture de la fourniture d'antirétroviraux, 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 de mesures nécessaires pour pérenniser la fourniture d'antirétroviraux ; (ii) la prise en charge gratuite des malades au stade avancé, (iii) La facilitation de l'accès des malades aux médicaments antirétroviraux, (ii) le renforcement de la couverture en ARV chez les nouveaux nés, (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, 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 avancées de la maladie, pourvue 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

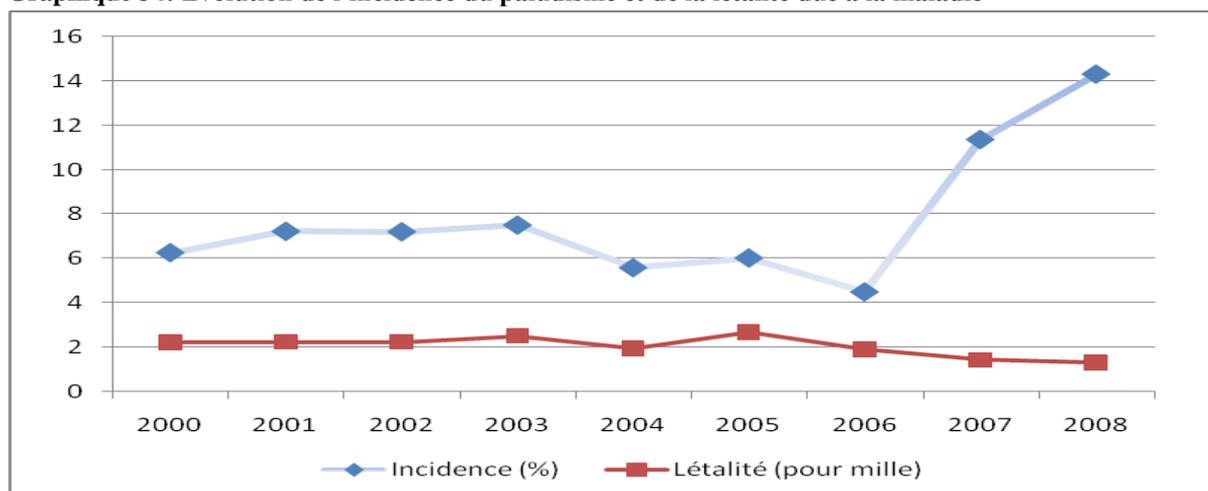
Indicateurs :

- 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).**

¹⁷ MSP_ANNUAIRE STATISTIQUE_SNIS

Le paludisme reste encore l'une des premières causes de mortalité au Niger (56,6% des décès)¹⁸. Son incidence est en hausse depuis 2000. Elle est passée de 6,26% en 2000 à 14,31% en 2008 ; soit une augmentation annuelle de (+1) pourcent. Sa létalité s'est stabilisée à un niveau relativement bas avant d'amorcer une baisse de (0,02) point de pourcentage par an sur la période 2006-2010. Elle passe de 0,18 % en 2006 à 0,16 % en 2010. Si ces tendances se poursuivent, l'incidence et la létalité du paludisme se situeraient respectivement autour de 22 % et environ 1,5‰ à l'horizon 2015.

Graphique 34: Evolution de l'incidence du paludisme et de la létalité due à la maladie

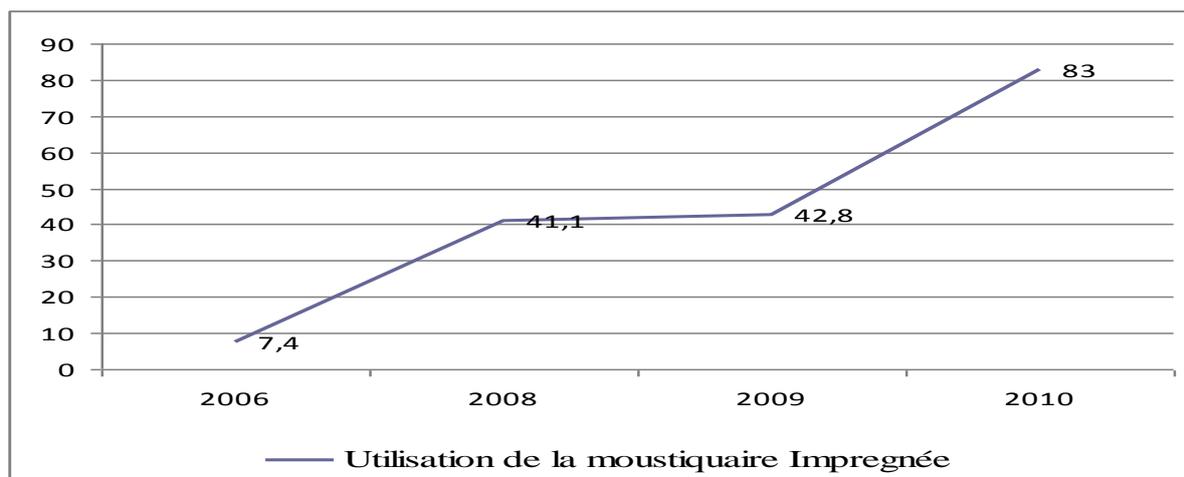


Source : MSP / Annuaire du SNIS

Le moyen de protection le plus efficace contre cette maladie reste la moustiquaire imprégnée dont l'utilisation a connu une hausse entre 2006 et 2010, passant de 7,4 % à 83%. Ces résultats appréciables enregistrés en si peu de temps augurent d'un impact encore plus important sur la réduction de l'incidence si les politiques de promotion de ce mode de prévention sont poursuivies.

¹⁸ MSP_ANNUAIRE STATISTIQUE_SNIS_2009

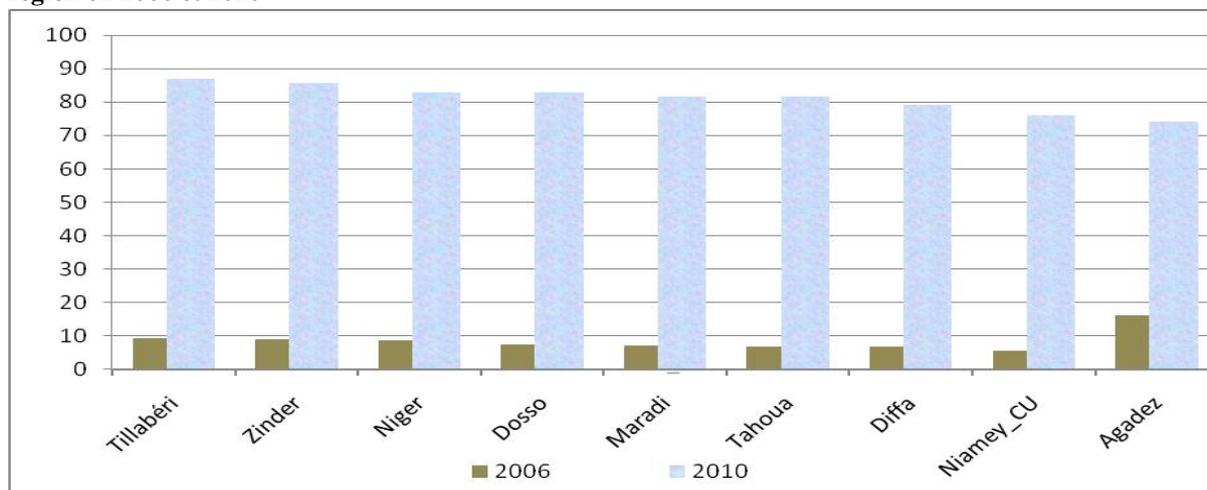
Graphique 35: Evolution de la proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires déjà imprégnée



Source : INS_EDSN-MICSIII, ENQUETE_NUTRITION, SURVIE_MORTALITE

Sur le plan régional, les meilleures 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 36: proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires déjà imprégnée par région en 2006 et 2010



Source : EDSN 2006, Enquête survie Mortalité 2010

Quant à la tuberculose, elle demeure un problème de santé publique au Niger. En 2010¹⁹ environ 10.345 cas ont été détectés, contre 9.390 en 2008. Le taux de dépistage de la tuberculose pulmonaire est estimé à 55% en 2008, ce qui est largement en deçà de l'objectif de 70% fixé par l'OMS. L'incidence de la maladie est estimée à 174 cas pour 10.000 habitants en 2008. Le taux de succès du traitement des cas détectés en 2007 est estimé à 78,6% en 2008 alors que le taux de décès est à 2,4% la même année.

¹⁹ Selon les données du SNIS

Les données du SNIS indiquent que, pour l'année 2008, 617 cas de tuberculose ont été détectés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation.

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 difficulté de la couverture sanitaire dans les 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 la prise en charge de tous les cas détectés, (v) l'amélioration de la qualité de l'application de la stratégie DOTS à tous les niveaux.

6.3.3. Actions menées

Outre le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2009 qui constitue le principal cadre d'orientation en matière de lutte contre le paludisme et la tuberculose, d'autres politiques et programmes sont mis en œuvres : il s'agit : (i) 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 dont les axes stratégiques sont les suivants :

- l'amélioration du taux de détection par le renforcement des centres de détection ;
- la promotion du dépistage ;
- l'amélioration de la prise en charge par notamment l'approvisionnement en médicaments ;
- le renforcement de la prise en charge de la co-infection Tuberculose–VIH/SIDA.

6.3.4. Conclusion partielle

Il ressort de la situation actuelle que le paludisme et la tuberculose occupent encore une place importante parmi les causes de morbidité et de mortalité au Niger.

Inverser cette tendance semble d'autant plus facile que les politiques et programmes préconisés sont plus performants. C'est 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 à l'horizon 2015.

Outre ces actions, il importe de privilégier les programmes de lutte contre la pauvreté et l'habitat insalubre, dont la résorption est de nature à contribuer notablement à la réduction de la prévalence de ces deux maladies.

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]) ;

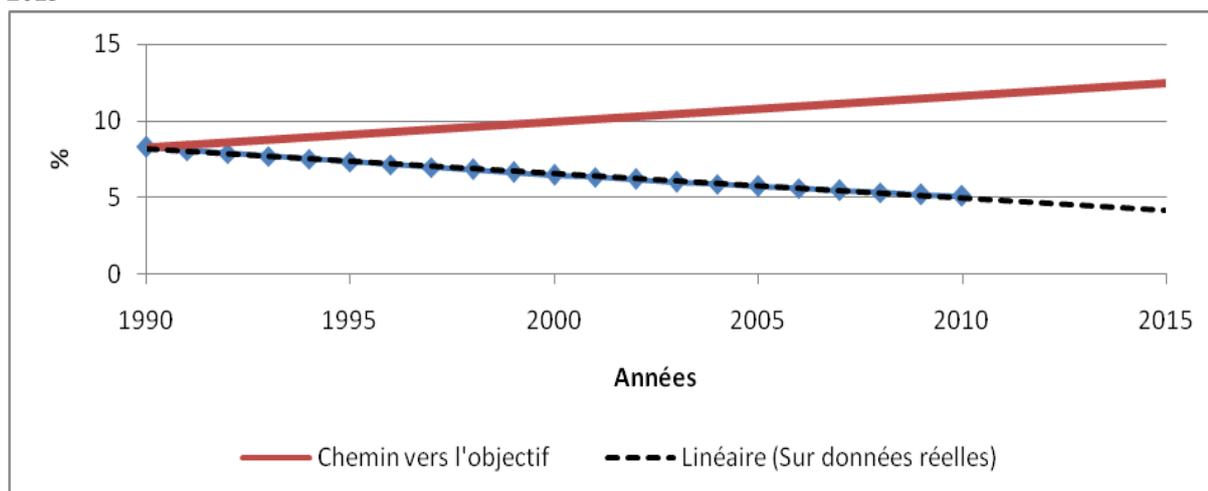
3. Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone.



La durabilité a longtemps été un des parents pauvres des axes de développement économique imaginés et mis en œuvre au Niger et partout dans le monde. La prise de conscience relativement récente de l'épuisement de certaines ressources, parfois à caractère non renouvelable, a permis de faire figurer ce défi au rang des Objectifs du Millénaire pour le Développement même s'il est vrai que dans le cas particulier du Niger certaines considérations environnementales ont été très vite prises en compte (préservation et récupération des terres, plantations d'arbres, limitation et réglementation de la déforestation, etc.).

Pays sahélien, le Niger est naturellement très peu pourvu en zones forestières. Mais depuis 1990, la proportion de zones forestière du pays n'a fait que décroître selon une tendance qui va exactement à l'encontre du chemin idéal vers l'objectif.

Graphique 37: Evolution et tendance de la proportion des zones forestières du Niger sur la période 1990-2015



Source : ME/LCD_DRE, DIAF, DGEEF

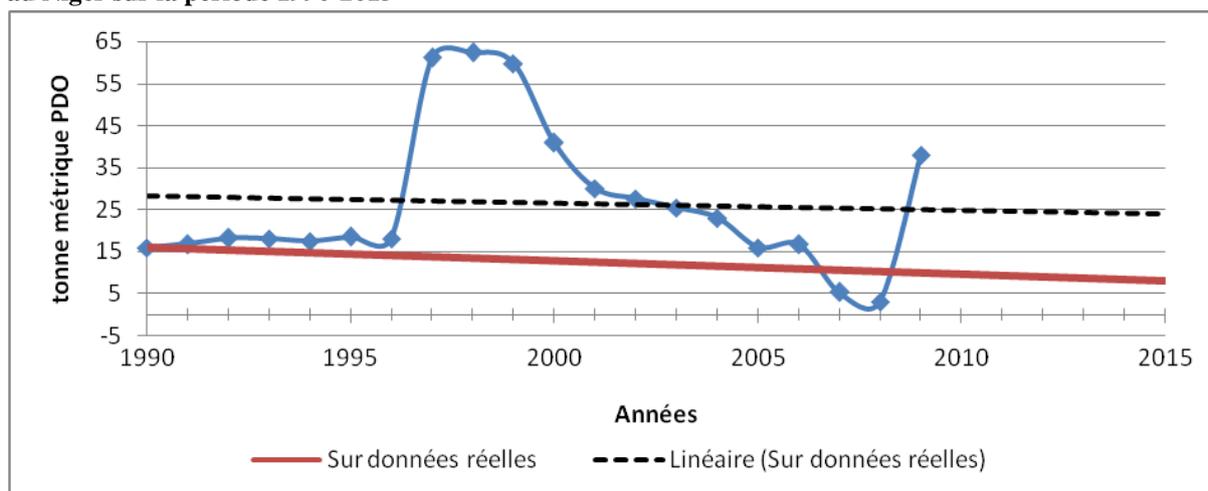
Si la tendance actuelle se poursuit, la proportion de zones forestières qui était de 8,3 % en 1990 et 5,1 % en 2010, diminuera de moitié à l'horizon 2015 au lieu de doubler sur la même échéance.

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 rares statistiques disponibles à ce sujet indiquent une augmentation des émissions (même si le niveau des émissions demeurent relativement bas par rapport au reste du monde) qui passent 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 1990-1997²⁰ et ce, alors que pour le cas spécifique du Niger, l'objectif est de 0,6 t/hbt en 2015.

Dans le prolongement des aspects précédemment évoqués, la cible 1 de l'OMD 7 préconise également une réduction de moitié (par rapport au niveau de 1990) de la consommation des substances appauvrissant la couche d'ozone (essentiellement des chlorofluorocarbones) dont le rôle est primordiale dans les mécanismes de régulation climatique de la terre ainsi que sa protection des rayonnements cosmiques tous deux nuisibles aux écosystèmes.

²⁰ ME/LCD_SE, CNEDD

Graphique 38 : 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 8 t 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. et la faiblesse des connaissances 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 connaissances 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 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 régulièrement baissée depuis 1990. Rien que sur la période 2000-2010, cette proportion est passée de 6,5 à 5,1 % au lieu de croître conformément à l'objectif (fixé à 12,43 %) à atteindre d'ici 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. En tenant compte de son niveau de 1,7 t/hbt en 2000, d'importants progrès devraient être réalisés pour atteindre l'objectif de 0,6 t/hbt 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 sont dès lors plus qu'urgentes 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 en 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 n'existe pas de statistique sur la proportion des stocks de poissons dans des limites biologiques sûres mais le potentiel halieutique a considérablement baissé du fait de la conjugaison de plusieurs facteurs défavorables (ensablement, espèces envahissantes et modifications profondes des écosystèmes en général...). Les superficies exploitables sont passées de 400 000 ha à 70 000 ha²¹ et la production a globalement diminué depuis 2003 (passant de 55 860 t en 2003 à 50 058 t en 2005²²).

La situation, en termes d'informations statistiques, est à peine meilleure en ce qui concerne la proportion des ressources totales en eau utilisées. Les ressources en eau de surface sont estimées à environs 30 milliards de m³ (volume annuellement charrié par les cours d'eau permanents ainsi que les mares permanentes et semi-permanentes.) tandis que les eaux souterraines sont estimées à 2,5 milliards de m³. Seul 1% des ressources en eau de surface et 20% des écoulements souterrains sont utilisés pour les consommations humaines²³.

Les surfaces protégées pour préserver la biodiversité au Niger n'ont pratiquement pas évolué depuis 1990 à 8,41 millions d'hectares soit 6,6% du territoire national mais, de nouvelles superficie viennent d'être rajoutées (à Termit et Guadabéji principalement) grâce au projet Fauna Corridor, faisant passer ce pourcentage à 14,3%²⁴ en 2012 et rapprochant ainsi le Niger de l'objectif de 16,5% en 2015.

Cette biodiversité a fait l'objet d'une évaluation en 2008 et a ainsi permis de dénombrer environs 5 324²⁵ 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

La principale contrainte qui pèse sur les efforts du Niger pour réduire de manière importante le taux de perte de la biodiversité réside dans la fragilité même de son écosystème (nombre relativement peu élevé d'espèces en présence). Plus spécifiquement, les principales contraintes sont :

²¹ RNOMD 2009, INS, 2009.

²² Annuaire statistique des cinquante ans d'indépendance du Niger, INS, 2010.

²³ RNOMD 2009, INS, 2009.

²⁴ MH/E, 2012.

²⁵ RNOMD 2009, INS, 2009.

- 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 naturels auparavant préservés ;
- vi. l'insuffisance de l'information statistique sur la question.

Le défi majeur auquel est confronté le Niger 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. 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 menées

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 protégés à travers le projet Fauna Corridors.

7.2.4. Conclusion partielle

Les statistiques sur l'état et les progrès dans le cadre de la préservation de la biodiversité sont rares, mais les quelques unes disponibles laissent à croire que le Niger 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, le pays ne devrait pas perdre de vue son 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

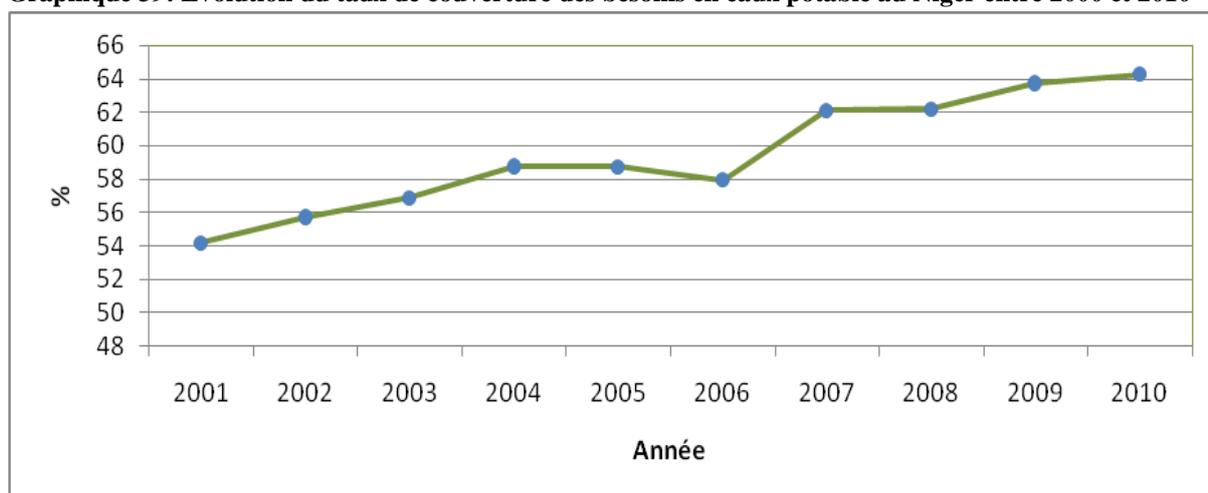
Indicateurs :

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 revêt un aspect particulier et primordial dans le contexte climatique aride et semi-aride doublé d'une croissance démographique rapide au 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 39: Evolution du taux de couverture des besoins en eaux potable au Niger entre 2000 et 2010

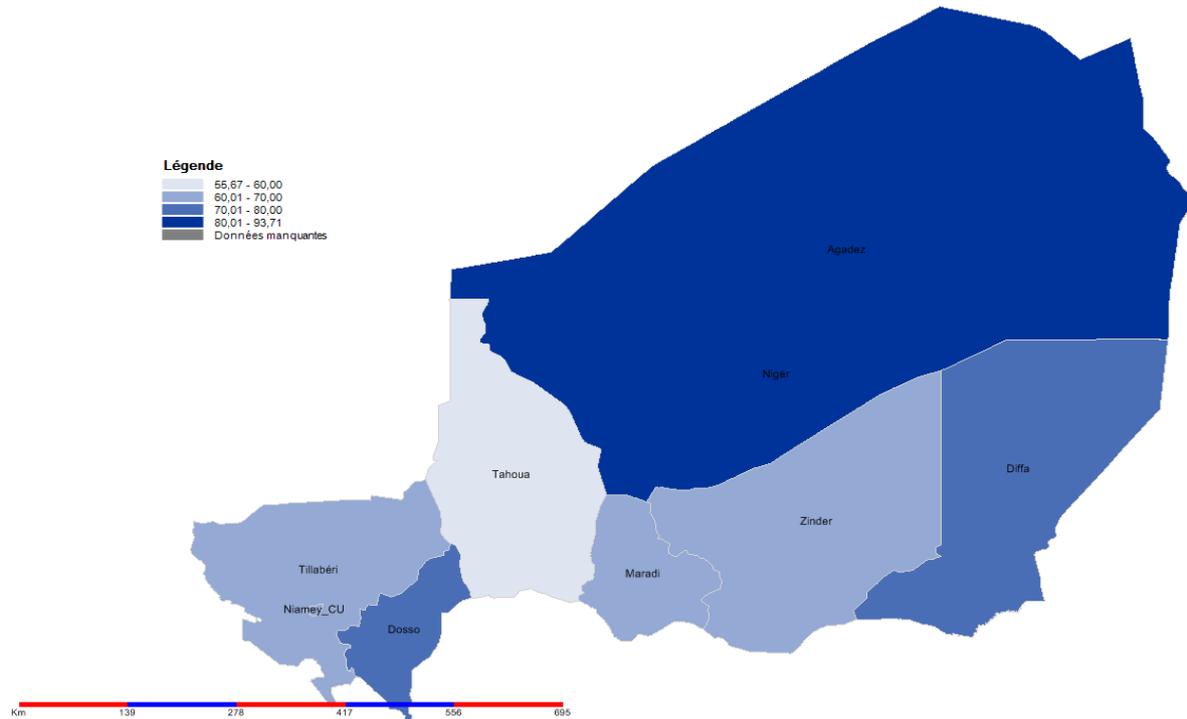


Source : MH/DS, 2001-2010

Le graphique ci-dessus montre bien qu'il y'a encore bien du chemin pour l'accès universelle à l'eau potable au Niger. Les besoins d'à peine 3 Nigériens sur 5 étaient couverts en la matière en 2010.

L'étude spatiale de l'accès à l'eau potable porte à croire que celle-ci n'est pas seulement liée aux caractéristiques physiques de la zone considérée.

Figure 1: Taux de couverture des besoins en eau potable selon les régions en 2010

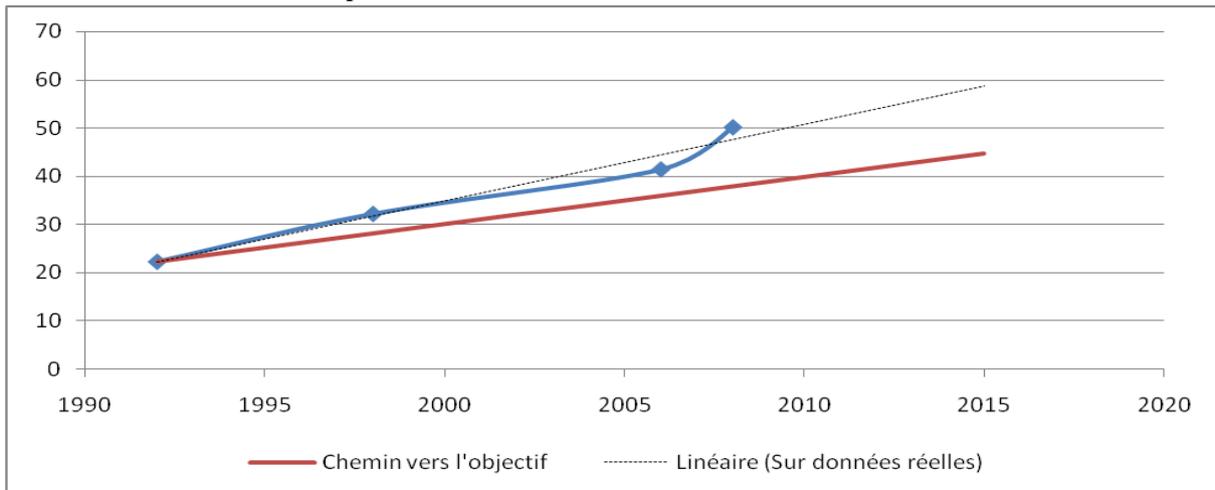


Source : MH/DS, 2010

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 traversé 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 (zone la plus claire de la figure 7.1). Tout cela pour un taux national d'accès à l'eau potable d'environ 64% en zone rurale.

La situation de l'accès même à l'eau potable présentée, l'on peut considérer la proportion de Nigériens ayant accès de façon durable à une source d'eau améliorée (indicateur 7.8). Celle-ci a cru de manière appréciable entre 1992 et 2008 où elle est passée respectivement de 22,3 % à 50,1%.

Graphique 40: Evolution et tendance de la proportion de Nigériens ayant accès de façon durable à une source d'eau améliorée sur la période 1992-2015

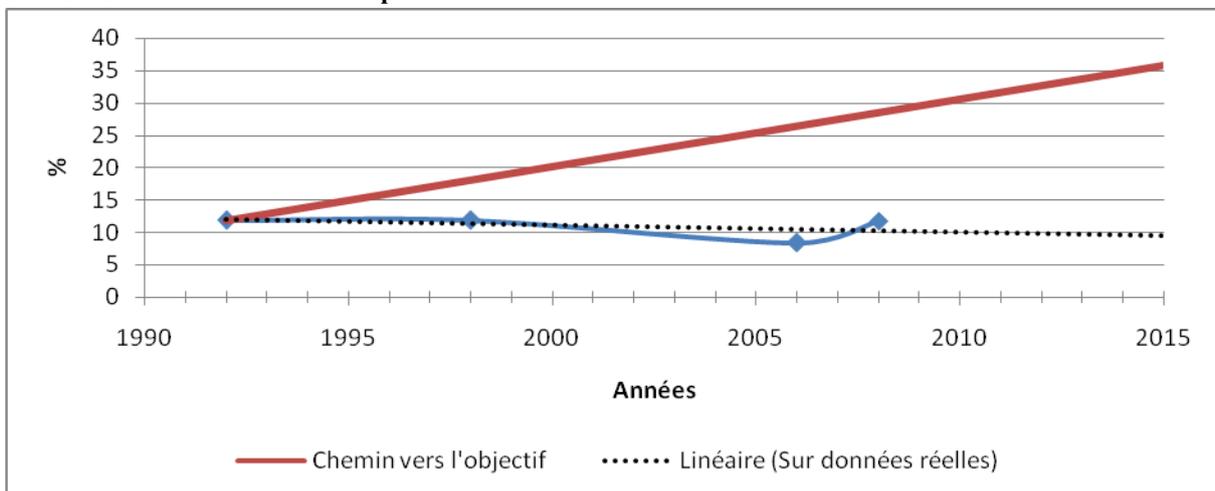


Source : INS, 1992-1998-2006-2008

Ce taux se situait déjà en 2008 (50,1%) largement au dessus du niveau escompté à l'échéance 2015 (44,6%).

L'autre aspect couvert par la cible 3, à savoir la possibilité pour les ménages de recourir à un système d'assainissement amélioré, a au contraire baissé sur la même période. La proportion de Nigériens ayant accès à un système d'assainissement amélioré est ainsi passée de 11,9% en 1992 à 11,8% en 2008 avec un minima à 8,4% en 1998.

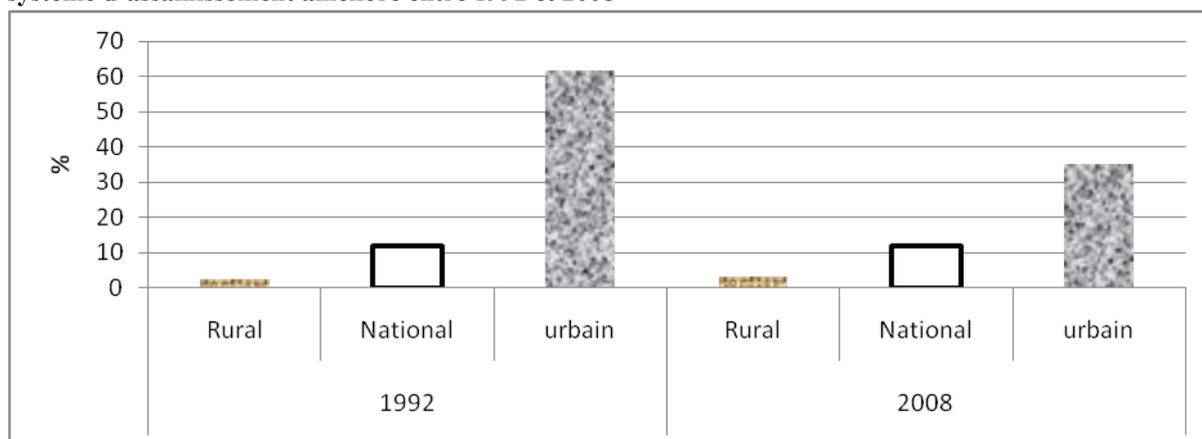
Graphique 41: Evolution et tendance de la proportion de Nigériens ayant accès à un système d'assainissement amélioré sur la période 1992-2015



Source : INS, 1992-1998-2006-2008

Si la tendance actuelle se maintient, l'on devrait se retrouver en deçà de 10% au lieu de la cible de 36% à l'horizon 2015. Cet accès est démesurément plus faible en milieu rural par rapport au milieu urbain.

Graphique 42: 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, 1992-2008

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 2008 où cette proportion est, cette fois-ci, 11 fois plus importante. Mais cette baisse de l'écart est aussi en grande partie due à la baisse (d'environ 43%) 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, 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 42, 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 beaucoup plus mitigés dans le domaine de l'assainissement. Cela est le fruit d'un certain nombre d'actions menées, parmi lesquelles on peut citer :

- i. l'adoption du Schéma Directeur de mise en valeur et de gestion des ressources en eau élaborée en 1993 et actualisé en 1998, la Politique Nationale de l'Eau et de l'Assainissement de 2000, la législation de 1998 portant régime de l'eau, l'ordonnance de 1993 instituant un code d'hygiène publique et l'ordonnance de 1997 portant institutionnalisation des études d'impact sur l'environnement et l'élaboration de textes réglementaires (Politique Nationale d'Assainissement);
- ii. l'extension et la modernisation des réseaux d'AEP et d'assainissement des centres ruraux et urbains de concert 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 ;
- iii. 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 ;
- iv. 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 situation du Niger pour ce qui est de 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 nécessite une distinction quant à l'accès à l'eau potable d'une part et à un système d'assainissement d'autre part.

En ce qui concerne le premier point, le Niger a accompli d'importantes réalisations 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 50,1% en 2008 au delà de la cible définie à l'horizon 2015 pour l'indicateur 7.8. Mais 1 Nigérien sur 2 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 second point est, quant à lui, assez préoccupant car le taux d'accès à un système d'assainissement amélioré déjà très faible en 1992 a baissé en 2008. A peine plus d'un Nigérien sur dix (11,9%) a accès à un système d'assainissement amélioré. A ce rythme, ce taux se situera en dessous de 10% pour un objectif de plus de 35% à l'horizon 2015.

Les actions menées jusqu'à présent dans le cadre de l'amélioration de l'accès à une eau de qualité doivent être poursuivies au vu des résultats atteints et des mesures urgentes entreprises dans le cadre de 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

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 secco, en banco, tantes, etc.) qui s'accommode peu des définitions (Cf. : Encadré 7.1) plus ou moins formelles d'un habitat précaire.

A la suite du Rapport National sur les OMD de 2009, nous considérerons comme taudis en milieu urbain les logements dont le toit n'est pas en matériau durable privilégiant donc le 4^{ème} critère défini par la réunion d'expert des nations unies sur les indicateurs urbains tenue à cet effet en 2002 (Cf. ; Encadré 7.1). Mais même à ce niveau subsiste le problème de la comparabilité méthodologique des différentes études menées et abordant la question.

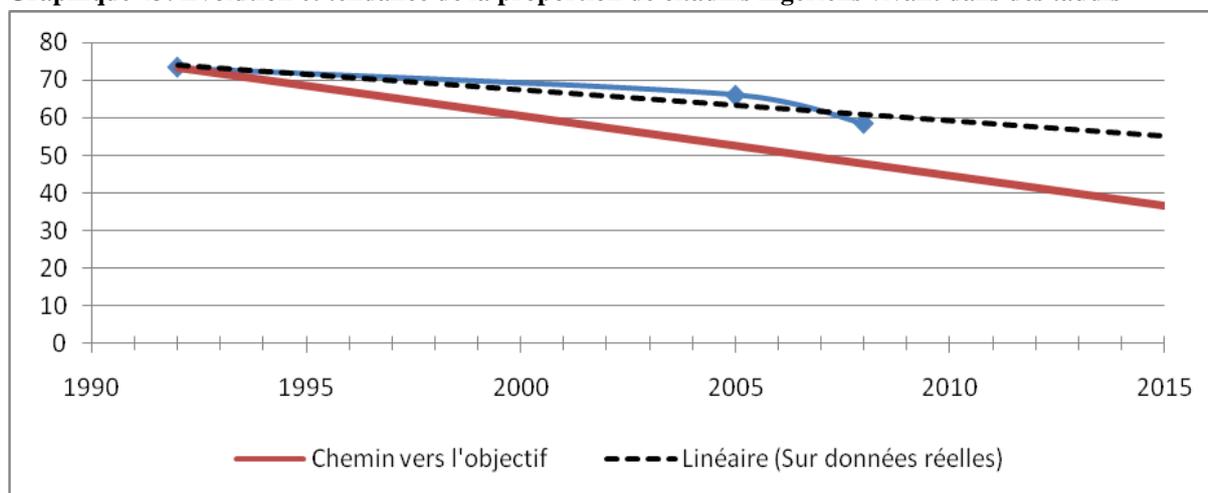
Il ressort des chiffres disponibles que la proportion des personnes vivant dans des taudis au Niger a baissé entre 1992 et 2008 alors même que le taux d'urbanisation sur l'ensemble du pays est passé de 15,6 à 19,2% sur la même période. Cette baisse a été surtout importante entre 2005 et 2008 où elle est passée de 66,0% à 58,5% de la population urbaine du pays.

Encadré 7.1 : Définition conventionnelle d'un logement indécemment 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.

Graphique 43: Evolution et tendance de la proportion de citoyens nigériens vivant dans des taudis



Source : EDSN 1992, DSCN, 1992 ; QUIBB-ENBC III, INS, 2005-2007-2008

Néanmoins, si elle se maintient au niveau actuel, cette tendance ne permettra pas d'atteindre l'objectif de 36,5% à l'horizon 2015 et l'on se situerait plutôt vers 55% des citoyens n'ayant pas accès à la sécurité d'occupation des logements.

7.4.2. Contraintes et défis

Le non accès au logement décent constitue à juste titre un des aspects prédominant de la pauvreté. Pour relever l'objectif d'améliorer sensiblement la vie d'habitants de taudis au Niger, un certain nombre de contraintes doivent être pris en compte dont :

- i. 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 ;
- iii. l'exode (saisonnier ou non) des populations rurales vers les zones urbaines qui vient perturber le schéma d'urbanisme formel des villes ;
- iv. l'ancrage culturel fort de certaines pratiques incompatible avec le logement adéquat dans les habitudes de certains citoyens nigériens (surpopulation, logement de type traditionnel en matériau non définitifs, etc.).

7.4.3. Actions menées

Plusieurs politiques et programmes (dont certains énumérés dans le RNOMD 2007) 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. le projet en cours de réaménagement de la ville de Niamey.

7.4.4. Conclusion partielle

La proportion des nigériens urbains qui vit dans des logements inadéquats a baissé depuis 1992 en passant de 73,3% en 1992 à 58,5% en 2008 et ce, malgré l'accroissement du taux d'urbanisation sur la même période.

Néanmoins, la tendance baissière actuelle n'est pas suffisante pour assurer un accès à la sécurité d'occupation des logements à 63,5% des Nigériens en 2015 (36,5% d'entre eux vivraient alors dans des logements inadéquats) et l'on se situerait vers une proportion correspondante de 45% sur la même échéance selon la tendance actuelle.

Il conviendrait donc à ce sujet de persévérer dans les actions menées selon les cadres d'actions existants ou à définir pour relever le défi d'un logement meilleur en ville.

CHAPITRE 8 : METTRE EN PLACE UN "PARTENARIAT MONDIALE POUR LE DEVELOPPEMENT

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

8.4.1. Situation et tendances

Indicateurs:

1. Proportion de l'ADP allouée au renforcement des capacités commerciales ;
2. Nombre total de pays ayant atteint leurs points de décision et nombre total de pays ayant atteint leurs points d'achèvement (cumulatif) dans le cadre de l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) ;
3. Allègement de la dette annoncé au titre de l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés et de l'Initiative d'Allègement de la Dette Multilatérale (IADM) ;
4. Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services.



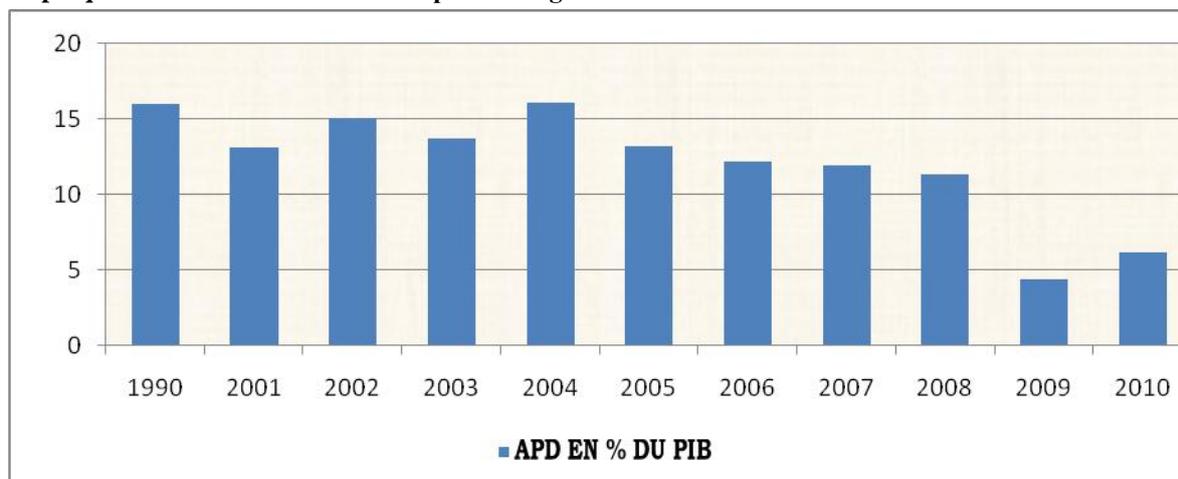
Le partenariat mondial pour le développement peut s'apprécier par :

- ✓ l'attrait de l'aide publique au développement ;
- ✓ la réduction de la dette ;
- ✓ les accords de partenariat économiques ;

L'essentiel des investissements au Niger est financé par les ressources extérieures sous forme d'emprunt ou/et de dons. En effet, l'Aide Publique au Développement finance plus de 90% des investissements publics et 35% du budget de fonctionnement. Sur ces ressources, 65% proviennent des institutions multilatérales et 35% de la coopération bilatérale. De façon générale, elles sont constituées à 40% d'aide non remboursable et à 60% d'emprunts.

Pour ce qui est de la tendance de l'aide publique au développement ; on peut noter que celle-ci a été très fluctuante entre 1990 et 2010. En effet, de 16 % en 1990, elle est passée à 16,4% en 2004 pour baisser substantiellement à 11,3% en 2008 ; 4,4% en 2009 et remonter à 6,2% en 2010.

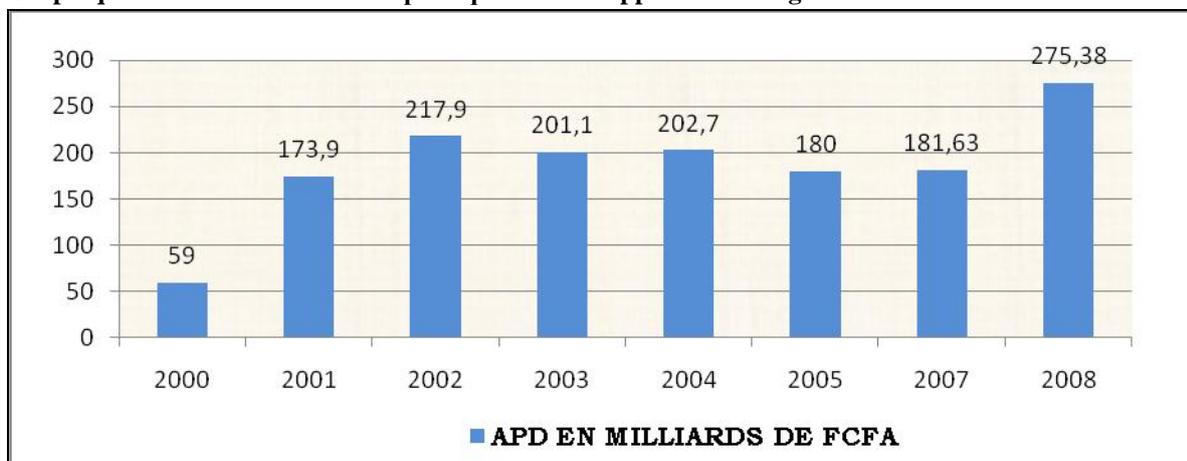
Graphique 44: Evolution de l'APD en pourcentage du PIB



Source : ME/F_ DGEP_ Annexe Statistique de la publication coopération développement, Rapport 2010 ; / DGE_TOFE.

Il ressort que l'évolution de l'APD en termes absolus sur la période 2000-2008 traduit une certaine disparité. Bien que timide on constate une évolution exponentielle de l'aide accordée au Niger jusqu'en 2008²⁶ (275,38 M\$US).

Graphique 45: Evolution de l'aide publique au développement au Niger de 2000 à 2008

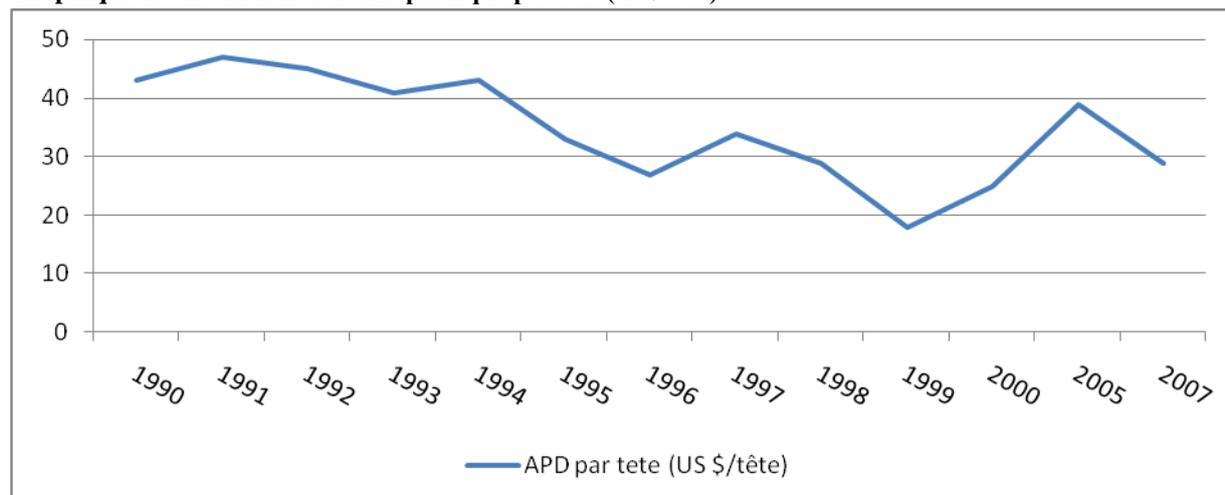


Source : République du Niger, MEF, Direction générale de l'économie

L'ADP par tête d'habitant est passée de 43 USD en 1990 à 18 USD en 1999 avant de s'établir à 29 USD en 2007.

²⁶ L'évolution de l'APD en termes absolus n'est pas linéaire. Elle est passée de 59 milliards de FCFA en 2000 à 217,9 milliards de FCFA en 2002 puis à 180 milliards de FCFA en 2005 avant de se situer à un peu plus de 275 milliards de FCFA en 2008.

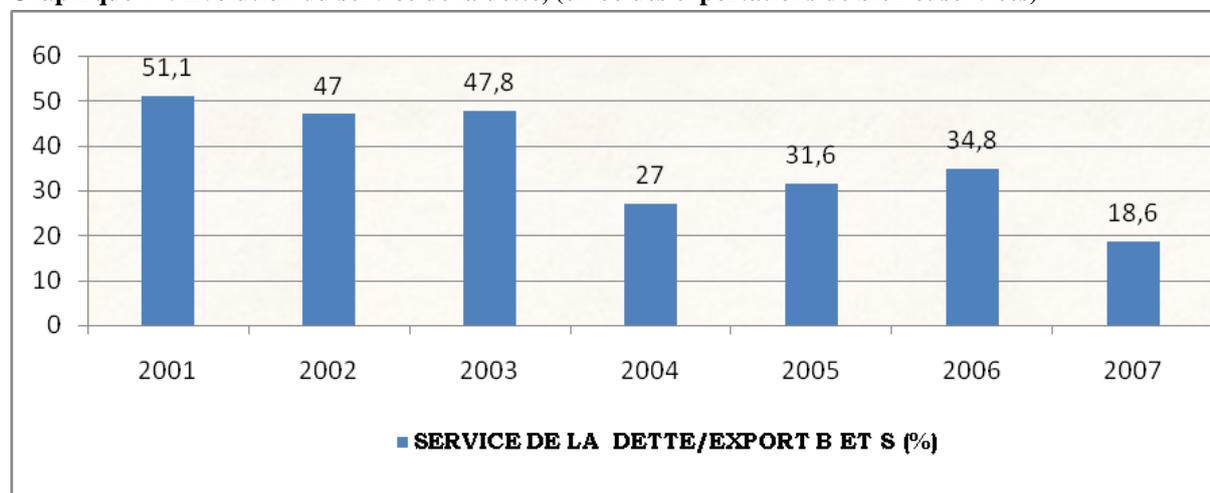
Graphique 46: Evolution de l'aide publique par tête (us \$/tête)



Source: BM World Development Indicators 2003, 2008

Pour ce qui est du niveau du service de la dette, (en % des exportations de biens et services), on observe une tendance baissière de moins de 3,3% en moyenne entre 2001 et 2007. En effet, de 51,1% en 2001, il est passé à 27% en 2004 avant de retomber à 18,6 en 2007. Cependant du fait de l'accession du Niger au point d'achèvement de l'Initiative-PPTE (2004), cette tendance se renforcera jusqu'à 2015 pour atteindre un taux nettement meilleur que celui fixé en 2015. Le service de la dette ainsi réduit permettra de dégager des ressources additionnelles nécessaires au financement de la réduction de la pauvreté.

Graphique 47: Evolution du service de la dette, (en % des exportations de bien et services)



Source : République du Niger, MEF, Direction générale de l'économie.

8.4.2 Contraintes et défis

Les principales difficultés liées à cette cible sont entre autres : (i) l'absence d'harmonisation dans les interventions des partenaires ; (ii) la faible compétitivité de l'économie nigérienne par rapport à l'économie sous régionale ; (iii) la forte dépendance de l'économie aux cours mondiaux pour l'uranium et de la pluviométrie pour les produits agricoles ; (iv) l'instabilité politique durant la décennie 1989-1999 qui n'a pas favorisé un afflux conséquent d'aide au Niger ; (v) le peu d'impact des investissements sur l'amélioration des conditions de vie de la

population ; (vi) la diversité des procédures de mobilisation des ressources avec les partenaires extérieures ; (vii) le faible alignement des stratégies d'assistance de certains bailleurs de fonds sur celle du gouvernement .

L'adéquation de l'APD aux besoins du pays suppose que les défis suivants soient relevés :

(i) l'élaboration d'une stratégie de disponibilité des données statistiques du secteur ; (ii) la création d'un cadre de concertation et d'harmonisation des interventions des partenaires ; (iii) l'identification des obstacles au commerce et au secteur à fort potentiel d'exportation ; (iv) la définition d'un plan d'action pour une meilleure intégration dans le système du commerce international, (v) la création d'un environnement plus incitatif et compétitif, respectant les normes adéquates à la conquête des marchés extérieurs ; (vi) l'incorporation de plus de valeur ajoutée aux produits d'exportation ; (vii) la coordination et la répartition de manière efficiente les interventions des partenaires au développement sur les différents secteurs et régions du pays pour un développement plus équilibré ; (viii) la mise en place d'une intégration de proximité laissant aux acteurs locaux (société civile et collectivités décentralisées) l'initiative de rapprochement avec leurs homologues des pays limitrophes.

8.4.3. Actions menées

Pour apporter des réponses aux problèmes liés à l'objectif, les politiques et programmes suivants ont été mis en œuvre : (i) la stratégie de promotion des PME axée sur le développement d'opportunités présentant des avantages comparatifs pour le pays ; (ii) le Fonds d'Aide aux Etudes (FAE) ; (iii) le Fonds d'Intervention et de Participation (FIP) ; (iv) le Fonds de Garantie Supplémentaire (FGS) ; (v) la Politique Nationale de Promotion du Secteur Privé ; (vi) le Conseil National des Investisseurs Privés (CNIP) ; (viii) la refonte du cadre juridique et réglementaire régissant le secteur privé ; (ix) l'adoption de mesures visant à supprimer les obstacles à la création des entreprises ; (x) l'adoption d'une déclaration de politique nationale de promotion du secteur privé ; (xi) 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 notamment au sein de l'UEMOA et de la CEDEAO ; (ii) la mobilisation des ressources nécessaires pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

8.4.4. Conclusion partielle

D'une part, l'atteinte de la cible est fortement liée à la capacité du Niger à diversifier et à développer la production exportable, à renforcer les échanges et la coopération avec les organisations régionales et sous-régionales (UEMOA, CEDEAO). D'autre part, l'attentisme de certains partenaires au développement par rapport à leurs engagements, les négociations difficiles entre les pays du Nord et ceux du Sud dans le cadre de l'OMC font douter des chances de parvenir à un réel partenariat mondial pour le développement à l'horizon 2015.

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

8.5.1 Situation et tendances

Indicateur :

1. Proportion de la population pouvant se procurer les médicaments essentiels à un coût abordable et dans les conditions pouvant être maintenues durablement

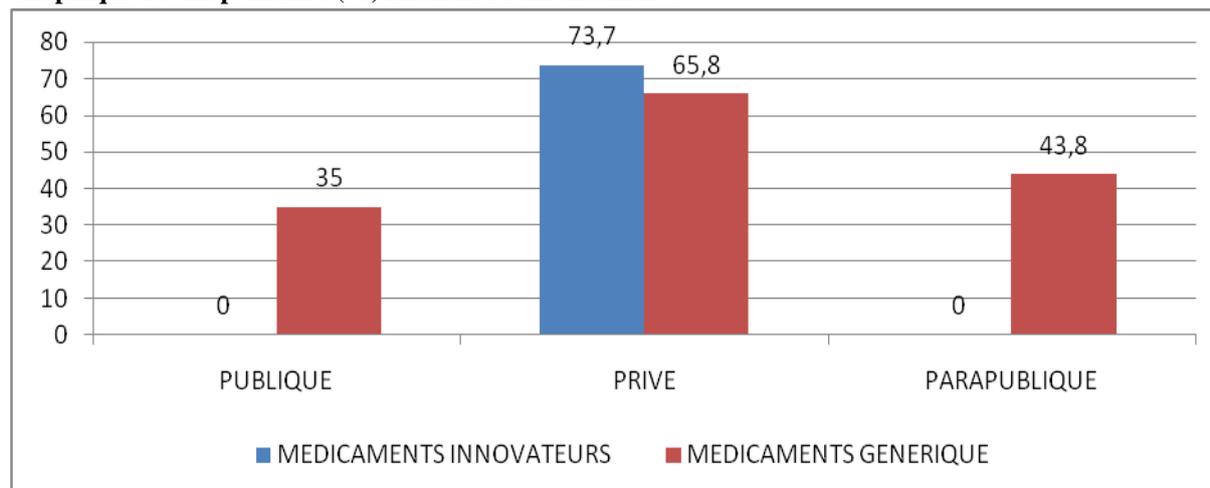
Au Niger, la disponibilité des médicaments dans le secteur public reste assez faible malgré la politique nationale des MEG adoptée en 1995. Cependant, les résultats de l'étude²⁷ sur le prix des médicaments au Niger réalisée en septembre 2006 par la Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle avec le concours technique et financier de l'OMS et de L'UE, donnent seulement 36,11% (13/36) de médicaments disponibles au niveau de la moitié des points de vente publics.

Dans le secteur privé, il a été constaté une progression assez significative de la disponibilité aussi bien des médicaments innovateurs de marque que leurs équivalents génériques. Cette disponibilité varie de 27,77% (10/36) et 33,33% (12/36) respectivement pour les génériques et les innovateurs de marque à 52,57% (19/36) et 61,11% (22/36). Ceci pourrait être le fruit de l'adoption d'une législation et d'une réglementation pharmaceutiques qui sont favorables à l'essor du secteur. A cela s'ajoute un contexte économique mettant le médicament innovateur de marque hors de portée de la plupart des populations nigériennes.

Il en est de même pour le secteur parapublic qui bien que ne faisant en principe que du générique, enregistre une disponibilité relativement acceptable allant de 22,22% (8/36) à 50% (18/36). Cela pourrait s'expliquer par le fait que le secteur parapublic est tenu de respecter une liste de médicaments essentiels arrêtée par voie réglementaire.

²⁷ Cette étude a été réalisée dans le cadre de la nouvelle méthode de mesure des prix des médicaments, initiée par l'OMS et Action Internationale pour la Santé HAI (Health, Action International) pour permettre d'aider les Etats, les Organisations non gouvernementales, les agences internationales, les professionnels de santé et les consommateurs à un plaidoyer pour un accès plus équitable aux médicaments essentiels.

Graphique 48: Disponibilité (%) Médian des médicaments



Source : Etude sur le prix des médicaments au Niger-2006

Au niveau de l'accessibilité financière, le coût des traitements reste élevé²⁸ par rapport au pouvoir d'achat des populations particulièrement pour les médicaments innovateurs de marque et les génériques pour lesquels les prix²⁹ restent élevés pour certaines pathologies chroniques (diabète, ulcère etc...). Par contre, pour les infections aiguës, l'accessibilité financière paraît acceptable.

Ainsi, dans le but de cerner l'accès aux médicaments essentiels à prix abordables, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) suit régulièrement la situation de médicaments de première nécessité. Les récents résultats³⁰ classent le Niger dans la catégorie des pays ayant un accès faible ; avec une proportion³¹ de sa population ayant durablement accès à des médicaments de base d'un coût abordable compris entre 50-79%.

8.5.2. Contraintes et défis

Les principales contraintes liées à la cible sont : (i) l'absence de mécanismes d'assurance ; (ii) le coût élevé des ordonnances par rapport au revenu de la majorité de la population qui fait qu'une part importante de la population n'a pas accès aux médicaments dont elle a besoin ; (iii) la différence des prix entre les médicaments de marque innovateurs et leurs équivalents génériques (45% plus chers); (iv) les ruptures fréquentes des médicaments tant génériques qu'innovateurs de marque ; (v) la différence des prix payés par les patients d'un secteur à l'autre ou d'une zone à l'autre, voire au sein du même secteur.

Pour faciliter davantage l'accès aux médicaments des populations, des mesures devront être mises en œuvre en vue de faire face aux défis suivants : (i) réaliser une meilleure adéquation

²⁸ Le coût encore élevé des médicaments et leur faible utilisation favorisent le commerce illégal de "médicaments de rue"

²⁹ Etude sur les prix des médicaments au Niger

³⁰ Ces informations selon le HDR 2004 du PNUD, sont les meilleurs disponibles et validées par les Etats membres de l'OMS.

³¹ Les données sont basées sur des estimations statistiques provenant de l'OMS et ses agences régionales à partir de l'enquête sur la situation des médicaments effectuée en 1998/99.

entre les besoins réels des populations en médicaments et les besoins satisfaits ; (ii) acheter les médicaments à des prix compétitifs et abordables, (iii) renforcer la promotion du médicament générique, (iv) accroître les capacités de distribution des médicaments au sein des établissements de soins ; (v) envisager une étude à moyen terme sur la disponibilité des médicaments couvrant l'ensemble du territoire, (vi) insuffler une dynamique nouvelle à l'ONPPC quant à sa gestion et ses rapports avec le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies dans le cadre d'un véritable partenariat afin d'améliorer la disponibilité des médicaments en général et des génériques en particulier surtout au niveau du secteur publique ; (vii) réviser la structure des prix notamment par la suppression des droits de douanes et autres prélèvements communautaires conformément aux recommandations de l'étude sur la fiscalité des médicaments réalisée en Septembre 2005 par l'UEMOA ; (viii) promouvoir le développement du secteur parapublic après une évaluation des pharmacies à usage intérieur existantes afin d'améliorer la disponibilité des médicaments essentiels génériques au niveau du secteur hospitalier ; (ix) mettre en place un mécanisme régulier de contrôle et d'inspection des pharmacies à usage intérieur afin de garantir l'application stricte des dispositions de l'arrêté N° 149/MSP/LCE/DGSP/DPHL/MT du 13 octobre 2004, portant liste des médicaments et dispositifs médicaux autorisés à être débités dans la pharmacie à usage intérieur dans les centres hospitaliers régionaux et nationaux, (x) promouvoir l'utilisation des médicaments génériques à travers les canaux appropriés (formation des prescripteurs, médias, conférences, tables rondes, dépliants etc).

8.5.3. Actions menées

Comme politiques et programmes mis en œuvre depuis 1990, on peut citer : (i) la création en 1991 de la direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPHL) chargée de l'exécution de la politique en matière de médicaments, de laboratoires et de recherche en médecine et pharmacopée traditionnelles ; (ii) le système national d'approvisionnement et de distribution caractérisé par l'existence d'un grossiste répartiteur: l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) ; (iii) l'adoption de la Politique Pharmaceutique Nationale en 1995 dont un des objectifs majeurs est « d'assurer une disponibilité permanente des médicaments essentiels d'efficacité, de sécurité et de qualité suffisantes, géographiquement et économiquement accessibles pour les individus, les familles et les communautés » ; (iv) l'Ordonnance N°97-002 du 10 Janvier 1997, portant législation pharmaceutique qui a de ce fait levé le monopole de l'ONPPC permettant ainsi à d'autres établissements d'importation et de distribution en gros de s'établir ; (v) la naissance en 2005 de la Société Industrielle Pharmaceutique (SIP) qui fabrique des suspensions buvables (cotrimoxazole, paracétamol, chloroquine, amoxicilline etc..).

8.5.4. Conclusion partielle

La disponibilité des médicaments au Niger demeure une problématique au niveau du secteur public pour laquelle la recherche de solutions idoines s'avère urgente.

La disponibilité des médicaments essentiels génériques reste très moyenne au niveau du secteur public censé approvisionner les endroits les plus reculés du pays au contraire du secteur privé qui affiche une très nette progression malgré des prix patients encore relativement élevés.

Dans le secteur parapublic, on remarque que la disponibilité des médicaments génériques est assez moyenne et est meilleure que dans le secteur public sensé l'approvisionner.

L'accessibilité financière des médicaments demeure encore un objectif à atteindre par la prise de mesures incitatives capables de réduire le coût des traitements des pathologies les plus courantes.

Face à ces constats, des actions et des axes politiques majeurs doivent être engagé pour permettre d'influer durablement sur la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments à tous les niveaux.

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

8.6.1. Situation et tendances

Indicateurs :

- 1. Nombre de lignes téléphoniques fixes pour 100 habitants ;**
- 2. Nombre d'abonnés à un service de téléphone mobile pour 100 habitants ;**
- 3. Nombre d'utilisateurs d'internet pour 100 habitants.**

Le développement des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) constitue un fait majeur de ce siècle. L'informatique, les télécommunications et l'audiovisuel sont devenu des facteurs déterminants de la croissance des pays en voie de développement.

Fortement créatrice d'emplois nouveaux, la révolution numérique aura dans les prochaines décennies un impact économiques et socio- culturel considérable. N'est ce pas ce rôle capital des TIC dans la réalisation des OMD qui a conduit les Nations Unies à encourager partout dans le monde les politiques favorisant leur promotion, leur vulgarisation et leur usage dans les domaines vitaux.

Cependant, le nombre de lignes téléphoniques fixes pour 100 habitants malgré la chute enregistrée entre 2000 et 2005 (respectivement 2,17 et 0,19) est en progression ces dernières années en passant de 0,48 en 2008 à 0,52 en 2009 pour atteindre 0,55 en 2010.

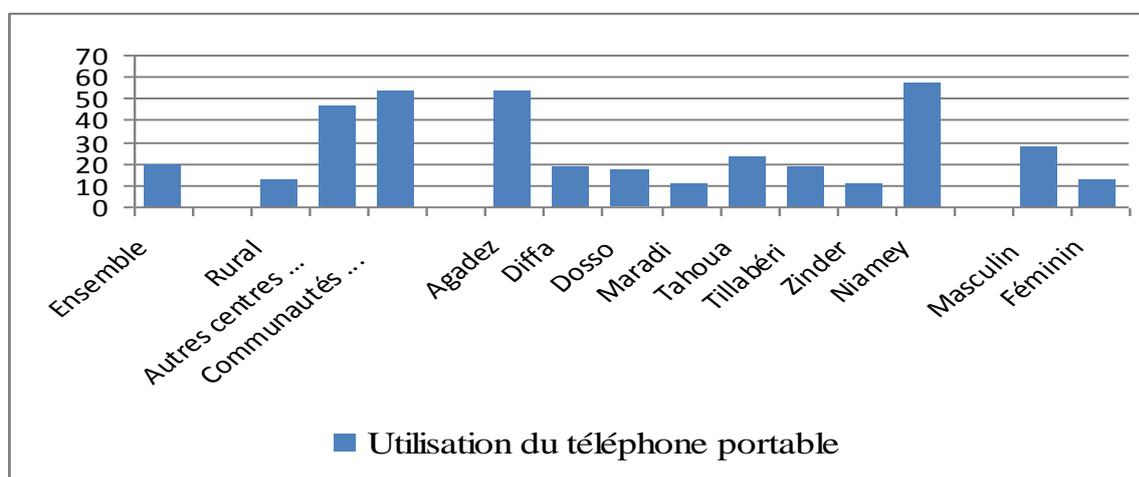
Un autre indicateur lié à la cible, est le nombre d'abonnés à un service de téléphonie mobile qui a fortement augmenté entre 2000 et 2009. Au Niger, les taux de pénétration de téléphone cellulaire devraient atteindre 24,48 pour cent fin 2010, se plaçant ainsi au-delà de la cible retenue de (10%) pour 2012 ; contre 19,19% en 2009 et 13,27% en 2008. Cette pénétration du téléphone portable est en grande partie due à l'avènement, dans le pays, des opérateurs privés de téléphonie mobile au début des années 2000. Selon les données de l'ENBC, les populations du milieu urbain utilisent beaucoup plus le téléphone portable que celles du

milieu rural. En effet, en milieu urbain, le taux d'utilisation atteint 54,0% dans les communautés urbaines et 46,4% dans les autres centres urbains. Le milieu rural où vit la majorité des Nigériens compte 13,0% d'utilisateurs de téléphone portable.

Le taux d'utilisation du téléphone portable varie également d'une région à l'autre. Les régions de Niamey et Agadez sont celles où le téléphone portable est plus utilisé avec des taux d'utilisation de 57,8% et 54,1% respectivement. La région de Tahoua enregistre un taux d'utilisation légèrement supérieur à la moyenne nationale, 23,1% tandis que dans les autres régions, le taux d'utilisation du téléphone portable est en dessous de la moyenne nationale et est particulièrement faible dans les régions de Maradi et Zinder où il s'établit respectivement à 10,9% et 10,8%.

Par ailleurs, l'analyse des résultats suivant le sexe montre que l'utilisation du téléphone portable par les hommes est plus importante que celle des femmes, 28,2% contre 12,8%.

Graphique 49: Taux d'utilisation (%) du téléphone mobile par milieux de résidence, région administrative et par sexe



Source : ENBC_2007/2008

Ces résultats de l'enquête budget consommation (ENBC_2008) montrent également une faible utilisation de l'Internet au Niger. Moins d'un (1) internaute sur 100 habitants (7 Nigériens sur 1000) existent au Niger.

On note également des disparités dans l'utilisation de l'internet au Niger. En milieu rural, le taux d'utilisation est quasiment nul ; alors que dans les communautés urbaines ce taux est de 10% et est de 1,4% dans les autres centres urbains. Le taux d'utilisation de l'Internet n'est aussi relativement significatif que dans la région de Niamey et celle d'Agadez où il atteint 13,3% et 1,7% respectivement. Selon le genre, seulement 0,8% des femmes sont utilisatrices d'Internet contre 1,8% des hommes.

Les raisons de cette faible utilisation de l'Internet est la méconnaissance (95%) des Nigériens des services de l'Internet, ensuite l'absence des services d'internet sur place pour (2,1%) des Nigériens, le coût élevé d'accès à l'internet pour (0,1%) des enquêtés.

8.6.2. Contraintes et défis

Les principales contraintes à l'atteinte de la cible sont les suivantes :

(i) le faible accès numérique ; (ii) l'insuffisance des fournisseurs d'accès à l'internet sur le plan de la connectivité ; (iii) les coûts de communication relativement élevés sont, entre autres, des facteurs qui freinent l'accessibilité des NTIC à la portée de tous ; (iv) les difficultés d'accès à l'énergie ; (v) le faible taux d'alphabétisation des populations.

Cependant les opportunités offertes par les TIC restent encore peu valorisées au Niger et nécessitent que les défis suivants soient adressés : (i) la réduction des coûts des services et des équipements de télécommunications pour faciliter l'accès à un plus grand nombre; (ii) Le développement des infrastructures et supports de télécommunication ; (ii) l'application d'une politique de vulgarisation de l'outil informatique.

8.6.3. Actions menées

Plusieurs politiques et stratégies ont été élaborées pour promouvoir les nouvelles technologies de l'information et de la communication : (i) le Plan National de Développement des TIC appelé plan NICI adopté par le gouvernement en janvier 2004 et constituant le socle du treizième axe de la Déclaration de Politique Générale (DPG) (ii) la mise en place du Haut Commissariat aux Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (HNTIC) chargé de coordonner les actions gouvernementales dans le domaine de l'informatique et des technologies; (ii) le Programme National de la Communication pour le Développement (PNCD) en vue d'une utilisation rationnelle et harmonieuse de tous les outils de communication.

A cela, on peut ajouter le programme d'appui aux TICs initié par le PNUD et le projet School Net qui a doté les établissements scolaires et les services décentralisés de l'Etat en matériels informatiques.

8.6.4. Conclusion partielle

En s'appuyant sur les données disponibles, le constat suivant s'impose. Des avancées significatives, dans le secteur de la téléphonie mobile sont à noter même si les taux d'accès et d'utilisation du téléphone fixe et de l'Internet restent encore insignifiants.

Par ailleurs, les actions menées par l'Etat, les acteurs du secteur privé et de la société civile se transforment en actions visionnaires et permettront à toutes les couches sociales d'avoir la possibilité d'accéder à l'information et au savoir.

CONCLUSION GENERALE

Il est indéniable que la plupart des indicateurs retenus dans le cadre du suivi de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement indiquent des progrès accomplis, en particulier, depuis 2000. Mais ces progrès demeurent aussi, dans leur grande majorité, largement insuffisants.

Ainsi, l'incidence de la pauvreté a décru d'environ 0,23 points sur la période 1993-2008 mais se situait toujours à de 59,5% en 2008, loin de l'objectif de 31,5% fixé pour 2015. La situation alimentaire et nutritionnelle des enfants s'est même dégradée sur la période 1992-2011. L'option résolue de planification stratégique nécessite plus que jamais, en plus des efforts propres du Niger, une Aide Publique au Développement plus conséquente que ce qu'elle n'a été jusqu'à présent avec un peu plus de 275 milliards de FCFA en 2008.

L'accès universel à l'éducation primaire en 2015 risque d'être compromis du fait d'une décélération du rythme d'accroissement annuel du taux net de scolarisation constatée surtout au cours des 5 dernières années, outre la nécessité d'améliorer l'efficacité même du système éducatif afin d'en minimiser les déperditions.

Les inégalités liées aux sexes tendent aussi à baisser mais restent encore fortes, notamment en termes d'instruction et d'accès aux soins. Les pesanteurs socioculturelles limitatives ne pourront être atténuées que selon une approche inclusive au profit des populations visées.

Des améliorations sont aussi à noter dans le domaine des infrastructures sanitaires permettant un abaissement substantiel de la mortalité infantile mais surtout infanto-juvénile selon une tendance conforme aux objectifs de 2015 permettant d'envisager un résultat positif sur cet objectif pour l'échéance fixée. L'accès aux soins demeure cependant insuffisant surtout en milieu rural et l'incidence du paludisme et la prévalence du VIH ont augmenté malgré les efforts déployés.

La préservation de l'environnement est le domaine où le pays enregistre les résultats les plus mitigés et s'éloigne 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, même si les surfaces protégées ont connu une extension notable au cours de cette année.

Enfin, on constate fort heureusement que des progrès indéniables ont été réalisés vers l'atteinte de certains OMD relatifs à la santé ainsi qu'à l'accès à une source d'eau améliorée, à l'horizon 2015.

Ces importants progrès enregistrés par le Niger vers l'atteinte des OMD à l'horizon 2015 traduisent une volonté politique forte ayant toujours accompagné les actions de développement au Niger. Aujourd'hui cette volonté politique est matérialisée par l'élaboration du Plan de Développement Economique et Sociale qui sera mis en œuvre sur la période 2013-2015 dans le sens de l'émergence d'une forte classe moyenne et l'avènement d'un développement socioéconomique durable au Niger.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] **Banque Mondiale**, *Mission sectorielle Santé, Nutrition et Population*, Aide-mémoire, Février 2008
- [2] **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
- [3] **CAFFERINI L. et PIERREL H.**, *Pratique de l'aide sectorielle, Enseignements et perspectives pour l'AFD*, Septembre 2008
- [4] **Fond des Nations Unies pour la Population**, *Faire de la maternité sans risque une réalité*, 2001
- [5] **INS/CCA/PAM**: *Enquêtes Conjointe sur la Vulnérabilité alimentaire des Ménages (ECVM) : Rapport d'enquête*, 2009
- [6] **Institut National de la Statistique**, *3^{ème} Enquête Nationale sur le Budget et la Consommation des ménages (ENBC III), Rapport sur les indicateurs sociaux*, Niamey, 2009
- [7] **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
- [8] **Institut National de la Statistique**, *Bulletin sur la situation de la femme et de l'enfant*, édition 2011
- [9] **Institut National de la Statistique**, *Comptes économiques de la Nation : Estimations 2009*, Direction des Statistiques et des Etudes Economiques, Niamey, 2010
- [10] **Institut National de la Statistique**, *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples*, 2006
- [11] **Institut National de la Statistique**, *Enquêtes Nationales Nutrition et Survie de l'Enfant : Rapport d'analyses*, Direction des Enquêtes et Recensements, Niamey, 2005-2011
- [12] **Institut National de la Statistique**, *Enquête Nationale Survie et Mortalité : Rapport d'analyses*, Direction des Enquêtes et Recensements, Niamey, 2010
- [13] **Institut National de la Statistique**, *Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS)*, 2000
- [14] **Institut National de la Statistique**, *Le Niger en Chiffre*, édition 2011
- [15] **Institut National de la Statistique**, *Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être (QUIBB) : Rapport sur les indicateurs sociaux*, Niamey, 2006
- [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, 2007
- [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, 2009
- [18] **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

- [19] **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
- [20] **Institut National de la Statistique**, *Tendances, profil et déterminants de la pauvreté au Niger : 2005-2008*, Niamey, 2008
- [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, 1992
- [22] **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
- [23] **Ministère de l'Economie et des Finances**, *Enquête Nationale Budget Consommation*, Direction des Statistiques et des Comptes Nationaux, Niamey, 1992
- [24] **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
- [25] **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
- [26] **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
- [27] **Ministère de l'Education Nationale**, *Statistiques de l'Education de Base Annuaire statistiques*, Direction des Statistiques et de l'Informatique, Niamey, 2007-2011
- [28] **Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies**, *Annuaire des statistiques Sanitaires du Niger*, Système National d'Information Sanitaire, Niamey, 2002-2010
- [29] **Ministère de l'Enseignement Secondaire et Supérieur, de la Recherche Scientifique et de la Technologie**, *Annuaire statistiques*, Direction des Statistiques et de l'Informatique, Niamey, 2004-2010
- [30] **Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies**, *Etude sur le prix des médicaments*, 2006
- [31] **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
- [32] **Nations Unies**, *Objectif du millénaire pour le développement OMD au Niger*, brochure, 2010
- [33] **Nations Unies**, *Rapport sur le Développement Humain*, Programme des Nations Unies pour le Développement, New York, 2010-2011

ANNEXES : 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 2010 | Niveau retenu pour 2012 | 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) | 59,5 (2008) | 55% | 31,50% |
| | | 1.2 Indice d'écart de la pauvreté (incidence x degré de pauvreté) – Profondeur de la pauvreté | 21 (1993) | 19,6 (2008) | 19,6 (2008) | 9,10% | |
| | | 1.3 Part du cinquième le plus pauvre de la population dans la consommation nationale | 8,58 (2005) | 7,8 (2008) | 7,8 (2008) | 6,08% | |
| | | 1.4 Taux de croissance du PIB par travailleur | 3,2 (2008) | 3,2 (2008) | 3,2 (2008) | | |
| | | 1.5 Ratio emploi/population | 73,9 (2008) | 73,9 (2008) | 73,9 (2008) | | |
| | | 1.6 Proportion de la | 55,2 (2008) | Non renseignée | 55,2 (2008) | | |
| | 1B. Atteindre le plein emploi productif et un travail décent pour tous, y compris les femmes et les jeunes | | | | | | |

| Objectifs | Cibles retenues | Indicateurs retenus | Niveau de référence | Niveau Rapport 2010 | Niveau retenu pour 2012 | Niveau tendanciel en 2015 | Objectif OMD en 2015 |
|-----------|--|---|---------------------------------------|---|---|---------------------------|----------------------|
| | | population employée vivant avec moins de un dollar par jour (PPP) | | | | | |
| | | 1.7 Proportion de | Indépendants : 80,7 (2005) | Indépendants : 70,3 (2008) | Indépendants : 70,3 (2008) | | |
| | | travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans l'emploi total | 7,1 (2005) | | Familiaux: NRS | | |
| | | | | Familiaux : 7,1 (2005) | | | |
| | 1C. Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim | 1.8. Pourcentage des enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale | 36 (1992) | 44,4 (2006) | 38,5 (2011) | 30,10% | 18% |
| | | 1.9 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique | Malnutrition Chronique 32 (1992) | Malnutrition Chronique 43,8 (2005) | Malnutrition Chronique 50,1 (2011) | | |
| | | | Malnutrition conjoncturelle 16 (1992) | Malnutrition conjoncturelle 10,3 (2006) | Malnutrition conjoncturelle 12,3 (2011) | | |

| Objectifs | Cibles retenues | Indicateurs retenus | Niveau de référence | Niveau Rapport 2010 | Niveau retenu pour 2012 | Niveau tendanciel en 2015 | Objectif OMD en 2015 | |
|--|---|--|---------------------|---------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|--|
| 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) | 58,6 (2008) | 67,2 (2011) | 82 | 100,00% | |
| | | 2.2 Taux d'achèvement dans le primaire (en %) – Proportions d'écopliers commençant la | 15 (1990) | 48,2 (2008) | 51,2 (2011) | < 60 | 100,00% | |
| | | première année d'études dans l'enseignement primaire et achevant la cinquième année | | | | | | |
| | | 2.3 Taux d'alphabétisation d'hommes et femmes de 15 à 24 ans | 26 (2000) | 29 (2008) | 29 (2008) | < 40 (29,7) | 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 (%) : | | | | | | |
| | | | 62,5 (1997) | 75,88 (2008) | 82 (2011) | 90 | 100,00% | |
| | | - Dans le primaire | | | | | | |
| | | | | 61 (2008) | 63 (2011) | | 100,00% | |
| | | - Dans le secondaire | 58 (1997) | | | 53,8 | | |
| | | | | | | 100,00% | | |
| | | - Dans le supérieur | | 41 (2008) | 43 (2010) | | | |

| Objectifs | Cibles retenues | Indicateurs retenus | Niveau de référence | Niveau Rapport 2010 | Niveau retenu pour 2012 | Niveau tendanciel en 2015 | Objectif OMD en 2015 |
|---|--|--|---------------------|---------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|
| | | | 34 (2004) | | | | |
| | | 3.2 Pourcentage de salariés dans le secteur non agricole qui sont des femmes | 2,4 (1993) | 36,11 (2008) | 32,87 (2009) | < 10 | 50% |
| | | 3.3 Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national | 5,4 (1990) | 9,7 (2009) | 13,27 (2011) | < 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) | 198,0 (2006) | 130,5 (2010) | 46,125 | 106,1 |
| | | 4.2 Taux de mortalité infantile (pour mille) | 123,1 (1992) | 81 (2006) | 63,2 (2010) | 31,8 | 41 |
| | | 4.3 Proportion d'enfants de 1 an vacciné contre la rougeole | 27,8 (1992) | 52,3 (2008) | 65,9 (2009) | 79,3 | 100 |
| 5. Améliorer la santé maternelle | 5A Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de | 5.1 Taux de mortalité maternelle (pour 100000 naissances) | 652 (1992) | 648 (2006) | 554 (2010) | 526,7 | 175 |

| Objectifs | Cibles retenues | Indicateurs retenus | Niveau de référence | Niveau Rapport 2010 | Niveau retenu pour 2012 | Niveau tendanciel en 2015 | Objectif OMD en 2015 |
|---|--|--|---------------------|---------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|
| | mortalité maternelle. | 5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (en %) | 14,9 (1992) | 17,9% (2006) | 29,45 (2010) | 33,5 | 100% |
| | 5B Atteindre, d'ici 2015, l'accès universel | 5.3 Taux de prévalence contraceptive | 2,3 (1992) | 5,0 (2006) | 21,21 (2010) | 26,46 | 14% |
| | à la santé procréative | 5.4 Taux de fertilité adolescente | 36,2 (1992) | 39,3 (2006) | 39,3 (2006) | 41,29 | |
| | | 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) | 64,2 (2008) | 26 | |
| | | 5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale | 16,6 (1998) | 14,0 (2006) | 14,0 (2006) | | |
| 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) | 0,7 (2006) | | < 0,7 |
| | | 6.1 Taux de prévalence du VIH/SIDA parmi la population âgée entre 15 et 24 ans | | 0,4 (2006) | 0,4 (2006) | | |
| | | - Filles 15 – 24 ans | | 0,5 (2006) | 0,5 (2006) | | |
| | | - Garçons 15 – 24 ans | | 0,1 (2006) | 0,1 (2006) | | |

| Objectifs | Cibles retenues | Indicateurs retenus | Niveau de référence | Niveau Rapport 2010 | Niveau retenu pour 2012 | Niveau tendanciel en 2015 | Objectif OMD en 2015 |
|-------------------------------------|---|--|---------------------|---------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|
| | | 6.2 Utilisation des préservatifs lors de la dernière relation sexuelle à haut risque : | | | | | |
| | | - Filles 15 – 24 ans | | 17,8 (2006) | 17,8 (2006) | | |
| | | - Garçons 15 – 24 ans | | 37,2 (2006) | 37,2 (2006) | | |
| | | 6.3 Proportion de la population âgée entre 15 et 24 ans ayant une connaissance générale correcte du VIH/SIDA | | 13,4 (2006) | 13,4 (2006) | | |
| | | | | 27,7 (2006) | 27,7 (2006) | | |
| 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) | 5,35 (2008) | 5,1 (2010) | | |
| | | 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 | 60 (1997) | 2,8 (2008) | 38 (2009) | | |

| Objectifs | Cibles retenues | Indicateurs retenus | Niveau de référence | Niveau Rapport 2010 | Niveau retenu pour 2012 | Niveau tendanciel en 2015 | Objectif OMD en 2015 |
|-----------|---|---|---------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|
| | | couche d'ozone (tonnes) | | | | | |
| | | 7.3.1 Bilan net des | -359,101 (1990) | -13 926,52 (2000) | -13 926,52 (2000) | | |
| | | émissions et de la séquestration des GES (Gg) | | | | | |
| | 7B Réduire la perte de | 7.4 Proportion de stocks | | | | | |
| | la biodiversité, atteindre d'ici à 2010, une diminution importante du taux de perte | de poissons dans les limites biologiques sûres | | | | | |
| | | 7.5 Proportion des | | | | | |
| | | ressources totales en eau utilisées | | | | | |
| | | 7.6 Proportion des | 6,6 (2005) | 6,6 (2005) | 14,3 (2012) | | |
| | | zones terrestres et marines protégées | | | | | |
| | | 7.7 Proportion des | | | | | |
| | | espèces menacées par | | | | | |
| | | l'extinction | | | | | |

| Objectifs | Cibles retenues | Indicateurs retenus | Niveau de référence | Niveau Rapport 2010 | Niveau retenu pour 2012 | Niveau tendanciel en 2015 | Objectif OMD en 2015 |
|---|---|---|---------------------|---------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|
| | 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 | 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) | 50,1 (2008) | | |
| | base | 7.9 Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement | 11,9(1992) | 8,11(2008) | 11,8 (2008) | | |
| | 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) | Non renseignée | 19,2 (2008) | | |
| 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 | | | | | | |

| Objectifs | Cibles retenues | Indicateurs retenus | Niveau de référence | Niveau Rapport 2010 | Niveau retenu pour 2012 | Niveau tendanciel en 2015 | Objectif OMD en 2015 |
|-----------|--|---|---------------------|---------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|
| | 8B S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés | 22. Aide publique au développement en % du PIB | 16 (1990) | 5,9 (2008) | 6,2 (2010) | | |
| | | 23. Service dette en % des exportations | 19 (1990) | 18,6 (2007) | 18,6 (2007) | 4,3 | |
| | 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 endettement viable à long terme APD | 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) | Non disponible | | |
| | | 8.2 Proportion du montant total de l'APD bilatérale des pays donateurs membres du CAD/OCDE allouée par soins de santé primaires, nutrition, eau salubre et assainissement) | | | | | |
| | | 8.3 Proportion de l'APD | | | | | |

| Objectifs | Cibles retenues | Indicateurs retenus | Niveau de référence | Niveau Rapport 2010 | Niveau retenu pour 2012 | Niveau tendanciel en 2015 | Objectif OMD en 2015 |
|-----------|-----------------|--|---------------------|---------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|
| | | bilatérale des pays donateurs membres du CAD/OCDE qui est déliée | | | | | |
| | | 8.4 APD reçue par les pays 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 MARCHÉ | 8.6 Proportion totale des importations des pays développés (en valeur à l'exclusion des armes) en provenance des pays en développement et des pays les moins avancés admises en franchise de droit | | | | | |
| | | 8.7 Taux moyens des | | | | | |

| Objectifs | Cibles retenues | Indicateurs retenus | Niveau de référence | Niveau Rapport 2010 | Niveau retenu pour 2012 | Niveau tendanciel en 2015 | Objectif OMD en 2015 |
|-----------|-----------------|--|---------------------|---------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|
| | | 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 | | | | | |
| | | 8.9 Proportion de l'APD allouée au renforcement des capacités commerciales | | | | | |
| | VIABILITE DE LA | 8.10 Nombre total de | | | | | |
| | DETTE | 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 | | | | | |

| Objectifs | Cibles retenues | Indicateurs retenus | Niveau de référence | Niveau Rapport 2010 | Niveau retenu pour 2012 | Niveau tendanciel en 2015 | Objectif OMD en 2015 |
|-----------|---|---|---------------------|---------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|
| | | 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 | 8.13 Proportion de la | 50-79 (2006) | Non disponible | 50-79 (2006) | | |
| | l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les | population ayant accès de façon durable à des médicaments de base d'un coût abordable | | | | | |
| | pays en développement | | | | | | |
| | 8F En coopération avec | 8.14 Nombre de lignes | 2,7(2000) | 0,48 (2008) | 0,55(2010) | | |
| | 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 | de téléphoniques pour | | | | | |
| | | 100 habitants | | | | | |
| | | Nombre d'abonnés au | 4,6(2005) | 20,6 (2008) | 24 ,48(2010) | | |
| | | téléphone portable pour | | | | | |
| | | 100 habitants | | | | | |
| | | Nombre d'internautes | 1,3 (2008) | 1,3 (2008) | 1,3 (2008) | | |
| | | pour 100 habitants | | | | | |

