

## BILAN SOCIAL

## I. BILAN SOCIAL

La croissance rapide de la population, la forte pression démographique qui entraîne de plus en plus une compétition pour des ressources limitées, la jeunesse de la population (environ 60% de moins de 18 ans), le statut juridique et politique des femmes, la persistance voire l'aggravation de la pauvreté, notamment en milieu rural et urbain induisent d'une part des déficits sociaux et économiques et d'autre part une demande sociale qui augmente rapidement. Malheureusement, la faiblesse de la croissance économique et l'échec des politiques d'ajustements et des équilibres macro-économiques rendent ces déficits sociaux de plus en plus persistants, aggravant ainsi la situation. Les déficits sociaux en matière de droit d'accès aux services d'éducation, de santé, d'information, de crédit, de droit et protection, d'encadrement, l'accès à la terre et aux autres facteurs de développement ont des effets extrêmement néfastes sur les groupes les plus vulnérables, notamment les enfants et les femmes, en particulier en milieu rural.

Ainsi les différents indicateurs sociaux jusqu'ici évalués placent le Niger pratiquement à la dernière place pour l'indice de développement humain selon les quatre Rapports Nationaux sur le Développement Humain (RNDH), édités par le PNUD au Niger. Le taux de scolarisation et d'alphabétisation et l'espérance de vie demeurent encore faibles, alors que l'infection au VIH/SIDA se propage à tous les groupes sociaux et milieux. L'indice de fécondité est toujours élevé et l'usage des contraceptifs demeure extrêmement bas. Cette situation suscite de plus en plus chez les nigériens une aspiration pour la justice, l'équité, la paix, la sécurité socio-économique, la participation et l'amélioration durable des conditions de vie avec des attentes légitimes d'accroissement de l'aide publique au développement comme dividende de l'effort de démocratisation en cours.

Dans ce contexte, les organisations des Nations Unies, en collaboration avec d'autres partenaires au développement continuent d'explorer les possibilités pour que leurs plaidoyers et programmes de coopération contribuent plus efficacement à la réalisation des droits humains des nigériens : droits économiques, politiques et sociaux. Cette contribution se fait sur la base de l'application par le Niger de la Convention relative au Droit de l'Enfant (CDE), de la Convention sur l'Élimination de toutes formes de Discrimination à l'égard des Femmes (CEDEF) et d'autres conventions, instruments internationaux et conférences internationales, comme la déclaration du Millénaire, le Plan d'Action du Sommet Mondial de l'Alimentation, le Sommet Mondial en faveur des Enfants, et le Forum de Dakar sur l'Éducation.

En dépit donc des efforts consentis, les déficits sociaux sont préoccupants, notamment au niveau des revenus des ménages (pauvreté), du développement et de la protection de l'enfant, de la promotion de la femme, du VIH/SIDA, de la santé et de l'éducation.

### *Revenus des ménages (Pauvreté)*

Pratiquement deux (2) nigériens sur trois (3) sont pauvres, un nigérien sur trois est extrêmement pauvre, 9 sur 10 pauvres vivent en milieu rural et trois sur quatre des pauvres sont des femmes. Cela veut dire que les pauvres, en particulier les femmes et donc les enfants vivent en permanence dans l'insécurité alimentaire, économique et sociale, affectant la dignité humaine, les chances d'épanouissement socioculturel et le respect de soi-même et d'autrui. Cela appelle à des politiques socio-économiques plus agressives et plus responsabilisantes.

## *Développement, Protection de l'enfant et Promotion de la femme*

Malgré un Plan National d'Action, beaucoup reste à faire dans le cadre de la mise en application de la CDE et de la CEDEF. Dans certains secteurs, peu de données fiables existent pour apprécier la réalité, par exemple, du trafic d'enfants, du travail des enfants, des enfants guides d'aveugles, des enfants de la rue, des mutilations génitales, des naissances enregistrées, de l'impact du SIDA sur les enfants, et du nombre total d'enfants handicapés. Assurer les droits de l'enfant et de la femme à travers un ensemble de dispositifs programmatiques et juridiques pour assurer à l'enfant un bon départ dans la vie et à la femme un meilleur avenir reste le défi majeur pour le pays.

### *VIH/SIDA*

Avec un seuil de 5% de sero-prévalence, le VIH/SIDA apparaît aujourd'hui comme l'une des plus importantes menaces qui pèsent sur la santé et le bien être des Nigériens, notamment l'atteinte des droits des enfants et des femmes. L'histoire de la pandémie dans le monde indique qu'aucune région du pays n'est en sécurité et le nombre de personnes infectées par le VIH va probablement croître très rapidement si des mesures agressives nouvelles ne sont pas prises. La pandémie du VIH/SIDA va probablement aggraver plusieurs des problèmes inter reliés qui affectent les populations, dont en premier lieu les enfants et les femmes, notamment la pauvreté, la malnutrition, la discrimination, l'accès inadéquat aux services sociaux de base, les inégalités genre et l'exploitation sexuelle des filles et des femmes. L'impact du VIH/SIDA sur les secteurs de la santé et de l'éducation deviendra probablement significatif, cependant l'impact social, économique et sur les ménages sera encore plus élevé. Les femmes et les enfants souffriront d'une manière plus disproportionnée à cause des inégalités sociales, économiques et légales dont ce groupe est victime. La maladie et le décès des femmes auront un impact dramatique sur la famille : elles pourvoient l'essentiel de la main d'œuvre agricole et assurent et prodiguent éducation et soins aux enfants. Une réponse agressive au VIH/SIDA dépendra non seulement d'une appréciation de la menace que le VIH/SIDA constitue pour les Nigériens, mais également de la reconnaissance que l'infection du VIH est évitable et qu'il existe des technologies et des interventions pour arrêter l'épidémie et fournir soins, protection et appui à ceux qui sont infectés et affectés.

### *La Santé*

Les causes principales des maladies et de la mortalité sont associées avec le faible statut socio-économique de la population, une situation hygiénique et environnementale inadéquate, un déficit en eau potable, un accès limité aux soins de santé, des déficiences nutritionnelles, et l'analphabétisme. C'est pourquoi la politique sanitaire est essentiellement basée sur les soins de santé primaire au niveau communautaire et orientée vers la promotion, la prévention, les soins et l'extension de la couverture sanitaire. Cependant, malgré quelques progrès enregistrés çà et là, des écarts importants sont notés par rapport aux normes sanitaires internationales, notamment la couverture en centres et cases de santé, le nombre de sages-femmes, d'infirmiers et de médecins par habitant et le nombre d'habitants par hôpital. La mortalité maternelle et infanto-juvénile reste particulièrement très élevée. Des disparités énormes existent entre les villes et la campagne dans l'offre et la répartition des services de santé. Des maladies évitables à travers la vaccination continuent de sévir mortellement. Dans ce contexte, la stratégie de "vaccination Plus" qui se réfère à un ensemble d'interventions efficaces de santé infantile

et maternelle est une alternative pour le renforcement des systèmes de santé, la planification et la coordination des interventions en nutrition, le contrôle du paludisme et l'enregistrement des naissances, notamment au niveau communautaire en aidant les communautés et les familles à améliorer les pratiques de soins des enfants et la prise en charge du développement intégré du jeune enfant.

### *L'Education*

Jusqu'à présent le taux de croissance démographique (3,3%) reste supérieur au taux annuel de croissance de la scolarisation (3% en 2001 ; 2% les années antérieures) ; ce qui veut dire que l'offre d'éducation ne suit pas la demande sociale. Malheureusement, la qualité de l'enseignement est également une préoccupation, à cause des effectifs pléthoriques des classes, des programmes inadaptés au contexte local, de l'insuffisance et de la faible qualité des enseignants, de l'insuffisance des moyens didactiques et des infrastructures et équipements scolaires. Des disparités énormes existent entre les villes et la campagne et entre les sexes dans l'offre et la répartition des services de l'éducation. Cela est une conséquence de la valeur des ressources financières et matérielles affectées au secteur et des stratégies programmatiques. L'éducation des filles s'impose aussi comme un impératif du développement du Niger.

Le point central de cette partie sur le Bilan Social est l'accès aux services sociaux dans un contexte de pauvreté. Pour cela un chapitre est consacré au profil de la pauvreté selon plusieurs critères. Un autre analyse les relations entre Population, Genre et Pauvreté, y compris l'aspect Enfance et Jeunesse, notamment le volet protection de l'enfant et MST/VIH/SIDA. Deux chapitres traitent successivement de la Santé et de l'Education en relation avec la pauvreté.

#### **1.1 Profil de la pauvreté au Niger**

La situation sociale se caractérise par l'ampleur et la persistance de la pauvreté des populations, le déséquilibre du genre et l'aggravation des déficits sociaux. La pauvreté est un phénomène complexe et multidimensionnel qui se manifeste concrètement par l'absence ou l'insuffisance de moyens ou de revenus pour faire face aux besoins fondamentaux minima en matière d'alimentation, d'habillement, d'habitat, de santé, d'éducation, d'accès à l'eau potable et autres infrastructures socio-économiques de base. Elle se traduit aussi et surtout par la précarité et la dégradation continue des conditions de vie des groupes défavorisés et vulnérables, notamment les femmes et les enfants.

Ce qui est fondamental à noter, c'est qu'au delà de l'absence ou de la faiblesse des revenus (pauvreté monétaire), la pauvreté constitue une négation des opportunités et des possibilités de choix, particulièrement en matière des droits les plus essentiels au développement humain : sécurité alimentaire, santé, longévité, créativité, liberté, dignité, conditions de vie décentes, éducation, épanouissement socio-culturel et respect de soi-même et d'autrui. C'est cette forme de pauvreté insidieuse que tente de mesurer l'Indice de Pauvreté Humaine (IPH), innovation du Rapport Mondial sur le Développement Humain de 1997. Le Niger occupe le dernier rang des 78 pays en développement classés selon ce critère avec un taux de 66% de la population ne disposant pas d'un dollar par jour pour assurer le minimum de subsistances.

Les causes structurelles de la pauvreté sont multiples et variées : manque d'emploi et de revenu, désertification et sécheresses persistantes, baisse tendancielle de la production agricole et du PIB/tête, faible productivité dans l'ensemble des secteurs de l'économie, division sociale du travail injuste, discriminations sociales, pression démographique, manque d'opportunités et d'accès aux infrastructures économiques et services sociaux de base.

Ce bilan social de la pauvreté au Niger s'articule autour d'une analyse du profil de la pauvreté et de ses manifestations dans les conditions de vie des populations.

### **1.1.1 Chômage, sous-emploi et pauvreté**

Il est établi que l'emploi est un des facteurs déterminants dans la réduction de la pauvreté, d'où sa nécessaire prise en compte explicite dans toute stratégie de réduction de la pauvreté. La sécurité économique des Nigériens s'articule donc autour d'un enjeu fondamental intimement lié à la promotion de l'emploi pour la majorité de la population active. Malheureusement, force est de constater quelques insuffisances relatives à la politique de l'emploi, aux institutions et au marché du travail.

Au niveau macroéconomique, l'emploi contribue à accroître la production nationale et à assurer une croissance et une distribution de revenus. Malheureusement, le chômage et le sous-emploi sont devenus un problème social et national car une fraction importante de la population active se trouve exclue du circuit économique et sans emplois rémunérés. Cette masse de main d'œuvre qualifiée ou non constitue des potentialités de production inexploitées et élargit le cercle de la pauvreté.

Au niveau micro économique, l'emploi est avant tout une source de revenu permettant au ménage d'avoir accès aux biens et services nécessaires à un mieux-être des individus. L'emploi permet donc à l'individu qui l'exerce de contribuer à la vie de la société et de s'affirmer pleinement. L'emploi est donc source de fierté, de dignité et de cohésion sociale. Autant d'attributs qui font de l'emploi un facteur incontournable de réduction de la pauvreté mentale, morale et matérielle.

### **1.1.2 Profil et ampleur de la pauvreté monétaire au Niger**

L'Enquête Budget - Consommation des ménages 1989-1993 réalisée dans le cadre du Programme Africain d'Enquête auprès des Ménages (PADEM) a permis de définir le profil de la pauvreté monétaire et d'évaluer son ampleur. Au demeurant, les compressions de personnels et les fermetures d'entreprises découlant de la crise ont engendré d'énormes pertes d'emplois et la détérioration du marché du travail. Des données statistiques plus récentes, notamment les Enquêtes Démographiques et de Santé de 1992 et de 1998 réalisées par Care International, le Rapport National sur le Développement Humain publié chaque année depuis 1997 par le PNUD et les Enquêtes à Indicateurs Multiples MICS 1996 et 2000 de l'UNICEF indiquent une situation très préoccupante des indicateurs sociaux en particulier ceux relatifs aux femmes et aux enfants.

Cette enquête Budget - Consommation réalisée un an avant la dévaluation de 50% du FCFA, constitue la base empirique du profil de la pauvreté au Niger. Elle fixe les seuils de pauvreté et d'extrême pauvreté respectivement à 75000 et 50000 FCFA/personne/an en milieu urbain, et à 50000 et 35000 FCFA/personne/an en milieu rural. Sur cette base, près des 2/3 de la population (63%) vivent en dessous du seuil de pauvreté et 1/3 (34%) en dessous de l'extrême pauvreté. Il ressort aussi que 86% des pauvres vivent en milieu

rural, en permanente insécurité alimentaire avec des déficits sociaux généralisés affectant dangereusement la condition humaine.

Dans les zones urbaines, 52% des populations sont pauvres et 26% extrêmement pauvres, contre respectivement 66% et 36% en zones rurales. 73% des populations pauvres sont des femmes.

Tab.1.1.1 : Profil de la Pauvreté Monétaire au Niger

Région	Rang	% Population	Indice de pauvreté	Contribution à l'indice de pauvreté
Tillabéri	1	18.71	0.80	23.72
Dosso	2	14.52	0.76	17.32
Maradi	3	19.62	0.65	20.00
<b>NIGER</b>	-	-	<b>0.63</b>	-
Zinder	4	19.43	0.59	17.92
Tahoua	5	17.22	0.51	13.76
Diffa	6	2.33	0.49	1.79
Agadez	7	2.22	0.44	1.53
Niamey	8	5.94	0.42	3.95

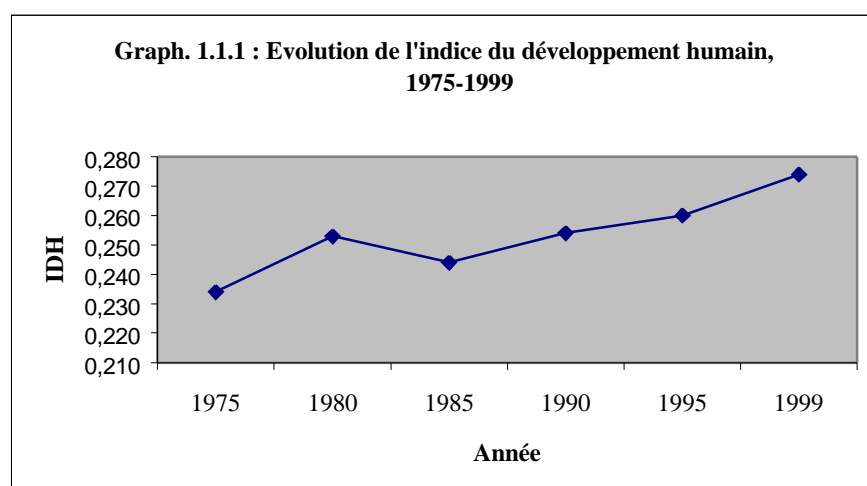
Source : UNICEF, 2001

Tab.1.1.2 : Analyse de la pauvreté et du statut socio-économique par région

Region	Pauvreté humaine	Statut socio-écono	Pauvreté monétaire
Agadez	0.22	0.28	0.44
Diffa	0.33	0.57	0.49
Dosso	0.33	0.57	0.76
Maradi	1.00	0.85	0.65
Tillabéri	0.22	0.71	0.80
Tahoua	0.88	0.85	0.51
Zinder	0.88	0.71	0.59
Niamey	0.00	0.14	0.42

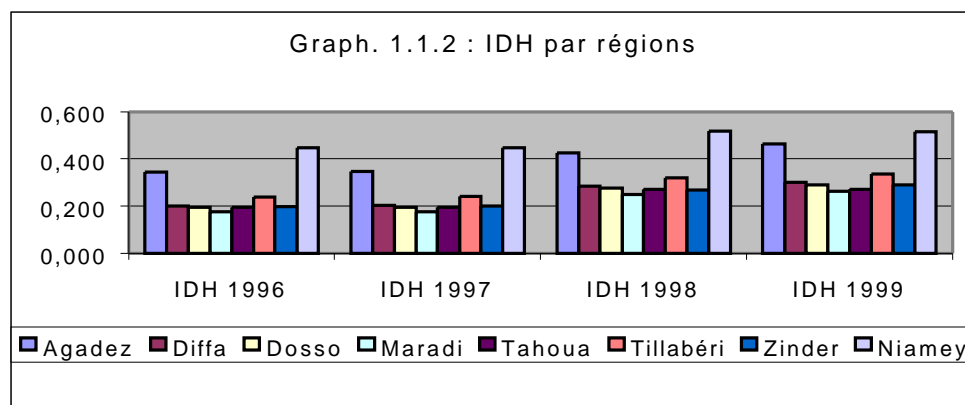
Source: UNICEF, 2001

Au regard du statut socio-économique et des indices de pauvreté monétaire et humaine, le Niger est un pays extrêmement pauvre. Il existe d'importantes disparités entre les régions et selon les critères. Cependant, il y a lieu de pousser l'analyse pour établir le degré de corrélation entre les différents critères avant de tirer des conclusions significatives.



Depuis 1990, le PNUD publie chaque année le Rapport Mondial sur le Développement Humain. Tout au long de la décennie, la valeur de l'Indice de Développement Humain (IDH) classe constamment le Niger au dernier rang des pays les plus pauvres de la planète.

Parallèlement, depuis 1997, le Niger publie chaque année un Rapport National sur le Développement Humain qui présente les disparités entre les régions, les sexes et les catégories sociales. A l'exception de la CUN qui a connu une légère baisse et du département de Tahoua qui a stagné, tous les autres départements ont enregistré une croissance modérée de leur IDH.



Source : RNDH 2001

Selon le revenu par habitant en parité de pouvoir d'achat (PPA), la CUN et le département d'Agadez viennent en tête avec respectivement 1884 et 1329 US\$ en 1999. Sur le plan du genre, les inégalités apparaissent clairement avec un écart variant de 23 à 727 US\$ selon les régions et de 175 US\$ au niveau national. Cette situation traduit la réalité des inégalités économiques entre les sexes, conséquence de la faible participation de la femme au circuit économique et de son confinement aux travaux domestiques. On note que les régions de Maradi, Tahoua et Zinder qui sont les plus pauvres selon le revenu sont celles qui ont également la plus faible disparité genre. Les régions les plus riches sont celles où la disparité genre est la plus grande. Il s'agit là également d'un domaine à explorer pour analyser le degré de corrélation entre pauvreté / richesse et disparité genre selon les régions.

Tab.1.1.3 : Evolution du revenu (en PPA) par région et par genre

	Revenu (US\$) 1997			Revenu (US\$) 1998			Revenu (US\$) 1999		
	Masc.	Fémin.	Ensemble	Masc.	Fémin.	Ensemble	Masc.	Fémin.	Ensemble
Agadez	1286	648	1214	1334	672	1259	1408	710	1329
Diffa	939	713	914	973	739	948	1028	781	1001
Dosso	1249	585	785	1295	606	814	1367	640	860
Maradi	576	553	572	598	573	594	631	605	627
Tahoua	638	617	638	662	640	662	699	676	699
Tillabéri	1236	793	1197	1282	822	1241	1353	868	1285
Zinder	529	449	522	549	465	541	579	491	571
Niamey	1791	1224	1721	1857	1269	1785	1960	1340	1884
Niger	806	647	795	836	671	824	883	708	870

Source : RNDH 1997, 1998, 1999 et données redressées

L'analyse du statut socio-économique confirme que la pauvreté des populations est devenue alarmante et dramatique.

Tab.1.1.4 : Analyse spatiale du statut socio-économique

Région	% d'indic.> moy.	eau		Assaint		Electricité		Radio		Charette		Bicyclette		Voiture	
		R	V	R	V	R	V	R	V	R	V	R	V	R	V
Maradi	0.85	4	37.7	4	13.3	3	2.4	2	33.8	7	26.6	4	5.7	3	1.1
Tahou	0.85	5	44.2	2	10.2	2	2.1	4	43.9	4	13.3	3	2.8	5	1.3
Tillab	0.71	2	35.2	3	10.3	4	3.4	5	45.2	5	14.7	6	8.4	6	1.4
Zinder	0.71	6	49.3	1	6.4	1	1.8	1	26.4	6	21.7	1	1.3	2	0.4
Dosso	0.57	1	34.3	5	18.0	5	3.5	6	46.5	8	26.8	7	9.8	3	1.1
Diffa	0.57	3	35.4	7	35.2	6	8.6	7	58.3	3	6.0	2	1.7	1	0.0
Agad	0.28	7	51.8	6	33.5	7	17.0	3	40.1	2	3.7	5	6.6	7	5.2
Niam	0.14	8	73.3	8	83.7	8	76.3	8	76.3	1	3.6	8	12.8	8	11.7
<b>NIGER</b>	-	-	<b>43.2</b>	-	<b>18.1</b>	-	<b>6.5</b>	-	<b>41.1</b>	-	<b>19.1</b>	-	<b>5.9</b>	-	<b>1.9</b>

Source : UNICEF, 2001

A la lumière de ce tableau, 43,2% des nigériens ont accès à l'eau potable et seulement 6,5% à l'électricité, 18,1% accèdent à l'assainissement, 5,9% et 1,9% possèdent respectivement une bicyclette et une voiture.

Dans la perception des populations, la pauvreté est l'opposé du « bien-être » entendu comme une autosuffisance matérielle et un équilibre psychologique et social. La pauvreté est donc un état de déficit qui se manifeste par un manque ou un déficit de ressources matérielles et financières pour satisfaire les besoins en alimentation, habillement, logement, équipement ménager, etc. Elle a pour conséquence la dépendance vis à vis d'autrui pour le minimum de subsistances, le manque d'autonomie et de capacité d'initiative, l'exclusion sociale et communautaire.

### 1.1.3 La pauvreté selon le milieu de résidence

Tab. 1.1.5 : Analyse spatiale de la pauvreté humaine

Région	% d'ind > moy	U5M (a)		Retard croiss		Polio		Néo-Natal		Accouchement		Scolarisation		Alphab.		Enregt naiss.		Trav des enfants	
		R	V	R	V	R	V	R	V	R	V	R	V	R	V	R	V	R	V
Maradi	1.00	3	306	2	47.3	3	29.3	2	29.2	3	13.9	3	30.3	4	17.7	3	40.5	1	83.3
Zinder	0.88	1	366	1	47.8	1	17.8	1	22.7	1	3.7	2	23.9	5	19.1	1	28.8	5	66.7
Tahoua	0.88	5	263	4	40.1	2	22.1	3	33.4	2	8.9	1	11.4	1	11.5	5	45.3	4	74.8
Diffa	0.33	2	356	3	42.1	4	43.2	6	59.1	7	43.0	6	36.2	7	32.3	6	47.6	3	76.3
Dosso	0.33	4	294	5	37.3	7	75.7	7	69.3	5	16.3	4	31.9	2	15.6	7	60.8	2	80.8
Tillabéri	0.22	6	213	7	28.4	6	45.4	5	44.6	4	15.9	5	34.4	3	16.3	2	36.4	7	53.7
Agadez	0.22	7	172	6	32.0	5	43.4	4	38.5	6	21.3	7	40.1	6	28.9	4	40.9	6	58.6
Niamey	0.00	8	132	8	18.1	8	82.8	8	89.2	8	77.7	8	69.7	8	59.1	8	90.5	8	46.7
<b>NIGER</b>	-	-	<b>280</b>	-	<b>39.8</b>	-	<b>40.6</b>	-	<b>41.2</b>	-	<b>15.7</b>	-	<b>30.3</b>	-	<b>19.9</b>	-	<b>45.4</b>	-	<b>70.1</b>

Source : UNICEF, 2001

(a) : Mortalité chez les enfants de moins de cinq ans

L'analyse spatiale montre le rang (R) et la valeur (V) pour chaque indicateur par région. Le rang 1 signifie la pire situation, le rang 8 la meilleure. Les régions sont listées selon le nombre d'indicateurs dont la valeur est plus faible que la moyenne nationale. La région de Maradi a 9 indicateurs sur 9 (1.00) avec une valeur plus faible que la moyenne nationale. Zinder et Tahoua ont 8 indicateurs sur 9 (0.88), Diffa et Dosso 3 sur 9 (0.33). Niamey a le

meilleur résultat avec 0 indicateur sur 9 (0.00), suivi par Agadez et Tillabéri avec 2 sur 9 (0.22). Ces résultats n'étant pas pondérés, ils doivent être analysés avec précaution.

Concernant le taux de mortalité des moins de 5 ans, quatre régions ont une valeur affectée supérieure à la moyenne nationale (280): Zinder (366), Diffa (356), Maradi (306) et Dosso (294), et quatre régions ont une valeur affectée plus basse, il s'agit de Tahoua (263) Tillabéri (213), Agadez (172) et Niamey (132).

Concernant l'immunisation contre la polio et le retard de croissance, le tableau montre que trois régions sur quatre dont le taux de mortalité des moins de 5 ans est le plus élevé ont également le plus fort taux de retard de croissance et le plus faible taux d'immunisation contre la polio (Zinder, Maradi, Diffa), suggérant ainsi une corrélation éventuelle.

Tabl. 1.1.6 : Analyse de la pauvreté humaine en milieu urbain/rural

Rur/Urb	U5M	Retard croiss	Polio	Prénat.	Délivr.	Tx scol.	Alphab.	Enregt. naiss.	Trav. enfants
Rural	293	41.8	33.8	35.5	9.7	24.8	13.7	39.6	73.4
Urbain	168	26.4	79.3	83.6	64.7	61.3	50.5	84.6	53.1
ratio	1.744	1.583	0.426	0.424	0.149	0.404	0.271	0.468	1.382

Source : UNICEF, 2001

Le tableau ci-dessus montre l'existence de disparités significatives au niveau de l'ensemble des indicateurs.

#### 1.1.4 La pauvreté selon le genre

Tabl. 1.1.7 : Inégalité du genre

Indic	Ratio mauvaise/ bonne région	Ratio Garçons/Filles par Région							
		Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Tillabéri	Tahoua	Zinder	Ny
Primaire	1.802	1.020	1.083	1.786	1.481	1.378	1.590	1.543	0.991
Tx alphab	3.671	1.819	2.483	3.168	3.373	3.243	2.777	5.169	1.408

Source : UNICEF, 2001

Comme le montre le tableau ci-dessus, des disparités significatives de genre existent entre les régions. Il serait intéressant de pousser la recherche pour savoir pourquoi il semble exister une corrélation entre le statut socio-économique des régions et les disparités genre au niveau de certains critères. Par exemple, plus la région est riche, plus la disparité genre est grande.

Ainsi pour le taux de scolarisation au primaire, le ratio Garçons/Filles va de 0.991 à Niamey à 1.020 à Agadez, jusqu'à 1.786 à Dosso et 1.590 à Tahoua. Le ratio Moins bonne/Meilleure région sur les inégalités par genre est de 1.802. D'importantes disparités existent également entre régions urbaines et rurales. En zone urbaine, le ratio Garçons/Filles est de 1.033, il est de 1.632 en zone rurale.

Concernant le taux d'alphabétisation, le ratio Hommes/Femmes va de 1.408 à Niamey à 1.819 pour la région d'Agadez, jusqu'à 5.169 dans la région de Zinder et 3.373 à Maradi. Le ratio Moins bonne/Meilleure région concernant les inégalités par genre est de 3.671.

D'importantes disparités existent entre zones urbaines et rurales, puisque le ratio Hommes/Femmes est de 1.607 dans les villes, et atteint 4.937 dans les campagnes.

Tabl. 1.1.8 : Analyse de richesse et disparité par genre

Indic	Ratio Pauvres/Riches	Ratio Garçons/Filles par quintiles				
		Les + pauvres	Second	Intermédiaire	Quatrième	Les + riches
Primaire	1.451	1.739	1.648	1.686	1.368	1.198
Tx d'alphab.	3.133	4.714	5.735	5.244	5.081	1.830

Source : UNICEF, 2001

Comme le montre le tableau ci-dessus, des disparités significatives existent entre quintiles. Concernant le taux de présence en école primaire, le ratio Hommes/Femmes va de 1.198 pour le 5<sup>ème</sup> quintile à 1.739 pour le quintile des plus pauvres. Le ratio pauvres/riches selon le genre est de 1.451.

Concernant le taux d'alphabétisation, le ratio Hommes/Femmes va de 1.830 pour le 5<sup>ème</sup> quintile à 5.735 pour le second. Le ratio Pauvres/Riches selon le genre est de 3.133.

### 1.1.5 Sécurité alimentaire et lutte contre la pauvreté

La Déclaration de Rome situe la sécurité alimentaire aux niveaux individuel, familial, national, régional et mondial. Le Plan d'Action du Sommet Mondial de l'alimentation indique que : « la sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active ».

La pauvreté, la faim et la malnutrition comptent parmi les principales causes de l'accélération des migrations des campagnes vers les centres urbains nationaux et de la sous-région. Il est par conséquent nécessaire d'identifier les populations et les zones les plus touchées par la faim et la malnutrition, d'en déterminer les causes et de prendre à temps les mesures qui s'imposent pour améliorer la situation. Ceci nécessite de disposer à tous les niveaux, de sources d'informations plus complètes et plus fiables, donc de renforcer le dispositif actuellement en place.

L'effectif total de la population du Niger a augmenté de plus de deux fois et demi entre 1965 et 1995 et il est prévu qu'il augmente également d'ici l'an 2025 ( Tableau : 1.1.9). La croissance de ses besoins énergétiques qui suit les mêmes tendances , concerne en fait surtout le milieu rural. En effet, contrairement aux pays sahéliens voisins, on estime que dans les années à venir la proportion de la population rurale du Niger augmentera d'avantage par rapport à la population urbaine.

Tableau 1.1.9 : Population totale, taux d'urbanisation, besoins énergétiques et disponibilités énergétiques alimentaires ( DEA) par personne et par jour en 1965, 1995 et 2025.

Année	1965	1995	2025
Population totale ( millier d'habitants)	3 660	9 151	22 385
Taux d'urbanisation (%)	6,8	18,2	35,6
Besoins énergétiques par personne ( kcal/jour)	2 142	2 107	2 165
DEA par personne ( kcal/jour)*	1 840	2 140	

\* Moyenne calculée sur trois ans pour 1964-66 et 1993-95 ( Source : FAOSTAT)

La production agricole reste fortement déterminée par les conditions agro-climatiques, très instables. Il faut, par conséquent, arriver à réduire l'instabilité saisonnière et inter annuelle qui caractérise le pays et qui est due au fait que sa production agricole est axée principalement sur une saison des pluies débouchant 1 année sur 3 à la sécheresse, conduisant à la précarité alimentaire et à l'impossibilité d'augmenter une production destinée à accroître les revenus. Il en résulte concrètement de l'insécurité alimentaire et des déficits nutritionnels et sociaux dans la vie quotidienne des populations nigériennes. L'examen des statistiques agricoles illustre parfaitement cet état des choses en faisant apparaître que sur dix neuf (19) campagnes, de 1982 à 2000, douze (12) ont été déficitaires en terme de bilan céréalier. Cette vulnérabilité est particulièrement forte au niveau de certains groupes sociaux comme: les femmes sans ressources propres, les femmes chefs de ménages, les jeunes, les enfants, les ménages pauvres, les personnes handicapées, les personnes âgées et les sans emplois. Ainsi, le manque de moyens et de capacités à se prémunir contre la faim, les maladies et l'ignorance, fait souvent basculer un nombre important des franges de la population ci-dessus de l'état de pauvreté à celui d'extrême pauvreté.

Il est possible de réduire l'instabilité saisonnière et inter annuelle de la production agricole se traduisant concrètement par l'insécurité alimentaire et des déficits nutritionnels et sociaux dans la vie quotidienne des populations nigériennes.

L'aide alimentaire est l'un des instruments souvent utilisé pour promouvoir la sécurité alimentaire à court terme, mais elle ne résout pas le problème à long terme, qui lui nécessite des investissements notamment pour réaliser des transferts d'approvisionnements alimentaires vers les zones déficitaires, le transfert et l'utilisation de technologies agricoles, halieutiques, forestières, etc., appropriées.

Par ailleurs, la forte implantation de la population, surtout des groupes pauvres et vulnérables, dans les zones rurales et l'importance de la production agro-sylvo-pastorale dans le PIB font du développement rural le moteur incontournable de toute croissance forte et durable au Niger, avec la sécurité alimentaire comme principale composante d'une stratégie de réduction de la pauvreté et de développement humain durable. En effet, il apparaît clairement que dans les 10 à 20 ans à venir le développement du pays passe obligatoirement par le développement de l'Agriculture, le Niger ayant peu d'autres possibilités exploitables à l'heure actuelle.

La politique de sécurité alimentaire actuellement développée met en même temps en œuvre des mesures et des dispositifs d'approvisionnement des populations et de gestion des situations de famines, mais aussi des stratégies de croissance agricole durable visant la maîtrise des facteurs de production, l'accroissement de la production agro-sylvo-pastorale, l'augmentation des revenus et la protection de l'environnement.

Ainsi la sécurité alimentaire devient à la fois une action d'urgence de gestion des crises alimentaires et une politique de prévention dans le cadre d'une stratégie globale de développement agricole et de lutte contre la pauvreté. La sécurité alimentaire apparaît là dans toutes ses dimensions de moyen de lutte primaire et prioritaire contre la pauvreté et d'outil incontournable du développement humain durable.

L'éradication de la pauvreté passe donc nécessairement par l'amélioration de l'accès à la nourriture. Un accès équitable à des approvisionnements alimentaires stables est à la fois

un facteur de maintien de la paix et de la stabilité, mais aussi une condition indispensable pour parvenir à la sécurité alimentaire durable.

Le profil de la pauvreté au Niger conforte la communauté internationale dans ses analyses et décisions prises lors du Sommet du Millénaire pour faire de la lutte contre la pauvreté une préoccupation majeure quant au devenir de l'humanité.

## **1.2 Population, genre et pauvreté**

En l'absence d'une base de données socio-démographiques intégrées, désagrégées et actualisées, l'analyse diagnostique porte sur les tendances démographiques issues du Recensement Général de la Population de 1988 et de l'Enquête Démographique et de Santé au Niger de 1992 et de 1998 en attendant les résultats du Recensement Général de la Population de 2001 en cours d'exploitation.

Au Niger, les ressources humaines constituent encore le principal facteur de la production agro-pastorale, tandis que la croissance de la population dépasse largement celle de la production agricole et du PIB, ce qui amplifie la pauvreté.

### **1.2.1 Population et pauvreté**

#### **1.2.1.1 Diagnostic**

Les estimations de la population totale du Niger en 2000 diffèrent quelque peu selon les sources. Ainsi, les projections réalisées par la Direction de la Population du Niger en 1994, qui couvrent la période 1994-2025, s'appuient sur un indice synthétique de fécondité de 7 enfants par femme en 1994, décroissant jusqu'à 6,5 enfants en 1999, puis à 6,2 enfants entre 2000 et 2004, et à 4,2 enfants entre 2020 et 2024. Cette projection a conduit à une estimation de la population nigérienne au 1<sup>er</sup> janvier 2000 de 9,9 millions et de 11,4 millions au 1<sup>er</sup> janvier 2005. Les projections des Nations Unies réalisées en 2000, qui tiennent compte des dernières données disponibles, en particulier les résultats de l'Enquête démographique et de santé réalisée en 1998 ont estimé la population du Niger à 10,8 millions en 2000. Ces données qui confirment le maintien de la fécondité à un niveau élevé, sont celles qui sont retenues pour la suite de l'analyse.

Dans les conditions actuelles du Niger, le maintien d'une forte croissance démographique est un obstacle à l'amélioration du niveau de vie des populations et à une progression significative des niveaux de scolarisation et de la santé des populations sans pour autant que la productivité du travail de cette population ait pour le moment un impact positif sur l'augmentation de la productivité du secteur agro-pastoral dont le niveau de production reste encore largement déterminé par les aléas climatiques. Ainsi, durant la dernière décennie, la croissance de la population a été supérieure à la croissance du PIB, ce qui a contribué à amplifier la pauvreté en ne permettant pas de dégager les ressources nécessaires pour investir dans les ressources humaines qui restent trop peu éduquées et soumises à une morbidité et à une mortalité trop importantes pour contribuer de manière significative au développement du pays.

#### **a) Situation de l'emploi**

La situation de l'emploi souffre d'une insuffisance d'offre, du manque de définition d'une politique de l'emploi et de dysfonctionnements institutionnels et du marché. Elle se caractérise par :

- L'inexistence d'un Plan National de l'Emploi et d'un Schéma Directeur de l'emploi ;

- Inadéquation entre formation professionnelle et emploi ;
- Inexistence d'un observatoire de l'emploi ;
- La faible capacité opérationnelle de l'Agence Nationale pour la Promotion de l'Emploi (ANPE) ;
- Faible capacité de création d'emplois du secteur moderne ;

Absence de données statistiques sur le marché du travail et faible capacité d'analyse et de diffusion de l'information relative à l'emploi.

- Concentration de la population active dans le secteur agricole, sans qualification professionnelle.

Face à la recrudescence du chômage et de la pauvreté, le Gouvernement, la Société civile et les partenaires au développement doivent développer des initiatives concourant à la création d'emplois à haute intensité de main d'œuvre et distributeurs de revenus. Aussi, il convient de :

- Appuyer la définition d'une politique nationale de l'emploi en vue de réorienter les stratégies et programmes de développement vers la création d'emplois générateurs de revenus.
- Rattacher la formation professionnelle au ministère en charge de l'emploi.
- Renforcer l'ANPE tant sur le plan matériel, humain que financier.
- Créer un observatoire de l'emploi avec, entre autres missions, la production, l'analyse et la diffusion des statistiques de l'emploi.
- Redynamiser, restructurer et moderniser progressivement le secteur informel compte tenu de son emprise sur l'économie nationale.
- Créer des centres de métiers ou d'apprentissage pour renforcer la formation professionnelle des jeunes, des sans emplois et des mendiants de la rue en majorité très jeunes ;
- Mettre en place un mécanisme d'appui à la création d'emplois nouveaux pour les jeunes et les femmes.
- Élargir les opportunités d'emplois et d'activités génératrices de revenus dans le secteur agro-pastoral, notamment les cultures vivrières le long du bassin du fleuve.
- Identifier et mettre en oeuvre un programme de soutien à l'initiative privée dans le secteur agro-alimentaire, du petit élevage et des cultures de contre-saison.
- Créer une structure nationale de plaidoyer pour la prise en compte de la dimension emploi à tous les niveaux.

### ***b) Population totale***

Selon les projections des Nations Unies mises à jour en 2000, la population atteint 10,8 millions d'habitants en 2000, et selon l'hypothèse moyenne de fécondité elle atteindrait 27,1 millions en 2025, soit près de 3 fois plus qu'aujourd'hui.

La densité de population est de 8,4 hab/km<sup>2</sup> en 2000, mais cette densité moyenne n'a pas grande signification. En effet, le Niger est un pays désertique aux 3/4 de sa superficie et ce n'est que dans une bande d'à peine 200 km de large au nord des frontières que le Niger partage avec le Bénin et le Nigeria que se trouvent concentrés les trois quarts de la population. Dans cette zone, qui couvre l'Ouest, le Centre et le Sud du pays, les conditions d'exercice de l'agriculture sont difficiles du fait de l'insuffisance et de l'irrégularité des précipitations, et aussi de la faible fertilité des sols. Dans ces conditions, les rendements des cultures pluviales dominantes au Niger - essentiellement mil, sorgho, niébé, arachide - sont généralement faibles, et les possibilités d'extension de ces cultures

apparaissent a priori limitées. En fait, on considère aujourd'hui que la partie propre à l'agriculture pluviale ne couvre que 12% de la superficie totale du pays.

Tab. 1.2.1 : Projection de l'effectif total de la population au Niger

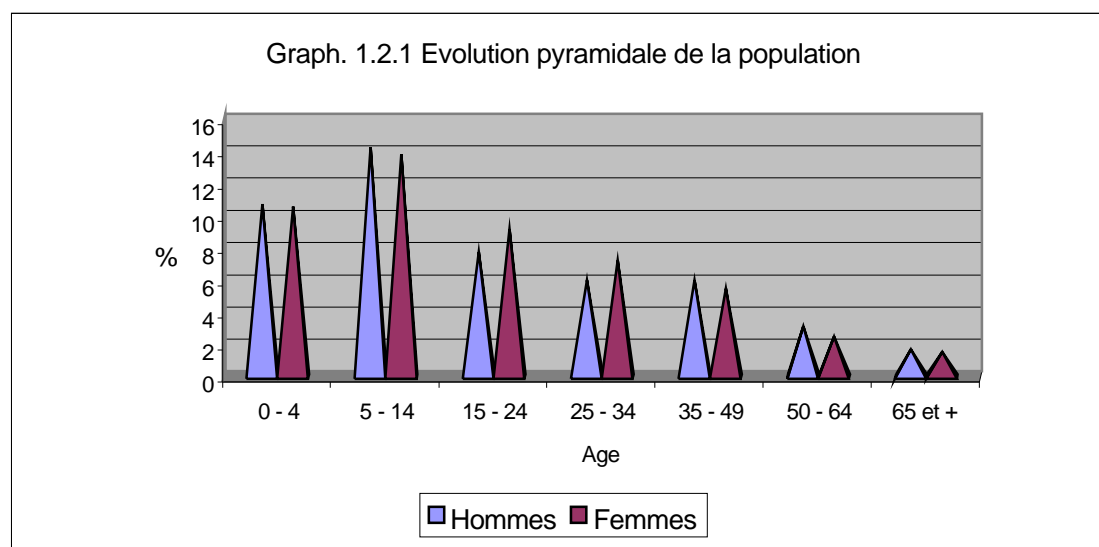
Année	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Effectif	10,851	12,855	15,38	18,509	22,364	27,148

Source : Nations Unies 2001, Hypothèse moyenne

On estime qu'en 2000, 80% de la population réside en milieu rural.

### c) Structure de la population

La répartition de la population par sexe lors des recensements présente une légère prédominance des femmes qui représentaient 50,2% de la population totale en 1977 et 50,4% en 1988. La structure par âge de la population résidente montre une nette prédominance des jeunes. La moitié de la population est âgée de moins de 15 ans. Cette jeunesse demeure une charge sociale importante : taux des inactifs, besoins en matière de santé, éducation, emplois, etc. A l'inverse, la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans est très faible, environ 3,2% de la population totale. La pyramide à tous les âges présente ainsi une forme en expansion, sommet rétréci et base élargie.



Source : DSCN, RGP 1988, Projections 2000

### d) Fécondité

L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 7,5 enfants par femme, le plus élevé du monde. Les femmes nigériennes se caractérisent par une fécondité très élevée dès leurs jeunes âges (216‰ à 15-19 ans, 322‰ à 20-24 ans et 319‰ à 25-29 ans) pour baisser par la suite de façon régulière avec l'âge. La comparaison des résultats de EDSN-I de 1992 et de EDSN-II de 1998 indique que le niveau général de fécondité n'a pratiquement pas varié, en passant de 7,4 à 7,5 enfants par femme. Le fait que l'ISF soit au même niveau que la descendance finale des femmes de 45-49 ans (7,6 enfants par femme) semble confirmer qu'aucune tendance à la baisse de la fécondité ne sera observée à court terme.

Les dernières projections de population réalisées par la Division de la Population des Nations Unies, publiées en mars 2001, estiment la fécondité à 8 enfants par femme, ce qui

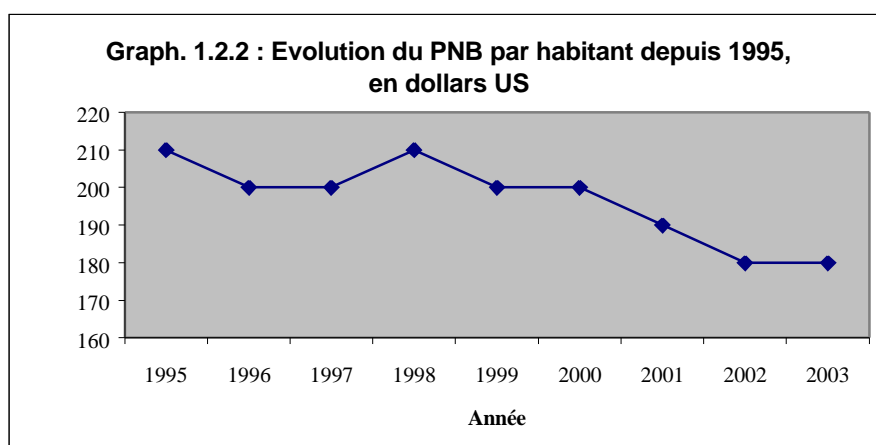
fait du Niger le pays ayant la plus forte fécondité au monde, et il est le 3<sup>ème</sup> pays ayant la plus forte croissance naturelle (après le Liberia et le Yémen) et le 2<sup>nd</sup> pays ayant la plus forte proportion de jeunes. Enfin, le Niger fait partie des 16 pays au monde dits à « haute fécondité » dont la transition de la fécondité n'est pas encore amorcée.

### 1.2.1.2 Analyse de situation

La problématique fondamentale population / développement se pose dans les termes d'un accroissement démographique rapide face à une croissance économique très faible, des niveaux élevés de fécondité, de morbidité et de mortalité infantile et maternelle, et de précarité de la situation des femmes, des jeunes et des groupes vulnérables. En d'autres termes, elle se traduit par une forte pression de la demande sociale, c'est à dire des besoins énormes en matière d'emplois et de revenus, de santé, d'éducation, d'hygiène et d'eau potable, etc.

L'évolution démographique a également des conséquences sur l'environnement et les ressources avec l'augmentation des densités des populations qui a déjà atteint des seuils inquiétants dans certaines localités dépassant de loin la capacité d'accueil du milieu par rapport à la satisfaction des besoins essentiels. Il est manifeste que l'accroissement démographique ne pourrait très longtemps rester aux niveaux actuels sans qu'il s'en suive une dégradation des conditions de vie, à moins que l'on enregistre une amélioration spectaculaire de la productivité rurale, ou de possibilités d'emploi hors secteur agricole. Cependant, la pandémie du SIDA pourrait avoir une incidence sur l'évolution démographique et sur les conditions de vie des populations, surtout rurales.

Les tendances démographiques et économiques indiquent une évolution divergente entre l'augmentation de la population et la croissance économique, d'où la baisse tendancielle du PNB par tête en termes réels. Cette baisse du revenu réel par tête, conjuguée à l'insécurité alimentaire, amplifie dangereusement la pauvreté des populations, surtout en milieu rural. Ceci confirme que depuis une décennie, le Niger traverse une crise économique sans précédent. En moyenne le PNB par tête a diminué de 1,9% par an tandis que la population a augmenté de 3,3%. Ainsi le PNB/tête a chuté de 210\$ en 1995 à 190\$ en 1999.



Source: Banque Mondiale

Ainsi, la forte croissance démographique rend extrêmement complexe la gestion de la demande en services sociaux et opportunités économiques. Depuis l'indépendance en

1960, le pays connaît un rythme d'accroissement démographique très important de l'ordre de 3,3% et qui ne semble pas aujourd'hui se stabiliser. L'accroissement rapide de la population semble dû essentiellement à la fécondité élevée dont le principal déterminant au Niger est la nuptialité, qui demeure précoce puisque 50% des filles sont mariées à 16 ans et ont donné naissance à leur premier enfant. La nuptialité est également intense puisqu'il semble que le célibat féminin est rare dans cette société fortement conservatrice. La contraception est également un autre déterminant de la fécondité au Niger car l'utilisation de la contraception (moderne ou traditionnelle) reste très faible (14% au niveau des femmes de 15-49 ans, MICS 2000) même si des progrès encourageants sont enregistrés. Naturellement, le taux de prévalence des méthodes modernes est beaucoup plus élevé pour les femmes du niveau secondaire que celles qui ne sont jamais allées à l'école. Il est évident qu'il est plus élevé en milieu urbain que rural. Il est également évident qu'il va falloir revoir ou développer, en relation avec les politiques macro-économiques, des politiques plus agressives d'éducation, de santé, de population et de planification familiale si l'on veut ramener la croissance démographique à un niveau plus compatible avec les ressources disponibles et le rythme de la productivité économique, sans hypothéquer l'avenir de milliers d'enfants, de jeunes et de femmes. On reconnaîtra de ce fait que le poids de la croissance démographique est un des obstacles au développement économique et social du Niger. Cette situation appelle une politique de population tournée vers l'amélioration de la qualité de la vie des populations, la santé de la reproduction/planification familiale, la santé sexuelle, la réduction de la mortalité, la réduction de la fécondité, le contrôle de la croissance démographique, la promotion du statut de la femme, la promotion des jeunes, l'intégration de la variable population dans les politiques économiques, etc.

#### **1.2.1.3 Indicateurs**

- Population totale ;
- Population active ;
- Taux de chômage ;
- Répartition de la population active par secteur ;
- Pourcentage de la population rurale ;
- Pourcentage de la population féminine ;
- Taux d'urbanisation ;
- Taux brut de natalité ;
- Densité de la population ;
- Taux d'accroissement démographique ;
- Indice Synthétique de Fécondité ;
- Espérance de vie à la naissance ;
- Pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté ;
- Pourcentage de la population vivant en dessous du seuil d'extrême pauvreté.

#### **1.2.2 Analyse du profil du genre**

Au Niger, malgré une parité relative du poids démographique entre les femmes (50,4%) et les hommes (49,6%), l'analyse des rapports sociaux de genre a permis d'établir une situation de déséquilibre général en faveur des hommes. En effet, les différents constats établis placent la femme dans une position de subordonnée et même d'exclue de l'ensemble du processus du développement socio-économique du pays. On assiste ainsi à une féminisation persistante de la pauvreté au Niger, fondée sur des constructions sociales souvent discriminatoires à l'égard des femmes. Pourtant, la Conférence de Pékin a averti que « l'erreur que l'Afrique a commise [...] a toujours été d'oublier le rôle central

des femmes pour le développement socio-économique des pays ». Au Niger, cette situation est sans conteste l'une des causes déterminante du faible niveau de développement humain. L'écart constaté depuis quelques années entre l'Indice de Développement Humain (IDH) et l'Indice Sexo spécifique du Développement Humain (ISDH) relève une forte marginalisation dont sont victimes les femmes au sein de la sphère socio-économique. Cependant, il émerge de plus en plus une volonté manifeste de placer la femme dans son rôle de partenaire, d'acteur et de bénéficiaire des actions de développement. Dans cette perspective, il convient de faire un diagnostic aussi précis que possible, associé à des indicateurs pertinents pour un suivi et une évaluation aisés et appropriés de l'évolution de la situation. Ce diagnostic sera posé au regard des grands axes suivants, pour lesquels la recherche doit être poursuivie pour dégager et expliquer les corrélations entre niveau de richesse et disparités genre :

- Genre et participation économique ;
- Genre et emploi
- Genre, éducation et alphabétisation ;
- Genre et alphabétisation ;
- Genre et santé ;
- Genre et aspects juridiques
- Genre et participation politique
- Genre, pauvreté et développement humain

### **1.2.2.1 Diagnostic**

Il est maintenant reconnu que la différence de statut entre les hommes et les femmes dans une société a un impact réel sur l'évolution de la situation socio-économique et le potentiel de développement du pays. Si les femmes représentent globalement plus de 50% de la population, cette proportion est plus élevée en milieu rural à cause de la mortalité plus élevée des hommes d'âge avancé, mais surtout de l'émigration des jeunes vers les centres urbains et à l'étranger. Ces faits transforment les femmes en chefs de ménages et accroissent leurs charges familiales alors que leur statut ou leur condition actuelle ne leur permet pas d'assumer pleinement ce rôle. Plus grave, cet élargissement du rôle se répercute sur leur santé car dès leur plus jeune âge, les filles se retrouvent avec une charge élevée de travail, une faible marge de gestion de leur sexualité qui les rend vulnérables aux maladies sexuellement transmissibles (MST) ; elles sont exposées au mariage précoce et la venue du premier enfant contribue à fragiliser leur santé de reproduction. De même, le contexte culturel et socio-économique actuel limite l'accès des femmes à l'éducation et à l'alphabétisation. Au niveau sanitaire, les femmes font encore face à plusieurs risques, liés au manque de suivi prénatal, à la malnutrition, aux pratiques traditionnelles comme l'excision, les mariages et grossesses précoces et aux nombreuses formes de violation de leurs droits humains. Certes, plusieurs dispositifs ont été mis en place pour créer un environnement propice au dynamisme des femmes, mais force est de constater que la législation, le dispositif politique et les mécanismes économiques ont eu peu d'impact sur les femmes; ce qui fragilise d'autant leur pauvreté et leur indice de développement humain. L'inégalité des droits dans la pratique et la persistance des préjugés socioculturels à l'égard des femmes continuent à être une contrainte à la participation des femmes au développement ; cette inégalité se manifeste à tous les niveaux, notamment la participation politique, l'emploi, l'accès aux services de base, etc. Il apparaît que la modification du statut de la femme est un élément clé de toute stratégie de développement social notamment dans la lutte contre la pauvreté. La promotion de ses capacités intrinsèques de création de richesses économiques fait partie des droits

humains des femmes au même titre que la protection des femmes contre la violence. Ces différents aspects sont décrits ci-dessous.

### **a) Genre et participation économique**

La place de la femme dans la société est déterminée, entre autres, par sa participation aux activités économiques de la nation. Si l'on considère le revenu PPA comme un indicateur du niveau de la participation aux activités économiques, on constate que le ratio de parité revenus féminins par rapport aux revenus masculins est resté quasiment constant pendant les trois dernières années. Il se situe autour de 0,80 indiquant ainsi une disparité de revenus entre les deux sexes. Cette disparité s'explique, en partie, par une plus faible participation de la femme aux circuits économiques du fait de son confinement aux tâches domestiques. Mais, cette situation est loin de refléter la réalité. En effet, en raison de leur nature et de leur finalité (petits commerces, autoconsommation, etc.), les activités féminines ne sont pas valorisées en termes monétaires. Et, en conséquence, elles ne sont pas prises en compte par le système de comptabilité en vigueur. La valorisation de ces activités, sources de revenus souvent considérables, permettrait d'améliorer le ratio de parité et réduirait l'écart de revenus entre les hommes et les femmes.

Par ailleurs, d'autres types de contraintes hypothèquent largement la participation des femmes aux circuits économiques. Il s'agit notamment de :

- La difficulté d'accéder au crédit et à la propriété des facteurs de production, notamment le capital foncier dont l'accessibilité et le contrôle restent soumis à des règles qui ne leur sont guère favorables ;
- L'analphabétisme et le manque de formation professionnelle ;
- L'exclusion des femmes des différents processus décisionnels.

### **b) Genre et emploi**

Dans les domaines de l'emploi, la législation nigérienne consacre l'égalité entre l'homme et la femme. Cependant, dans les faits la situation présente un déséquilibre énorme : les femmes constituent seulement 16% des agents rémunérés du secteur privé et 17% des agents du secteur public, dont plus de 74% de cette proportion ont un statut d'auxiliaire. Cette situation s'explique en amont par la faible proportion des femmes qui arrivent à franchir les multiples barrières socioculturelles pour accéder à la formation et au seuil de qualification professionnelle requis pour occuper un emploi rémunéré et en aval, par une certaine discrimination dans le recrutement et la nomination aux différents emplois.

### **c) Genre et santé**

Au plan sanitaire, malgré les efforts déployés par les autorités nationales pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services, la situation des femmes reste critique et inacceptable. Elle est caractérisée par des indicateurs très alarmants, mettant en évidence le mauvais état de santé de la femme en général et de la femme en âge de procréation en particulier. Cette situation entraîne une forte mortalité maternelle (700 femmes meurent pour 100.000 naissances vivantes au Niger –UNICEF 1998). Cette situation s'explique par :

- Un faible taux d'accès aux services de santé, incluant la santé de la reproduction ;
- Une faible couverture sanitaire en général (42%) et en soins obstétricaux en particulier (5%) ;
- Une faible couverture de la consultation prénatale (40,4%) ;

- Une faible utilisation des méthodes modernes de planification familiale (4,6% des femmes en union - EDSN 1998, MICS 2000) ;
- Une précocité des premiers rapports sexuels (15,1 ans chez la fille et 22 ans chez les garçons – EDSN 1998) ;
- Une précocité de la première maternité (17,8 ans – EDSN 1998) ;
- Une maternité rapprochée ;
- Un taux très faible d'accouchements assistés par un personnel qualifié (16% des accouchements – MICS 2) ;
- Une fécondité très intenses de 7,5 enfants par femme (EDSN – 1998) ;

Cette situation est davantage aggravée en raison d'une malnutrition chronique, une féminisation très accentuée de la pauvreté (2/3 des nigériens vivant en dessous de seuil de pauvreté sont constitués par des femmes) et la pandémie du VIH/SIDA

#### **d) Genre, éducation et alphabétisation**

L'éducation et l'alphabétisation sont au nombre des facteurs importants qui expliquent le niveau très faible de l'Indice de Développement Humain (IDH) au Niger. Dans le domaine de la scolarisation, le Niger est caractérisé par des indicateurs parmi les plus bas au monde. A titre d'illustration, le taux net de scolarisation primaire est estimé à 30% globalement (MICS 2000), avec une grande disparité entre les garçons et les filles. En effet, au Niger, la scolarisation de la jeune fille a toujours été à un niveau inférieur à celui des garçons . Le taux net de scolarisation pour les garçons est estimé à 35% tandis que celui des filles est de 25% (MICS 2000). De plus, le taux de déperdition reste plus élevé chez les filles que chez les garçons : au niveau supérieur, seul 1% des effectifs est constitué des filles.

Dans le domaine de l'alphabétisation, la disparité entre hommes et femmes est également très importante. En effet, le taux d'alphabétisation est de 10,6% pour les femmes contre 30,4% pour les hommes (MICS 2000). Cette situation est accentuée pour les femmes vivant en milieu rural où moins d'une femme sur vingt est alphabétisée (MICS 2000).

Cette situation dans les domaines de l'éducation et de l'alphabétisation limite sérieusement la participation de la femme au processus de développement socio-économique. Elle est la résultante de plusieurs causes relativement complexes au titre desquelles, il faut souligner les aspects suivants :

Au niveau socio-culturel et religieux, l'école est perçue comme un facteur acculturant, surtout en milieu rural. Les valeurs transmises sont, au mieux, considérées comme différentes et au pire comme contraires aux valeurs traditionnellement acceptées dans l'éducation de la jeune fille. Par ailleurs, Le code d'honneur fait de la virginité féminine un élément fondamental au moment du mariage, aussi pour limiter les risques, les familles marient leurs filles dès leur puberté (12–13 ans), perpétuant ainsi le phénomène du mariage précoce, du mariage forcé ou arrangé. Enfin, l'interprétation erronée et restrictive de certains préceptes de l'Islam amènent les parents à refuser le plus souvent le caractère mixte de l'école.

Au niveau socio-économique, la division sexuelle du travail fait que les petites filles se trouvent plus lourdement chargées par rapport aux jeunes garçons à âge égal. Ainsi, l'étendue des tâches ménagères limite l'accès des filles et des femmes respectivement aux services de l'éducation de base et aux services d'alphabétisation. Aussi, la pratique de la claustration des femmes et même des jeunes filles, la méconnaissance par les

femmes de leurs droits, le nombre d'enfants élevé limitent les chances des filles à la scolarisation.

Au plan pédagogique, on trouve rarement des enseignantes en milieu rural. Ces dernières sont souvent mariées à des fonctionnaires en zones urbaines. Les manuels et programmes scolaires véhiculent certains stéréotypes qui ne sont pas toujours favorables à la fille.

Cependant, il convient de noter que les autorités nationales sont conscientes de la forte corrélation qui existe entre le niveau de pauvreté au Niger et celui de l'instruction des populations, en particulier des femmes. C'est pourquoi des efforts importants sont en cours à travers plusieurs programmes du gouvernement avec l'appui des partenaires au développement. Ces programmes ont pour objectifs d'accroître les niveaux de scolarisation, d'alphabétisation et de formation professionnelle en général et en particulier pour les filles et les femmes.

#### **f) Genre et aspects juridiques**

Le processus de la recherche de l'équité et de l'égalité entre genre trouve son ancrage dans les aspects juridiques. Au Niger, la loi fondamentale a constitutionnalisé le principe de l'égalité et de l'équité entre l'homme et la femme en droit. Cependant, les dispositifs juridiques en vigueur comportent encore des clauses discriminatoires à l'égard de la femme. Dans la pratique, la situation de la femme reste soumise aux effets conjugués de plusieurs facteurs défavorables dus à la cohabitation de trois cadres juridiques : coutumier, islamique et civil, entraînant une interprétation souvent erronée des dispositions contenues dans ces différentes sources définissant les droits de la femme.

Par ailleurs, pour disposer d'un cadre juridique approprié permettant la réduction des inégalités et iniquités entre genre et améliorer le statut de la femme, le Gouvernement a ratifié avec réserve en 1999 la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discriminations à l'égard des Femmes (CEDEF). Ces réserves limitent sérieusement sa portée et son impact sur les domaines où la femme subit justement les principales discriminations. Au titre de ces réserves, il convient de noter celles qui portent :

- Sur l'article 2 alinéa f et d de la CEDEF. Au titre de ces dispositions, les Etats devraient : « s'abstenir, d'une part, de tout acte ou pratique discriminatoire à l'égard des femmes et faire en sorte que les autorités publiques et les institutions se conforment à cette obligation » et, d'autre part, « prendre toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi ou toute disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes » ;
- Sur l'article 16, alinéa 1 : l'homme et la femme ont « les mêmes droits de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits ».

#### **g) Genre et participation politique et civique**

La participation politique concerne l'ensemble des activités, rôles et responsabilités exercés au niveau communautaire, local, régional, national et même international au nom des groupes d'intérêts et/ou d'électeurs. Au Niger, on enregistre une disparité importante dans la participation politique des hommes et celle des femmes. La situation actuelle donne une image largement en faveur des hommes qui occupent l'essentiel du pouvoir

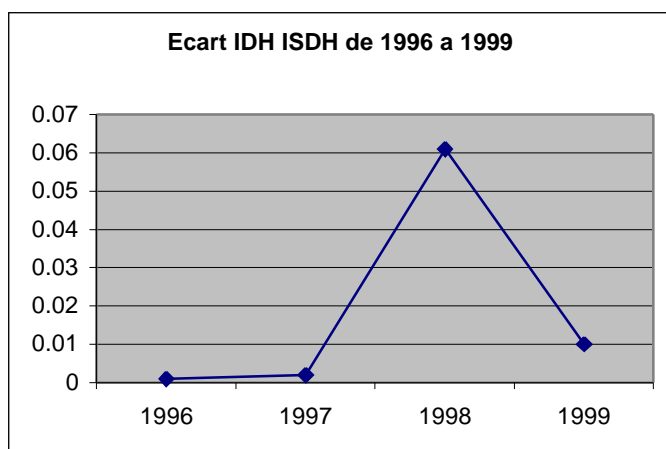
politique. Les femmes sont reléguées dans un rôle plutôt passif ou de second rang. Du point de vue traditionnel, « les femmes ne peuvent obtenir aucun pouvoir religieux (Imam), juridique (Alkhali), politique (chef de canton, de village ou même de quartier) ». Dans le contexte institutionnel et démocratique actuel (octobre 2001), on compte 4 femmes ministres sur un total de 24 portefeuilles, une seule femme parlementaire dans une Assemblée Nationale composée de 83 députés, aucune femme préfet de département ou sous-préfet d'arrondissement, 4 femmes maires, aucune femme chef de parti politique. Néanmoins, les femmes sont assez représentées dans l'appareil judiciaire (magistrats et avocats). L'association des femmes juristes et de nombreuses para-juristes formées par les ONG/associations, contribuent à une amélioration du cadre juridique en matière du droit des femmes, à la vulgarisation des droits et à la mobilisation sociale en faveur de la CEDEF, même si cela reste timide, il est vrai. Ces statistiques traduisent clairement la quasi absence de la femme dans les instances de prise de décision et de formulation de politique, à tous les niveaux et en dépit du fait qu'aucun texte en vigueur ne s'y oppose. Ici aussi, les femmes restent victimes de stéréotypes discriminatoires véhiculés par la pratique et renforcés par leur instruction insuffisante, leur exclusion des circuits économiques, donc des sources de moyens financiers, la méconnaissance ou la non-reconnaissance de leurs droits aussi bien par elles-mêmes que par les hommes et leur indisponibilité due à la surcharge des travaux domestiques.

Dans la perspective de corriger cette iniquité, l'Etat a élaboré et adopté la loi n° 2000-008 instituant un système de quotas, à titre transitoire, dans les fonctions électives, au gouvernement et dans l'administration. Cette loi stipule, entre autre, que dans les élections législatives et locales, la proportion des candidats élus de l'un et de l'autre sexe ne doit pas être inférieure à 10% ; dans les nominations au gouvernement et aux autres emplois supérieurs de l'Etat, la proportion de l'un et de l'autre sexe ne doit pas être inférieure à 25%.

#### ***h) Genre, pauvreté et développement humain***

Si la pauvreté touche 63% des nigériens, il reste que 73% de cette proportion est constituée de femmes, vivant principalement en milieu rural où la femme doit se consacrer à la fois aux activités de production et aux tâches domestiques, sans pour autant obtenir la reconnaissance de ses efforts à leur juste valeur. La féminisation de la pauvreté est fortement liée à la situation économique, socio-culturelle, éducative, juridique et politique de la femme. Ce contexte, caractérisé d'iniquités et d'inégalités, ne permet pas à la femme de jouir, au même titre que l'homme, des bénéfices des différents processus socio-économiques et de développement. Ainsi, on enregistre une disparité permanente qui ne fait que s'accroître au fil des ans et illustrée par les écarts constatés entre l'Indice de Développement Humain (IDH) et l'Indice Sexo spécifique de Développement Humain (ISDH).

Tab. 1.2.2 et Graph. 1.2.3 : Ecart IDH et ISDH de 1996 à 1999



	1996	1997	1998	1999
IDH	0,204	0,206	0,207	0,274
ISDH	0,203	0,204	0,278	0,284
Ecart	0,001	0,002	0,061	0,010

Cette discrimination s'explique par l'importance de la disparité qui existe au niveau des revenus et au niveau de l'alphabétisation, tel que expliqué précédemment.

### 1.2.3. Opportunités et contraintes

A la lumière du diagnostic qui vient d'être posé sur un certain nombre de dimensions, il convient de tirer quelques opportunités à exploiter dans le cadre de la promotion du genre dans les différents secteurs, mais aussi quelques contraintes qui nécessitent une attention particulière.

#### 1.2.3.1 Opportunités

- L'adoption du code rural permet désormais à la femme d'accéder à la propriété de la terre ;
- Les difficultés économiques de ces dernières années ont amené les femmes à assumer au sein des ménages des charges qui étaient jusque là du ressort des hommes. On entre ainsi dans un schéma de modification positive des stéréotypes véhiculés et on assiste au renforcement de l'engagement de la femme dans les fonctions productives ;
- Dans le domaine de la santé de la reproduction et malgré un contexte culturel pas toujours favorable, il y a une préférence assez marquée pour la planification familiale et contre les grossesses rapprochées ;
- L'existence de plusieurs associations féminines pour favoriser la participation de la femme au processus de développement ;
- Une volonté politique émergente pour la prise en compte du genre dans l'élaboration des politiques et programmes de développement (création d'un poste de conseiller en genre auprès du Président de la République et auprès du Premier Ministre, prise en compte du genre dans le processus d'élaboration du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté) ;
- L'existence d'une direction chargée de la promotion de la femme au Niger ;
- L'existence d'une Cellule de la promotion de la scolarisation de la jeune fille au Ministère de l'éducation de base ;
- La disponibilité d'un partenariat au développement favorable à soutenir les initiatives visant l'élimination des discriminations de genre ;
- De plus en plus on assiste à la production des données statistiques désagrégées par sexe. Ce qui donne une base d'analyse et de planification dans le cadre de

l'élaboration des programmes de développement plus équilibrés et orientés vers la recherche de l'équité entre genres ;

- L'émergence des moyens de communication et d'information décentralisés qui pourraient servir dans le cadre de promotion du genre et dans la sensibilisation et l'information en matière de droits de la femme (radio tambara par exemple) ;
- L'existence de leaders d'opinion favorable au genre (réseaux parlementaires, groupements islamiques) ;
- L'existence de structures décentralisées de crédits dans les zones rurales et favorables aux activités économiques des femmes.

### **1.2.3.2. Contraintes**

A côté de ces opportunités, on retrouve un certain nombre de contraintes qui nécessitent une attention particulière :

- En même temps que le code rural est une opportunité, il constitue également une contrainte en ce sens que la monétarisation des terres qu'il induit écarte les plus pauvres à l'accès à la terre. Il ne sera donc pas nécessairement favorable aux femmes qui constituent la plus grande proportion des pauvres ;
- Le renforcement de la position de la femme dans les tâches productives du ménage les amène à solliciter d'avantage leurs filles dans les travaux domestiques et cela au détriment de leur scolarisation ou d'autres types de formation ;
- De multiples situations (exode, chômage du conjoint, etc.) ont amené les femmes à jouer le rôle de chef de famille alors que dans les faits elles ne disposent ni des droits ni des pouvoirs liés à cette fonction ;
- La défaillance du système éducatif formel ces dernières années a créé une perception négative de l'école comme passerelle sûre pour un emploi stable et rémunéré. Dans ce contexte, il y a un risque que les parents privilégient davantage la solution du mariage pour les jeunes filles ;
- L'existence dans l'environnement de forces organisées (associations religieuses intégristes) contre l'élimination des discriminations à l'égard des femmes.

### **1.2.3.3 Principaux indicateurs du genre**

Le caractère transversal du genre conduit à la formulation d'indicateurs désagrégés par sexe dans les différents domaines couverts par le Bilan Commun de Pays.

Taux net de scolarisation par niveau filles – garçons ;

Ratios de parité en scolarisation filles/garçons par niveau ;

Taux d'alphabétisation hommes – femmes ;

Ratio de parité en alphabétisation femmes – hommes ;

Revenus hommes – femmes ;

Ratio de parité de revenu femmes- hommes ;

Pourcentage des femmes et des hommes dans la fonction publique, par niveau et par secteur ;

Ratios de parité emplois publics femmes – hommes par niveau et par secteur ;

Pourcentage des femmes et des hommes dans le privé par niveau et par secteur ;

Ratio de parité emplois privés femmes – hommes ;

Nombre et pourcentage des femmes ministres ;

Nombre et pourcentage des femmes parlementaires ;

Pourcentage des femmes et des hommes dans les conseils municipaux ;

Ratio femmes – hommes dans les fonctions électives ;

Indice de Participation des Femmes (IPF) ;  
Indicateurs SR désagrégés par sexe ;  
Taux de pauvreté des hommes et des femmes ;  
Indice Sexo spécifique de Développement Humain (ISDH) ;  
Indicateur de Participation des Femmes (IPH).

#### **1.2.3.4 Conclusions et recommandations**

Au regard des éléments du diagnostic qui vient d'être posé sur la prise en compte du genre dans les différents secteurs ainsi que l'immense disparité qui caractérise les hommes et les femmes dans leur participation au processus de développement du Niger, il convient, dans une perspective d'amélioration, d'appuyer les axes stratégiques d'intervention suivants :

- L'amélioration de la capacité des différents ministères et des autres acteurs à prendre en compte les aspects sexo-spécifiques (de genre) dans l'élaboration des plans et programmes de développement et dans le domaine législatif ;
- Le plaidoyer auprès des différents groupes sociaux, leaders d'opinions (Chefs traditionnels, leaders politiques, religieux, responsables administratifs, ONG, etc.) sur les questions de genre ;
- Le renforcement des capacités des structures nationales (gouvernementales et non gouvernementales) en matière d'IEC, de plaidoyer et de formation dans les domaines de la promotion de l'équité et de l'égalité entre femmes et hommes.
- La vulgarisation des droits de la femme ainsi que des conventions internationales ratifiées par le Gouvernement, appuyée par des débats publics autour de ces thématiques ;
- Le renforcement de l'esprit d'entreprise des femmes ;
- Le renforcement des système de crédit décentralisé.

#### **1.2.4 Enfance et Jeunesse**

##### **1.2.4.1 Protection de l'enfant**

La présente section met l'accent sur la situation des enfants et sur les prévisions de la Convention relative aux Droits des Enfants (CDE). Comme pour tout thème multisectoriel, les questions concernant la santé, l'éducation, etc. des enfants sont analysées de façon plus détaillée dans les sections spécifiques y relatives.

##### **a) Diagnostic**

###### **1. Situation des enfants**

Indépendamment des contraintes que la culture traditionnelle impose aux enfants nigériens, notamment l'attitude qui consiste à dire que les enfants n'ont pas de droits, un grand nombre d'entre eux vivent dans des conditions extrêmement difficiles, souvent aggravées par les effets sociaux des mesures des politiques économiques et d'ajustement. Les principales difficultés que rencontrent les enfants du Niger sont un accès limité aux services sociaux de base (éducation, santé, eau, protection) et la pauvreté endémique qui se manifeste pour certains d'entre eux par la mendicité, l'exploitation du travail, l'exclusion sociale, la délinquance et l'exploitation sexuelle. A cela s'ajoutent les handicaps physiques et mentaux qui accentuent leurs misères. Cette situation est l'expression d'une grave crise socio-économique, paradoxalement à la fois cause et conséquence de la pauvreté, de l'exclusion sociale, de la pression démographique, de l'exode rural, de l'explosion urbaine et de l'éclatement de la cellule familiale. Ainsi, pour les enfants marginalisés, victimes de la faim, de la maladie, de

l'exploitation et des violences de toutes sortes, beaucoup n'échappent qu'en se réfugiant dans la mendicité, le travail illicite ou la délinquance.

Environ 60% des 10,8 millions de Nigériens sont âgés de 0-18 ans en 2000, résultat d'une croissance démographique très forte (3,4%). Environ 51% de cette tranche d'âge sont des filles. Ces données rendent obligatoire la réalisation d'objectifs de scolarisation, de santé infantile, de nutrition, de protection et de lutte contre la pauvreté en faveur des enfants. A défaut, le risque est grand de voir le nombre des enfants dont les droits élémentaires de survie, de protection et de développement ne sont pas couverts augmenter dans une proportion telle que la situation d'ensemble ne sera plus maîtrisable et déboucher ainsi sur une crise sociale profonde aux conséquences inconnues.

Plusieurs indicateurs sociaux sont donc utilisés pour illustrer la situation précaire des enfants. Selon le rapport de l'Enquête à Indicateurs Multiples de l'UNICEF réalisé en 2000 (MICS 2), tous les indicateurs sociaux sont extrêmement alarmants : (a) le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est de 280/000 (garçons 282, filles 278) et le taux de mortalité infantile est de l'ordre de 126/000 ; (b) seulement 16% des bébés reçoivent des soins à la naissance ; (c) 40% des enfants de moins de cinq ans souffrent d'une insuffisance pondérale (garçons 40%, filles 39,5%), 40% d'un retard de croissance, 14% d'émaciation et 12% des naissances vivantes ont un poids inférieur à 2,5kg; (d) 40% des enfants de moins de cinq ans souffrent de diarrhée et 43% de la population ont accès à une source d'eau potable ; (e) la couverture vaccinale est de 28% pour DTCoq, 37% pour la rougeole, 41% pour la poliomyélite, 47% pour la tuberculose et 40% pour le tétanos néonatal ; (f) 59% des enfants âgés de 6-59 mois reçoivent un complément de vitamine A ; (g) 6% des enfants âgés de 0-59 mois dorment sous une moustiquaire traitée mais seulement 1% des enfants âgés de 0-59 mois développant la fièvre reçoivent des médicaments antipaludiques ; (h) 30% des enfants d'âge scolaire fréquentent une école (Garçons 39%, filles 25%) alors que le taux d'alphabétisation des 15 ans et plus n'est que de 20%. Tout ceci est le résultat d'un déséquilibre entre la demande sociale, induite par la croissance démographique et la capacité limitée du pays à faciliter l'accès des enfants aux services sociaux essentiels à travers des stratégies programmatiques. L'analyse détaillée des causes des déficits sociaux est explicitée au niveau des sections spécifiques à un thème donné (i.e. éducation, santé, nutrition, pauvreté, etc.).

Malheureusement, peu de données statistiques et/ou juridiques fiables existent pour évaluer le cas des enfants en situation particulièrement difficile. Un domaine qu'il faut nécessairement documenter si on veut développer des stratégies adéquates dans le cadre de la jouissance des droits universels des enfants. Plusieurs exemples peuvent être retenus, notamment:

- Le trafic d'enfants: une étude en cours de discussion entre les ministères en charge de la protection de l'enfant et du travail et d'autres partenaires devrait fournir quelques indications. Cependant, étant donnée l'étendue de ses frontières avec des Etats où le phénomène est connu et préoccupant, les possibilités de ramifications dans le pays sont réelles ;
- Les enfants talibés mendiants: C'est un phénomène de migration dont les points de départ sont les régions affectées par la pauvreté et le risque alimentaire. De par leurs conditions de vie en milieu urbain, les talibés sont des enfants non seulement en situation d'extrême précarité assurant leur propre survie, mais obligés de rapporter quotidiennement une certaine somme à leur marabout. C'est pourquoi, ils passent l'essentiel de leur temps dans la rue. Pourtant, de point de vue historique, la mendicité des talibés n'a pas toujours existé. Le processus a semble-t-il commencé dans les

sociétés rurales islamisés. La pratique de l'aumône chez les talibés sanctionnait l'apprentissage de l'ascèse et de l'humilité et elle s'inscrivait dans un système socio-éducatif socialisant en cohérence avec l'environnement économique. L'exploitation des talibés par le biais de la mendicité apparaît en milieu urbain avec la sécheresse et les crises alimentaires, tandis que la récession économique accentue le phénomène. Ce phénomène doit être appréhendé dans le cadre de la restructuration des écoles coraniques envisagée par le Ministère de l'Education de Base à travers le Plan Décennal de Développement de l'Education (PDDE).

- Les enfants guides d'aveugles: une étude récente de Plan International a néanmoins mis en évidence la problématique des enfants guides d'aveugles, poussés à mendier par des adultes qui profitent des fruits de leur activité, un phénomène en augmentation dans les centres urbains ;
- Les enfants de la rue: ce sont des enfants de 8-18 ans, parfois plus jeunes, en rupture avec leur famille, les institutions scolaires et les structures sociales. Les mauvais traitements et le manque d'encadrement et de contrôle sur les enfants sont souvent à l'origine d'un tel phénomène. Ils sont dans les marchés, les gares, aux abords des salles de cinéma et des lieux publics, sur les terrains vagues ou les dépotoirs d'ordures. Ils vivent d'expédients, de mendicité ou de petits métiers. Ils sont la plupart du temps, sans abris, et dorment sous des hangars, des maisons inachevées ou à la belle étoile. C'est un phénomène typiquement urbain, qui apparaît dans un environnement de crise économique doublée d'une crise psychosociologique qui se traduit par une remise en cause des valeurs de base de la société. La seule existence de cette catégorie d'enfants constitue un défi permanent pour la société nigérienne, car ces enfants ne sont pas pris en charge par leurs familles et en plus il n'existe pratiquement pas de structures d'accueil pour prendre en compte leur cas. Des études évaluatives et des actions rigoureuses doivent être menées pour enrayer la propagation du phénomène car les enfants en rupture sociale finissent inexorablement vers la délinquance (vol, drogue, prostitution), si n'est vers l'errance et la fouille des poubelles. Certains exercent des activités de survie: porteurs dans les marchés, déchargeurs de camions, ramasseurs de bois, recycleurs de boîtes et ustensiles métalliques, plongeurs dans les restaurants, etc. ;
- Les enfants abandonnés: C'est un phénomène plus connu en milieu urbain et qui augmente d'année en année alors que peu de centres d'accueil existent. Il semblerait que les abandons soient le fait d'élèves, d'étudiantes, de mères célibataires, de prostituées, de mères déséquilibrées ou de parents vivant dans une extrême pauvreté. Mais, Il est évident qu'il existe une forte relation entre enfants abandonnés et les pressions sociales et religieuses dans cette société encore très conservatrice.
- Les mutilations génitales féminines: on sait cependant que les enfants et les femmes continuent à souffrir de pratiques qui portent préjudice à leur intégrité et à leur santé, notamment les mutilations génitales féminines. Certaines pratiques ont été relativement documentées avec le concours des ONGs; ce qui a permis de développer des actions de plaidoyer et de mobilisation qui ont abouti à l'adoption d'une loi par l'Assemblée Nationale sur l'interdiction des excisions féminines ;
- Les naissances enregistrées: très nombreuses sont les naissances non enregistrées comme le démontre les données de la MICS2. Des appuis logistiques et de formation ont été récemment apportés à la Direction de l'Etat civil pour le renforcement de la mobilisation et de l'organisation des services de l'Etat civil.
- Les enfants orphelins ou victimes du SIDA : notamment les enfants atteints par la maladie, ou ceux qui sont devenus orphelins par la perte de parents malades. Ils sont très souvent rejetés par la société et confrontés à l'acquisition du minimum nécessaire

pour survivre ou pour étudier. Ils constituent un potentiel d'alimentation de la population d'enfants dans la rue, voire dans la prostitution. Peu de structures s'occupent de la prise en charge des malades du SIDA et des orphelins;

- Le nombre total d'enfants handicapés. La majeure partie des handicaps chez les enfants est due à certaines maladies de l'enfance (poliomyélite), à des causes génitales et à des accidents de toutes sortes. Les enfants handicapés sont confrontés à des difficultés liées à leur problème de santé, au moyen d'acquisition d'appareillage et au problème d'insertion sociale et scolaire et éprouvent des difficultés pour accéder à la formation professionnelle et aux loisirs. Face à ces difficultés et comme il existe peu de centres d'accueil d'enfants handicapés au Niger, il ne leur reste souvent plus que la rue et la mendicité, ce qui la plupart du temps mène à des comportements déviants (drogue, criminalité). La méconnaissance du type de handicaps et du nombre des enfants handicapés empêche des actions bien ciblées et de poser la question de la protection, du développement et l'attitude du public envers ces enfants. Le ministère de l'Éducation prône une nouvelle philosophie d'intégration des enfants handicapés dans le système scolaire qu'il faudrait renforcer et appuyer avec des moyens cohérents. Certaines ONGs ont aussi joué un rôle important, sur le terrain, pour la défense des droits de ces enfants. Il faudrait continuer les efforts pour améliorer la connaissance par rapport à ce groupe et renforcer les actions d'information et de mobilisation des parents et des familles de ces enfants.
- Les enfants en conflit avec la loi: ils sont auteurs de différents délits, en particulier de vols. C'est souvent la conséquence d'un séjour prolongé dans la rue. L'analyse de la situation socioprofessionnelle de leurs parents et de leur provenance devrait permettre de mieux cibler les actions en leur faveur. La mise en place de juridiction des mineurs devrait accélérer l'adaptation du cadre juridique au cas spécifique des enfants mineurs.
- Le travail des enfants: Il s'agit là d'un aspect assez délicat, car la société traditionnelle du Niger considère le travail des enfants comme un processus de socialisation primaire, une forme d'éducation qui est une initiation à la vie et au travail dans une société qui ne transmet pas le savoir par le biais de l'école. L'objectif visé est d'inculquer aux enfants les valeurs sociales et culturelles du groupe pour assurer leur intégration à la vie communautaire. Ainsi, la société traditionnelle considère qu'un enfant (garçon ou fille) peut être initié dès 7 ans (parfois moins) aux activités agricoles, pastorales, commerciales ou familiales et que le garçon de 16-17 ans ou marié peut remplacer son père dans la gestion de l'exploitation familiale. Cette conception du travail des enfants des sociétés paysannes et qui constitue un principe régulateur de l'ordre social, est actuellement remise en cause suite aux mutations profondes de l'environnement socio-économique et éducatif de la société nigérienne: aujourd'hui le travail des enfants relève d'une activité économique, il produit de la valeur marchande, contribue à la reproduction de la force du travail du groupe et participe à sa survie. On estime que 70% des enfants de 5 à 14 ans en âge d'aller à l'école sont déjà économiquement actifs. Malheureusement, beaucoup d'enfants travaillent dans des conditions précaires mettant en péril leur santé et leur développement physique et mental, puisque plusieurs indices soulignent les risques encourus et les dénis de droits, notamment la pénibilité des tâches, la charge horaire de travail, les produits toxiques, la manipulation risquée des machines et objets, le peu de temps de repos et de loisirs et la faible rémunération. Ces enfants travailleurs sont travailleurs indépendants, apprentis, domestiques, salariés du secteur privé. En milieu rural, l'exode des adultes aggrave le travail des enfants déjà engendré par la pauvreté générale (précarité de la situation matérielle des parents) qui s'explique par un mode de production agricole à faible niveau d'équipement et qui ne peut être contrebalancé

que par une utilisation maximale des ressources humaines disponibles. En milieu urbain, ils sont sollicités par les ménages, les commerçants, les petits entrepreneurs car ils constituent une main d'œuvre très rentable économiquement qui n'oblige pas à verser des contributions de sécurité sociale. Outre les violations de la législation sur l'âge de travail des enfants et des adolescents, les dispositions du code de travail sur la nature et la forme du contrat d'apprentissage sont régulièrement violées. Les conditions d'âge, de rémunération, de licenciement, d'horaires de travail et de repos sont rarement appliquées aux apprentis, aux domestiques et aux gens de maison. Le travail des enfants est fortement corrélé à la pauvreté et l'accès limité aux services sociaux en milieu rural et à la croissance non encore maîtrisée de l'urbanisation.

Le développement continu des données et de l'information sur la situation des enfants, particulièrement ceux en situation difficile est aujourd'hui un préalable à toute politique qui se veut responsable et qui œuvre pour leur survie, leur protection et leur développement. C'est un défi majeur pour la prochaine génération des programmes de développement et d'assistance.

## **2. La CDE**

La Convention des Droits de l'enfant (CDE) considère comme essentiel le droit de l'enfant à la survie, au développement, à la protection et à la participation. Dans ce contexte il est reconnu par tous les états qui ont signé et ratifié la Convention, le droit de l'enfant à la santé, à l'éducation, à être protégé contre toutes sortes d'abus, contre les mauvais traitements, contre l'exploitation de sa force de travail, l'exploitation sexuelle, l'entraînement dans les conflits armés, le trafic, d'être protégé en cas de conflit avec la loi, de recevoir l'attention et l'amour de ses parents et famille et de participer à la vie sociale.

Au Niger, la Constitution garantit à chacun le droit à la vie, à la santé, à l'éducation, à l'instruction, à la liberté, à la sécurité, à l'intégrité physique et mentale, quoi qu'elle ne cible pas de façon spécifique les enfants et leurs droits. Le Niger a toutefois ratifié l'ensemble des conventions et traités internationaux relatifs aux droits de l'enfant et adopté des textes législatifs nationaux y afférents, dont la Convention des Droits de l'Enfant, en 1999.

Après la ratification de la CDE, et depuis lors de façon de plus en plus visible, le Niger a fait des efforts pour remplir les obligations découlant de la ratification de la CDE, notamment l'obligation de résultats et l'obligation de faire des rapports et des évaluations des progrès accomplis. Ainsi, en février 2002, le Niger défendra à nouveau son Rapport Initial sur l'application de la CDE, préparé en 1999, devant le Comité des Droits de l'Enfant à Genève. Un rapport complémentaire et alternatif préparé par un ensemble d'ONGs membres du Réseau Nigérien pour l'Enfance, a été soumis au Comité, en octobre 2001.

Le défi majeur au niveau de la mise en œuvre de la CDE est d'assurer l'universalité des droits aux enfants dans les zones les plus pauvres et aux enfants les plus pauvres, de réduire et d'éliminer progressivement les disparités dans la jouissance des droits entre filles et garçons et de trouver des mécanismes d'équité entre riches et pauvres pour l'accès à des services essentiels.

Dans ce contexte, un Plan National d'Action (PAN) a été élaboré en 1999 en réponse à l'engagement pris de respecter, protéger, faciliter et remplir les principes et les provisions de la CDE pour qu'elle devienne une réalité pour les enfants. Cependant, beaucoup reste à faire pour compléter la mise en œuvre de ce Plan jugé ambitieux et déjà en révision

actuellement et qui requiert une meilleure coordination des intervenants et un suivi renforcé des actions planifiées. Ce plan fixe les normes juridiques visant à protéger les enfants du manque de soins, des mauvais traitements et de l'exploitation, y compris le travail des enfants. Il a pour objectif de leur garantir la jouissance des droits fondamentaux de l'homme, notamment le droit à la survie, le droit au développement et à la participation à des activités nécessaires à leur développement. La mise en œuvre de ce plan est du ressort du Comité National et des Comités Régionaux pour la Survie, le Développement et la Protection de l'Enfant sous la tutelle du Ministère du Développement social. Avec l'appui de la coopération internationale, une nouvelle dynamique a été insufflée à ces comités pour qu'ils puissent développer des mécanismes de diffusion de la convention et de suivi de la situation de l'enfant, notamment la publication et la diffusion des instruments disponibles au niveau international pour améliorer la connaissance du public de la CDE et son application au Niger. Cela pourrait se faire par exemple, à travers l'insertion de modules sur les droits de l'enfant dans les programmes scolaires du primaire et du secondaire, de certaines écoles professionnelles et l'organisation de débats médiatiques en langues nationales. Enfin, malgré l'harmonisation de certains textes avec les provisions de la CDE, il est difficile de statuer sur le progrès accompli dans le domaine législatif : par exemple, le code de la famille n'est toujours pas d'actualité et plusieurs aspects du droit successoral de la fille et de la femme réglés par la coutume ou le droit musulman se terminent par des plaintes chez le juge et tombent dans le domaine du droit moderne.

#### **b) Analyse**

Les politiques sociales mises en œuvre au Niger ont tendu vers l'intégration de mesures d'accompagnement en vue de réduire les effets négatifs des politiques économiques sur les populations les plus vulnérables. L'application de l'initiative 20/20, qui vise à atténuer la pauvreté par une meilleure couverture en services sociaux pour les populations défavorisées, en particulier les enfants et les femmes, n'a pas véritablement entraîné un accroissement proportionnel significatif des dépenses destinées aux populations les plus nécessiteuses (environ 15% des dépenses publiques et 12% de l'aide au développement).

Dans la planification et la mise en œuvre des actions de protection, les enfants les plus vulnérables, les plus privés de leurs droits restent « invisibles » du fait des approches suivies dans la collecte et le traitement des données. C'est cette tendance que, entre autres, l'Enquête à Indicateurs Multiples (MICS2) réalisée en 2000, avec l'appui de l'UNICEF, a cherché à corriger. Cependant beaucoup reste à faire dans le domaine de la collecte et de la gestion systématique des données en vue d'assurer une programmation efficace de la protection de l'enfant.

Sur le plan institutionnel et administratif, la Direction de la Protection de l'enfant a vu le jour en 1993, au sein du ministère du Développement social, de la population et de la promotion de la femme, en collaboration avec d'autres structures en charge des enfants nécessitant une protection spéciale. Toutes ces structures, dont le nombre est en deçà des besoins, rencontrent de sérieuses difficultés organisationnelles et financières et ont besoin d'être renforcées, notamment dans leur capacité à pourvoir des services, à planifier, suivre et évaluer les actions en faveur des droits des enfants.

Sur le plan juridique, la protection de l'enfant est devenue progressivement un des soucis majeurs des autorités, sous la poussée démocratique et le plaidoyer des ONGs et des associations. Des décisions importantes ont été faites pour harmoniser les textes juridiques avec la CDE (l'âge minimal de 14 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons ; la protection de la vie par l'interdiction des avortements et des infanticides; le nouveau

code de la nationalité ; la protection des enfants de moins de 13 ans contre les abus et les violences ; l'interdiction des mutilations génitales féminines, la création des juridictions pour mineurs, etc.). Néanmoins, les actions de communication autour de la CDE et des droits de l'enfant auprès des communautés, des organes étatiques, des enseignants, des forces de la police, des journalistes, des chefs traditionnels, etc. ont besoin d'être renforcées.

Ainsi, malgré ces efforts, la protection des droits des enfants est encore préoccupante. Quoiqu'il manque des données spécifiques concernant la protection des enfants, notamment sur des sujets tels que le trafic d'enfants, l'exploitation sexuelle, l'emprisonnement, le travail forcé, la situation des enfants se caractérise par :

- Un manque crucial d'offre d'éducation spécialisée et de perspectives de développement pour les enfants handicapés ;
- Le travail des enfants au détriment de leur scolarisation et leur développement ;
- Un statut social et culturel discriminatoire pour les filles, notamment en milieu rural et semi-urbain, qui se traduit par leur sous-scolarisation, un taux élevé de mariages précoces, des mutilations génitales, etc. ;
- Un défaut de déclaration des naissances ;
- Un exode rural des jeunes vers les grandes villes ou l'étranger ;
- La croissance du phénomène des enfants privés de milieu familial ;
- L'absence d'un cadre formel d'expression des enfants ;
- L'augmentation du phénomène de la prostitution juvénile, de la toxicomanie, des enfants de la rue, surtout en milieu urbain ;
- La mendicité des enfants, assez souvent exploités par des adultes.

Ceci contraste avec la CDE, qui, dans son article 32, reconnaît à l'enfant le droit d'être protégé contre l'exploitation économique. Or, au Niger, comme dans beaucoup de pays, fondamentalement pour des raisons de nécessité matérielle, le travail des enfants est très courant. Les données de la MICS2, réalisée en 2000, montrent que 70% des enfants de 5 à 14 ans en âge d'aller à l'école sont déjà économiquement actifs. Cela affecte leur scolarisation, leur santé, leur développement et entraîne aussi des phénomènes d'exploitation par des adultes. Ces enfants sont soit des salariés, occupant des emplois précaires et/ou saisonniers ; soit des travailleurs « indépendants » (pêcheurs, artisans, agriculteurs, travail dans la rue), ou des enfants qui travaillent en famille en tant qu'aides familiaux. Beaucoup d'entre eux travaillent dans des conditions particulièrement dures (i.e. mines, abattoir, etc.) et sont obligés de fournir de nombreuses heures de travail et de parcourir de longues distances entre leur domicile et leur site d'activité, et de réaliser des tâches dures pour leur âge. C'est pour atténuer ces effets qu'un plan national d'action contre les pires formes de travail des enfants, préparé en 1999, est en cours d'exécution avec le concours du BIT, de l'UNICEF et de quelques ONGs locales. Ce plan mérite d'être renforcé par des mesures préventives et d'appui aux familles.

Les mariages précoces affectent l'avenir des jeunes filles, surtout en milieu rural, qui dans un cas sur deux se marient avant 15 ans. Ces mariages sont à l'origine de grossesses précoces très préoccupantes et de cas désespérés de fistules qui sont une atteinte tragique aux droits des enfants. L'UNICEF a démontré qu'une mobilisation au niveau communautaire est possible à travers un partenariat étroit et fructueux avec les chefs traditionnels et autres partenaires, visant à terme la disparition du phénomène. Cette question de mariage précoce est aussi importante que la scolarisation de la jeune fille, notamment la réduction des écarts entre le milieu urbain et rural, entre les filles et les

garçons restent trop importants, auxquels s'ajoutent les taux élevés d'abandons. Différentes études montrent que le faible taux de scolarisation et le taux élevé de défection scolaire ont trait, entre autres, au refus d'inscrire les enfants à l'école, perçue comme lieu d'acculturation; à l'inadéquation des programmes, à la faiblesse de revenus des ménages, à la faible qualification des enseignants, à la localisation lointaine des écoles par rapport aux résidences, ce qui a un fort impact sur la scolarisation des jeunes filles.

Tab. 1.2.3 : Analyse spatiale du travail des enfants

Ind.	Niger	Région									
		Urbain	Rural	Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Tillabéri	Tahoua	Zinder	Niamey
Trav.	70.1	53.1	73.4	58.6	76.3	80.8	83.3	53.7	74.8	66.7	46.7

Source : UNICEF, 2001

L'importance du travail des enfants accuse des disparités selon les régions: par exemple 46.7% à Niamey contre 83.3% à Maradi et une moyenne nationale de 70,1%; 73,4% en milieu rural contre 53,1% en milieu urbain. On est tenté d'établir une corrélation entre le caractère conservatoire, rural et agricole et le travail des enfants.

Il n'y a pas d'inégalités majeures entre les genres, puisque 73.4% des garçons travaillent, contre 66.9% des filles. Le ratio Garçons/Filles est de 1.382.

Par contre 76,1% des enfants qui travaillent sont les plus pauvres contre 59.1% des plus riches. Le ratio Pauvres/Riches est de 1.288, montrant ainsi une inégalité entre les enfants pauvres et les enfants riches. L'indice de concentration (-0.036) montre qu'il n'y a pas une importante concentration des inégalités, car tous les quintiles (à l'exception de celui des plus riches) affichent des valeurs similaires.

Tab. 1.2.4 : Analyse du travail des enfants selon la richesse :

Année	Quintiles					Moy. pop.	Ratio P/R	Indice de concentration
	+ Pauv	2 <sup>nd</sup>	Moy.	4 <sup>eme</sup>	+ Rich			
2000	76.1	72.3	71.1	74.3	59.1	70.1	1.288	- 0.036

Source : UNICEF, 2001

Tab. 1.2.5 : L'enregistrement des naissances au Niger : une analyse spatiale

Ind.	Niger	Région									
		Urbain	Rural	Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Tillabéri	Tahoua	Zinder	Niamey
Reg.	45.4	84.6	39.6	40.9	47.6	60.8	40.5	36.4	45.3	28.8	90.5

Source : UNICEF, 2001

Des disparités régionales existent également au niveau de l'enregistrement des naissances: par exemple 90.5% des naissances sont enregistrées à Niamey, contre 28.8% à Zinder et une moyenne nationale de 45.4%; 84,6% en milieu urbain contre 39,6% en milieu rural (ratio urbain / rural de 2,136). Il y a peu d'inégalités genre: 47% garçons contre 43,8% des filles, soit un ration de 1,073.

Les familles les plus riches sont celles qui enregistrent le plus leurs naissances: 78,5% contre 32.6 % pour les plus pauvres, soit un ration / riche de 0.415 et un indice de concentration de 0,172 principalement tiré par le dernier quintile des personnes les plus riches.

Tab. 1.2.6 : Une analyse des enregistrements des naissances selon la richesse

Année	Quintiles					Moy. pop.	Ratio P/R	Indice de concentration
	+ Pauv	2 <sup>nd</sup>	Moy.	4 <sup>ème</sup>	+ Riche			
2000	32.6	36.3	38.6	42.3	78.5	45.4	0.415	0.172

Source : UNICEF,2001

Tab. 1.2.7 : L'enregistrement des naissances selon le niveau d'éducation des mères

Année	Niveau d'éducation			Moy. pop.	Ratio Mauvaise/Bonne éducation
	Aucun	Primaire	Secondaire		
2000	40.4	71.4	88.5	45.4	0.456

Source: UNICEF,2001

Le ratio Mauvaise / Bonne éducation de 0.456 démontre l'existence d'une inégalité significative entre l'enregistrement des naissances des enfants dont la mère est éduquée (71 à 88% selon le niveau) et ceux dont la mère n'a pas reçu d'éducation (40%).

Il découle de ce qui précède, qu'une approche intégrée en matière de survie, de protection et de développement de l'enfant nécessiterait la prise en compte de priorités mettant l'accent sur :

- L'éducation des filles ;
- Le développement intégré du jeune enfant ;
- La vaccination universelle et la nutrition ;
- La lutte contre le VIH/SIDA ;
- la protection des enfants contre les violences, les abus, l'exploitation et la discrimination.

Ceci parce que la très grande majorité de la population du Niger est constituée de jeunes de 0 à 4 ans, de 5 à 14 ans et d'adolescents de moins de 18 ans. La demande en services sociaux et de protection de cette génération de jeunes augmente rapidement, plus vite que la capacité d'offre de services. Ces jeunes constituent un groupe cible fragile et vulnérable de par sa situation intermédiaire entre l'enfance - où ils bénéficient d'une attention prioritaire des parents - et l'âge adulte où ils sont livrés à eux-mêmes.

#### 1.2.4.2 Protection des jeunes et adolescents

##### a) Diagnostic

Selon l'EDSN 98, les Nigériennes se marient très jeunes: 47% des filles de 25-29 ans sont en union dès 15 ans, 96% des 22 ans sont en union et presque 100% des 25 ans sont en union. 50% des filles mariées donnent naissance à leur premier enfant vers les 16 ans. Par ailleurs, les adolescentes, qui représentent 23% des femmes en âge de procréer, contribuent pour 15% de la fécondité totale. Mais seulement 18% des accouchements ont lieu dans un établissement sanitaire, donc assistés par un personnel médical formé à cet effet.

##### **Grossesses précoces et involontaires, avortement**

En l'absence d'un encadrement adéquat au niveau familial, social et scolaire, peu informés sur la sexualité et la parenté responsables, notamment dans les villes où, plus

qu'ailleurs les jeunes sont livrés à eux-mêmes, les adolescents connaissent une sexualité précoce : 15,1 ans pour les filles et 22 ans pour les garçons<sup>1</sup>

Utilisant très peu les méthodes contraceptives modernes (1,3% en moyenne pour un taux d'utilisation nationale de 8%), 36% des adolescentes ont déjà eu un enfant avant 18 ans<sup>2</sup>. Elles contribuent ainsi à plus de 14% de la fécondité totale du pays.

### **MST/VIH/SIDA**

Les jeunes constituent un groupe excessivement vulnérable pour les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH /SIDA : 28% seulement des jeunes de 15 – 24 ans<sup>3</sup> utilisent un préservatif au cours des rapports sexuels alors que la moyenne des partenaires se situe autour de trois. Manque d'information et pouvoir d'achat limité s'allient pour amplifier le phénomène. L'EDSN 1998 affirme qu'en général ce sont les jeunes de 15 à 19 ans qui connaissent le moins les maladies sexuellement transmissibles dont le SIDA.

Plusieurs raisons sont avancées pour souligner l'importance du risque de contamination des jeunes et adolescents par le VIH : manquant d'information sur la santé de la reproduction ou disposant d'informations incorrectes, les filles sont exposées à des relations sexuelles très tôt et ont des rapports sexuels avec des hommes infectés plus âgés ; les jeunes filles sont souvent victimes de la violence ; et enfin les services de santé de la reproduction et de la sexualité ne sont pas facilement accessibles aux jeunes.

#### Encadré 1.2.1 : Information des jeunes sur les MST

Une étude<sup>4</sup> réalisée dans 10 établissements secondaires de la Communauté Urbaine de Niamey (CUN) indique que plus de 73% des jeunes interrogés abordent souvent les sujets sur la sexualité et en discutent avec leurs camarades. Le même pourcentage connaît les moyens de protection contre les MST y compris le VIH, et les autres conséquences négatives de la sexualité, même si cette connaissance reste superficielle. Cependant, si 55% des filles et 52% des garçons interrogés affirment avoir utilisé un préservatif lors de leur première expérience sexuelle, par la suite, 60% et 54% respectivement n'utilisent plus de préservatifs pour les rapports sexuels occasionnels. En conséquence, 38% d'entre eux ont eu au moins un épisode d'infection sexuellement transmise. Près de la moitié (46%) de ces derniers n'ont consulté aucun personnel médical pour prendre en charge leurs infections, ils font plutôt de l'automédication. Par ailleurs, 40% des jeunes sexuellement actifs disent ne jamais utiliser de contraception. Parmi eux, ceux dont la sexualité s'est soldée par une grossesse ont été plus de 70% à tenter une interruption volontaire de grossesse (IVG) avec succès, alors que plus de 23% échouaient dans leur tentative, autant dire que la quasi-totalité des jeunes scolarisés qui se retrouvent avec une grossesse font au moins une tentative d'avortement.

### **Discrimination des filles**

Les jeunes filles font face à des conditions de vie extrêmement difficiles. Sur le plan socioculturel, elles sont victimes d'importantes discriminations, tant pour leur éducation

<sup>1</sup> -EDSN, 1998

<sup>2</sup> - EDSN, 1998

<sup>3</sup> - EDSN, 1998

<sup>4</sup> Faria Ibrahim et Ahmed Hlaibi (2000) Connaissances, attitudes, pratiques, besoins et attentes des jeunes en matière de santé de la reproduction, Niamey, Mai 2000

(réticence à les scolariser<sup>5</sup>, exclusion scolaire en cas de grossesse), que dans leur vie quotidienne (mariage précoce, multiples tâches domestiques, discrimination alimentaire, préférence aux « fils », impossibilité de dialogue en matière de sexualité, manque de liberté d'expression sur des sujets considérés comme tabous, etc.).

Pour échapper à la pression familiale et culturelle, les jeunes filles ont régulièrement recours aux avortements provoqués, pratiqués généralement dans des conditions dangereuses. La proportion de décès des adolescentes suite aux complications des avortements provoqués peut s'élever jusqu'à 69% dans certains quartiers urbains<sup>6</sup>.

### ***b) Analyse de situation***

Les principales difficultés auxquelles les jeunes filles et garçons sont confrontés sont liées à leur environnement socioculturel.

En l'absence d'un encadrement adéquat au niveau familial, social et scolaire, peu informés sur la sexualité et la parenté responsable, notamment dans les villes, de nombreux jeunes sont livrés à eux-mêmes au Niger. L'urbanisation croissante conduit souvent à séparer les jeunes de leurs grands-parents, alors que ces derniers jouaient un rôle important dans l'éducation traditionnelle et la socialisation des enfants. Alors que le SIDA commence à emporter un nombre croissant d'adultes, la proportion de famille monoparentale augmente avec des conséquences évidentes sur le développement des plus jeunes (absence de surveillance lorsque le parent unique travaille, absence de dialogue entre adultes/parents et jeunes, nécessité de travailler dès leur plus jeune âge pour soutenir financièrement le ménage, scolarisation difficile, etc.). Ils n'ont qu'un accès limité à l'information, sont soumis à un contrôle social rigide, font face à un gouffre intergénérationnel infranchissable et ne disposent d'aucun moyen financier.

Par ailleurs les jeunes sont particulièrement exposés au risque de maladies sexuelles ou liées à la reproduction. C'est le cas notamment des grossesses précoces ou non prévues (ou les deux) ; des infections de l'appareil génital, y compris les maladies sexuellement transmissibles et la contamination par le VIH/SIDA ; et des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité.

L'absence de structures adaptées (centre de santé, école, MJC) à leurs besoins en matière de santé sexuelle et de santé de la reproduction (SR) renforce l'impact négatif des causes initiales.

En outre, le mariage et la maternité précoce peuvent réduire fortement la possibilité pour les jeunes femmes de faire des études et de travailler. De plus, elles risquent de porter un préjudice durable à la qualité de leur vie et de celle de leurs enfants.

Les adolescents qui ont une activité sexuelle auront besoin d'information, d'une orientation et de services spécifiques dans le domaine de la planification familiale, et les adolescentes qui se retrouvent enceintes auront besoin d'un appui particulier de leur famille et de la collectivité au cours de leur grossesse et de la petite enfance de leur bébé.

---

<sup>5</sup> Le taux national de scolarisation des filles dans le primaire est seulement de 23%.

<sup>6</sup> - Issaka Gazobi, Statistiques de la maternité pour les adolescentes de 15 à 24 ans (Niamey), 1966-1998.

### **c) Conclusion et recommandations**

Les faits relatifs à l'état de santé des jeunes et adolescents en matière de procréation sont inquiétant au Niger. Or en matière de Santé de la Reproduction les besoins des adolescents en tant que groupe ont jusqu'à présent été largement ignorés. Les adolescents sont physiquement et psychologiquement plus vulnérables et doivent donc être protégés par l'Etat et pas les collectivités locales. Pour prendre en compte les jeunes et adolescents en tant que ressources précieuses pour le développement il conviendra de :

- Reconnaître que les adolescents ont des besoins particuliers ;
- Mettre en place des mécanismes d'appui à l'éducation et à l'orientation des adolescents dans des domaines tels que les relations entre hommes et femmes et l'égalité entre les sexes, la violence à l'encontre des adolescents, un comportement sexuel responsable, la planification responsable de la famille, la vie familiale, la SR, les MST, la contamination par le VIH et la prévention du SIDA ;
- Fournir aux adolescents les informations dont ils ont besoin et renforcer les valeurs culturelles et sociales positives ;
- Associer pleinement les Jeunes à la planification, à la fourniture et à l'évaluation de ces informations et de ces services, compte tenu des orientations et des responsabilités parentales.

L'action préventive primaire dans ce groupe revêt donc une importance critique si l'on veut éviter des problèmes immédiats ou ultérieurs. De bonnes stratégies d'information-éducation-communication, une éducation émancipatrice et l'offre de services de santé en matière de reproduction sont autant d'éléments d'importance cruciale pour la préservation d'une bonne santé en matière de reproduction, dans ce groupe d'âge, puis plus tard à l'âge adulte.

### **1.3 Santé et pauvreté dans les conditions de vie**

La définition de la pauvreté repose entre autres sur des indicateurs ayant trait à la survie et à la santé des individus et des populations. En effet comme l'OMS l'a défini en 1976, "la santé représente un état de bien-être physique, mental et social, et non pas seulement l'absence de la maladie ou de l'infirmité". Le droit à la survie est l'un des droits humains fondamentaux et universels qui est indivisible et qui n'est sujet à aucune discrimination. Le droit à la santé est consacré et reconnu dans plusieurs instruments juridiques internationaux des droits humains ratifiés par le Niger, notamment le Protocole des Droits Economiques, sociaux et politiques, la Déclaration des Droits de l'Homme, la Convention sur les Droits de l'Enfant et la Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes.

L'examen des principaux indicateurs de santé, notamment la mortalité, la morbidité, la malnutrition, les déficiences en micronutriments, l'accès aux services de santé, d'hygiène et d'assainissement, démontre que la réalisation du droit fondamental à la survie et à la santé reste critique, malgré certains progrès enregistrés durant la dernière décennie.

Ainsi en dépit de l'élévation de l'espérance de vie et de la baisse relative des taux de mortalité et de morbidité, les taux de prévalence des maladies qui peuvent être prévenues ou traitées restent élevés et l'état nutritionnel des populations très défavorable. L'accès aux soins de santé primaire et au service d'orientation reste caractérisé par des disparités

et une qualité relativement faible. Cependant, les succès enregistrés démontrent que même dans un contexte de pauvreté aggravante, des résultats substantiels, certes insuffisants, sont possibles.

### **1.3.1 Diagnostic**

Ce bilan diagnostic porte sur les orientations et l'exécution de la politique sanitaire, les programmes en matière de survie, protection et développement de l'enfant et la mise en œuvre des recommandations et des engagements internationaux en matière de santé. Il s'appuie sur l'analyse causale de certains indicateurs.

#### **1.3.1.1 Cadre Politique et Stratégique**

Le Niger a élaboré et mis en œuvre plusieurs stratégies et politiques sanitaires, dont l'essentiel est aujourd'hui contenu dans trois documents de référence : La Déclaration de Politique Sectorielle de Santé adoptée en 1995 ; la Politique Pharmaceutique Nationale adoptée en 1995 ; et le Plan de Développement Sanitaire 1994 – 2000. Ces trois documents mettent l'accent sur la décentralisation et l'intégration des services de santé à travers : le développement opérationnel des districts sanitaires ; le renforcement des capacités de gestion, de planification, de programmation et de coordination des services de santé ; le renforcement du partenariat avec les intervenants dans le secteur et les partenaires au développement ; la promotion de l'hygiène du milieu et des actions d'Information, d'Education et de Communication en direction des populations.

Ainsi, au lendemain de l'Indépendance, la politique sanitaire était axée essentiellement sur la médecine curative individuelle reposant sur : la gratuité des soins, la faible participation des communautés à la gestion et au financement des actions, et la concentration des infrastructures dans les villes et les grandes agglomérations.

A partir de 1974, l'accent a été mis sur une médecine de masse, préventive et mobile intégrant l'aspect curatif des soins. L'option fondamentale était de pratiquer une médecine globale et intégrée, coordonnant les activités préventives, curatives et promotionnelles pour toutes les communautés et visant l'autosuffisance sanitaire.

Pour renforcer cette option de politique sanitaire intégrée avec la pleine participation de la communauté, le Niger a souscrit à plusieurs déclarations régionales et internationales dont celle d'Alma-Ata en 1978 où la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) a été adoptée.

A partir de 1993, l'initiative de Bamako a été mise en application après des études pilotes sur le recouvrement des coûts des soins de santé.

Dans la perspective de « santé pour tous en l'an 2000 », l'Etat adopte en 1995 la Déclaration de Politique Sectorielle de santé après celle d'une politique pharmaceutique nationale. Celle-ci vise la disponibilité des médicaments essentiels génériques de qualité à des prix accessibles à la majorité de la population et la libéralisation de l'importation des médicaments et produits pharmaceutiques. Pour concrétiser cette option entrant dans le cadre de la réduction de la pauvreté, le gouvernement privilégie la prévention à travers les actions d'information et de sensibilisation des populations, le renforcement de l'hygiène du milieu, l'accroissement du taux de couverture vaccinale et la réorientation des investissements en vue d'une meilleure couverture sanitaire du pays.

Une attention particulière est accordée à la Santé de la Reproduction dans ses volets santé de la femme, de l'enfant et la planification familiale et ses composantes lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles. Concernant les Médicaments, il s'agit de mettre à la disposition des populations des médicaments essentiels génériques en améliorant le système d'approvisionnement et de distribution par l'instauration du recouvrement partiel des coûts de santé. Dans cette optique, le Plan de Développement Sanitaire vise la multiplication et la décentralisation des infrastructures sanitaires pour les rapprocher des populations, surtout dans les zones rurales.

Les différentes politiques et stratégies se sont inscrites dans le contexte d'engagements internationaux et de sommets mondiaux.

### **1.3.1.2. Engagements internationaux et Sommets mondiaux**

Dès 1985, le Niger a souscrit à la Déclaration de Lusaka et a adhéré à l'Initiative de Bamako prise en 1987 par le Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique en vue d'accélérer la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires au niveau des districts sanitaires. Ainsi, l'engagement de la communauté internationale pour l'amélioration de la santé et du bien-être social des populations, de survie, de protection et de développement de l'enfant est venu renforcer les options et politiques nationales en la matière. Il s'agit notamment de :

- La Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (1980-1990) adoptée par les Nations Unies en 1977 ;
- La Déclaration Mondiale en faveur de la Survie des Enfants en 1990 suivie par un Plan d'action National ;
- La Conférence Internationale sur la Nutrition tenue à Rome en 1992 ;
- La Conférence Internationale sur l'Eau et l'Environnement de janvier 1992 à Dubaï ;
- L'Initiative Afrique 2000, Dakar 1992 ; leur engagement au respect de la Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant, la Déclaration et le Plan d'Action du Sommet Mondial pour l'Enfant ;
- Le Consensus de Dakar en 1993 par lequel les signataires réaffirment la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant ;
- La Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Caire 1994 ;
- La Conférence ministérielle sur l'eau potable et l'assainissement environnemental (1994) ;
- La Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes à Pékin en 1995 ;
- La Conférence des Chefs d'Etat sur la Lutte contre le Paludisme à Abuja en 2000.

### **1.3.2 Analyse de situation**

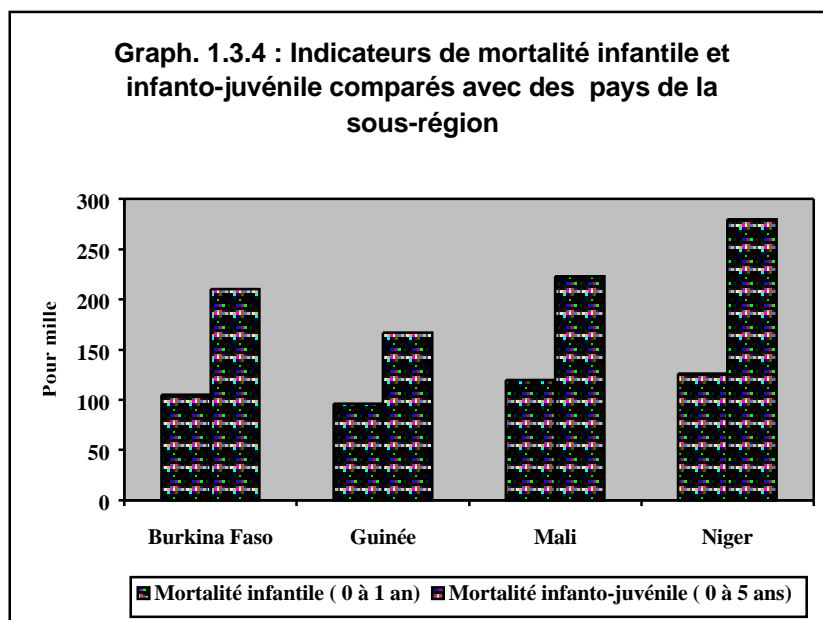
Les données sur l'état nutritionnel et la situation sanitaire des populations illustrent leur pauvreté et la précarité de leurs conditions de vie, surtout des femmes et des enfants en zones rurales. En dépit de la mise en œuvre des programmes sanitaires et de l'appui multiforme des partenaires au développement, les indicateurs de santé sont nettement en dessous des normes minimales et moyennes internationalement reconnues. Les populations rurales demeurent les plus défavorisées dont seulement 28% ont accès à une formation sanitaire de proximité à moins de 5km.

#### **1.3.2.1 La santé infantile et la couverture vaccinale**

L'état de santé des enfants reste caractérisé par une forte mortalité des moins de 5 ans de 280‰, une mortalité infantile de 126‰ et une mortalité infanto -juvénile de 274‰. Ces taux affichent une tendance à la baisse qui démontre que même dans un contexte de pauvreté aggravante, des résultats substantiels, certes insuffisants, sont possibles. Cela

est probablement lié à des facteurs critiques comme la vaccination de routine, les Journées Nationales de Vaccination (JNV), la distribution de Vitamine A depuis 1997, l'extension de la couverture sanitaire de 32% en 1994 à 48% en 1999 (SNIS) et l'amélioration de la gestion des centres de santé à travers l'Initiative de Bamako et la participation communautaire. A cela il faut ajouter l'intensification de la microplanification durant les JNV et le Journées Nationales de Micronutriments (JNM), qui a considérablement amélioré la capacité en matière de planification. Cependant, même si la coordination de l'assistance doit être améliorée, les efforts de plusieurs partenaires comme la Banque Mondiale, l'UNICEF, Global 2000, l'OMS, etc. pour améliorer les activités intégrées de vaccination plus résultent dans une meilleure supervision. Des résultats tangibles sont obtenus dans le domaine de l'éradication de la poliomyélite, du contrôle du paludisme, de la prévention d'autres maladies évitables à travers la vaccination, de la prévention et de l'éducation sur le VIH/SIDA. Mais, en même temps, des progrès substantiels n'ont pu être obtenus à cause de l'insuffisance des infrastructures et des ressources et des problèmes de mise en œuvre des programmes.

Les causes immédiates de mortalité chez les enfants sont surtout liées au paludisme, aux I.R.A, aux maladies diarrhéiques et aux maladies cibles du P.E.V. La toile de fond de la mortalité infantile reste la malnutrition.



Tab. 1.3.1 Les principales causes de la mortalité des enfants

Mortalité spécifique	<1 an	1-4 ans	5-14 ans	>=15 ans	Total	% décès
Paludisme	281	1064	319	490	2154	37.38
Pneumonie	171	248	56	314	789	13.69
Diarrhée et déshydratation	80	141	34	188	443	7.69
Rougeole	43	151	66	67	327	5.68
Méningite	28	90	152	155	424	7.36
Autres	172	268	117	1067	1624	28.18

Source: DSNIS/SG/MSP, 1999

Notons que le Niger est encore en transition épidémiologique; certaines maladies survenant de façon régulière chaque année, notamment la méningite méningococcique,

occurant en janvier – février, le choléra avec des flambées annuelles en septembre – octobre et les maladies infectieuses chroniques comme la tuberculose, la lèpre, le trachome.

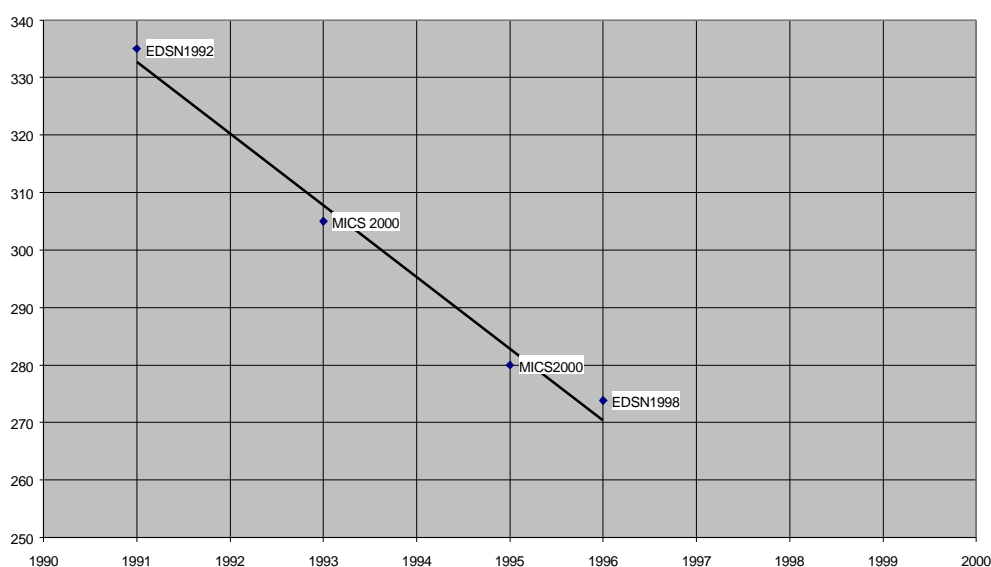
Le Niger possède les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile les plus élevés de la sous-région. mais il existe sur le plan interne des disparités entre les régions.

Il existe sur le plan interne des disparités entre les régions; c'est ainsi que la probabilité de décès avant le cinquième anniversaire est plus élevée chez les enfants ruraux que chez les urbains, 293‰ contre 168‰. Cependant on note une tendance à la baisse des mortalités infantile et infanto-juvénile: respectivement de 135‰ et 326‰ en 1992 à 126‰ à 274‰ en 2000.

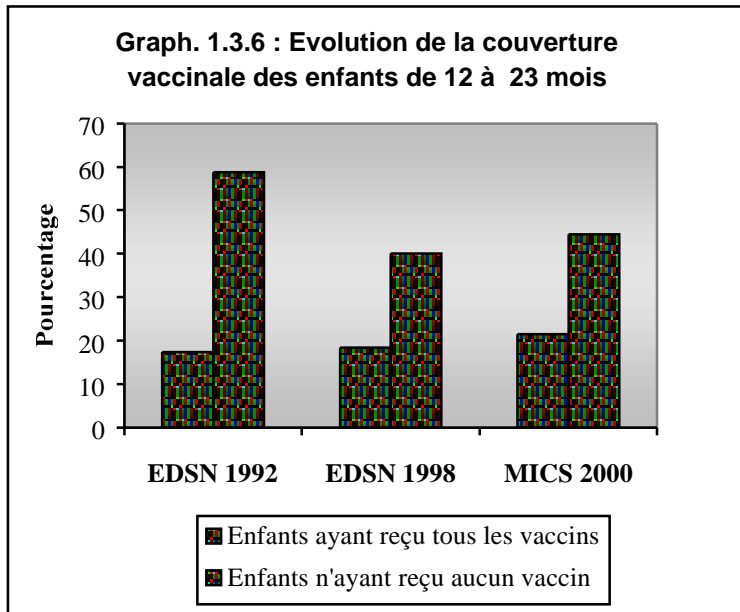
Tab. 1.3.2, graph. 1.3.5 : Analyse longitudinale de la mortalité infanto-juvénile de 1991 à 1996

Ind.	1991	1993	1995	1996
U5M (‰)	335.0	305.0	280.0	273.8

Source : UNICEF,2001



La couverture vaccinale a une très forte incidence sur la mortalité infantile et infanto-juvénile. Selon l'enquête démographique et de santé 1998, la couverture vaccinale chez les enfants de 0-5 ans a été très faible : seulement 18,4% des enfants avaient reçu toutes les vaccinations du P.E.V. Sur l'ensemble des enfants de 12-23 mois, 40% n'avaient reçu aucune des vaccinations du P.E.V., 34,9% des enfants avaient été vaccinés contre la rougeole, 24% pour la polio 3, 2% pour le DT COQ3, 47%, pour le B.C.G et 8,5% pour la fièvre jaune. Le taux de couverture vaccinale moyen de 18,4% cache des disparités entre zones rurales (15%) et zones urbaines (61%). Il apparaît ainsi une corrélation positive et forte entre le degré de pauvreté, le taux de couverture vaccinale et la mortalité infanto-juvénile. Les régions de Zinder et de Maradi qui ont les taux de couverture vaccinale les plus faibles respectivement de 10% et 14% enregistrent aussi les taux de mortalité infanto-juvénile les plus élevés.



Source: UNICEF,2001

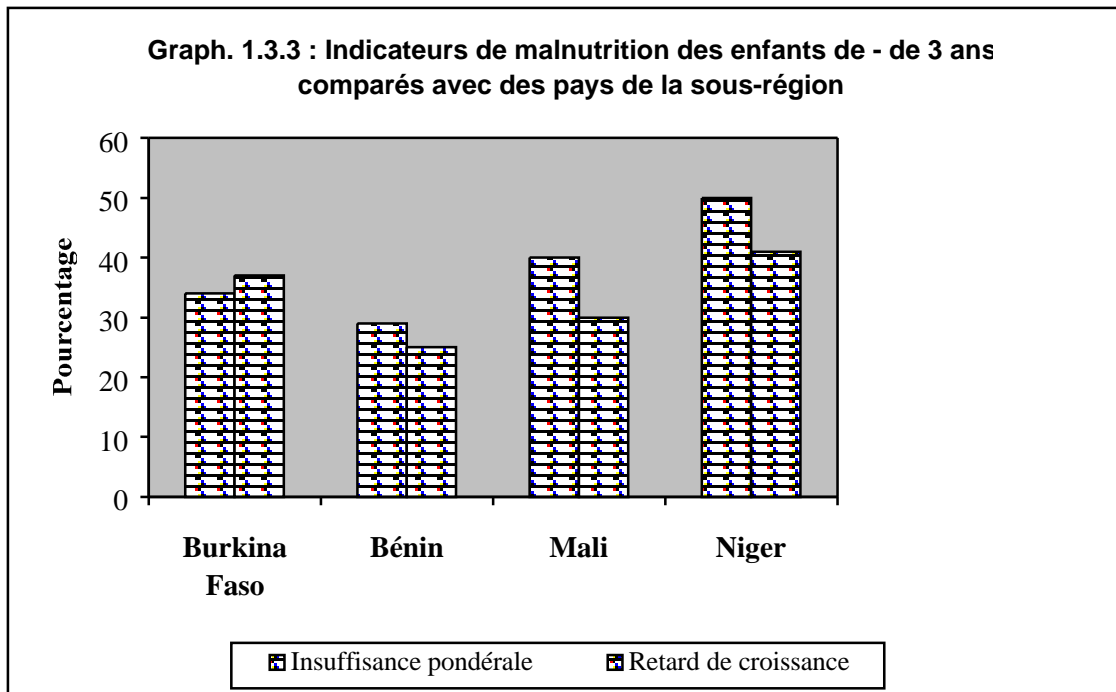
C'est pourquoi, l'amélioration de l'état de santé des enfants est recherchée à travers la mise en œuvre de plusieurs stratégies et programmes dont: La santé de la reproduction y compris la planification familiale ; la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies des Enfants (PCIME) ; et la mise en œuvre du Programme National pour la Survie, la Protection et le Développement de l'enfant. Ce vaste programme englobe plusieurs autres programmes ou composantes : Lutte contre les maladies diarrhéiques ; lutte contre les infections respiratoires aiguës ; lutte contre le paludisme ; lutte contre la malnutrition ; Programme Elargi de Vaccination ; Programme de lutte contre le VIH/SIDA et les MST ; et Planification familiale.

### 1.3.2.2 Malnutrition des enfants de 0 à 5ans

La malnutrition est une toile fonds et une cause aggravante de la mortalité infantile. Les différentes enquêtes et études de portée nationale ou régionale réalisées sont unanimes à souligner que l'état nutritionnel de la population est très préoccupant.

Le faible état nutritionnel des enfants en bas âge se traduit par le fait que 12% des nouveau-nés avaient un poids inférieur à 2,5kg à la naissance en 2000. Les différentes enquêtes et études de portée nationale ou régionale réalisées au Niger sont unanimes à souligner que l'état nutritionnel de la population est très préoccupant. Selon les données de l'EDS et MICS2000, la prévalence du retard modéré de croissance chez les enfants 0-5 ans est de 40% ; et du retard sévère de 19,5%. Près de 60% des enfants nigériens sont donc mal nourris.

L'analyse longitudinale du retard de croissance indique que la prévalence de la malnutrition a augmenté lors des dernières années : le niveau modéré, de 32% des enfants en 1992 à 40% en 2000 et le niveau sévère respectivement de 15% à 19,5%. Ces retards de croissance reflètent la malnutrition chronique et ses effets structurels sur l'évolution de l'enfant.



Selon le genre, le retard de croissance est légèrement plus accentué chez les garçons que les filles. Le taux est respectivement de 39,5% en 1998 et 39,4% en 2000 chez les filles contre 42,5% et 40% chez les garçons pour une moyenne nationale de 41% en 1998 et 40% en 2000.

Tab. 1.3.3 : Le retard de croissance chez les jeunes.

%	1998	2000	Garçon/Fille
Garçons	42.5	40.3	1.075
Filles	39.5	39.4	1.022
Moyenne	41.1	39.8	

Source : UNICEF, 2001

Cette inégalité filles/garçons tend à baisser car le ratio est passé de 1.075 en 1998 à 1.022 en 2000. Par contre, l'analyse spatiale montre des disparités importantes entre les régions, entre zones rurales (41,8%) et urbaines (26,4%)

Tab. 1.3.4 Analyse spatiale du retard de croissance (rc)

Ind.	Niger	Région									
		Urbai	Rural	Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Tillabéri	Tahoua	Zinder	Ny
rc	39.8	26.4	41.8	32.0	42.1	37.3	47.3	28.4	40.1	47.8	18.1

Source : UNICEF, 2001

L'analyse spatiale montre des disparités importantes entre les régions et entre zones urbaines et rurales.

De l'Enquête Démographique et de Santé 1992 à celle de 1998, on note une certaine recrudescence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans.

L'enquête MICS 2000 confirme que la malnutrition des enfants de moins de 5 ans demeure un problème fondamental au Niger. Environ 40% des enfants souffrent d'insuffisance pondérale et de retard de croissance.

Ces pourcentages placent le Niger en deçà de la moyenne en Afrique subsaharienne (32%). Ce taux est de 41% en milieu rural contre 30% en milieu urbain. Les régions dans lesquelles les enfants souffrent le plus de malnutrition sont dans l'ordre Diffa, Zinder et Maradi avec respectivement 49, 5 et 45% pour l'insuffisance pondérale et 43 et 48% pour le retard de croissance.

Les carences en micro – nutriments constitue également une cause aggravante de la mortalité infantile. Ainsi, l'avitaminose A a fait l'objet de nombreuses études et enquêtes. Les enfants déficients en vitamine sont plus susceptibles de décéder par maladies infectieuses, notamment par rougeole et diarrhée et de manifester des troubles de vue. L'enquête démographique et santé de 1992 a mis en évidence que 3% sur 2546 enfants âgés de 24 à 59 mois souffraient de cécité nocturne avec un taux relativement élevé dans le département de Dosso (7%), en milieu rural (3%) et chez les enfants dont la mère n'est pas instruite (3%) ou dont la mère est artisane (4%) ou agricultrice (4%). Pourtant, cela coûterait moins de 1000 CFA par enfant pour corriger cette déficience.

Les différentes études montrent bien que l'hypovitaminose constitue un problème de santé publique au Niger, les taux d'héméralopie constatés étant souvent supérieurs au seuil d'intervention de 1% retenu par l'OMS.

Les Troubles Dus à la Carence en Iode (T.D.C.I.) agissent également sur le bien-être des enfants: l'enquête nationale effectuée en 1994 par l'UNICEF et le ministère de la Santé sur une population scolaire de 8 933 élèves de 10 à 15 ans (5 681 garçons et 2 252 filles) a révélé une prévalence globale du goitre atteignant 36% (20% en 1999) avec un taux de goitre visible de 67%. La répartition de la prévalence par département (goitre total et goitre visible) et par arrondissement a permis de distinguer 2 zones au Niger : une zone à endémie goitreuse légère couvrant, à l'Ouest, la Communauté Urbaine de Niamey et le département de Tillabéri et à l'Est, les départements de Diffa et Zinder ; et une zone à endémie goitreuse modérée couvrant les départements de Dosso, de Maradi et de Tahoua. Sur la base de ces résultats, le Niger a mis en œuvre un plan National de lutte contre la carence iodée basé sur l'iodation universelle du sel alimentaire.

Concernant l'anémie et la carence en fer, il n'existe pas encore une enquête de prévalence d'envergure nationale en dehors des informations du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et des études parcellaires effectuées à Niamey. Il est envisagé d'en réaliser une au cours de l'année 2001.

En dehors des cas évoqués, les données sur d'autres carences spécifiques sont rares. Toutefois, on peut présager leur existence en raison de la couverture insuffisante des besoins relevée dans les résultats de l'enquête budget - consommation de 1989-1992 au niveau de certains nutriments notamment le calcium (54% à 85%), la vitamine B2 (66 à 95%) et la vitamine PP (90%).

Plusieurs des carences en micronutriments sont causées par l'insécurité alimentaire chronique des ménages, ce qui contribue également à la prévalence de la malnutrition (ref. section sur la sécurité alimentaire).

Pour résorber les différentes déficiences, plusieurs mesures ont été prises afin de garantir un apport adéquat d'aliments et de micro-nutriments. Dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel exclusif, plusieurs activités sont menées dont l'instauration des "hôpitaux amis des bébés". Les activités de surveillance nutritionnelle à base communautaire s'étendent progressivement, notamment avec l'appui de l'UNICEF. Au niveau des structures sanitaires et des ONG, la surveillance nutritionnelle et pondérale permet un suivi et une prise en charge des enfants de 0 à 5 ans.

### 1.3.2.3 Santé de la reproduction

Le taux de mortalité maternelle (700 pour 100.000 naissances vivantes) est très élevé, tandis que plusieurs femmes sont exposées à un haut risque obstétrical. La mortalité maternelle représente encore l'une des causes les plus importantes de décès chez les femmes en âge de procréer qui constituent 22% de la population totale (DSNIS/SG/MSP, 1999).

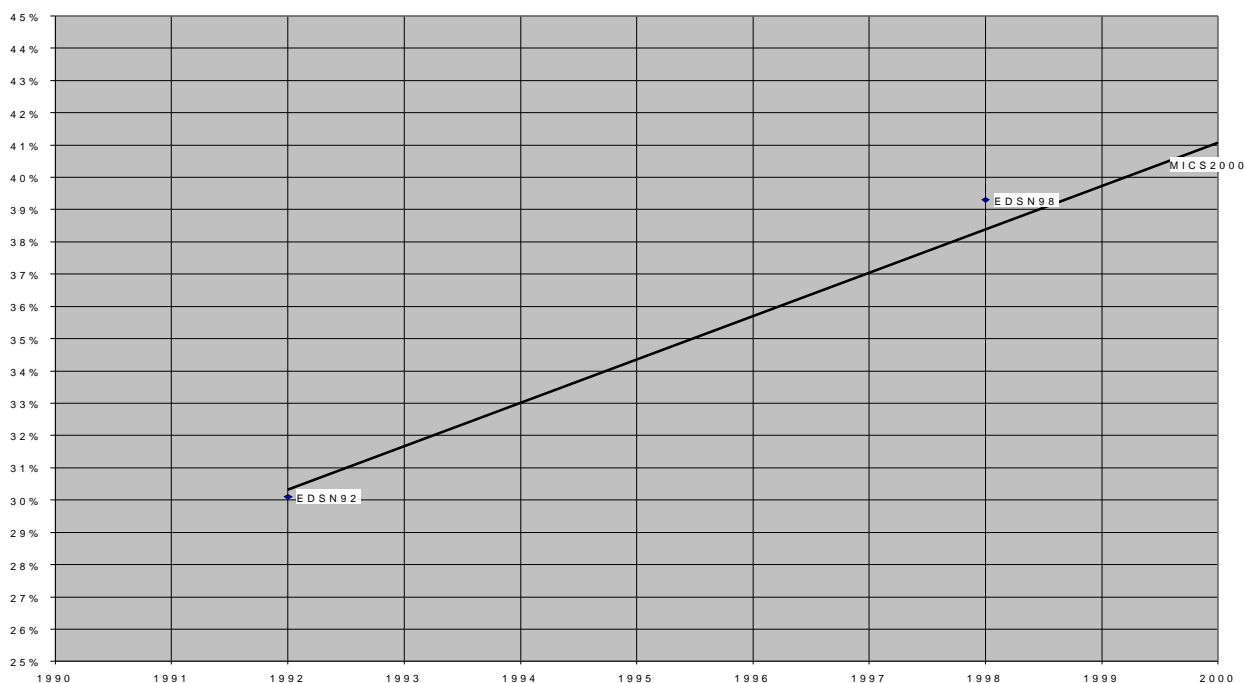
Selon les données disponibles qui proviennent des établissements hospitaliers la plupart des décès maternels connus sont de type direct et sont causés par : hémorragies, infections, hypertension artérielle, ou dystocies. Selon l'étude sur les soins obstétricaux essentiels, la fréquence des disproportions foeto-pelviennes est de 36,4% ; rupture utérine 20% ; présentation transverse 16,5% ; placenta praevia 14,9% ; hématome rétro placentaire 9,6%. Le facteur aggravant des décès maternels est l'anémie maternelle. Des décès indirects causés notamment par le paludisme, sont également enregistrés.

Les taux de couverture en consultation prénatale (CPN) et d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié sont respectivement de 40% et de 18%. La plupart des accouchements (81%) se déroulent à domicile seul ou avec l'assistance de matrone souvent non recyclée. Aussi, on enregistre de fortes disparités entre le taux moyen d'accouchement au niveau national (18%) et au niveau rural (8% seulement).

Les soins prénatals ont sensiblement augmenté durant la dernière décennie, passant de 30,1% en 1992 à 39,3% en 1998 et 40,4% en 2000, à la fois sur le plan national et au niveau des régions. Ils restent néanmoins excessivement faibles à Zinder (23%), accusent une disparité notable entre milieux urbain et rural (84% contre 35%), entre riches et pauvres (77% pour les plus riches et 29% pour les plus pauvres). Le ratio Pauvres/Riches est de 0,369, montrant ainsi une inégalité significative entre les femmes les plus pauvres et les plus riches. Ce ratio s'est amélioré de 0,292 en 1998 à 0,369 en 2000. L'indice de concentration (0,216) montre une concentration significative de l'inégalité, principalement due au quintile des plus riches.

Tab. 1.3.5, graph. 1.3.7 : Soins prénatals: Analyse Longitudinale de 1992 à 2000

Indicateur	1992	1998	2000
Soin prénatal (%)	30.1	39.3	40.4



Source : UNICEF, 2001

Tab. 1.3.6 : Analyse spatiale des soins prénatals

Ind.	Niger	Région									
		Urbain	Rural	Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Tillabéri	Tahoua	Zinder	Niamey
Soins	41.2	83.6	35.5	38.5	59.1	69.3	29.2	44.6	33.4	22.7	89.2

Source : UNICEF, 2001

Tab. 1.3. 7: Analyse des soins prénatals selon la richesse

Année	Quintiles					Moy. pop.	ratio P/R	Indice de concentration
	+ pauvres	2 <sup>nd</sup>	Moy	4 <sup>ème</sup>	+ riches			
1998	24.6	26.8	27.8	44.5	84.3	39.6	0.292	0.252
2000	28.6	23.4	38.3	35.3	77.4	41.2	0.369	0.216

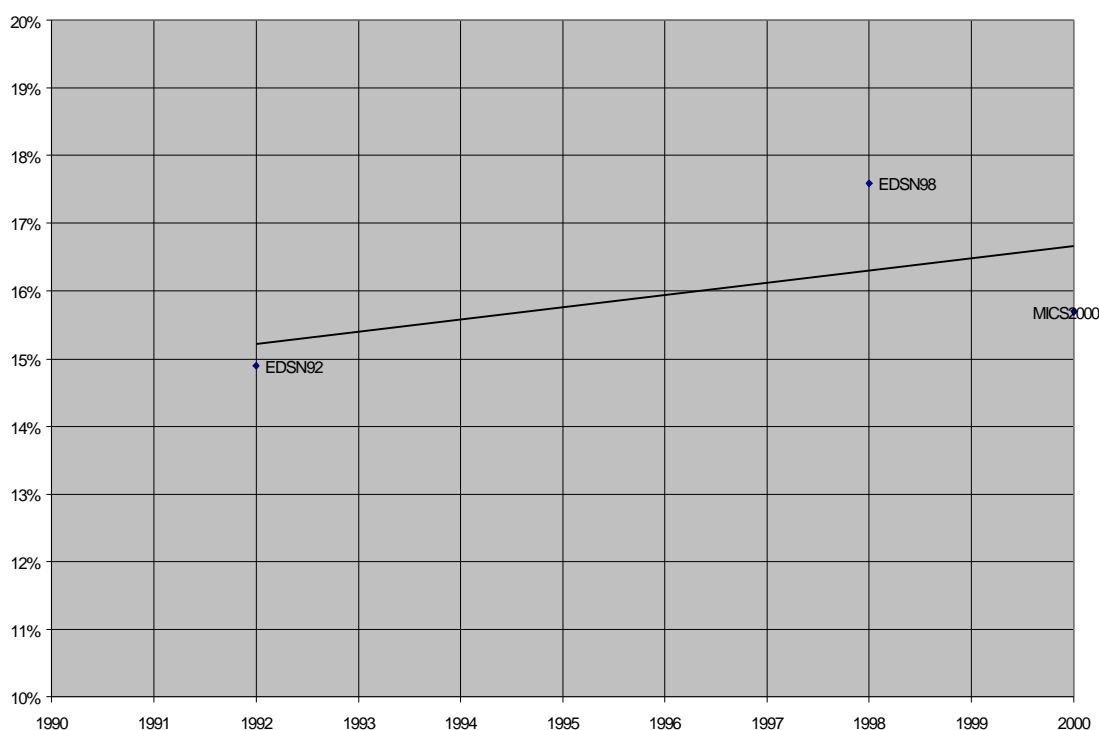
Source : UNICEF, 2001

Par ailleurs, seulement 29% des naissances ont fait l'objet de 3 visites prénatales ou plus. La couverture en VAT est de 34% avec une forte disparité entre milieu rural (28%) et milieu urbain (70%) ou d'une région à une autre : Maradi (25%), Tillabéry (40%). Quant à la consultation post natale seulement 24% des femmes ayant eu une naissance en ont bénéficié.

Tab. 1.3.8, graph. 1.3.10 : Analyse longitudinale des accouchements assistés

Années	1992	1998	2000
Accouchements assistés (%)	14.9	17.6	15.7

Source: UNICEF, 2001



Source : UNICEF,2001

Le taux d'accouchements assistés n'a pas évolué de manière significative depuis 10 ans, passant de 14,9% en 1992 à 17,6% en 1998, et 15,7 % en 2000, en partie grâce à l'explosion démographique et à l'augmentation de la demande. Il demeure extrêmement faible dans des régions comme Zinder, Tahoua et Maradi, considérées comme les plus traditionalistes du Niger et où il va falloir intensifier, voire radicaliser les campagnes de sensibilisation pour convaincre les hommes de laisser les femmes accouchées dans un centre sanitaire. Les disparités régionales, de milieu, de richesse et de niveau d'instruction sont également observées.

Tab. 1.3.9 : Analyse spatiale des accouchements assistés

Ind. acc	Niger	Région									
		Urbain	Rural	Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Tillabéri	Tahoua	Zinder	Niamey
	15.7	64.7	9.7	21.3	43.0	16.3	13.9	15.9	8.9	3.7	77.7

Tab. 1.3.10 : Accouchements assistés selon la richesse

Année	Quintiles					Moy. pop.	Ratio P/R	Ind. de concent.
	+ Pauvre	2nd	Moy	4 <sup>ème</sup>	+ Riche			
1998	4.2	7.1	7.6	15.5	62.8	17.6	0.067	0.51082
2000	7.2	8.5	5.4	8.0	49.9	15.7	0.145	0.429

Tab. 1.3.11: Accouchements assistés selon le degré d'instruction des mères

Année	Niveau d'éducation			Moy. pop.	Ratio Mauvaise/Bonne educ.
	Aucune	Primaire	Secondaire		
1998	13.8	38.5	68.5	17.6	0.201
2000	12.0	32.7	75.4	15.7	0.159

Source : Tab.1.3.9-11, UNICEF,2001

Il apparaît clairement des tableaux ci-dessus que ce sont les plus pauvres qui bénéficient le moins des accouchements assistés. Il y a lieu donc de développer des stratégies alternatives pour faciliter l'accès des plus pauvres à ce genre de services.

La couverture en soins obstétricaux essentiels est très faible et elle explique en partie les forts taux de mortalité maternelle. Le déficit en interventions obstétricales majeures (I.O.M) pour indication maternelle absolue est de 72%. Ce taux de déficit diffère d'un département à un autre : Agadez (82%), Diffa (78%), Dosse (83%), Maradi (71%), Tahoua (71%), Tillabéry (84%), Zinder (74%). Seule la commune de Niamey présente des niveaux plus faibles (25%). Dans tout le pays les interventions obstétricales ne se faisaient que dans 14 formations sanitaires dont uniquement 4 hôpitaux de district.

La césarienne représente la principale intervention (76,6%) suivie de loin par la laparotomie (9,4%). Dans tout le pays les interventions obstétricales ne se faisaient que dans 14 formations sanitaires dont uniquement 4 hôpitaux de district.

D'autres indicateurs tels que l'indice de fécondité de 7,5 enfants par femme, l'âge moyen au premier mariage à 15,1 ans chez la fille, 22,5 ans chez le garçon, l'âge de la première grossesse et un intervalle inter génésique inférieur à deux ans dans 25% des cas (32% seulement des enfants sont nés 3 ans ou plus après leurs aînés) placent le Niger parmi les pays à risque génésique élevé. La maternité précoce continue de faire obstacle à l'amélioration du niveau d'éducation et du statut économique et social des femmes. A ceci s'ajoutent la surcharge de travail, les complications des avortements clandestins, le faible espacement des naissances et les nombreuses pratiques traditionnelles néfastes (excision, mariage précoce, tabous alimentaires, claustration).

En matière de planification familiale les populations nigériennes ont un comportement pronataliste lié au prestige et à la satisfaction économique que procure une descendance nombreuse. Pendant longtemps les questions liées à la planification des naissances ont été considérées comme un sujet tabou.

Le niveau de connaissance contraceptive est élevé, mais avec des disparités selon le sexe. Il est passé de 58 % chez la femme et 74% chez les hommes en 1992 à respectivement 80% et 91% pour l'ensemble des méthodes en 1998. Quant aux méthodes modernes ce niveau de connaissance est passé de 58% à 75% chez les femmes et de 75% à 90% chez les hommes. La planification familiale est pratiquée par seulement 7% des femmes de 15-19 ans, 22,2% de celles de 20-24 ans, 23,7% des 24-29, 27% des 30-34 ans, 17,5% des 40-44 ans et 13% des 45 à 49 ans, tandis que la prévalence contraceptive est passée de 4,4% en 1992 à 8% en 1998. Mais uniquement 33% de la demande potentielle totale en planification familiale chez les femmes en union est satisfaite.

Selon l'étude sur les IMA et IOM, le taux de mortalité péri natal est de 34,7%. Dans 9 formations sanitaires sur les 14 on enregistre un taux supérieur ou égal à 40% et 5 formations sanitaires sur les 14 ont une mortalité périnatale supérieure à 50%. Il convient de mentionner que les besoins des adolescentes en tant que groupe ne sont même pas pris en charge par les services compétents, elles qui courent un plus grand risque de complication de la grossesse, plus que les femmes âgées de 20 à 30 ans quelle que soit leur situation matrimoniale.

Leur problème de PF et de sexualité ne sont pas suffisamment pris en charge. Les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité globale des femmes et une femme de 25-49 ans sur deux a eu sa première naissance avant l'âge de

18 ans. La précocité du mariage (15,1 ans), la précocité des rapports sexuels et la faible utilisation des méthodes contraceptives (1,3%) chez les adolescentes de 15 à 19 ans exposent les jeunes et les adolescentes à des grossesses précoces (43% chez les adolescentes de 15-19 ans) et sont autant d'éléments qui concourent à la fragilisation de l'état de santé de la femme.

Des facteurs socioculturels pèsent également sur la santé de la mère et de l'enfant. Ainsi, des indicateurs tels que l'indice de fécondité, l'âge moyen au premier mariage, l'âge de la première grossesse et l'intervalle inter génésique qui est inférieur à deux ans dans 25% des cas (32% seulement des enfants sont nés 3 ans ou plus après leurs aînés) placent le Niger parmi les pays à risque génésique élevé. La maternité précoce continue de faire obstacle à l'amélioration du niveau d'éducation et du statut économique et social des femmes. A ceci s'ajoutent la surcharge de travail, les complications des avortements clandestins, le faible espacement des naissances et les nombreuses pratiques traditionnelles néfastes (excision, mariage précoce, tabous alimentaires, claustration).

En matière de planification familiale les populations nigériennes ont un comportement pro-nataliste lié au prestige et à la satisfaction économique que procure une descendance nombreuse. Pendant longtemps les questions liées à la planification des naissances ont été considérées comme un sujet tabou. La faible prévalence de l'utilisation des contraceptives contraste avec le niveau élevé de connaissance contraceptive au Niger avec des disparités selon le sexe. Ceci prouve que, d'un part, l'accès des femmes à l'information reste inférieur à celui des hommes ; et d'autre part, les connaissances à seules ne suffisent pas pour l'adoption de nouveaux comportements reproductifs, « contraires » aux valeurs traditionnelles sociales.

La précocité du mariage et des rapports sexuels et la faible utilisation des méthodes contraceptives chez les adolescentes de 15 à 19 ans exposent les jeunes et les adolescentes à des grossesses précoces (43% chez les adolescentes de 15-19 ans) à risque obstétrical élevé.

De nombreux tabous sont également liés à l'utilisation des services de santé maternelle. Les traditions veulent que la femme, pendant la grossesse, ait un comportement austère, réservé et retenu. Les coutumes font la distinction entre le travail et l'accouchement normal, non assisté et celui assisté par les cadres de santé, qui dans certains milieux est non souhaité. L'explication de ces croyances fait appel à des facteurs supranaturels. La nutrition infantile est elle aussi sujet à des nombreux tabous. Beaucoup de croyances tournent aussi autour du « mauvais lait » maternel, empêchant ainsi l'allaitement maternel exclusif. D'autre tabous interdisent par exemple la consommation du lait de vache ou de chèvre par les jeunes enfants après le sevrage. Le personnel de santé est souvent lui-même sous l'emprise des mêmes croyances, ne jouant ainsi plus son rôle de communicateur et facteur de changement de comportements.

Le taux d'analphabétisme des femmes, le faible taux de scolarisation des filles, l'absence des moyens et de supports de communication adaptés, contribuent également à perpétuer les tabous et la désinformation. Ceci s'ajoute au statut social défavorable de la femme, à sa marginalisation par rapport à la prise de décision et au contrôle des ressources, y compris sur l'utilisation des services de santé.

Il convient de signaler que l'accessibilité physique des formations sanitaires de base est réduite. En effet, 60% de la population habite à plus de 5 km des centres de santé.

#### 1.3.2.4 VIH/SIDA

L'OMS a estimé en juin 1998 à près de 65 000 le nombre de personnes infectées par le VIH au Niger. Sur le plan épidémiologique, l'expansion de la pandémie continue dangereusement. En 1999, 940 nouveaux cas ont été enregistrés dans les formations sanitaires du pays et 1014 nouveaux séropositifs notifiés en 2000 dans 6 régions sur les 8 que compte le Niger, ce qui porte à 5598 le nombre de cas cumulés recensés depuis le début de l'épidémie.

La Communauté Urbaine de Niamey a notifié la plupart des cas ces douze dernières années (2567 soit 56%) car l'Hôpital National qu'elle abrite est pratiquement le seul dont les tests de première intention sont confirmés, les autres structures sanitaires se cantonnant essentiellement à assurer la sécurité transfusionnelle. D'autre part, on remarque que le nombre de nouveaux cas dépistés à Niamey en 1999 a augmenté de 109% par rapport à l'année précédente alors que ceux de Tahoua ont augmenté de 168% au cours de la même période.

Selon l'ONUSIDA, le taux d'infection se situe aux environs de 1,4% en 1999. Ce qui est nettement en dessous de la réalité car le taux est estimé à 5%.

Tab. 1.3.12 : Estimation par EPIMODEL2 (O.M.S.) de l'évolution du VIH/SIDA au Niger, juin 1998

Nombre estimatif d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA au Niger à la fin de l'année 1997	Adultes et enfants : 65 000 * Femmes (15-49 ans) : 31 000 * Enfants (0-15 ans) : 3 500
Nombre estimatif de cas de SIDA chez les enfants et les adultes depuis le début de l'épidémie (nombre cumulatif de cas de SIDA)	27 000
Nombre estimatif de décès chez les enfants et les adultes dus au SIDA depuis le début de l'épidémie (nombre cumulatif des décès)	25 000
Nombre estimatif d'enfants de moins de 15 ans ayant perdu mère ou deux parents depuis le début de l'épidémie (cumul d'orphelins)	20 000

Source : PNLS/MST - Service Epidémiologie 2000

D'après cette estimation, 34 500 femmes et enfants sont devenus séropositifs entre 1987 et 1998 soit 53% du nombre total de sujets contaminés. Parmi eux, 27 000 (41,5%) sont atteints de SIDA.

Dès le dépistage des premiers cas de SIDA, un cadre institutionnel et organisationnel a été mis en place et un Programme National de Lutte contre le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles (PNLS/MST) a été mis en œuvre. Il est actuellement rattaché au Cabinet de la Présidence de la République.

Le premier Plan à Court Terme (PCT) élaboré en 1987 avait pour objectifs de mettre en place des équipements de laboratoire, de sensibiliser et former le personnel médical et

paramédical, de mener des enquêtes sérologiques de surveillance épidémiologique et de reproduire et distribuer du matériel d'Education pour la Santé.

Ensuite, sont intervenus le Plan à Moyen Terme et le plan quinquennal 1993-1998 dont les objectifs sont : la prévention de la transmission sexuelle du VIH, la prévention de la transmission sanguine, la prévention de la transmission périnatale, la réduction de l'impact sur la santé des séropositifs et des malades du SIDA, la réduction de l'impact socio-économique, la surveillance épidémiologique, la sécurité de la transfusion sanguine et la promotion de la recherche.

Les enquêtes révèlent que la connaissance du VIH/SIDA et des moyens de protection présente des disparités entre les groupes des femmes les plus riches et les plus pauvres. Pour la première catégorie, les taux sont respectivement de 91% et 58% et pour la seconde de 69% et 37%.

Sur la base des recommandations de l'ONUSIDA, le Niger s'est engagé dans un processus de Planification Stratégique qui doit aboutir à l'élaboration d'un troisième PMT multisectoriel et décentralisé. L'objet de ce programme est de réaliser une analyse de la situation et de la réponse au VIH/SIDA dans le pays en vue de redéfinir les axes stratégiques pertinents et adaptés au contexte socio-économique et culturel.

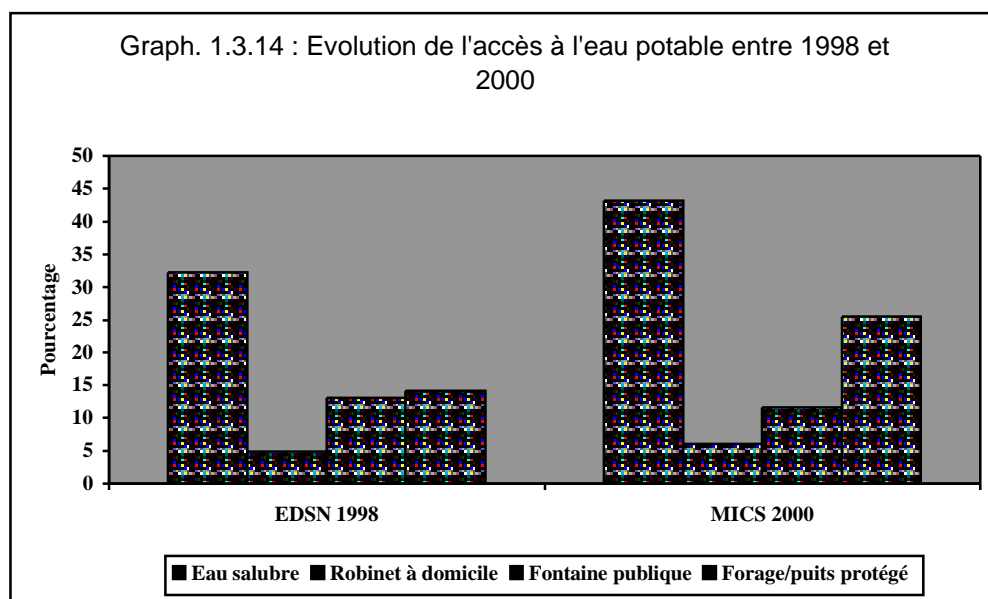
Tout ceci vise à souligner que le VIH/SIDA apparaît aujourd'hui comme la plus importante menace à l'atteinte des droits des enfants et des femmes au Niger, même dans les régions où la prévalence est encore faible. Dans ce contexte, la rationalité de la réponse du Niger au VIH/SIDA est basée non seulement sur une appréciation de la menace que le VIH/SIDA constitue pour les enfants, mais également sur la reconnaissance que l'infection du VIH est évitable et que des stratégies efficaces existent pour arrêter l'épidémie et fournir soins, protection et appui à ceux qui sont infectés et affectés. Seulement, le défi à moyen terme est de continuer à mobiliser le leadership, l'engagement, la participation populaire et les ressources afin d'appuyer et de renforcer les capacités des individus, familles, communautés et du pays à prévenir l'infection du VIH et d'assurer la protection et les soins aux enfants et les adolescents affectés et infectés par le VIH et le SIDA. Cela passera d'abord par une évaluation désagrégée genre et âge et une analyse de la situation du VIH/SIDA et son impact actuel ou potentiel sur les enfants et les adolescents; puis par le développement de stratégies et d'actions pour répondre aux besoins spécifiques du genre et des groupes d'âge; pour réduire le risque et la vulnérabilité des adolescents, avec un accent particulier sur la vulnérabilité des filles; pour assurer la protection et les soins aux enfants orphelins ou devenus vulnérables à cause du VIH/SIDA; et pour prévenir la transmission parent-enfant du VIH.

C'est dans cet esprit que le Programme National de Lutte contre le Sida, a élaboré des plans d'action qui visent à résoudre les problèmes cruciaux, notamment l'approvisionnement du pays en préservatifs et leur distribution sur l'ensemble du territoire à travers un système de marketing social, la réalisation d'enquêtes épidémiologiques de séroprévalence du VIH chez les groupes vulnérables, l'approvisionnement du pays en réactifs pour permettre la promotion du dépistage volontaire, la mise en place d'un cadre juridique régissant les droits et devoirs des personnes vivant avec le VIH, des orphelins du SIDA et du personnel de santé, la formation du personnel en prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH et la formation décentralisée en prise en charge syndromique des IST.

### 1.3.2.5 Accès à l'eau potable

Dans un pays sahélien et en grande partie désertique comme le Niger, l'eau constitue la ressource fondamentale et essentielle pour la survie des personnes, l'alimentation des animaux, la production agricole, et conditionne la valorisation des autres ressources et tout le processus du développement.

L'enquête MICS 2000 montre que seuls 43% des nigériens ont accès à l'eau potable. Ce taux est de 81% en zone urbaine contre seulement 36% en zone rurale. Dans certaines régions, le pourcentage des populations qui ont accès à l'eau potable est inférieur ou égal à la moyenne observée en milieu rural. Il s'agit de Dosso, Tillabéri et Diffa avec respectivement 34%, 35% et 36%. On estime que 6% seulement des ménages nigériens disposent d'un robinet privé tandis que 52% continuent à s'approvisionner à partir des autres points d'eau modernes. C'est également un autre défi que le pays doit relever lorsqu'on sait que les maladies hydriques continuent à être des causes sérieuses de décès et de handicaps affectant la capacité de travail des hommes et le développement des enfants.



### 1.3.2.6 Assainissement

L'évaluation finale de la Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (DIEPA) a révélé que seulement 4% de la population rurale avaient accès à un assainissement satisfaisant contre 69% en milieu urbain.

Malgré les efforts des pouvoirs publics, de la société civile et des partenaires au développement pour promouvoir l'hygiène et l'assainissement en tant que partie intégrante des soins de santé primaires, les résultats restent encore en dessous des espérances. En effet, le taux de couverture en évacuation des excréta (accès à des toilettes) n'est que de 18%. Ce taux dissimule des disparités énormes entre zones urbaines et rurales. En zone urbaine, 75% des ménages disposent d'un système de traitement des excréments contre seulement 7% en zone rurale. Dans la ville de Niamey, 84% des ménages disposent d'un tel système. Selon la NIGETIP, le taux de couverture des communes du Niger en caniveaux est estimé à 10%, taux nettement insuffisant au regard des liens qui existent entre le déficit d'assainissement, l'insalubrité et les maladies hydriques.

### **1.3.2.7 Politiques et Programmes**

A partir des années 1990, le Niger a entrepris la réforme de sa politique de développement sanitaire en y intégrant les stratégies et les politiques adoptées par les conférences internationales et les sommets mondiaux. Le Ministère de la Santé Publique a élaboré avec l'appui des partenaires au développement, un plan de développement sanitaire 1994-2000 suivi par la Déclaration de politique sectorielle de santé et la politique pharmaceutique Nationale qui ont servi de fil conducteur à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets et programmes. Inspirés par les déclarations et sommets mondiaux, ces programmes et projets sont des composantes du plan de Développement Sanitaire 1994-2000 dont les objectifs sont :

- Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant y compris la Planification Familiale afin de réduire le taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile ;
- Asseoir une véritable politique de médicaments essentiels, de laboratoires, de médecine et pharmacopée traditionnelle ;
- Accroître les investissements en matière d'infrastructures sanitaires, de matériels, d'équipements et de ressources humaines ;
- Etablir un équilibre entre l'accroissement démographique et les ressources allouées au secteur sanitaire ;
- Mettre en place un système de gestion efficace des ressources ;
- Promouvoir l'hygiène du milieu ;
- Promouvoir l'Education Pour la Santé ;
- Promouvoir de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
- Mettre en place un système de gestion de la participation communautaire et des aides extérieures ;
- Améliorer la gestion des programmes sanitaires.

Des documents de stratégies ont été élaborés : Stratégie I.E.C. en matière de santé de la Reproduction et de Planification familiale ; Stratégie de Prise en Charge Intégrée des maladies de l'enfant ; Stratégie pour la Gestion des préservatifs ; et des Projets et Programmes ont été mis en œuvre avec l'appui des partenaires au développement. Un deuxième programme décennal 2001–2010 est en cours de préparation.

### **1.3.2.8 Organisation et gestion**

Le système de santé est structuré en trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique pour favoriser la déconcentration et la décentralisation des infrastructures sanitaires. Les outils de gestion mis en place sont le système national d'information sanitaire (SNIS) et le système de gestion financière. Les ressources humaines sont constituées de 5981 agents représentant les effectifs les plus élevés de la Fonction Publique après ceux de l'Education. Ces effectifs comprennent 73,6% de fonctionnaires et 26,4% d'auxiliaires. L'analyse de la gestion du personnel fait ressortir des dysfonctionnements : déséquilibre entre les villes et les campagnes, entre les hôpitaux et les structures de district sanitaire. En effet, 65% des fonctionnaires et 72% des auxiliaires de l'administration sanitaire travaillent dans les 7 chefs lieux de départements où réside moins de 25% de la population ; 31% des agents du Ministère de la Santé travaillent dans les hôpitaux ; La ville de Niamey emploie à elle seule plus de la moitié des agents affectés à l'ensemble des hôpitaux du pays. Cependant, il existe une grave pénurie de personnel qualifié et en quantité suffisante à tous les niveaux pour faire face à la demande croissante en services de santé, notamment en milieu rural. Néanmoins, les curriculums des écoles de formation sont continuellement ajustés tandis que le recrutement du

personnel est extrêmement dépendant des allocations budgétaires. L'offre de services et l'absorption du personnel par le secteur privé restent encore à évaluer.

Les infrastructures sont étagées en trois niveaux : le District Sanitaire, les centres hospitaliers départementaux (CHD) et les Hôpitaux Nationaux. En 1999, il existait 417 centres de santé intégrés (CSI), 42 hôpitaux de district (HD), 5 centres hospitaliers départementaux (CHD), 3 maternités de référence et 3 hôpitaux nationaux (HN). Les Infrastructures privées sont classées en plusieurs catégories : hôpitaux, cliniques, cabinets et salles de soins, pharmacies et dépôts de médicaments. Sur la base de ces données et de l'évolution démographique, le nombre d'habitants pour une formation sanitaire publique (CSI, HD) est de 22013 en moyenne en 1999 contre 26598 habitants en 1992. Ceci souligne que malgré quelques progrès enregistrés ça et là, des écarts importants sont notés par rapport aux normes sanitaires internationales.

Les ressources financières sont analysées à travers les dotations aux budgets de fonctionnement et d'investissement. De 1994 à 2000, le budget du Ministère de la santé a représenté en moyenne 5,5% du budget de fonctionnement de l'Etat, largement en deçà de l'objectif des 10%. En moyenne 13,4% des ressources d'investissement ont été consacrées au secteur de la santé sur la période 1994-2000. Le volet Trésor y a représenté en moyenne 6,43%. Les dépenses du secteur de la santé ont ainsi représenté en moyenne 2% du PIB sur la période sous revue.

Les ressources allouées par l'Etat au secteur santé s'avèrent insuffisantes par rapport à l'ampleur des problèmes de santé. Comme il ressort de l'étude sur l'Initiative 20/20 (UNICEF, 1997), les dépenses sociales sont insuffisantes pour avoir une réelle incidence sur le développement. Globalement, la part des dépenses publiques affectées aux secteurs sociaux (30%) est inférieure au minimum estimé nécessaire (40%). Le ratio dépenses sociales/PIB qui a atteint en moyenne seulement 6% de 1985 à 1993, est également insuffisant.

Pour la santé, les dépenses publiques ont varié pendant la même période entre 9.6 et 17.6 Mds FCFA, avec une valeur moyenne par habitant de 1250 FCFA. Les dépenses affectées au secteur non-hospitalier (pour la plupart, des services de santé de base (SSB)) représentaient entre 50 et 70% des dépenses publiques de santé. Cependant, les dépenses moyennes de santé primaire par habitant, qui s'élèvent pendant la même période à 800 FCFA, sont loin des optimums recommandés. En effet, pour couvrir les besoins, la valeur du paquet minimum des soins de santé primaires devrait s'élever à environ 15 dollars par habitant, dont 3 dollars pour les médicaments essentiels. Le gap de financement devrait donc être couvert par la mobilisation des ressources des autres secteurs et par l'aide publique au développement.

En ce qui concerne l'équité de la dépense publique de santé, la même étude, en s'appuyant sur les données de l'enquête budget – consommation, a montré que, malgré les faibles montants alloués à la santé, l'incidence globale des dépenses publiques sur la pauvreté est de type progressif. Cependant, le constat global cache des disparités, comme le montre le tableau ci-après :

Tab. 1.3.13 : Incidence des dépenses publiques sur les pauvres.

Catégories de revenus	Incidence des (1) dépenses publiques	Incidence de la pauvreté (2)	Nature incidence (1)-(2)
Très pauvres	35%	34%	Progressive
Pauvres	34,5%	29%	Progressive
Non pauvres	30,4%	37%	Régressive
URBAIN			
Très pauvres	28,9%	26%	Progressive
Pauvres	34,2%	26%	Progressive
Non pauvres	36,8%	48%	Régressive
RURAL			
Très pauvres	34,4%	36%	Régressive
Pauvres	34,9%	30%	Progressive
Non pauvres	30,6%	34%	Régressive

En effet, l'incidence des dépenses publiques est moins importante sur la catégorie des pauvres que sur la catégorie des plus pauvres. En milieu rural on assiste à la tendance négative régressive ; les plus pauvres profitent le moins des dépenses publiques de santé. Il s'agit d'un défi majeur que la politique sanitaire doit corriger à la fois pour des raisons politiques que d'équité et de stratégie programmatique, notamment lorsqu'il s'agit de cibler les plus pauvres en leur facilitant l'accès à certains services essentiels et vitaux comme la santé, l'éducation, l'accès à l'eau potable et le micro-crédit afin de les aider à briser le cercle de pauvreté.

En conclusion, le niveau de la couverture actuelle des principales interventions de santé publique est le résultat de l'adoption par le pays depuis 1993 de la stratégie des soins de santé primaires, visant l'offre d'un paquet minimum de soins de santé préventives, curatives et promotionnelles, au niveau des formations sanitaires de base, en même temps que la décentralisation du système de santé et la mise en place des districts sanitaires.

Les formations sanitaires de base – Centres de Santé Intégrés de type I et II – offrent des services préventifs : vaccination, consultations de nourrissons, consultations prénatales, accouchements, ainsi que la prise en charge des principales pathologies et des activités promotionnelles (éducation pour la santé, promotion allaitement maternel). La plupart des frais de fonctionnement des formations, notamment le coût des médicaments essentiels, sont supportés par les populations à travers le système de recouvrement des coûts (paiement forfaitaire de l'épisode – maladie). Les communautés sont également impliquées dans la gestion et le contrôle des formations sanitaires de base, par le biais des structures communautaires de participation (comité de gestion ; comité de santé) qui sont des organismes statutaires.

L'Initiative de Bamako a permis dans une première phase d'assurer la disponibilité du médicament essentiel à un coût relativement abordable pour une bonne partie de la population. Elle a augmenté l'utilisation des services de soins de santé primaire et de la couverture de certaines interventions. Cependant, des freins subsistent à la réalisation de l'accès universel à des services de santé de qualité, acceptables et abordables, notamment :

- La qualité des services de santé: malgré des améliorations considérables apportées par certains projets pilote, celle-ci est encore insuffisante, quel que soit le milieu et le niveau. Il s'agit notamment de la qualité de l'accueil, de l'examen, ainsi que de la prise en charge de façon globale du patient. La communication interpersonnelle et

l'éducation pour la santé sont encore incapables d'apporter une réponse efficace aux causes structurelles comme les pesanteurs socioculturelles et les pratiques néfastes pour la survie et la santé de l'enfant et de la femme;

- l'accessibilité financière des services de santé qui mérite d'être mieux documentée. Si certaines interventions, comme la vaccination, sont gratuites, d'autres sont encore peu accessibles financièrement pour les utilisateurs. Les études préliminaires à l'introduction du recouvrement des coûts ont montré que la « fourchette d'acceptabilité » par la population du paiement des actes de santé du paquet minimum d'activités était comprise entre 350 - 500 FCFA, alors que les tarifs actuels institutionnalisés varient de 500 à 900 FCFA. Les tarifs des services préventifs, comme la consultation prénatale, sont parfois très proches des actes curatifs, ce qui décourage leur utilisation, favorisant l'approche curative. Les soins hospitaliers au niveau de l'hôpital de district étant dans leur quasitotalité payants, l'accessibilité est d'autant plus réduite;
- L'identification des stratégies pour atteindre les populations éloignées. En l'absence d'infrastructures suffisantes de santé et compte tenu des particularités géo-démographiques du Niger, le système de santé doit être en mesure de délivrer des services du paquet minimum en stratégie avancée et mobile. Cette approche qui est utilisée pour les services de vaccination, est encore très peu répandue pour les autres activités de santé maternelle et infantile;
- La participation et l'habilitation communautaire. L'adoption de l'Initiative de Bamako a comporté la mise en place de structures de participation communautaire qui ont un rôle important dans la gestion des centres de santé et la pérennisation des acquis. Les comités de santé sont opérationnelles dans la quasitotalité des centres de santé. Cependant, on constate que la participation des femmes et des jeunes, dans les structures de gestion communautaire, n'est que sporadique. Un autre défi de la participation communautaire qui nécessite à être relevé dans le contexte actuel est celui d'identifier les plus démunis, les exclus de la communauté, et leur rendre l'accès à un minimum de soins à travers la solidarité communautaire;
- Le rôle des agents de santé communautaire. Traditionnellement, le développement des soins de santé primaires et l'Initiative de Bamako supposent l'existence de relais communautaires, comme les agents de santé communautaires, les accoucheuses traditionnelles, etc. Au Niger, face à la prévalence élevée de la malnutrition infantile, on a mis en place dans certaines zones rurales des équipes villageoises de promotion de la croissance. Pourtant, il n'existe pas de systèmes de distribution communautaire des différentes fournitures – contraceptifs, moustiquaires, préservatifs, etc. Le rôle des agents communautaires nécessite d'être renforcé notamment sur le plan de la communication pour le changement et l'adaptation des comportements au niveau des communautés.

Il convient de signaler que, en dehors du renforcement du système de santé et de la couverture des interventions de routine, le Niger a privilégié également l'organisation des actions de santé publique de masse. Depuis 1995 sont organisées des Journées Nationales de Vaccination contre la poliomyélite, répondant ainsi à l'objectif mondial d'éradication de cette maladie en 2005. Durant les JNV sont également administrées des capsules de vitamine A aux enfants 6-59 mois et des comprimés de Fer et acide folique aux femmes enceintes ou après l'accouchement. Si les taux de couverture de ces interventions ont atteint 100%, la persistance des cas de poliomyélite à virus sauvage (7 cas en 2001) montre qu'il persiste encore des failles, tant logistiques que de communication et mobilisation sociale.

### 1.3.2.9 Analyse des causes des problèmes de santé

A la lumière des discussions ci-dessus, les problèmes identifiés de santé peuvent être classés en quatre (4) grands groupes.

1. Problèmes liés à l'état de santé : Forte mortalité due au paludisme, aux IRA et aux maladies diarrhéiques ; persistance des maladies à potentiel épidémiologique comme la rougeole ; taux élevé de mortalité infantile, infanto- juvénile et maternelle ; et taux de malnutrition protéino-énergétique élevé chez les enfants de moins de 3 ans ; insécurité alimentaire et pauvreté;
2. Problèmes liés à la prestation de soins et services : Faible taux de couverture sanitaire ; faible taux d'utilisation des services prénatals ; faible taux d'accouchement effectué par un personnel qualifié ; faible taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes ; faible taux de couverture vaccinale ;
3. Problèmes liés aux facteurs environnementaux : Insuffisance de la couverture en eau potable et faible taux de couverture en matière d'assainissement de base.
4. Problèmes liés à la gestion des services et des ressources : Insuffisance quantitative et qualitative des effectifs et iniquité dans la répartition du personnel de santé entre les régions, entre milieux rural et urbain ; Gestion des Infrastructures : insuffisance numérique des C.S.I. ; répartition inéquitable des infrastructures sanitaires entre les régions et entre les Districts Sanitaires ; insuffisance en matière de ressources humaines qualifiées, en matière d'équipement et de logistique.

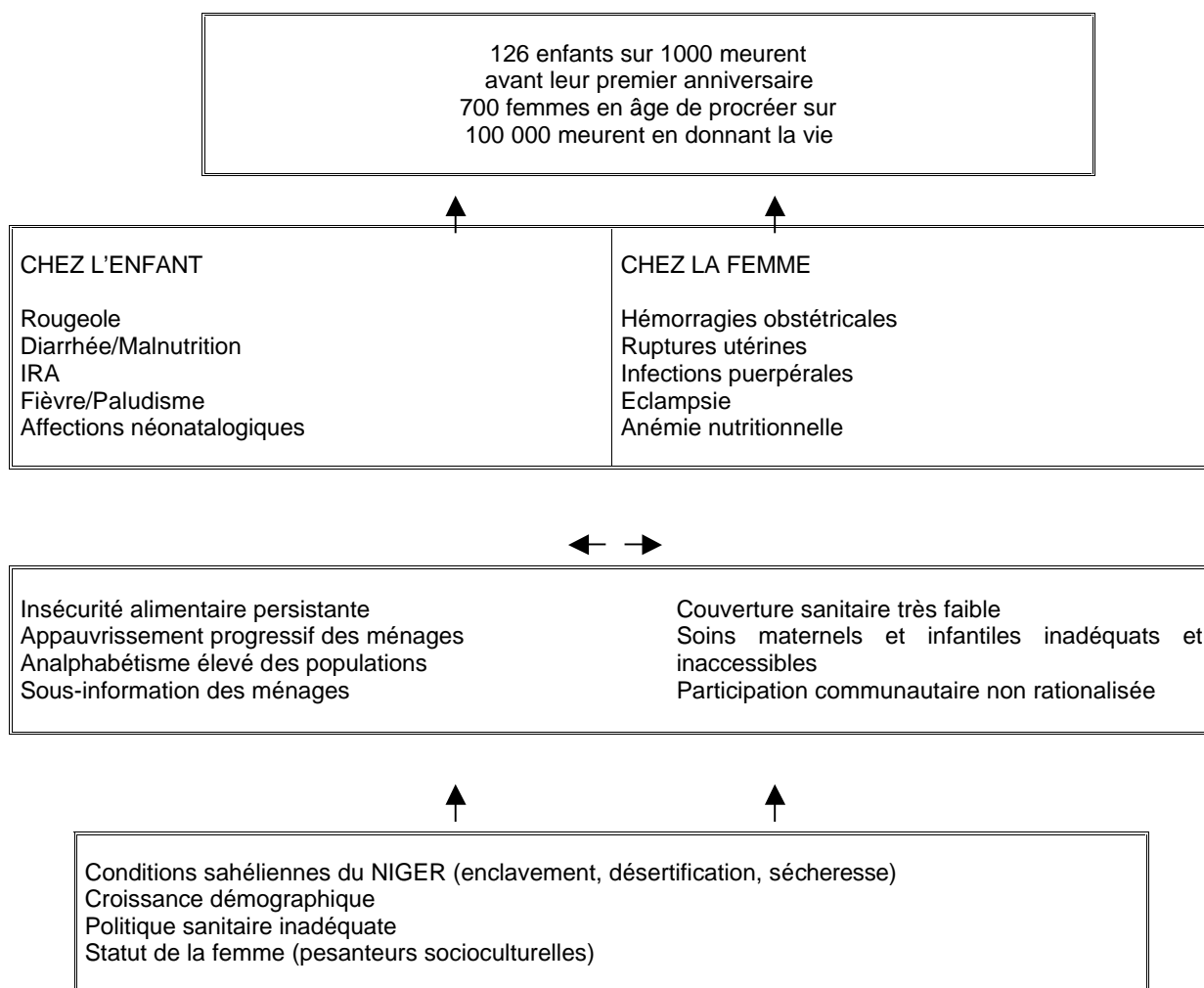
Les causes immédiates de ces problèmes sont (a) chez l'enfant la malnutrition, le paludisme, les IRA, la diarrhée, les affections néonatalogiques et les maladies cibles du P.E.V; (b) chez la femme l'anémie nutritionnelle, l'éclampsie, les infections puerpérales, les ruptures utérines et les hémorragies obstétricales. Ce sont ses facteurs qui, malgré les efforts déployés par l'Etat et les partenaires au développement, maintiennent l'état sanitaire de la population à un niveau très précaire et marqué par la persistance des taux élevés de mortalité infantile, infanto- juvénile et maternelle. Ces causes immédiates sont induites par des facteurs sous-jacents.

Les causes sous-jacentes sont l'insécurité alimentaire chronique, l'appauvrissement progressif des ménages, l'analphabétisme élevé des populations, la sous-information et l'insuffisance de sensibilisation des ménages, la faible couverture sanitaire, des soins maternels et infantiles inadéquats et inaccessibles et une faible participation communautaire.

Le fondement des facteurs immédiats et sous-jacents sont des causes structurelles dans lesquelles se débat le pays, à savoir les conditions sahéennes du Niger (i.e. enclavement, désertification, sécheresse), une forte croissance démographique plus élevée que la croissance économique, une politique sanitaire encore inadéquate à maints égards (i.e. insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières; disparités genre et régionales et iniquité dans la répartition et l'accès aux services de santé, accès limité des plus pauvres aux services) et le statut de la femme (i.e. pesanteurs socioculturelles, analphabétisme, mariage précoce, faible revenu) qui fragilise sa santé et son accès aux services de santé.

Ces liens de causalité sont exprimés par le schéma ci-après:

Encadré 1.3.1 : Cadre conceptuel de l'analyse causale des problèmes



### 1.3.3 Indicateurs

Pour évaluer les politiques et programmes de santé, le Niger dispose d'un système statistique national avec des indicateurs de performance et développe depuis quelques années un Système National d'Information Sanitaire (SNIS) avec l'appui des partenaires au développement. Outre leur appui au renforcement des capacités nationales, certains partenaires développent des méthodes et systèmes d'évaluation dans le cadre de leur programme de coopération. En plus des normes internationales mises au point par l'OMS, Care International a financé les EDSN de 1992 et 1998, et l'UNICEF a appuyé la réalisation de deux Enquêtes à Indicateurs Multiples MICS1 en 1996 et MICS2 en 2000 pour évaluer les objectifs des sommets mondiaux surtout en matière de survie, protection et développement de l'enfant.

L'enfant et la femme étant les composantes de la société les plus vulnérables, il importe de surveiller constamment leur état de santé à travers des indicateurs mesurables, précis et pertinents par rapport aux problèmes identifiés et aux objectifs poursuivis. Plusieurs indicateurs sont alors retenus:

- Taux de mortalité infantile ;
- Taux de mortalité infanto-juvénile ;
- Taux de morbidité et de létalité dues au Paludisme, aux Infections respiratoires aiguës, aux maladies diarrhéiques et aux maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination ;

Taux de couverture vaccinale ;  
Taux de couverture sanitaire ;  
Taux de malnutrition ;  
Pourcentage d'enfants nés avec un poids inférieur à 2kg 500 ;  
Nombre de structures prodiguant des soins ;  
Obstétricaux d'urgence (67 SOUB /88 et 22 SOUC /26) ;  
Répartition géographique de ces structures (8 régions) ;  
Pourcentage d'accouchements par rapport aux naissances attendues ;  
Pourcentage de complications représentant les causes Immédiates de décès maternels ;  
Hémorragies obstétricales ;  
Anémies ;  
Infections puerpérales ;  
Rupture utérine ;  
Eclampsie ;  
Pourcentage des formations sanitaires assurant un suivi correct et complet des femmes enceintes y compris la surveillance du V.I.H. ;  
Pourcentage de complications correctement prise en charge par rapport aux femmes admises pour complications obstétricales ;  
Pourcentage de Césariennes effectuées par rapport au nombre total d'Indications Maternelles Absolues (IMA) (76,6%) ;  
Pourcentage des femmes décédées par rapport au nombre de femmes présentant des complications obstétricales (taux de Létalité) ;  
Taux de prévalence contraceptive (8%) ;  
Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes ;  
Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant ;  
Pourcentage de la population ayant accès à une formation sanitaire de proximité ou située à distance raisonnable (5 km) en tenant compte de la disponibilité de la formation sanitaire, de l'accessibilité géographique, économique et culturelle ;  
Taux d'utilisation des formations sanitaires périphériques ;  
Pourcentage de la population ayant accès à l'eau potable de façon permanente ;  
Pourcentage de la population ayant accès à des installations en matière d'assainissement de base.

Parmi les indicateurs ci-dessus et afin de permettre le suivi du degré de réalisation des objectifs fixés par le Secrétariat Général des Nations Unies, les Indicateurs Principaux suivants ont été retenus :

Taux de mortalité infanto-juvénile ;  
Taux de mortalité maternelle ;  
Taux de prévalence contraceptive ;  
Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes ;  
Taux de couverture sanitaire.

### **1.3.4 Conclusions et recommandations**

La situation sanitaire se caractérise par une forte prévalence des maladies infectieuses, une insuffisance des services de soins de santé préventifs et curatifs. Les principales causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont : la rougeole, le paludisme, les

maladies diarrhéiques, la malnutrition et les infections respiratoires. D'autres maladies aussi affectent la santé de la population parmi lesquelles l'infection au VIH/SIDA.

L'analyse de la situation sanitaire fait ressortir des insuffisances et des déficits à tous les niveaux, malgré les efforts de l'Etat, des populations et les appuis des partenaires au développement. Le groupe le plus sensible demeure le couple mère - enfant, raison pour laquelle il constitue la principale cible des politiques et programmes de santé. Dans cette perspective, le projet de la nouvelle politique de santé accorde une attention particulière à la santé de la Reproduction dans ses volets spécifiques à la femme, à l'enfant et à la planification familiale et ses composantes lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles. Ce qui cadre parfaitement avec les objectifs fixés par le Secrétariat Général des Nations Unies dans le cadre de la réduction de la pauvreté et du développement humain durable, à savoir : Réduire de deux tiers le taux de mortalité infantile et juvénile d'ici à 2015 ; Réduire de trois quarts les taux de mortalité liée à la maternité et mettre les services de santé en matière de reproduction à la disposition de ceux qui en ont besoin d'ici à 2015.

Cela implique (1) la conception et la mise en œuvre de programmes de santé intégrés en faveur du jeune enfant, visant le développement des services de santé, de nutrition, d'eau, d'assainissement ainsi que l'habilitation communautaire pour prodiguer des soins à domicile et pour l'éveil et le développement psycho-social de l'enfant ; (2) le développement des services de santé de la reproduction avec une attention spéciale sur la prévention des grossesses à risque, la prévention des complications et l'augmentation de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence ;(3) renforcer l'appui aux services de "vaccination plus", y compris la supplémentation en vitamine A; (4) affirmer la vaccination comme un service mondial de santé publique et un droit des enfants et des femmes tout en assurant que des stratégies de communication et de plaidoyer existent pour augmenter la demande ainsi que l'appui du gouvernement, de la communauté et de la société civile pour les services de "vaccination plus", (5) accélérer le contrôle des maladies pour réduire la mortalité infantile (prévention contre le paludisme, éradication de la poliomyélite, élimination du tétanos néonatal et maternel, réduction de la mortalité due à la rougeole, autres maladies évitables à travers la vaccination); (6) le renforcement de la prévention contre le VIH/SIDA, et (7) revoir ou innover les programmes d'éducation pour la santé et la promotion de la santé à travers (a) un renforcement de la collaboration intersectorielle, notamment avec le Ministère de l'Education de Base, (b) une redynamisation du développement des ressources humaines par la formation des agents en IEC, des relais et membres des ONG et associations, (c) un renforcement du développement des ressources matérielles par la production de supports imprimés, radiophoniques, télévisuels, etc. et (d) une nouvelle impulsion à la communication de masse à travers la réalisation d'émissions radio, télévisuelles, de projections publiques, de sketches, de pièces de théâtres et de débats populaires à travers les radios, notamment les radios rurales et les radios clubs. Pour assurer le succès de telles actions, il y a lieu de les étendre aux populations non touchées par les services de vaccination, notamment les pauvres des zones urbaines et les populations sans ou avec un accès limité aux services de santé, avec des stratégies de communication, pour toucher ces populations à travers un paquet approprié d'interventions essentielles. Cela implique également le renforcement des efforts pour rapprocher les populations des centres de soins à travers la poursuite de la décentralisation effective des services de santé basée sur le développement du District Sanitaire afin d'étendre la couverture sanitaire.

## 1.4 Education et lutte contre la pauvreté

Le secteur éducatif constitue avec la santé, les secteurs révélateurs d'une profonde disparité qui existe entre les possibilités du système éducatif et la progression de la population de jeunes en âge d'être scolarisés. Cette divergence entre les moyens et les besoins agit fortement sur le taux de scolarisation et la qualité des enseignements. Toutefois, les récents efforts conjugués du Gouvernement, des bailleurs de fonds, de la société civile et des communautés elles-mêmes ont permis d'augmenter le taux de scolarisation, en particulier la proportion des filles à l'école. Ces efforts vont être poursuivis et renforcés à travers le programme décennal de développement de l'éducation.

Depuis 1998, la politique éducative du Niger est définie par la « Loi N° 98-12 du 1<sup>er</sup> juin 1998 portant orientation du système éducatif nigérien ». <sup>7</sup> Elle vise à concrétiser le droit à l'éducation de tous les enfants et adhère aux objectifs majeurs fixés par la Déclaration du Millénaire et par le Forum Global de Dakar sur « l'Education pour Tous » (éducation universelle des filles en 2005 et éducation primaire universelle en 2015). <sup>8</sup> Les mesures qui sous-tendent cette politique sont :

- Allouer 4% du PIB à l'éducation dont 50% au développement de l'éducation de base ;
- Réduire le taux de redoublement à 10% dans l'enseignement primaire à l'horizon 2005 ;
- Porter à 80 % le taux de rétention en fin de cycle primaire ;
- Introduire, à côté du français, progressivement, l'utilisation des langues nationales comme langues d'enseignement et comme matière dans le système éducatif et promouvoir leur développement ;
- Investir dans l'éducation 40% de l'allégement de la dette, dans le cadre de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE).

### 1.4.1 Diagnostic

La Loi d'Orientation organise le système éducatif en : éducation formelle, éducation non formelle, éducation informelle et éducation spécialisée. Les composantes de l'éducation formelle sont l'enseignement de base, l'enseignement moyen et l'enseignement supérieur, qui constituent l'essentiel du système éducatif et occupent une place de choix dans le Plan Décennal pour le Développement de l'Education (PDDE) dont la publication de la version consensuelle et définitive est prévue en fin 2001.

#### 1.4.1.1 Education formelle

L'éducation formelle est organisée en trois degrés d'enseignement : de base, moyen et supérieur. L'enseignement de base ou du 1<sup>er</sup> degré englobe le préscolaire, le cycle de base 1 ou primaire et le cycle de base 2 ou le 1<sup>er</sup> cycle du secondaire qui est sanctionné par un diplôme de fin d'étude de base (DFEB). Le niveau moyen comprend le second cycle du secondaire et l'enseignement technique et professionnel conduisant au baccalauréat. L'enseignement supérieur comprend les trois cycles universitaires classiques et l'enseignement technique et professionnel public et privé.

Tout le système de l'éducation formelle et spécifiquement le cycle de base est caractérisée par sa faible couverture et son peu d'efficacité. Il se trouve des disparités et

---

<sup>7</sup> Cependant, la Loi 98-12 ne peut pas, en ce moment, servir comme point de référence définitif puisqu'elle ne compte pas encore avec tous les textes d'application nécessaires pour sa mise en œuvre intégrale.

<sup>8</sup> Voir l'article 8 de la Loi 98-12 : « Le Niger affirme le respect de ses engagements souscrits en matière d'éducation ».

un manque d'équité entre les régions, entre le milieu urbain et le milieu rural et dans le genre, surtout en milieu rural et au dépens des femmes. Les ressources humaines, matérielles et financières sont insuffisantes face à l'immensité des besoins. Par ailleurs, la part du budget de l'éducation consacrée à l'investissement (12,5 %) est relativement faible. Il existe d'énormes besoins en enseignants, en quantité et en qualité.

### **a) Enseignement de base**

Selon l'article 17 de la Loi 98-12, l'éducation de base a pour mission de « munir l'individu d'un minimum de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes lui permettant de comprendre son environnement, d'interagir avec lui, de poursuivre son éducation et sa formation, de participer plus efficacement au développement économique, social et culturel du pays ; de satisfaire les besoins d'apprentissage essentiels ; de valoriser les contenus éducatifs fondamentaux dont l'être humain a besoin pour développer toutes ses facultés, vivre et travailler dans la dignité, améliorer la qualité de son existence et prendre des décisions éclairées et pour continuer à apprendre ».

### **b) Le Préscolaire**

Le préscolaire privé et public, introduit par la mission catholique depuis 1948 et institué au Niger en 1977. Il s'agit des écoles maternelles et des jardins d'enfants. Au regard des autres niveaux d'enseignement, l'éducation préscolaire est peu développée, seuls 2,5 % des enfants (garçons 3,3 %, filles 1,7 %) en âge de fréquenter un programme d'éducation préscolaire y ont effectivement accès. Même à Niamey, seuls 10 % des enfants de 36-59 mois y ont accès.

Le préscolaire est le seul niveau où le privé est très développé (45 % des effectifs en 1999 avec un rythme de progression de 3 % par an contre 1 % au public). Le préscolaire se trouve implanté essentiellement en milieu urbain et est fréquenté surtout par les enfants des classes aisées. Il faut noter également que les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire ou plus y sont davantage inscrits. Les programmes d'éducation préscolaire sont le plus souvent payants et d'un coût inaccessible à la majorité des Nigériens.

Le problème de fond est la nécessité de planifier l'éducation préscolaire et de la placer dans le cadre global du développement intégré du jeune enfant (l'éducation devient un point d'entrée) car assurer à un enfant un bon départ dans la vie est le fondement de la jouissance de ses droits. En effet, il existe un ensemble de preuves bien établies qui démontrent que les choix faits et les actions prises par les parents et la société durant les premières années de l'enfance (0-3 ans) ont une influence durable sur les progrès de chaque enfant et sur le progrès des nations. Les soins de qualité et la protection durant ces années sont essentiels pour éviter la mort, les maladies, les retards de croissance et de développement, le traumatisme et la malnutrition, tout en assurant une croissance en bonne santé et la possibilité d'apprendre à travers l'éducation. Ces considérations sont essentielles à l'éducation, à l'efficacité des programmes scolaires et à la capacité future des enfants à contribuer comme parents, acteurs économiques et citoyens. En développant des stratégies intégrées, intersectorielles, ciblées sur les 0-3 ans, c'est-à-dire un âge critique pour le développement du cerveau, on met l'accent sur les facteurs qui affectent le progrès des enfants en aptitudes cognitives, émotionnelles et en langage social. Car durant cette période, les jeunes enfants font face aux plus grands risques de survie, de santé et de croissance physique et émotionnelle. Cela implique également des actions concomitantes orientées vers la satisfaction des droits de la femme, notamment

dans le domaine de la santé, de la nutrition et du bien être psychosocial, y compris pendant la période de grossesse et d'allaitement car la survie, la croissance et le développement de l'enfance sont extrêmement liés à la survie, à la santé, à l'éducation, au statut nutritionnel et au bien être des femmes. Il est donc indispensable d'intégrer la vision du préscolaire dans une problématique globale, intersectorielle de développement intégré du jeune enfant qui lui assure une bonne éducation, de bons soins sanitaires et psychosociaux, une bonne nutrition, amour et protection, nom et nationalité, le tout dans un environnement ambiant. Le deuxième défi est d'étendre et de systématiser cette approche en milieu rural et de mobiliser les moyens.

### **c) Le Cycle de base 1**

Le cycle de base 1 comprend actuellement :

- L'école traditionnelle (ET) publique et privée qui utilise exclusivement le français comme langue d'enseignement ;
- L'école médersa (EM): enseignement en français et en arabe classique ;
- L'école expérimentale (EE): enseignement en langues maternelles (« langues nationales ») pendant les 4 premières années, ensuite en français ;
- L'école bilingue pilote (EBP): enseignement en langues maternelles avec l'introduction graduelle d'une langue étrangère (français) comme deuxième langue d'enseignement ;
- L'enseignement spécialisé.

Comme la Loi 98-12 n'est pas encore fonctionnelle, et dans l'absence des textes d'application fondamentaux, l'enseignement du cycle de base 1 est régi encore par l'arrêté 2576/IP du 22 août 1945, qui reflète la réalité de l'école coloniale où le français est le seul moyen d'enseignement.

Les EM bénéficient d'un statut organique depuis 1966, régi par l'arrêté 005/MEN. Elles préparent pour le Certificat d'Etudes Franco-Arabes (CEFA). En ce qui concerne l'organisation (durée de la scolarité, redoublement, exclusion), les EM comme les EE et les EBP ne montrent aucune différence avec les ET. Les ET et les EE préparent les élèves au CFEPD (Certificat de Fin d'Etudes du Premier Degré).

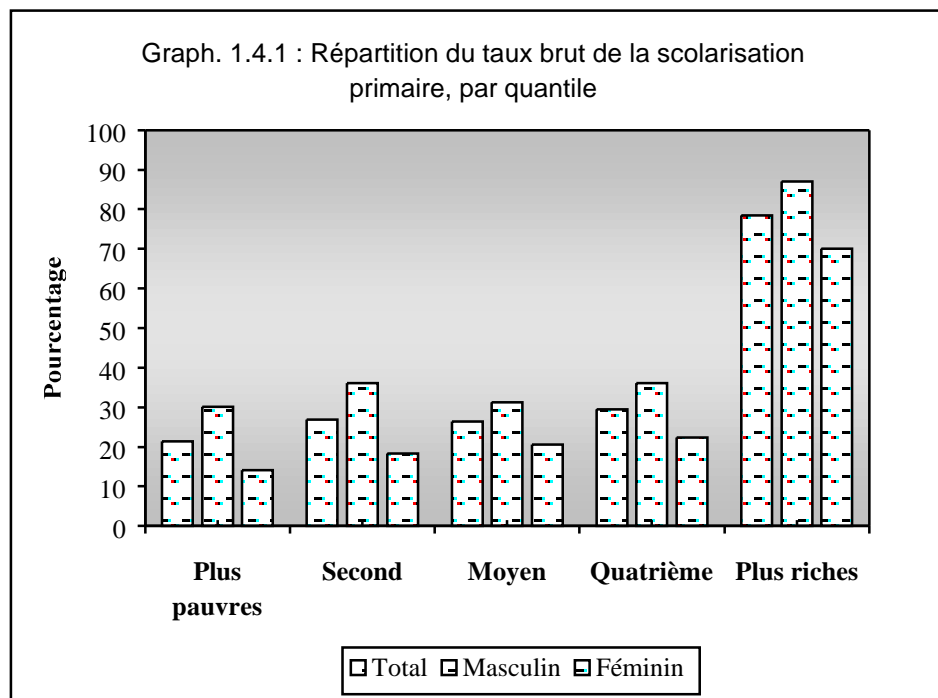
Créées en 2001 par les arrêtés n° 103 et 117 MEN/SG, les EBP ont pour mission d'introduire, étendre et généraliser l'« enseignement bilingue » dans le cadre du PDDE.

Dans le cycle de base 1, le taux brut d'admission est passé de 23 % en 1990 à 36,8 % en 1998, alors que l'objectif à atteindre en 2000 est de 45 %. La proportion des filles admises au CI (première année) est de 40 %.

La scolarisation au Niger est l'une des plus faibles du monde. Le taux brut de scolarisation du primaire était de 34,1 % en 1999/2000 (le taux net est de 30 %), 26,9 % pour les filles qui représentent 39,3 % de la population scolarisée, les garçons 41,3 %, comparé à 27,6% (20,1% pour les filles) en 1990, année de la Conférence de Jomtien. Durant cette période, il a pratiquement stagné à 27 % pendant 3 ans, à 29 % pendant les 3 autres années, avant de gagner un point pendant 2 ans et environ 2 points successivement en 1998/1999 et 1999/2000. Entre 1990 et 2000, le taux brut de scolarisation des filles et des garçons a gagné respectivement 6,8 et 6,2 points.

L'analyse par quintiles des données de MICS 2000 fait ressortir des écarts importants de scolarisation entre les plus pauvres et les plus riches et entre les sexes. Le taux brut de scolarisation est de 21% pour les 20% les plus pauvres contre 78% pour les 20% les plus

riches. Les garçons sont deux fois plus scolarisés que les filles chez les plus pauvres alors que pour les plus riches ce rapport est très proche de la parité.



Le taux net de scolarisation est passé de 22,7 % en 1990 à 27,2 % en 1999, avec pour la première fois depuis 1990 un accroissement de 1,7 point entre 1998 et 1999, selon les statistiques officielles. Les données de MICS2 pour l'année 2000 sont plus optimistes, car le taux est de 30%, (35% pour les garçons et 25% pour les filles) alors qu'il était de 26% selon MICS1 en 1996 (34% pour les garçons et 19% pour les filles).

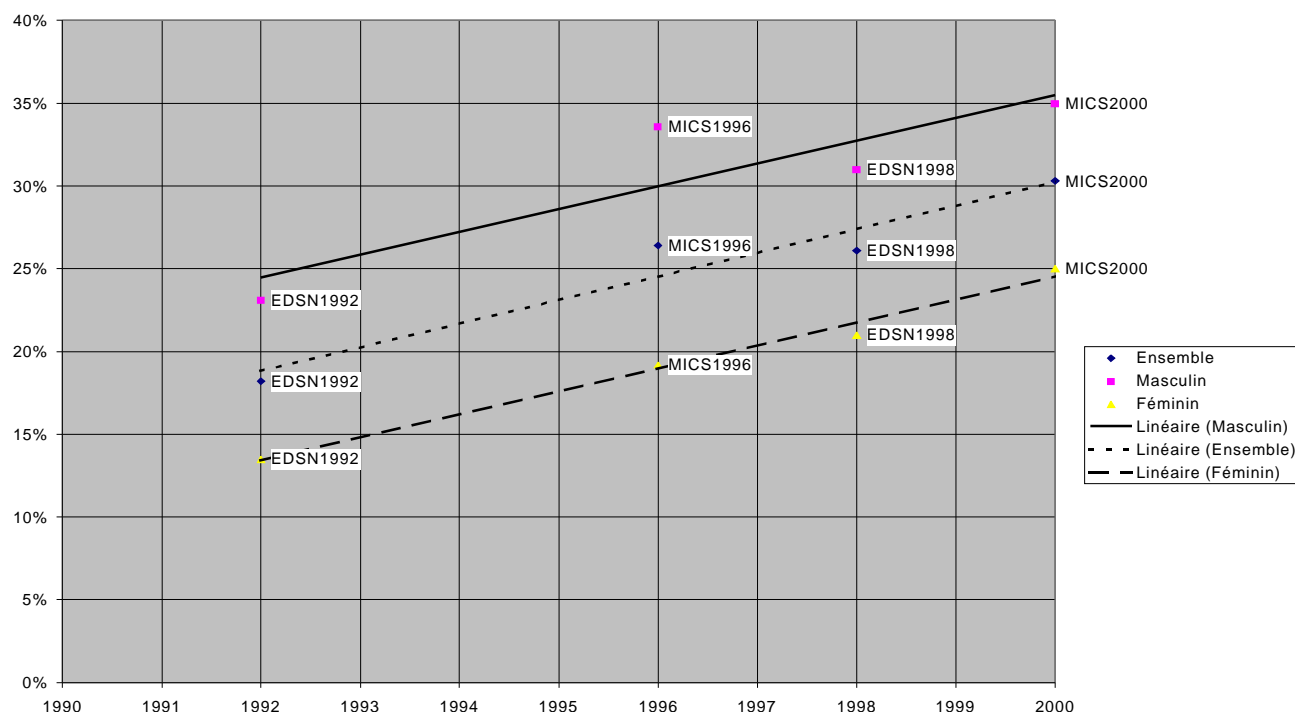
L'analyse longitudinale du taux de scolarisation au primaire et selon le genre présente les caractéristiques suivantes : le taux net de scolarisation primaire a augmenté de manière significative au Niger durant la dernière décennie, passant de 18,2 % en 1992 à 26,4 % en 1996, et 30,3 % en 2000. Une disparité entre genre persiste. Le trend positif est identique pour les garçons et pour les filles, cependant le ratio garçons / filles montre une légère diminution des inégalités entre les deux genres. Ce ratio passe de 1,711 en 1992 à 1,400 en 2000.

Tab. 1.4.1, graph. 1.4.2 : Taux net de scolarisation au primaire

Indicateur	1992	1996	1998	2000
Ecole primaire : total	18.2	26.4	26.1	30.3
Ecole primaire : garçons	23.1	33.6	31.0	35.0
Ecole primaire : filles	13.5	19.2	21.0	25.0

Ratio garçons / filles	1.711	1.750	1.476	1.400

Source : la pauvreté des enfants au Niger, version préliminaire, Octobre 2001, UNICEF



Source : la pauvreté des enfants au Niger, version préliminaire, Octobre 2001, UNICEF

L'analyse selon la richesse et le genre indique que le taux de scolarisation primaire dans le premier quintile est de 18%, contre 56% dans le quintile des plus riches.

Le ratio Pauvres/Riches est de 0,328, montrant une inégalité importante entre les élèves riches et les élèves pauvres. L'indice de concentration (0,295) montre une importante concentration de l'inégalité, principalement due au quintile des plus riches.

Tab. 1.4.2 : Analyse spatiale et par genre du taux de scolarisation

Ind	Niger	Région									
		Urbain	Rural	Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Tillabéri	Tahoua	Zinder	Niamey
Total	30.3	61.3	24.8	40.1	36.2	31.9	30.3	34.4	11.4	23.9	69.7
G	35.4	62.3	30.7	40.5	37.5	40.9	36.3	40.1	14.0	28.7	69.4
F	25.2	60.3	18.8	39.7	34.6	22.9	24.5	29.1	8.8	18.6	70.0
G/F	1.404	1.033	1.632	1.020	1.083	1.786	1.481	1.378	1.590	1.543	0.991

Source : UNICEF,2001

Les disparités régionales dans le domaine de l'éducation primaire sont très importantes. 69.7% des enfants de Niamey vont à l'école primaire, contre 11.4% des enfants de Tahoua. Le taux net de scolarisation en primaire est inférieur à la moyenne nationale (30.3%) dans les régions de Tahoua (11.4%) et Zinder (23.9). Le taux net de scolarisation est plus élevé en zones urbaines qu'en zones rurales, respectivement de 61.3% à 24.8%, avec un ratio Rural / Urbain de 0.404

Il existe également des inégalités entre genre selon les régions. Le ratio Garçons/Filles est de 0.991 à Niamey et 1.020 à Agadez (pas d'inégalités), contre 1.786 à Dosso, 1.590 à Tahoua et 1.543 à Zinder. Dans les villes il n'y a pas d'inégalités entre genre (ratio de 1.033). A contrario, d'importantes inégalités entre genre existe dans les campagnes (ratio de 1.632).

Tab. 1.4.3 : Taux net de scolarisation selon la richesse et le genre

Année 2000	Quintiles					Moyenne de la pop.	ratio Pauvres/Riches	Indice de concent.
	+ pauvres	2 <sup>nd</sup>	Moy.	4 <sup>eme</sup>	+ riches			
Total	18.5	21.7	25.0	26.1	56.5	30.3	0.328	0.295
Garçons	24.0	27.2	30.7	30.1	61.7	35.4	0.389	0.229
Filles	13.8	16.5	18.2	22.0	51.5	25.2	0.267	0.470
G/F	1.739	1.648	1.686	1.368	1.198	1.404		

Source : UNICEF,2001

Notons que le ratio Garçons/Filles décroît significativement de 1,739 pour les plus pauvres à 1,198 pour les plus riches, montrant que les inégalités entre genre sont plus élevées chez les pauvres que chez les riches.

Le privé ne représente que 4,3 % des inscrits au cycle de base 1, regroupant 3,9 % des enseignants et constituant 2,3 % des écoles.

A l'origine, le privé recevait des subventions de l'Etat, d'abord en espèces, ensuite en enseignants. Depuis 2000, la subvention est supprimée sous toutes ses formes. L'école privée est surtout fréquentée par les enfants des fonctionnaires qui cherchent à éviter les risques des grèves et des années blanches. La différence concernant les frais d'inscription sont énormes d'un établissement à l'autre. Les frais varient entre 100 000 FCFA par enfant et par trimestre et 30 000 FCFA par enfant pour toute l'année scolaire.

Le taux de redoublement a été de 12 % en 1999/2000, les filles représentant 38,6 % des redoublants. Ceci marque une amélioration par rapport à la période 1995/96 à 1998/99. Les taux de redoublement pour l'ensemble du cycle de base 1 évoluent dans la fourchette de 13,1 à 13,7 % entre 1995/96 et 1998/99, alors que pour la même période ils se situent entre 37 % et 38,7 % pour la classe de CM2 (37,6 % en 1999/2000). Dans le cadre de l'initiative des pays pauvres très endettés (IPPTE), il est prévu de prendre des mesures pour ramener à 15 % en 2002 le taux de redoublement du CM2.

Selon MICS2, le taux de survie des inscrits du CI au CM1, la 5<sup>ème</sup> année du cycle de base 1, est de 70 % (garçons 67%, filles 76 %). Il est nettement supérieur au taux officiel de 66 % (garçons 66 %, filles 65%) obtenu par simulation. Il marque une amélioration par rapport à 1996 où le MICS1 donnait 56%. Le taux de rétention des filles est supérieur à celui des garçons dans les deux MICS.

Selon les statistiques officielles, seulement 58,1 % des élèves du primaire accèdent à la 6<sup>ème</sup> année (CM2), ce qui est bien inférieur aux 80% recommandés par le Sommet Mondial des Enfants.

Les taux de réussite aux examens et concours sont très faibles. A la session de 1999, le taux de réussite au CFEPD a été de 31,7 % sur l'ensemble du pays (32,5 % pour les

garçons, 30,3 % pour les filles). Ce taux est considéré comme très bas, parce qu'inférieur au tiers des effectifs. Quant à l'examen d'entrée en 6<sup>ème</sup>, session 1999, le pourcentage de réussite n'a été que de 32,7 %, dont 33,5 % pour les garçons et 31,2 % pour les filles, qui représentaient 35,8 % des candidats.

Sauf dans les classes expérimentales et les medersas qui sont bilingues (langue maternelle ou « nationale » / français dans le premier cas et arabe / français dans le second cas), la langue d'enseignement exclusive est le français, langue étrangère pour les enfants.

Il existe 4 113 écoles pour plus de 10 000 villages pour le cycle de base 1, réparties entre les trois types suivants : écoles traditionnelles (3856 dont 50 dans le privé) ; médersas (210 écoles dont 44 dans le privé), écoles expérimentales (40 dans le public, 1 dans le privé) et écoles spécialisées (5, toutes publiques). En tout, la proportion d'écoles privées n'est que de 2,3 %. Seules 239 écoles disposent d'une cantine, 729 de logements pour maîtres et 466 de clôture. 74,5 % des écoles sont en dur ou en semi-dur, le reste étant en banco (3,5 %), en pailote (21,1 %) ou autre (0,4 %).

Les fournitures et livres scolaires font largement défaut. Le ratio livre / élève varie de 1 pour 3 à 1 pour 4. Cela est loin du ratio officiel minimum requis de 1 pour 2.

Les nouvelles technologies de l'information, très efficaces pour la communication, l'enseignement et la formation des cadres à distance, sont inexistantes à ce niveau d'enseignement.

Le ratio élève / maître, de 40,7 en 1999/2000, a toujours été inférieur au 50 réglementaire du Ministère de l'Education Nationale et devrait contribuer à l'amélioration de la qualité de l'enseignement. Mais comme d'autres indicateurs, il occulte des disparités. Ainsi en 2000, il est de 44,6 en milieu urbain et de 38,3 en milieu rural ; de 40,5 pour le public contre 44,9 pour le privé. Le ratio élève / classe est de 40 au plan national, de 38 dans les zones rurales.

Des 14 249 enseignants du cycle de base 1, dont 32,4 % de femmes, 16,6 % sont des volontaires (dont 40,4 % de femmes). La majorité de ces enseignants servent en milieu rural (62,9 %) mais 71,7 % des femmes servent en milieu urbain. Ces enseignantes sont le plus souvent affectées aux petites classes. Le privé compte pour seulement 3,9 % du total des enseignants.

En 1998, 93,5 % du corps enseignant disposait de l'un des 2 titres académiques requis pour enseigner dans les écoles primaires, à savoir le BEPC et le BAC. En 1990, ce taux était de 89,3%. De 89,6 % en 1990/91, le pourcentage d'enseignants du primaire possédant le diplôme pédagogique requis est passé à 93,6 % en 1998/99.

Les enseignants du cycle de base 1 reçoivent leur formation initiale (2 ans pour les instituteurs adjoints et 1 an pour les instituteurs) dans quatre Ecoles Normales, alors que leurs encadreurs sont formés à l'Ecole Normale Supérieure. Les enseignements préscolaire, technique et spécialisé ne sont pas pris en charge par ces structures ; l'enseignement bilingue expérimental est pris en compte seulement dans quelques aspects marginaux.

L'encadrement pédagogique des enseignants est en régression vu le relèvement continu du ratio enseignants / inspecteur et enseignants / conseiller pédagogique ainsi que l'insuffisance de la formation en service de ces encadreurs. Les encadreurs manquent cruellement de moyens de déplacement pour accomplir leur mission dans les zones rurales. Les conséquences pour la qualité de l'enseignement sont évidentes. L'introduction d'une innovation pédagogique ou didactique est pratiquement impossible si l'enseignant reste abandonné sans appui de l'encadreur.

Actuellement, en application du dispositif recommandé par les Programmes d'ajustement structurels, les pratiques en cours de mise à la retraite d'un grand nombre d'enseignants qualifiés (50 ans d'âge et/ou 30 ans de service) et leur remplacement par des volontaires sans une formation pédagogique solide pourraient compromettre sérieusement la qualité de l'enseignement si des contre mesures ne sont prises.

#### **d) Le curriculum**

De grands efforts ont été faits pour adapter le curriculum de l'enseignement de base, en particulier aux réalités locales. Les « Programmes de l'Enseignement du Premier degré » élaborés en 1987 par une commission curriculaire nationale<sup>9</sup> marquent une rupture claire avec le système éducatif colonial. Les contenus curriculaires s'inspirent des réalités du terrain. En plus, l'Institut National de Documentation, de Recherche et d'Animation Pédagogique (INDRAP) a élaboré une série complète de manuels scolaires et guides didactiques pour tout le cycle de base 1, situation exceptionnelle pour un pays qui se trouve dans des conditions socio-économiques aussi précaires. Les méthodes d'enseignement prévues dans les « Programmes » sont participatives, l'enseignant et le livre ne sont plus privilégiés au détriment de l'élève, qui est placé au centre du processus enseignement - apprentissage.

Malheureusement, à cause d'une série de problèmes institutionnels et par manque cruel de financement, les enseignants - et surtout les formateurs des Ecoles Normales - n'ont pas pu être suffisamment formés ou pas formés du tout en ce qui concerne l'application des « Programmes » en salle de classe et la bonne utilisation des manuels et guides.

Cependant, le français demeure la langue la plus utilisée dans l'enseignement et dans la collection des manuels et guides scolaires. Dans la perspective de la généralisation de l'enseignement bilingue, cette collection devrait être révisée et certains textes traduits.

En 1995, sur demande du MEN, on a également réactualisé les programmes du cycle de base 2 (« collège »), avec la participation de toutes les forces vives pédagogiques. Ces nouveaux programmes ont été distribués par le MEN accompagnés de fiches destinées à leur mise en application. A présent, ces fiches sont en train d'être évaluées.

Le VIH/Sida acquiert de plus en plus d'importance et est pris en compte dans le module santé scolaire du PDDE. A la date d'Octobre 2000, 1500 enseignants étaient formés sur le territoire national : encadreurs pédagogiques des écoles normales, cadres d'alphabétisation, professeurs des lycées et collèges, directeurs régionaux, maîtres et élèves maîtres. Un module de formation « L'Enseignement du Sida en Milieu Scolaire »<sup>10</sup> sert de guide d'introduction à la problématique des MST/SIDA à l'école. Une évaluation systématique est prévue en 2002. Il existe toute une variété d'outils pédagogiques à cet

<sup>9</sup> Niamey : MEDIS 1990.

<sup>10</sup> Ministère de la Santé Publique/UNICEF, Niamey 1995.

effet. Les enseignants et les comités scolaires sont les principaux acteurs de la lutte contre le sida en milieu scolaire.

Il convient de noter que les différentes options en matière de scolarisation universelle se sont traduites par l'attention soutenue des autorités et des bailleurs de fonds pour l'enseignement primaire. Toutefois, malgré les efforts importants, le taux de scolarisation reste encore faible, loin de la moyenne africaine et avec des disparités genre; entre les régions et le milieu; et selon le niveau d'éducation et l'indice de richesse. De même, il reste à renforcer la participation communautaire à la conception et à la mise en œuvre de la politique, au financement et à la gestion des écoles pour faire effectivement de l'éducation l'affaire de toute la population conformément à l'objectif de Jomtien.

### **e) Cycle de base 2 et enseignement moyen**

Le taux global brut de scolarisation de ce niveau d'enseignement est encore plus faible que celui du cycle de base 1, puisqu'il n'est en 1999/2000 que de 9,4 %. Les taux spécifiques sont de 13,1 % pour le premier cycle et de 4,2 % pour le second cycle. Les filles représentent 38,7 % des 99 780 élèves. Le taux de redoublement est de 19 % (garçons : 19,3 %, filles : 18,7 %). Les filles représentent 37,5 % du total des redoublants.

En 1999, 42 % des 12 848 candidats au BEPC ont été admis, contre 52,9 % pour les 5 106 candidats au baccalauréat. Les filles représentaient respectivement 41,6 % et 28,8 % des candidats au BEPC et au baccalauréat, avec des taux d'admission correspondants de 36,8 % et 60,4 % contre 46,5 % et 49,8 % pour les garçons. Le passage du taux de scolarisation de 13,1 % au premier cycle à seulement 4,2 % est un indicateur suffisant du faible rendement de l'enseignement de ce niveau.

Le corps enseignant compte 3 634 professeurs dont seulement 729 femmes, soit 20 %. Ce nombre de professeurs inclut 829 appelés du Service Civique National, dont 173 femmes.

Le ratio élèves / professeur est de 27,4 alors que le ratio élèves / classe est de 42,4. Le privé détient 26,9 % des 238 établissements dont la plupart se trouvent en milieu urbain. Il n'existe que cinq établissements à régime d'internat dans tout l'enseignement secondaire qui souffre de l'insuffisance notoire de fournitures et de manuels, souvent importés et dont le contenu est inadapté à la réalité nigérienne.

Les régions de Niamey et de Zinder comptent à elles seules pour 46,6 % des classes et 49,1 % des effectifs, alors que Agadez compte pour un peu plus de 6 % des classes et des effectifs et Diffa pour un peu plus de 2 %. Ici comme dans le cycle de base 1, préscolaire exclu, il y a beaucoup moins de filles que de garçons (38,7 % des effectifs), d'enseignantes que d'enseignants (20 % des effectifs).

### **f) Formation des formateurs**

En 1999/2000, la formation des formateurs est assurée dans quatre écoles normales qui assurent le perfectionnement et la formation initiale des instituteurs et instituteurs adjoints. Les femmes constituent 35 % des effectifs.

### **g) Enseignement supérieur**

L'enseignement supérieur, qui dépend du Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de la Technologie, est assuré dans deux universités et dans les Grandes Ecoles.

L'Université Abdou Moumouni (UAM) a été créée en 1971 pour le Niger et le Burkina Faso. A l'origine, les formations en Sciences étaient assurées à Niamey et les formations en Lettres à Ouagadougou. Très rapidement, cependant, chaque Université est devenue « nationale » et s'est efforcée d'étoffer et d'ouvrir un ensemble plus ou moins complet de Facultés.

L'Université de Niamey comprend aujourd'hui six facultés : Agronomie, Lettres et Sciences Humaines, Sciences, Sciences Economiques et Juridiques, Sciences de la Santé et Ecole Normale Supérieure (l'ancienne Faculté de Pédagogie). On y compte environ 7 000 étudiants et 260 enseignants-chercheurs. L'université manque cruellement d'enseignants en quantité et en qualité. La coopération est très faible dans le domaine de la recherche qui manque par ailleurs de moyens.

Trente ans après sa création, l'Université Abdou Moumouni (UAM) ne dispose pas encore vraiment de volet de formation qui lui soit propre. En fait, seule la Faculté d'Agronomie offre, au travers du Centre Régional d'Enseignement Spécialisé en Agronomie (CRESA), un Diplôme d'Agronomie Approfondie (DAA) avec l'appui de l'AUPELF-UREF. Par ailleurs, la Faculté de Médecine délivre un diplôme de médecin, sans une suite en enseignement de spécialité. En principe, des thèses de doctorat peuvent être présentées dans n'importe laquelle des Facultés à condition que l'encadrement soit adéquat ! Mais la carence d'offre de formation en 3<sup>ème</sup> cycle oblige les étudiants nigériens qui souhaitent préparer des diplômes de ce niveau à partir à l'étranger. Cette situation est préjudiciable à l'image de l'Université et coûte fort cher au budget de l'Etat. Elle est préjudiciable aussi à la réalisation des objectifs de création et de développement de capacités et de compétences nationales.

La deuxième université, l'Université Islamique de Say, a été fondée en octobre 1987. Actuellement elle compte presque 500 étudiants (dont 20 % de nigériens) provenant de 16 pays africains. Des enseignements sont offerts dans deux cycles par 2 facultés, la « Faculté de la langue arabe et des études littéraires » et la « Faculté des études islamiques ». Une troisième faculté pour femmes a été ouverte en octobre 2001 à Niamey, la « Faculté de la langue arabe et des études islamiques », avec 47 filles inscrites. Pour octobre 2002 il est prévu l'ouverture d'un troisième cycle qui mènera au doctorat.

Les diplômés peuvent enseigner sur la littérature dans les CEG et lycées franco-arabes ou l' « Arabe langue vivante » dans les CEG et lycées traditionnels. Après au moins trois ans d'enseignement, ils peuvent se présenter à un concours pour continuer les études à l'Institut Supérieur de Pédagogie et de Formation des Professeurs (ISP) à Say qui compte actuellement 34 étudiants dont 2 nigériens. Pendant 1 an d'études et 1 an de stage, les étudiants sont préparés pour le « Certificat d'aptitude au professorat de l'enseignement secondaire (CAPES) » et pourront enseigner dans les CEG et lycées.

Etant donné que les étudiants étrangers retournent dans leurs pays et vu le nombre relativement réduit d'étudiants nigériens, l'importance de l'Université de Say et surtout de l'ISP Say pour l'enseignement au Niger est limitée.

#### **1.4.1.2 Education non formelle**

La composante la plus importante de l'éducation non formelle est l'alphabétisation, qui est en perte de vitesse depuis 1994, vu le nombre décroissant des inscrits. Les deux autres

composantes sont les écoles coraniques au nombre de plus de 51 000 et les écoles communautaires encore peu nombreuses (41 en 2000, 70 nouvelles créations en 2001!). Seule l'alphabétisation est discutée dans cette section. Les deux autres sont étudiées dans la section Analyse de Situation.

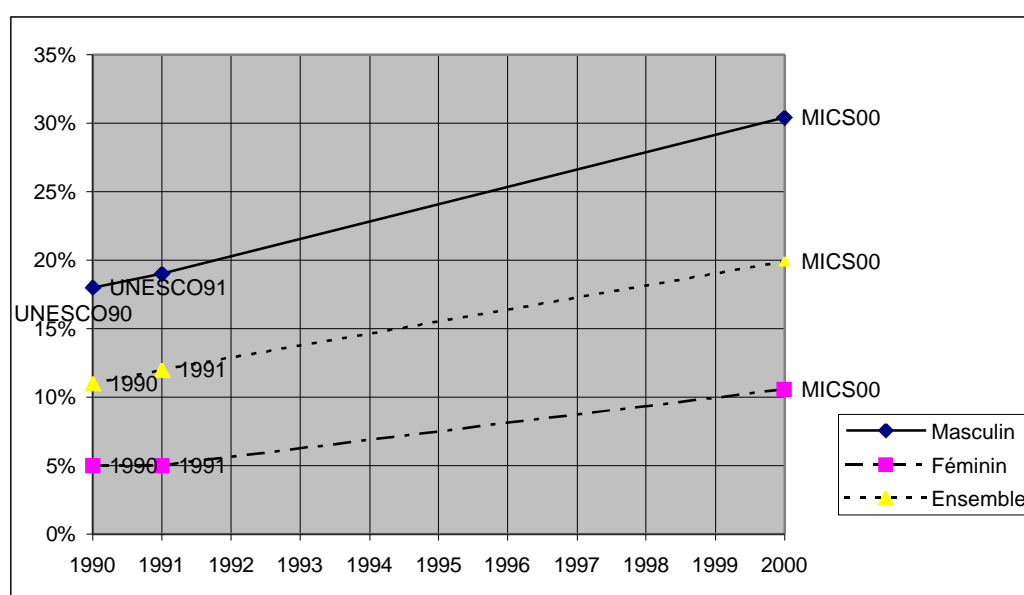
L'alphabétisation fonctionnelle prend en charge les personnes âgées au moins de 15 ans, c'est-à-dire une population qui connaît un taux d'analphabétisme de l'ordre de 80%, voire de 90% chez les femmes. C'est un champ ouvert à diverses initiatives: plusieurs ONG et associations, projets et programmes, institutions de coopération et Ministères Publics (Education, Agriculture, Développement Social, etc.) y participent.

En 2000, on dénombre 1 299 centres sur 2 047 prévus avec 29 494 inscrits pour l'alphabétisation des adultes. Selon MICS2, au niveau national le taux d'alphabétisation était de 17 % en 1996 (22 % pour les hommes, 12% pour les femmes) ; en 1990, il était de 11% (18 % pour les hommes, 5 % pour les femmes). Pour 2000, MICS2 donne un taux d'alphabétisation de 20 %, celui des hommes étant de 30,4 % contre 10,6 % pour les femmes.

L'alphabétisation est organisée presque exclusivement en langues nationales y compris le Gulmancema et le Tubu, langues qui ne sont pas encore aménagées pour leur utilisation dans le système formel, y compris aussi l'alphabétisation en écriture arabe (« ajami »). Selon le rapport annuel, seulement 2,9 % des prévisions ont été en français. Cependant, diverses disparités existent selon les critères considérés.

Tab. 1.4.4, graph. 1.4.5 : Analyse longitudinale de l'alphabétisation selon le genre

Indicateur	1990	1991	2000
Taux d'alphabétisation : total	11	12	19.9
Taux d'alphabétisation: hommes	18	19	30.4
Taux d'alphabétisation: femmes	5	5	10.6
Ratio Hommes/Femmes	3.60	3.80	2.86



Source : UNICEF,2001

Tab. 1.4.5 : Analyse spatiale de l'alphabétisation

Ind.	Niger	Région									
		Urbain	Rural	Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Tillabéri	Tahoua	Zinder	Niamey
Total	19.9	50.5	13.7	28.9	32.3	15.6	17.7	16.3	11.5	19.1	59.1
G	30.4	63.0	23.7	38.4	46.2	24.4	29.2	25.3	17.5	33.6	69.3
F	10.6	39.2	4.8	21.1	18.6	7.7	7.5	7.8	6.3	6.5	49.2
G/F	2.867	1.607	4.937	1.819	2.483	3.168	3.373	3.243	2.777	5.169	1.408

Source: UNICEF, 2001

Les disparités régionales en taux d'alphabétisation sont très importantes. 59.1% des adultes vivant à Niamey sont alphabétisés, contre 11.5% des adultes de la région de Tahoua. Le taux d'alphabétisation est plus bas que la moyenne nationale (19.9%) à Dosso (15.6%), Maradi (17.7%), Tillabéri (16.3%), Tahoua (11.5%) et Zinder (19.1%).

L'alphabétisation est plus importante dans les villes que dans les campagnes, respectivement de 50.5 et 13.7%., avec un ratio Rural / Urbain de 0.271.

Les inégalités entre genre diffèrent selon les régions. Le ratio Hommes/Femmes est de 1.408 à Niamey et de 1.819 à Agadez. Il est de 5.169 à Zinder, 3.373 à Maradi et 3.243 à Tillabéri. Il y a moins d'inégalités entre genre dans les villes (ratio Hommes/Femmes de 1.607) que dans les campagnes (ratio de 4.937).

Le taux d'alphabétisation au Niger est passé de 11% en 1990 à 19,9% en 2000. Il existe une différence significative entre les hommes et les femmes. La tendance positive globale observée est valable pour les hommes et les femmes. Le ratio hommes / femmes s'est amélioré en passant de 3,6 en 1992 à 2,9 en 2000, montrant une réduction importante de l'inégalité entre les sexes.

Tab. 1.4.6 : Analyse de l'alphabétisation selon la richesse et le genre

An. 2000	Quintiles					Moy. pop.	Ratio P/R	Indice de conc.
	+ Pauv.	2 <sup>nd</sup>	Moy.	4 <sup>ème</sup>	+ Riches			
Total	11.5	10.9	13.6	14.4	45.0	19.9	0.256	0.295
H	19.8	19.5	23.6	24.9	59.3	30.4	0.334	0.229
F	4.2	3.4	4.5	4.9	32.4	10.6	0.129	0.470
H/F	4.714	5.735	5.244	5.081	1.830	2.867		

Source : UNICEF,2001

Le taux d'alphabétisation dans le quintile des plus pauvres est de 11.5%, contre 45% dans le quintile des plus riches. Le ratio Pauvre / Riche est de 0.256, indiquant une importante différence entre riches et pauvres. Le ratio de richesse analysé selon le genre indique que les inégalités sont plus élevées chez les femmes (ratio de 0.129) que chez les hommes (ratio de 0.334).

L'indice de concentration (0.295) permet d'observer une importante concentration des inégalités, principalement tirée par le quintile des plus riches.

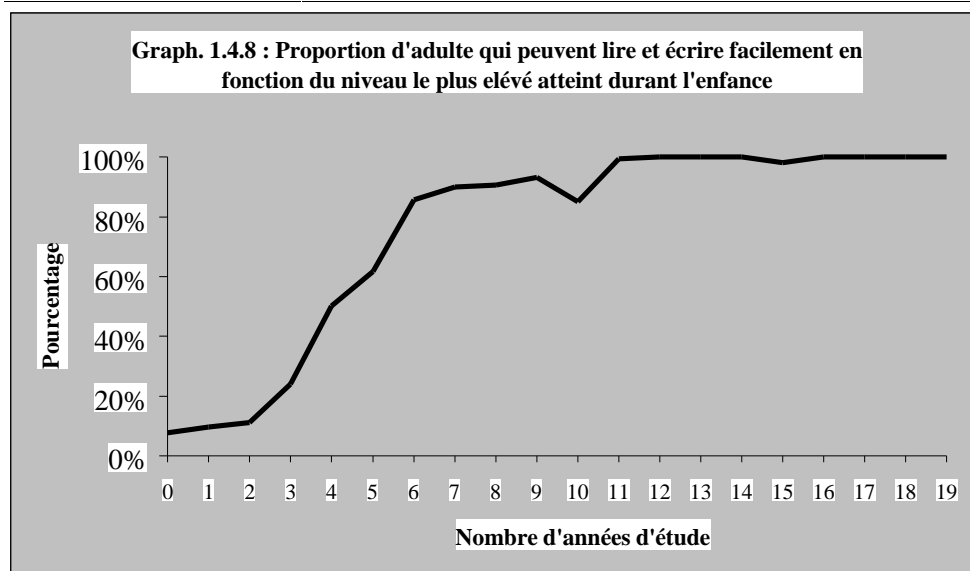
Le ratio Hommes/Femmes passe de 4.714 dans la catégorie des plus riches à 1.830 dans celle des plus pauvres, démontrant ainsi que les inégalités entre genre sont plus importantes chez les pauvres que chez les riches.

Ces bas niveaux d'alphabétisation compromettent les chances de promotion des pauvres car il est établi que l'alphabétisation est un préalable à la croissance économique et à la réduction de la pauvreté. La stratégie de lutte contre la pauvreté passe par l'établissement des liens entre scolarisation, alphabétisation et programmes économiques et sociaux.

Il est établi que l'alphabétisation durable, « irrévocable », augmente rapidement avec le nombre d'années passées à l'école. Le graphique qui suit indique que l'accroissement du nombre des alphabétisés devient très fort à partir de la quatrième année. Pour relever le taux d'alphabétisation, il faut fournir aux enfants au minimum cinq à six années de scolarisation. A contrario, une scolarisation de trois à quatre années n'a aucun impact sur l'alphabétisation, seuls 11% des personnes ayant passé deux ans à l'école sont alphabétisés par la suite.

Tab. 1.4.7 : Niveau d'alphabétisation des adultes âgés de 22 à 44 ans selon l'accès à l'école pendant l'enfance

	A été à l'école (%)	N'ai jamais allé à l'école (%)	total (%)
lecture-écriture facile	48	1	17
lecture-écriture difficile	14	0,5	5
ne sait ni lire ni écrire	38	98,5	78
Total	100	100	100



Source : UNICEF,2001

### 1.4.1.3 Partenariat et financement de l'éducation

Il existe de nombreux partenaires dans le secteur de l'Education, bien qu'il n'existe aucune structure formelle de coordination de ces partenaires. Certains d'entre eux se rencontrent régulièrement dans le cadre d'une plate-forme dont les réflexions portent surtout sur les écoles communautaires. Il résulte du manque de coordination un manque de complémentarité et éventuellement une duplication dans les interventions des différents partenaires. Envisagée depuis longtemps, la création d'une cellule de coordination au sein du Ministère n'a jamais pu être réalisée. Il est à espérer que dans le cadre du PDDE la

démarche commune entre les partenaires sera beaucoup plus harmonisée. L'installation d'un cadre formel de concertation est prévue.

Le financement de l'éducation est assuré par l'Etat, les contributions communautaires et l'aide extérieure. La part relative du budget de l'Education dans le budget National n'a cessé de baisser de 1990 à 1999 en passant de 15,5% à 12,5%, malgré les engagements pris en 1991 à la Conférence Nationale de porter à 20% le budget du secteur et l'adhésion du Niger à l'Initiative 20/20.

Au Ministère de l'Education Nationale, les dépenses salariales représentent environ 86% du budget contre 4% seulement réservés à l'investissement.

Plusieurs partenaires techniques et financiers investissent déjà et sont prêts à investir davantage dans le secteur de l'éducation, surtout au niveau de l'éducation de base.

## **1.4.2 Analyse de situation**

### **1.4.2.1 Politique éducative**

La politique éducative contenue dans le PDDE 2000-2010 propose des solutions assorties de stratégies aux nombreux problèmes identifiés dans le secteur. La mise en œuvre de ses orientations et stratégies impliquent des réformes institutionnelles et surtout la mobilisation d'importantes ressources humaines et financières qui font actuellement défaut à l'Etat.

L'insuffisance des ressources humaines a déjà imposé le recours à une majorité d'enseignants volontaires sans formation adéquate, ce qui ne pourra qu'affecter la qualité de l'éducation et augmenter les taux de déperdition scolaire, si des contre mesures ne sont prises immédiatement.

La non accélération de la généralisation de l'enseignement bilingue risque de perpétuer les tares de l'enseignement conventionnel dans la seule langue française avec comme conséquence encore une fois de nombreux redoublements, abandons et échecs aux examens et avec des conséquences négatives pour le maintien des filles à l'école. Ainsi, les indicateurs retenus par le PDDE seront très difficiles à atteindre. En effet, le taux brut de scolarité n'a évolué entre 0,5 et 2 points en moyenne par an pendant la décennie écoulée, alors que le plan décennal prévoit de porter ce taux à 3,6 %. La généralisation accélérée de l'enseignement bilingue serait un des deux facteurs susceptibles d'avoir le plus d'impact positif sur l'efficacité interne.

Concernant l'enseignement bilingue tel qu'il est prévu dans le PDDE, on constate une contradiction entre le texte de la Loi 98-12 et la conception même de l'« enseignement bilingue ». Dans le Titre I : Dispositions générales, la Loi prévoit dans l'article 10 : « Les langues d'enseignement sont le français et les langues nationales ». Cependant, le Titre III : Structure du système éducatif nigérien, apporte, dans l'article 19, la précision suivante pour le cycle de base 1 : « La langue maternelle ou première est langue d'enseignement, le français matière d'enseignement. » Et finalement, l'article 21 du même titre précise pour le cycle de base 2 : « Le français est langue d'enseignement et les langues maternelles ou premières, matières d'enseignement. » Ni l'article 19 ni l'article 21 ne parle d'un enseignement bilingue, c'est-à-dire de l'utilisation parallèle de la langue maternelle et d'une langue étrangère comme langues d'enseignement. Le cycle de base 1 est monolingue : l'enseignement se déroule en langues nationales. Le cycle de base 2 est

monolingue : l'enseignement se déroule en français. Cependant, le PDDE prévoit l'introduction de l'enseignement bilingue au cycle de base 1.

Un autre facteur très important serait l'ouverture prévue de l'enseignement formel au secteur privé avec des écoles contrôlées et gérées directement ou indirectement par les parents. Dans tous les cas – école de l'Etat ou école privée – l'important est le nombre d'heures enseignées. Les parents exigent des enseignant(e)s efficaces qui dispensent toutes les heures d'enseignement prévues. Ils peuvent conclure un contrat et le résilier. Pour contrôler le nombre d'heures enseignées, les parents n'ont pas besoin d'un niveau d'alphabétisation déterminé ou d'une formation spécifique quelconque, mais ils garantissent les bases d'une évaluation continue. Dans ce contexte il faut aussi reconnaître l'immense potentiel que constituerait l'ensemble des écoles confessionnelles coraniques pour le développement de l'éducation de base.

La mise en œuvre de la politique éducative est tributaire d'un accroissement substantiel du budget de l'éducation. Il n'est pas certain que la stratégie proposée de partage des coûts de l'enseignement public entre l'Etat, les collectivités, les familles, les partenaires au développement, les entreprises et les autres personnes physiques ou morales donne les résultats escomptés. Pour le financement de l'éducation, la Loi 98-12, dans son article 60, prévoit la répartition suivante des charges :

Tab. 1.4.8 : Répartition des charges pour le financement de l'Education

Etat	Collectivités	Familles	Partenaires au développement	Entreprises
infrastructures	infrastructures	-	infrastructures	-
équipements	équipements	-	équipements	-
manuels	-	-	-	-
fournitures	fournitures	fournitures	-	-
form. des formateurs	-	-	form. des formateurs	formation
charges salariales	charges salariales	-	-	-
recherche	-	-	recherche	recherche
logistique	bourses	-	logistique	bourses
bourses	maintenance	-	bourses	-
-	électr., eau,	-	-	-
-	téléphone	entretien des écoles	-	-
-	-	-	-	apprentiss./
-	-	-	-	perfect. personnel

source : MEN/GTZ-2PEB : Evaluation de l'Ecole Expérimentale 1999 (adapté)

Selon l'article 60, « les modalités d'intervention de chaque partenaire sont définies par voie réglementaire ». Il est évident que cette conception du financement du système éducatif repose sur un principe de base, le « partage des coûts ». En ce qui concerne, par exemple, les « charges salariales » partagées entre l'Etat et les collectivités, actuellement seules les collectivités voisines du Nigeria sont en mesure de payer leurs fonctionnaires avec leurs propres recettes (voir MEN/GTZ-2PEB 1999).

Une des conditions de la réussite de la politique éducative est la décentralisation avec des organes élus disposant des pouvoirs et des moyens humains, matériels et financiers nécessaires à la gestion des affaires locales, notamment l'éducation de base. La mise en

œuvre de la décentralisation aura des effets bénéfiques sur la planification et la gestion de l'éducation car elle implique l'association de tous les partenaires de l'école aux prises de décision, à la gestion participative, donc transparente et démocratique.

Une autre condition est la mise en œuvre permanente d'une politique de communication et d'information pour non seulement susciter la demande d'éducation, mais aussi pour réussir le partenariat à la base avec les populations autour des problèmes d'éducation, notamment l'éducation des jeunes filles et l'alphabétisation des adultes.

#### **1.4.2.2 Education formelle**

Le préscolaire devrait préparer les enfants pour qu'ils prennent un bon départ et réussir dans le primaire. Le préscolaire étant partie intégrante de l'éducation de base dont il constitue le socle, il mérite d'être développé au maximum afin d'éviter toute distorsion de la pyramide scolaire. Cela doit se faire dans l'optique de la problématique du développement intégré du jeune enfant.

Les causes immédiates du faible taux de couverture et d'encadrement de la petite enfance sont l'insuffisance des structures d'accueil, liée à leur implantation privilégiée dans les milieux urbains, l'accès payant tant au niveau public qu'au niveau privé, l'insuffisance d'éducateurs qualifiés, le manque d'intérêt des familles pour l'éducation préscolaire perçue comme inutile et comme une non priorité par la plupart des parents analphabètes.

Les causes sous-jacentes ont trait à la dotation du préscolaire d'un budget dérisoire ; l'absence d'une filière de formation initiale et continue pour les éducateurs ; l'absence d'une formule d'éducation parentale et la non exploitation des possibilités d'encadrement au niveau communautaire ; l'analphabétisme des parents, surtout en milieu rural. La cause fondamentale est l'absence d'une politique nationale bien définie assortie d'un plan d'action national et visant le développement intégré du jeune enfant, l'éducation n'étant qu'un point d'entrée.

Dans le primaire, malgré le léger accroissement du taux brut de scolarisation ces dernières années, il apparaît clairement que le système éducatif est loin de pouvoir absorber tous les enfants, d'autant plus que le taux d'accroissement annuel de la population « scolarisable » est substantiel (2,6 % entre 1990 et 1999). Le secteur privé ne représente que 4,3 % du total des inscrits au cycle de base 1.

Avec un taux de scolarisation brut de 34,1%, l'un des plus bas du monde, des efforts extraordinaires sont nécessaires afin que « l'éducation pour tous » devienne une réalité. Sur la base des données du MICS, on constate cependant que l'écart entre filles et garçons s'est beaucoup réduit en 4 ans, même si la parité est loin d'être atteinte. Ceci est à mettre au compte des stratégies adoptées ces dernières années par le Ministère de l'Éducation Nationale appuyé par plusieurs partenaires. Il s'agit essentiellement de la création en 1994 d'une Cellule Technique de Promotion de la Scolarisation des Filles devenue opérationnelle en 1996, puis de la création d'une Direction Nationale pour la Promotion de la Scolarisation des Filles, enfin de l'adoption de mesures incitatives à la scolarisation des filles.

Les causes immédiates du faible taux de couverture du cycle de base 1 sont multiples : manque d'infrastructures et sous-utilisation (bas ratios élèves /classe), image négative de l'école conventionnelle auprès des parents induite par le manque d'enseignants surtout en

milieu rural, dispersion de la population en milieu rural allié à l'éloignement des écoles, pauvreté des ménages, dispersion de la population rurale allié parfois à l'inaccessibilité de l'école située loin des bénéficiaires.

Quant aux causes sous-jacentes, il s'agit de : l'absence de carte scolaire entraînant une construction anarchique et une utilisation non optimale des ressources disponibles, la non adaptation des programmes et de la langue d'enseignement aux réalités locales et aux besoins des bénéficiaires directs et indirects de l'éducation, la sensibilisation insuffisante des parents d'élèves et des populations à l'importance de la scolarisation, surtout celle des filles, l'inefficacité tant interne qu'externe du système éducatif (forts taux de déperdition, faibles taux de réussite aux examens, manque de débouchés pour les sortants).

Les causes fondamentales quant à elles se résument à la crise économique entraînant la chute des investissements dans le secteur et la faible intervention du secteur non public dans l'offre d'éducation.

Différentes stratégies ont été adoptées pour augmenter l'offre d'éducation primaire : l'augmentation du nombre d'instituteurs, la multiplication des classes multigrades (double vacation dans 2467 classes), le recrutement de volontaires de l'Education et le développement des écoles communautaires. Ces stratégies ne sont pas toutefois suffisantes et certaines, tel le recrutement de volontaires risquant d'affecter la qualité de l'enseignement. L'inexistence d'internat au niveau de l'enseignement moyen est un handicap à la participation des élèves (surtout filles) dont les parents ne résident pas à proximité de l'école et qui de ce fait font face à des problèmes de logement, de nourriture et de transport, quand ils ne décident pas tout simplement d'interrompre leurs études.

Si l'élimination des différentes catégories de disparités signalées plus haut n'était pas sérieusement entreprise, elles risqueraient de miner « l'Education Pour Tous ». A titre d'exemple, il y a lieu d'entreprendre des actions visant à réduire l'écart entre hommes et femmes, quand on sait le rôle de modèle positif que la femme peut jouer pour l'éducation des femmes en général, la scolarisation des filles en particulier.

Tous les indicateurs d'efficacité interne amènent à conclure que le cycle de base est très peu efficace. En plus des taux élevés de déperdition, peu d'élèves du cycle de base 1 accèdent au cycle de base 2 (enseignement secondaire).

Les causes immédiates et sous-jacentes sont : la formation insuffisante et inadaptée des enseignants, surtout des volontaires et appelés du service national ; la faiblesse de l'encadrement pédagogique des enseignants sur le terrain ; l'utilisation, encore une fois, d'une langue d'enseignement qui constitue un handicap pour l'élève<sup>11</sup> ; l'insuffisance de matériel didactique de qualité dans les écoles, ce qui pose le problème de la gestion et de la distribution des livres – et de la politique nationale du livre scolaire en général ; le manque d'évaluation continue des élèves, qui servirait à prendre à temps les mesures correctives. Le projet MLA constitue la seule opportunité qu'a le Niger de comparer les acquis de ses élèves avec ceux d'autres pays. De ce fait il doit être étendu à toutes les classes du cycle de Base 1 au moins et exécuté régulièrement.

---

<sup>11</sup> La langue d'enseignement – nous l'avons discuté en analysant la faible couverture - est un facteur extrêmement important quand il s'agit de l'efficacité interne de l'éducation. Le rapport MEN/GTZ-2PEB et le rapport des acquis scolaires dans le cadre du projet MLA en conviennent.

Malgré des efforts innovateurs considérables, l'investissement dans les déterminants de la qualité de l'enseignement, y compris un système efficace d'évaluation, reste largement insuffisant. La volonté politique de généraliser ces innovations susceptibles d'améliorer la qualité – comme par exemple l'enseignement bilingue – paraît encore assez faible.

Les constats du rapport MLA relatifs au genre, élèves et enseignants confondus, prouvent encore une fois que l'investissement dans l'éducation des filles est rentable et que les efforts déployés dans ce domaine doivent être encouragés et poursuivis. Les résultats du Baccalauréat de 1999 montrent par exemple que malgré leur faiblesse numérique (28,8 % des candidats), les filles ont un taux d'admission largement supérieur à celui des garçons (60,3 % contre 49,8 %).

#### **1.4.2.3 Education non formelle (alphabétisation)**

L'alphabétisation souffre de plusieurs maux dont les plus importants sont :

- Absence d'une politique nationale ;
- Insuffisance des ressources financières et matérielles, notamment étatiques (des 20 % du budget national attribués au Ministère de l'Education Nationale en 1998, seuls 0,2% ont été affectés à l'alphabétisation) ;
- Faiblesse et caractère aléatoire des activités d'alphabétisation ;
- Faiblesses des statistiques disponibles ;
- Absence d'un environnement lettré, porte ouverte au retour à l'analphabétisme ;
- Offre réduite d'activités de post-alphabétisation ;
- Absence d'une composante éducation professionnelle de base, d'où la création des CFDC (Centre de Formation en Développement Communautaire) ;
- Faible efficacité interne et externe ;
- Les pesanteurs sociales qui sont un frein notamment à l'alphabétisation des femmes ;
- Manque de coordination entre les différents intervenants.

Au regard des taux d'alphabétisation, on peut dire que l'accès aux programmes d'alphabétisation est limité, quoique d'énormes progrès ont été réalisés en l'espace de 10 ans (1990-2000), même si l'objectif fixé par le Sommet Mondial des Enfants n'est pas atteint. En effet, en considérant les données du MICS2, les taux actuels d'analphabétisme (total, hommes, femmes) sont respectivement de 79%, 69% et 90%, au lieu de 44%, 41% et 48%. La faiblesse des taux d'alphabétisation est à mettre en relation directe avec celle des taux de scolarisation, car tout enfant non scolarisé ou déscolarisé est un adulte analphabète en puissance.

Comme cause fondamentale de la faible couverture on pourrait identifier l'absence d'une politique nationale d'alphabétisation et d'une politique linguistique qui valorise les langues nationales, langues principales d'alphabétisation. Cependant, il convient de mentionner ici qu'une « Loi organique » fixant les modalités de promotion et de développement des langues nationales, a été soumise pour approbation à l'Assemblée Nationale au cours de l'année 2001.

L'efficacité interne de l'alphabétisation est très réduite. Parmi les inscrits au cours des campagnes d'alphabétisation, les taux d'abandons sont élevés, ce qui peut s'expliquer autant par la pauvreté des participants qu'à l'inadéquation des programmes offerts, sans compter le manque de formation de la plupart des instructeurs.

Faute de suivi des personnes alphabétisées, il est difficile de se faire une idée juste de l'efficacité externe de l'activité. Tout au plus peut-on citer des cas d'initiatives spontanées (généralement individuelles) des acquis, des changements de comportements et d'attitudes chez les néo-alphabètes (individuellement ou collectivement), qui ont trait à des aspects aussi divers que la démocratisation de la vie communautaire, la fréquentation des centres de santé, la valorisation de l'éducation, l'amélioration de la nutrition et les réalisations socio-économiques communautaires.

Il semble que le prestige social étouffant de la langue française, langue officielle et langue d'administration, limite sévèrement les possibilités de promotion des personnes alphabétisées en langues nationales.

#### **1.4.2.4 Innovations en cours**

Plusieurs innovations en cours méritent d'être soulignées.

##### ***a) L'expérimentation des langues nationales dans l'enseignement primaire***

Menée dans 42 écoles, cette expérimentation vieille de 27 ans (et certainement « surannée » en 2001) est à l'origine de la prise de décision de la généralisation de l'utilisation concomitante des langues nationales et du français dans le système éducatif (Loi 98-12, art. 10, 19 et 21). L'évaluation systématique des « écoles expérimentales » a été menée en 1999 par le Ministère en collaboration avec le projet 2PEB de la GTZ<sup>12</sup>. Elle a montré que l'école expérimentale est plus efficace et mieux adaptée au milieu socioculturel comparativement aux écoles traditionnelles et que dans certaines localités les populations commencent à s'intéresser à la vie de l'école. Elle a montré, de plus, que l'utilisation des langues maternelles comme langues d'enseignement représente un facteur positif concernant l'apprentissage des filles. L'apprentissage en langue maternelle pendant les premières années de la scolarité ne va pas au détriment de l'acquisition du français – au contraire : une bonne acquisition initiale de la lecture et de l'écriture en langue maternelle facilite l'apprentissage d'une langue étrangère, c'est-à-dire le français.

Il est prévu de généraliser peu à peu l'enseignement bilingue dans le cadre du PDDE avec les écoles bilingues pilotes. Paradoxalement, les écoles expérimentales continuent à exister et à pérenniser l'expérimentation dans la perception publique. Et il reste d'autres obstacles à franchir : les acquisitions en langues nationales et en activités pratiques ne sont pas sanctionnées par le CFEPD ; le cycle de 9 ans préconisé par le projet de réforme de 1975 n'a pas encore été mis en application ; et le manque de structures d'accueil pour les élèves issus des cours moyens.

##### ***b) Le projet écoles communautaires***

Initié en 1999 par la SNV pour une durée de 3 ans, ce projet compte actuellement 41 écoles (sans compter les nouvelles créations 2001) et mérite d'être évalué par le Ministère de l'Education Nationale. L'école communautaire expérimente un modèle alternatif d'éducation articulé aux besoins d'insertion harmonieuse des apprenants dans leur communauté. Le projet est innovant en ce qu'il propose une adaptation du curriculum aux réalités locales ; forme les différents intervenants au concept d'école communautaire et à l'auto promotion des associations de parents d'élèves.

---

<sup>12</sup> MEN/GTZ-2PEB : *Evaluation de l'Ecole Expérimentale Rapport final*. Niamey : juin 1999.

**c) L'expérience PAM dans la distribution des rations sèches en vue de favoriser la scolarisation de la jeune fille**

Suite aux recommandations formulées par la mission d'évaluation de la phase III du projet Education, le PAM a introduit dans la phase IV la composante « distribution des rations sèches ». Cette décision du PAM a été motivée par le constat qui a été fait par la mission par rapport à la faible scolarisation des filles au Niger. Ainsi dans cette nouvelle phase le PAM a distribué durant les quatre années du projet, 150 kilogrammes de céréales(mil) par an soit 50 kilogrammes par trimestre scolaire aux familles scolarisant une à deux filles et 300 kilogrammes de céréales( mil) par an soit 100 kilogrammes par trimestre scolaire aux familles scolarisant plus de deux filles. Les conclusions de l'évaluation de la phase IV ont démontré que cette expérience a été très positive car 48% des écoles où les rations sèches ont été distribuées ont vu progresser leurs effectifs de filles de plus de 8 points de pourcentage et 37% entre 0 et 7 points.

**d) Le programme Niger de l'ONG Aide et Action**

Ce programme est innovant en ce qu'il vise à faire de l'école du village un centre de ressources éducatives pour toute la communauté, une école dont la durée et le contenu sont modulables en fonction des besoins de la communauté. Une autre innovation est le concept « éducateur communautaire ». Le programme couvre 186 écoles en 2000. Initié en 1988, il a porté le taux brut de scolarisation dans la zone d'intervention de 27,5% en 1997/98 à 33,5% en 1999/2000 et le taux brut d'admission au primaire de 27,7% en 1997/98 à 34,7% en 1999/2000.

**e) Les Centres de Formation en Développement Communautaire (CFDC)**

Le CFDC est une structure de formation pratique offrant une formation polyvalente et adaptée aux besoins des communautés d'implantation. Les CFDC sont définis comme « le lieu commun de formation pour la promotion d'une communauté donnée. A ce titre ils sont sensés garantir tous les types de formation dont a besoin cette communauté. »<sup>13</sup> Il existe 10 CFDC opérationnels et expérimentaux à ce jour, 3 d'entre eux de création récente (2001). Les CFDC sont ouverts à deux niveaux : (1) des jeunes non scolarisés qui sont alphabétisés et reçoivent une formation professionnalisante et (2) des jeunes déscolarisés qui reçoivent une formation professionnalisante et sont remis à leur niveau scolaire correspondant afin d'aller jusqu'au CFEPD. Les CFDC offrent ainsi un système de rattrapage scolaire, assurant « des passerelles entre le système non formel et le système formel ». <sup>14</sup> En 1998/1999, il y avait 111 garçons et 82 filles dans ces centres.

Le programme de relance économique du Niger a retenu que les CFDC constituent un outil souple et précieux de développement rural qu'il faut multiplier.

**f) Les Activités Pratiques et Productives (APP)**

Les APP ont pour objectif : (1) de lier l'école à la vie par l'intégration de l'éducation et du travail productif, (2) de répondre aux besoins du développement socio-économique du milieu, (3) de contribuer à la valorisation des ressources propres au milieu et (4) d'assurer une formation complète basée sur l'acquisition des capacités physiques, intellectuelles et manuelles pour une meilleure intégration de l'individu au milieu. L'enseignement des APP est réparti en trois catégories : agro-sylvo-pastorale et piscicole, technologie, artisanat et

<sup>13</sup> SP-CNRE : *Seminaire-atelier sur le développement du système de formation de base dans les CFDC (cas des formations des jeunes filles) ? Niamey 29 Août – 3 Sept. 2000.* Niamey : SP-CNRE Septembre 2000.

<sup>14</sup> Ibid.

économie familiale. Elles sont introduites dans la plupart des écoles mais ne font pas l'objet d'une évaluation.

Les APP ont été conçues dans la perspective de récupérer les enfants qui ne réussissent pas à écoles. Elles devraient transmettre des habilités pratiques qui permettent d'exercer un métier. Avec les APP, officialisées 1987 avec les « Programmes » on poursuit une tradition de travaux manuels ou pratiques à l'école, mais avec l'introduction officielle des APP on donne beaucoup plus d'importance à cet aspect de la carrière scolaire des enfants. Les APP ne sont pas évaluées pour l'entrée en 6<sup>ème</sup>. La non existence dans les EN de formateurs « multiprofessionnels » spécialisés en APP constitue un grand obstacle. L'avenir des APP est lié à l'évolution du marché du travail qui devrait offrir des possibilités de carrière professionnelle dans l'administration ou le privé.

Bien que les Activités Pratiques et Productives soient introduites dans la plupart des écoles, elles ne sont pas prises en compte dans l'évaluation des élèves, ce qui peut constituer un facteur de démotivation. Il convient qu'elles soient valorisées par leur prise en compte dans l'évaluation. Par ailleurs, selon une étude de Bergman et Yahouza<sup>15</sup> « l'enseignement des APP comporte des objectifs généraux ayant un mélange de plusieurs autres objectifs et les thèmes qui y sont liés sont nombreux et manquent d'orientation et de précision ».

L'ensemble de ces innovations pourraient bien féconder le système éducatif à condition que des précautions soient prises et moyennant certains préalables dans certains cas.

Pour ce qui concerne l'enseignement bilingue, sa généralisation doit être la plus rapide possible, sans dépendance d'une autre expérimentation, mais certaines conditions clé doivent être réunies pour sa réussite : le développement en quantité et en qualité du matériel didactique, tout en commençant par la traduction en langues nationales des manuels existants, la formation des enseignants et de leurs encadreurs, le dosage équilibré de la langue nationale et du français.

Les écoles communautaires et assimilées, telles les écoles du village, si elles venaient à prendre de l'importance, contribueraient à l'extension du réseau et à l'accroissement des effectifs scolaires. Cependant, la formation initiale et continue de leurs enseignants et la disponibilité de matériel didactique de qualité et en nombre suffisant sont les conditions de leur succès.

#### **1.4.2.5 Les écoles coraniques**

Les Ecoles coraniques sont solidement implantées dans toutes les régions du pays. Elles drainent un nombre important de jeunes et d'adultes en quête du savoir. Leur nombre est estimé à plus de 50,000 , avec un effectif d'environ 346,000 élèves dont 35% fréquentent parallèlement les institutions de l'éducation formelle.

L'analyse des indicateurs relatifs à l'accès / couverture est limitée par le manque de données statistiques officielles relatives à l'éducation non formelle. Celles-ci ont jusqu'ici ignoré les activités menées par ces écoles et cela malgré l'expérience de leur restructuration amorcée par le pays. Ces écoles jouissent d'un grand prestige auprès de la communauté nigérienne qui estime que cette institution ne déracine pas l'enfant. Les écoles coraniques accueillent indifféremment les adultes, les jeunes et les enfants avec une forte proportion de jeunes filles. Le financement de ces écoles est assuré par les parents, les revenus générés par les prestations et des contributions diverses. La

---

<sup>15</sup> Bergmann H. et Yahouza I. : *Etude sectorielle sur l'éducation de base*. Eschborn : GTZ 1992 (= Bildungsreport 55).

faiblesse des ressources constitue l'un des principaux obstacles à la modernisation de ces institutions et hypothèque lourdement leur intégration dans le système d'éducation de base tel que défini par la loi éducative 98-12 du 1er juin 1998.

#### **1.4.2.6 L'éducation des filles**

Les filles accèdent à l'école beaucoup moins que les garçons (29,9% contre 42,2% pour les garçons) avec un écart particulièrement prononcé dans les régions de Tahoua, Zinder et Maradi. Cette disparité de scolarisation entre garçons et filles s'observe par ailleurs plus en milieu rural (22,1% de filles contre 35,4% de garçons) qu'en milieu urbain où l'indice de parité est de 0,93%. La scolarisation des filles en milieu rural est en outre fortement hypothéquée par les abandons et redoublement des filles eu égard aux mariages et grossesses précoces, les préjugés socio – culturels et la pauvreté des ménages. Les facteurs à l'origine de la sous scolarisation des filles sont surtout liés à des obstacles de plusieurs ordres : socio – culturels – économique, institutionnel, pédagogique et juridique. L'absence de structures d'accueil au niveau des établissements secondaires relève à la fois de l'institutionnel et de l'économique, le système d'internat a été supprimé pour des raisons économiques, et les parents refusent de confier leur filles à des tuteurs, ou les laisser partir sans aucune garantie. Pour répondre aux défis multiples et variés de l'éducation des filles, le gouvernement, les collectivités, les associations et organisations non gouvernementales avec la coopération bilatérale et multilatérale ont déployé des efforts importants.

Une Direction Nationale chargée de la promotion et de la scolarisation des filles a été créée dans ce cadre pour définir les stratégies pertinentes en vue d'améliorer la fréquentation des filles et leur maintien à l'école. La loi éducative 98-12, et le Plan Décennal de Développement de l'Education accordent également une priorité au renforcement de ce secteur et la promotion des langues nationales qui constituent un facteur important pour l'apprentissage scolaire de la jeune fille. L'implication de la chefferie traditionnelle, des religieux, et associations de parents d'élèves constitue également, une stratégie efficace pour la sensibilisation des populations dans ce domaine.

Ceci découle des liens entre l'éducation des filles, qui est centrale au développement des générations présentes et futures des enfants, et les bénéfices sociaux pour la nation de cette éducation des filles qui sont une faible mortalité infantile et maternelle, des enfants mieux nourris et bien portants, des familles plus riches, un âge de mariage plus poussé, une fécondité réduite, de plus grandes opportunités et de meilleurs choix de vie pour les femmes, une responsabilisation des femmes pour se protéger contre le VIH/SIDA, et une plus grande participation des femmes dans les décisions politiques, sociales et économiques. L'éducation des filles est donc un investissement qui sert à atteindre l'éducation pour tous les enfants, pour le développement intégré du jeune enfant et pour l'éducation et le bien être des adolescents. L'éducation des filles fournit un mécanisme pour les familles, les communautés et les sociétés d'échapper à la pauvreté sur une très grande échelle. Mettre l'accent sur les filles c'est aussi éliminer pour elles les désavantages du système éducatif en terme d'accès, de qualité, et de traitement qu'elles reçoivent dans la classe et dans la cour ou à la maison. Ainsi, avec un faible taux de scolarisation, scolariser les filles sera le facteur majeur de scolarisation de tous les enfants au Niger. Balancer les interventions qui visent l'accès avec celles qui se concentrent sur la qualité aidera à toucher également les enfants exclus et à risque, en particulier les filles, les enrôler et s'assurer qu'au lieu de les exclure, ils restent, apprennent dans un environnement sécurisant et protecteur. L'expérience démontre aussi que travailler pour atteindre une éducation de qualité pour les filles a un impact positif sur les opportunités et

les résultats éducatifs des garçons et d'autres groupes exclus. Ainsi, mettre l'accent sur l'éducation des filles est soi-même une stratégie pour atteindre l'éducation de qualité pour tous. Cela veut dire assurer que les filles vont à l'école; qu'elles y restent ; et qu'elles complètent l'éducation de base en ayant acquis les connaissances fondamentales requises.

### **1.4.3 Indicateurs pertinents**

A la lumière de l'analyse ci-dessus, certains indicateurs apparaissent comme pertinents quant à l'atteinte des objectifs de l'éducation pour tous, en ses composantes tant formelle que non formelle. Il s'agit des suivants :

#### Indicateurs de couverture du système éducatif :

Taux brut d'admission au préscolaire ;  
Taux net d'admission au CI ;  
Taux brut de scolarisation ;  
Taux net de scolarisation ;  
Taux d'alphabétisation ;  
Nombre de centres de post-alphabétisation.

#### Indicateurs d'efficacité du système

Taux de redoublement ;  
Taux d'abandon (formel et non formel) ;  
Taux de promotion ;  
Taux de réussite (non formel) ;  
Taux de survie au CM1 ;  
Taux de transition au cycle de base 2 ;  
Score dans le suivi permanent des acquis scolaires (MLA) ;  
Ratio livre/élèves ;  
Ratio inspecteur/enseignants ;  
Fréquences de visites de suivi pédagogique (encadrement sur le terrain) ;  
Pourcentage enseignants/éducateurs académiquement formés ;  
Pourcentage enseignants/éducateurs possédant le diplôme pédagogique.

#### Indicateurs de genre

Indice de parité filles/garçons et femmes/hommes ;  
Taux de rétention des filles à l'école.

#### Indicateurs de ressources

Pourcentage de l'éducation dans le budget national ;  
Pourcentage de l'éducation de base cycle 1 dans le budget éducation ;  
Pourcentage de l'alphabétisation dans le budget national ;  
Ratio salaires enseignants / investissements.

### **1.4.4 Conclusions et recommandations**

Au regard des nombreuses insuffisances, distorsions et autres problèmes du secteur de l'éducation, tenant compte de la Loi 98-12 portant orientation du système éducatif nigérien et considérant le PDDE - et ses innovations qui pourraient être rentabilisées dans le futur – comme la mise en œuvre de la Loi, il est proposé quelques axes jugés prioritaires pour une meilleure offre et efficacité de l'éducation de base (formelle) d'un côté, de l'alphabétisation de l'autre. L'enseignement de base est retenue parce qu'il constitue le segment le plus important du système éducatif. L'alphabétisation en est le complément nécessaire hors du cadre formel de l'école. Les deux modalités ensemble constituent, dans la perspective de l'Education pour tous, l'éducation de base comme fondement du système éducatif nigérien.

Outre l'audit du Ministère de l'Éducation Nationale, le renforcement de ses capacités institutionnelles s'avère indispensable à la mise en œuvre efficace de la politique éducative. Les autres points sont :

- L'ouverture de l'éducation de base au secteur non public et la prise en compte des écoles confessionnelles (surtout coraniques) pour le développement du système ;
- Le développement de l'éducation préscolaire qui donne d'importants prérequis aux enfants de 3 à 6 ans qui leur facilitent les futurs apprentissages ;
- L'utilisation parallèle des langues nationales comme langues d'enseignement au cycle de base 1 et l'aménagement de la Loi dans le sens d'un enseignement bilingue et non monolingue ;
- La formation des enseignants et de leurs encadreurs ;
- La révision des Programmes d'études et des manuels et guides pour le premier degré et leur adaptation aux exigences de l'enseignement bilingue ;
- Le développement de l'alphabétisation en langues nationales avec des stratégies novatrices ;
- La scolarisation des jeunes filles et l'alphabétisation des femmes ;
- L'éducation en milieu nomade comme défi national et instrument stratégique pour prévenir des conflits sociaux de plus en plus prononcés (et international) à mettre en œuvre en étroite collaboration avec les pays voisins.