

REPUBLIQUE DU NIGER



MINISTRE DE LA PROMOTION DE LA FEMME
ET DE LA PROTECTION DE L'ENFANT



Institut National
de la Statistique



Fonds des Nations Unies
pour l'Enfance

ETUDE SUR LA PAUVRETE ET LES DISPARITES CHEZ LES ENFANTS AU NIGER 2008

Août 2009

Cette étude a été réalisée par l'équipe suivante de :

• Institut National de la Statistique du Niger (INS) :

1. Mr Abdoulahi Beidou, Directeur Général ;
2. Mr Ali Madaj, Coordonnateur de l'Observatoire National de la Pauvreté et de Développement Humain Durable (ONAPAD) ;
3. Mr Malam Souley, Ingénieur Statisticien Economiste ;
4. Mr Moctar Seydou, Cadre Statisticien Economiste à l'ONAPAD ;
5. Mr Maina Abdou, Cadre Statisticien Economiste, INS ;
6. Mr Noufou Insa, Economiste à l'ONAPAD.

• Unicef :

7. Mr Ousmane NIANG, Chef de Section Planification, Suivi-Evaluation et Politiques Sociales au Bureau de Niamey.

Avec l'appui de :

- Université de Bristol basée à Londres au Royaume Uni pour la production des tableaux statistiques sur la mesure des privations des enfants.
- 8. Pr David Gordon ;
- 9. Shailen Nandy.
- Centre International d'Etudes et de Recherches sur les Populations Africaines (CIERPA) pour la revue documentaire.

Cette étude présente les résultats sur la pauvreté et les disparités chez les enfants au Niger afin d'aider le Gouvernement et ses partenaires à mieux comprendre la problématique de la pauvreté des enfants notamment ses dimensions, ses caractéristiques et ses manifestations. Elle analyse également les politiques et les programmes publics menés sur les principaux piliers du bien-être des enfants que sont la santé, l'éducation, la nutrition, la protection des droits et la protection sociale afin de mesurer leurs impacts, ressortir les facteurs de blocage et proposer des recommandations.

L'étude est un outil qui va renforcer le plaidoyer et le dialogue pour une meilleure prise en compte des intérêts des enfants dans les politiques, stratégies et budgets nationaux et aussi un meilleur ciblage des interventions qui seront menées en direction des enfants. Elle a été réalisée au cours de la période d'avril 2008 à août 2009 par l'Institut National de la Statistique sous l'égide du Ministère de la Promotion de la Femme et la Protection de l'Enfant en collaboration avec le Bureau Pays de l'Unicef au Niger. Elle a bénéficié de contributions techniques du Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre à Dakar, ainsi que de celles du Siège de l'Unicef à New York.

Photographies : Unicef (Giacomo Pirozzi)

Maquette & Composition : SANECOM-Editions Gashingo

Impression : Imprimerie Albarka

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	vii
PREFACE.....	ix
RESUME ANALYTIQUE.....	xi
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE 1 : LES ENFANTS ET LE DEVELOPPEMENT.....	3
1.1. Les enfants, la pauvreté et les disparités	3
1.1.1. Cadre conceptuel : une approche en trois parties.....	3
1.1.2. Effectif et répartition par âge, sexe et lieu de résidence.....	7
1.1.3. Constatations principales de la pauvreté des enfants au Niger.....	8
1.1.4. Les enfants et les OMD : progrès et disparités.....	9
1.2. Le contexte politique, économique et institutionnel.....	11
1.2.1. La toile de fond politique, géographique et institutionnelle.....	11
1.2.2. Population et croissance économique.....	11
1.2.3. Problèmes du développement humain et de l'équité.....	12
1.3. Stratégies macroéconomiques et répartition des ressources.....	13
1.3.1. Croissance pro-pauvres et résultats pour les enfants.....	15
1.3.2. Les budgets publics et les partenariats comme preuve d'engagement.....	16
CHAPITRE 2 : LA PAUVRETE ET LES ENFANTS.....	19
2.1. La pauvreté monétaire et les privations qui affectent les enfants.....	19
2.1.1. Constatations de l'approche revenu/consommation.....	19
2.1.2. Constatations de l'approche par les privations.....	23
2.2. Survie des enfants et équité.....	27
2.2.1. Tendances de la mortalité infanto-juvénile.....	27
2.2.3. Lien entre la mortalité infanto-juvénile et la pauvreté des enfants.....	27
CHAPITRE 3 : LES PILIERS DU BIEN-ETRE DES ENFANTS.....	31
3.1. Nutrition.....	31
3.1.1. Principaux lois, politiques et programmes nationaux.....	31
3.1.2. Résultats pour les enfants et analyse des disparités.....	33
3.1.3. Analyse de causalité et corrélation.....	34
3.1.4. Fondements et partenariats pour une stratégie.....	35
3.2 Santé.....	36
3.2.1. Principaux lois, politiques et programmes nationaux.....	36
3.2.2. Résultats pour les enfants et analyse des disparités.....	39

3.2.3. Analyse de causalité et corrélation.....	41
3.2.4. Fondements et partenariats pour une stratégie.....	42
3.3. Protection de l'enfance.....	43
3.3.1. Principaux lois, politiques et programmes nationaux.....	43
3.3.2. Résultats pour les enfants et analyse des disparités.....	44
3.3.3. Analyse de causalité et corrélation.....	47
3.3.4. Fondements et partenariat pour une stratégie.....	47
3.4. Education.....	48
3.4.1. Principaux lois, politiques et programmes nationaux.....	48
3.4.2. Résultats pour les enfants et analyse des disparités.....	50
3.4.3. Analyse de causalité et corrélation.....	52
3.4.4. Fondements et partenariat pour une stratégie.....	53
3.5. Aperçu sur la protection sociale au Niger.....	54
CHAPITRE 4: COMBATTRE LA PAUVRETE ET LES DISPARITES CHEZ LES ENFANTS - DEFINIR UNE STRATEGIE GAGNANTE.....	57
4.1. Défis et opportunités pour la réduction de la pauvreté des enfants.....	57
4.2. Recommandations.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	65
ANNEXES.....	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des enfants de moins de 18 ans selon le sexe et le milieu de résidence.....	8
Tableau 2 : Evolution de l'IDH national et des IDH régionaux depuis 1996.....	13
Tableau 3 : Corrélats de la pauvreté monétaire des enfants.....	21
Tableau 4 : Ratio formation sanitaire/ population.....	27
Tableau 5 : Lien entre la pauvreté des enfants et la mortalité infanto-juvénile.....	28
Tableau 6 : Répartition des dépenses prévisionnelles (en millions de FCFA) de nutrition.....	32
Tableau 7 : Nutrition des enfants: variables de l'offre et de l'accès à l'usage effectif des services.....	35
Tableau 8 : Dépenses (en millions de FCFA) en matière de santé par rubriques en 2005 et 2006.....	38
Tableau 9 : Taux de couverture sanitaire.....	41
Tableau 10 : Ratio personnel de santé par population.....	42
Tableau 11 : Enregistrement des naissances et corrélats.....	45
Tableau 12 : Répartition des enfants handicapés par type d'handicap et par groupe d'âge en 2001....	45
Tableau 13 : Indicateur principal, fréquentation de l'école et corrélats.....	52
Tableau 14 : Récapitulatif de la situation des principaux indicateurs des OMD au Niger.....	67
Tableau 15 : Structure de l'économie et contribution à la croissance des secteurs de l'économie.....	68
Tableau 16 : Tendances de la pauvreté monétaire globale et de la sous-consommation au Niger (en %)...	68
Tableau 17 : Probabilités de pauvreté monétaire et de sous-consommation.....	69
Tableau 18 : Fréquence des sept privations sévères en (%).....	70
Tableau 19 : Probabilités que les enfants soient victimes ou non de privations.....	71
Tableau 20 : Indicateur principal, résultats pour la nutrition des enfants de moins de 5 ans et leurs corrélats (en %).....	72
Tableau 21 : Prévalence et traitement des maladies de l'enfance (en %).....	72
Tableau 22 : Nutrition des enfants: variables de l'offre et de l'accès à l'usage effectif des services par région.....	73
Tableau 23 : Evolution de la malnutrition chez les enfants (%).....	73
Tableau 24 : Indicateur principal sur les résultats pour la santé de jeunes enfants, soins connexes et corrélats.....	74
Tableau 25 : Autres résultats pour la santé des adolescents, services et corrélats.....	75
Tableau 26 : Résultats pour la santé des adolescents, services et corrélats.....	76
Tableau 27 : Fréquentation scolaire primaire avec corrélats.....	77
Tableau 28 : Fréquentation scolaire selon l'état de survie des parents et la résidence avec les parents (en %).....	78
Tableau 29 : Orphelins, enfants vulnérables et corrélats.....	78
Tableau 30 : Travail des enfants (dimensions individuelle, ménage, géographique).....	79
Tableau 31 : Mariage précoce et corrélats.....	80
Tableau 32 : Protection sociale: variables de l'offre et de l'accès à l'usage effectif des services par région.....	81
Tableau 33 : Dépenses sociales (millions de FCFA).....	81

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Définition des Seuils des privations.....	4
Figure 2 : La pyramide des âges du Niger en 2005.....	7
Figure 3 : Incidence globale de la pauvreté selon les régions et le milieu de résidence.....	8
Figure 4 : Niveaux et tendance des OMD relatifs aux enfants.....	10
Figure 5 : Evolution comparative du taux de croissance économique et de celui de la croissance démographique	12
Figure 6 : Evolution l'incidence de la pauvreté monétaire chez les enfants par région.....	20
Figure 7 : Incidence des privations sévères touchant les enfants.....	24
Figure 8: proportion d'enfants selon le nombre de privations sévères vécues.....	24
Figure 9 : Incidence des privations sévères et absolues par région	25
Figure 10: Incidence des privations sévères selon le milieu de résidence	26
Figure 11 : Evolution de la malnutrition sévère chez les enfants	35
Figure 12: Evolution de la malnutrition modérée chez les enfants.....	34
Figure 13: Prévalence et traitement des maladies de l'enfance.....	40
Figure 14 : Ratio maître/élève (national, région, milieu de résidence).....	53

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AGR	Activités Génératrices de Revenus.
APD	Aide Publique au Développement
ASC	Agent de Santé Communautaire
BCG	Bacille Calmet et Guérin
BIT	Bureau International du Travail
BIT/IPEC	Bureau International du Travail/Programme pour l'Élimination du Travail des Enfants
CCE	Commissariat Chargé de l'Économie
CDE	Convention relative aux Droits des Enfants
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CM	Chef du Ménage
CNDP	Commission Nationale de Dialogue Politique
CNDS	Commission Nationale de Dialogue Social
CP	Comité de Pilotage
CSI	Centre de Santé Intégré
CUN	Communauté Urbaine de Niamey
DGE	Direction Générale de l'Économie
DPNS	Déclaration de Politique Nationale de Santé
DSRP	Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTCOP	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite
EDSN	Enquête Démographique et de Santé au Niger
ENBC	Enquête Nationale sur le Budget et la Consommation des Ménages
EPT	Education Pour Tous
ESSOB	Enquête Nationale sur la Qualité des Services Sociaux de Base
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FGT	Foster Greer et Thorbecke
FMI	Fonds Monétaire International
IADM	Initiatives d'Annulation de la Dette Multilatérale
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Informations, Education, Communication
INS	Institut National de la Statistique
IRA	Infections Respiratoires Aigues
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infections Sexuellement Transmissibles.
LOSEN	Loi d'Orientation du Système Éducatif Nigérien
MCA	Millenium Challenge Account
MEBA	Ministère de l'Éducation de Base et de l'Alphabétisation
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MEN	Ministère de l'Éducation Nationale
MGF	Mutilations Génitales Féminines

MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
MSP	Ministère de la Santé Publique
MSP/LCE	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONAPAD	Observatoire National de la Pauvreté et du Développement Humain Durable
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PADEB	Projet d'Appui au Développement de l'Éducation de Base
PAEFAN	Projet d'Appui à l'Enseignement Franco-Arabe au Niger
PAN/SPDE	Plan d'Action pour la Nutrition, la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant.
PAP	Programmes d'Actions Prioritaires
PAS	Programme d'Ajustement Structurel
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PDDE	Programme Décennal de Développement de l'Éducation
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNAN	Plan National d'Action pour la Nutrition
PNDA	Politique Nationale de Développement de l'Artisanat
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTÉ	Pays Pauvres Très Endettés
PRODEFA	Programme de Développement de l'Enseignement Franco-Arabe
PS/PRN	Programme Spécial du Président de la République du Niger
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
QUIBB	Questionnaire Unifié sur les Indicateurs de Base du Bien-être
ReNE	Réseau Nigérien pour l'Enfance
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RNDH	Rapport National sur le Développement Humain
RNOMD	Rapport National de suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement
SDR	Stratégie de Développement Rural
SDRP	Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience Acquise
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
SRO	Solution de Réhydratation Orale
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
TBS	Taux Brut de Scolarisation
TMI	Taux de Mortalité Infantile
TMIJ	Taux de Mortalité Infanto-juvénile
TNS	Taux Net de Scolarisation
TSS	Technicien Supérieur de Santé
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
Unicef	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAN	Valeur Actuelle Nette
VAR	Varicelle
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

PREFACE

L'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) constitue une grande préoccupation pour le Gouvernement du Niger qui s'est résolument engagé dans l'amélioration des conditions de vie des populations. Cet engagement s'est concrétisé par l'adoption en 2007, de la Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP), deuxième génération du cadre unique de référence de sa politique de développement économique et social pour la période 2008-2012. Dans la mise en œuvre de la SDRP, le Gouvernement accorde une place importante à l'amélioration des conditions de vie des groupes vulnérables que sont les femmes et les enfants et à la réduction des inégalités.

Jusqu'à un passé récent, les planifications pour la réduction de la pauvreté et la vulnérabilité au niveau national accordaient plus de priorités aux questions économiques au détriment des préoccupations sociales. Le renforcement des actions vers les secteurs sociaux et l'intégration de la protection sociale dans la SDRP représente donc une opportunité majeure pour attirer l'attention des autorités sur les couches sociales les plus vulnérables et pour lutter contre les inégalités sociales.

Pour accompagner le Gouvernement à mieux cibler ces groupes vulnérables que sont les femmes et les enfants dans la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité, le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant, en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef) a initié la présente étude afin de renforcer les débats au niveau national et international sur les politiques en faveur du bien-être des enfants; et à accroître le focus sur les politiques et stratégies ainsi que les programmes nationaux sur les vraies priorités pour les enfants nigériens. L'étude a pour objectifs de : (i) faire un diagnostic précis de la pauvreté chez les enfants au Niger en identifiant ses manifestations et causes, (ii) susciter une compréhension plus large des opportunités et des contraintes liées à la réduction de la pauvreté et des disparités touchant les enfants, (iii) identifier les lacunes existantes dans les stratégies et politiques socioéconomiques (y compris les systèmes de protection sociale) et (iv) partant des constats, faire des propositions et des recommandations claires permettant d'accélérer la mise en œuvre des politiques et programmes favorables à une réduction de la pauvreté des enfants et des disparités.

L'étude a permis de mettre en exergue des résultats aussi probants qu'importants sur le bien-être des enfants notamment l'importance (i) d'une approche multidimensionnelle et basée sur les droits humains pour mieux caractériser les dimensions de la pauvreté des enfants qui sont parfois différentes de celles des adultes et (ii) d'une analyse des disparités et inégalités pour faciliter le ciblage des politiques et des ressources. Elle a montré que les niveaux actuels de la pauvreté et de privation chez les enfants nigériens sont très élevés avec d'énormes disparités entre les régions, le milieu de résidence et en fonction de certaines caractéristiques des familles comme la richesse, la taille des ménages, le niveau d'études des parents.

Nous invitons tous les acteurs au développement et les chercheurs à faire usage des résultats de cette étude aux fins de mieux contribuer aux objectifs de réalisation des droits des enfants.

Elle apporte une contribution substantielle majeure à la mise en œuvre effective du Schéma Directeur de la Statistique et aussi du cadre d'évaluation de la SDRP. Elle valorise l'utilisation des données issues des enquêtes nationales auprès des ménages réalisées au Niger de 2001 à 2008 (EDS, MICS, QUIBB, ENBC, ESSOB) avec l'appui des différents partenaires au développement.

Qu'il nous soit permis de saluer la bonne collaboration et l'esprit de partenariat des structures qui ont réalisé cette étude. Il s'agit du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant, de l'Institut National de la Statistique, l'équipe de travail de l'Analyse de la Situation de la Femme et de l'Enfant, la Section Politique Sociale et Suivi et Evaluation de l'Unicef, le Bureau Régional de l'Unicef pour l'Afrique de l'Ouest et du centre et l'Université de Bristol au Royaume Uni.

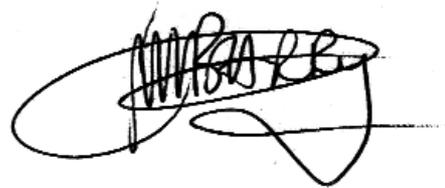
Enfin, nous exprimons notre profonde gratitude à l'Unicef pour la mise à disposition des moyens financiers, techniques et matériels conséquents, sans lesquels cette étude n'aurait été possible.

Représentant Résident de l'Unicef au Niger

**Ministre de la Promotion de la
Femme et la Protection de l'Enfant, Niger**

Monsieur AKHIL IYER

Madame BARRY BIBATA GNANDOU



RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Contexte

Le Niger est un vaste territoire sahélo saharien d'une superficie de 1.267.000 km² avec une population estimée à environ 14 600 000 habitants. Le taux de croissance démographique, l'un des plus élevés au monde s'établit à 3,3% l'an.

L'économie nigérienne a enregistré au cours de la période 2005-2008 un taux de croissance moyen du produit intérieur brut de 6,7% l'an avec un pic de 9,5% en 2008. Cette performance économique exceptionnelle est sensiblement proche du niveau du taux de croissance minimum de 7% nécessaire pour atteindre l'OMD 1 visant à éliminer l'extrême pauvreté à l'horizon 2015.

Le Niger a réalisé d'importants progrès pour stabiliser son cadre macroéconomique au cours des dix dernières années. La majorité des critères de convergence¹ de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA), à l'exception de l'inflation, de la pression fiscale et du déficit courant sont respectés. Cependant, malgré ces efforts de stabilisation, le volume des ressources nationales allouées aux secteurs sociaux sont encore très faibles. Elles ne représentent que 19% pour l'éducation et 13% seulement pour la santé² et demeurent, jusque-là, insignifiantes pour les secteurs comme la protection des droits enfants.

Malgré ces efforts, la situation sociale caractérisée par une forte incidence de la pauvreté, reste encore préoccupante. En effet, près de 6 nigériens sur 10 vivent en dessous du seuil de pauvreté, soit 59,5%. Cette incidence suffisamment élevée cache des fortes disparités notamment entre les régions (Maradi, Tillabéri et Dosso sont les plus touchées avec plus de 2 personnes sur 3), entre les milieux de résidence avec 63,9% en zone rurale et 36,7% en milieu urbain.

La situation des enfants est particulièrement préoccupante. Bien que le Niger ait ratifié tous les traités régionaux et internationaux relatifs aux droits des enfants (Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE), Plan pour Un Monde Digne des Enfants, Objectifs du Millénaire pour le Développement, Charte Africaine des Droits et du bien-être de l'Enfant, etc.), les enfants sont loin de connaître l'effectivité de leurs droits. A titre illustratif, à l'approche de la date butoir de 2015, le Niger accuse un large retard dans l'atteinte de certaines cibles des OMD concernant les enfants, particulièrement l'objectif de l'éducation pour tous. Pourtant, en ratifiant, ces instruments juridiques, l'Etat nigérien s'est engagé à respecter, faire respecter, promouvoir et protéger les droits qui y sont énoncés et à veiller à ce qu'aucun enfant n'en soit exclu.

Un droit nettement loin d'être accompli est celui relatif à un niveau de vie suffisant contenu dans l'aliéna premier de l'article 27 de la CDE qui stipule que les «Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental,

1. UEMOA, Rapport semestriel d'exécution de la Surveillance Multilatérale, édition de juin 2009

2. Cabinet du Premier Ministre, Secrétariat Permanent de la SRP, Rapport de mise en œuvre de la SDRP, 2008 p. 121

spirituel, moral et social ». En effet, les enfants nigériens, à l’instar de ceux du monde entier, vivent toutes les formes de pauvreté d’une manière plus intense que les adultes à cause de la vulnérabilité causée par leur âge et leur dépendance, et parce que souvent les occasions perdues dans l’enfance ne peuvent pas être rattrapées plus tard dans la vie³.

Face à ce constat, le Niger a adopté en janvier 2002 une Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) devenue Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP) 2008-2012 calée sur l’atteinte des OMD et un ensemble de politiques, programmes et mesures pour améliorer les conditions de vie des populations en général et celles des femmes et des enfants en particulier.

Rappel sur la méthodologie

Les objectifs de cette étude sont de (i) renforcer les débats au niveau national et international sur les politiques en faveur du bien-être des enfants et (ii) accroître le focus des politiques, stratégies et programmes nationaux sur les priorités pour les enfants. En d’autres termes, les résultats de cette étude devront renforcer la prise en compte des spécificités des enfants dans la conception et la mise en œuvre des politiques nationales de développement (lois, stratégies, programmes, budgets).

La définition de la pauvreté des enfants dans cette étude s’inspire des définitions retenues au niveau international notamment lors de l’Assemblée Générale des Nations Unies en 2007. Ainsi, la pauvreté des enfants est-elle vue comme la pauvreté vécue par les enfants ou les jeunes durant leur enfance (Minujin et al, 2006). Elle est différente de celle des adultes du point de vue de ses causes et effets. Son impact sur l’enfance laisse ainsi des séquelles permanentes, ce qui autorise à dire que « *les enfants vivent la pauvreté comme un environnement qui détruit leur développement mental, physique, émotionnel et spirituel* » (Unicef 2005). C’est pourquoi la pauvreté des enfants apparaît comme un phénomène multidimensionnel regroupant des aspects relatifs à la dimension monétaire, mais aussi dans une large mesure, à des privations des droits, besoins et services essentiels. Ces droits sont essentiellement relatifs à la santé, à l’éducation, au logement, à l’information, à la nourriture, à l’eau, à l’assainissement et aux services sociaux de base.

Pour analyser la pauvreté et les disparités chez les enfants au Niger, l’étude a utilisé deux approches à savoir l’approche monétaire et celle des privations dans le but de cerner toutes les dimensions et contours du bien-être des enfants. L’approche monétaire assimile la pauvreté des enfants à celle des ménages où ils vivent. Dans la pratique, cette approche utilise le même seuil de pauvreté que le seuil national et le calcul de l’incidence se fait en faisant le rapport entre le nombre d’enfants vivant dans des ménages pauvres et le total des enfants.

L’approche par les privations considère la pauvreté des enfants comme un ensemble de privations des besoins essentiels. Ceux-ci sont considérés comme des droits fondamentaux qui influencent le développement physique, mental et spirituel des enfants. Cette approche se base sur la définition suivante : « *Les enfants vivant dans la pauvreté sont privés de nutrition, d’eau et d’installations sanitaires, d’accès aux services de santé de base, au logement, à l’éducation, à la participation et à la protection, et bien qu’un manque sévère de biens et de services nuise à tout être humain, c’est pour les enfants que cela représente la pire menace et le mal le plus grand, en les rendant incapables de jouir de leurs droits, d’atteindre leur plein potentiel et de participer à la société comme membres à part entière.*⁴».

3. UNICEF 2008, « Guide de l’étude mondiale sur la pauvreté et les disparités chez les enfants 2007-2008 », p. 8

4. UNICEF 2008, « Guide de l’étude mondiale sur la pauvreté et les disparités chez les enfants 2007-2008 », p. 8

L'approche par les privations considère huit dimensions ou besoins essentiels qui déterminent le bien-être des enfants à savoir : (i) l'alimentation, (ii) les conditions de logement, (iii) les conditions d'accès à l'eau potable, (iv) l'éducation, (v) l'accès aux facilités d'assainissement, (vi) l'accès à l'information (vii) la santé et (viii) l'accès aux services. Pour chaque dimension, il est considéré des niveaux de seuils allant de « pas de privation », « privation moyenne », « privation modérée » à « privation sévère » à « privation extrême ».

Dans le cas du Niger, l'étude a considéré le seuil de « privation sévère » qui permet de mieux caractériser la vulnérabilité et le risque vécu par les enfants. Le calcul des incidences liées aux 7 dimensions des privations retenues s'appuie sur les définitions des expressions ci-dessous :

Logement : enfants vivant dans une habitation avec cinq personnes ou plus par pièce et sans revêtement de sol.

Installations sanitaires : enfants n'ayant pas accès à des toilettes quelles qu'elles soient.

Eau potable : enfants utilisant des eaux de surface (rivières, mares, ruisseaux et rétentions de barrages), ou à qui il faut un minimum d'une demi-heure pour aller chercher de l'eau et revenir.

Information : enfants (de plus de 2 ans) n'ayant pas accès à une radio, une télévision, un téléphone, un journal ou un ordinateur (c'est-à-dire toutes les formes de médias).

Nourriture : enfants souffrant d'une dénutrition anthropométrique sévère, c'est-à-dire se situant à plus de trois écarts-types en-dessous de la population internationale de référence pour leur taille par rapport à leur âge, leur taille par rapport à leur poids, et leur poids par rapport à leur âge.

Éducation : enfants (de plus de 6 ans) d'âge scolaire n'ayant jamais été à l'école ou qui n'y vont pas actuellement.

Santé : enfants n'ayant reçu aucune vaccination, et aucun traitement contre une maladie récente mettant en jeu une infection respiratoire aiguë ou des diarrhées⁵.

Pour calculer les incidences de la pauvreté des enfants l'approche par les privations retient deux niveaux à savoir :

la sévérité des privations c'est-à-dire lorsque l'enfant est privé d'un des droits essentiels;

la privation absolue c'est-à-dire lorsque l'enfant est privé simultanément d'au moins deux des droits essentiels. Cette deuxième catégorie de pauvreté caractérise l'état de vulnérabilité des enfants dans un pays.

Les principales sources utilisées par l'étude sont les données du QUIBB 2005, de l'ENBC_2007/2008, des enquêtes MICS 2000, EDS 1992, EDS 1998 et EDSN-MICS 2006. Elle s'est aussi basée sur les informations macroéconomiques et financières, des sources de données administratives comme le SNIS, l'annuaire statistique de l'éducation et de toutes autres enquêtes ou données pertinentes publiées officiellement. Le calcul des privations est été réalisé avec l'appui de l'Université de Bristol sur la base des données de l'EDS-MICS 2006.

5. Unicef, « Guide de l'étude mondiale sur la pauvreté et les disparités chez les enfants 2007-2008 », p. 11

6. ENBC_2007/2008

Constats sur la pauvreté et les disparités chez les enfants.

Les résultats de l'étude ont montré l'importance d'une approche multidimensionnelle pour mieux cerner les facteurs fondamentaux qui caractérisent le bien-être des enfants, car ces derniers ont des besoins assez particuliers comparativement aux adultes. Aussi bien, l'approche monétaire que celle des privations ont fait ressortir un niveau assez élevé de pauvreté des enfants avec des fortes disparités surtout au niveau régional, selon le milieu de résidence et selon certaines caractéristiques de la population infantile.

Selon l'approche monétaire, l'incidence de la pauvreté chez les enfants est de 62,9%. Ce taux est supérieur à celui de l'ensemble de la population estimé à 59,5% en 2008⁶. Cette incidence a connu une légère baisse entre 2005 et 2008. Du point de vue des disparités, cette approche a montré que les enfants les plus jeunes sont les plus affectés (61% chez les enfants de 0 à 14 ans contre 58,69% chez ceux de 15-17 ans). Au niveau régional, les plus fortes incidences de la pauvreté des enfants sont constatées à Maradi, Tillabéri, Dosso et Zinder avec plus de deux enfants pauvres sur trois. Aussi, la pauvreté chez les enfants sévit-elle beaucoup plus en milieu rural qu'en milieu urbain (66,73% contre 40,54% en 2008) et de façon générale, les enfants pauvres vivent surtout dans des familles nombreuses et dans les ménages dont le chef est analphabète ou a un faible niveau d'instruction.

Quant à l'approche par les privations, même si certains résultats sont similaires à ceux de l'approche monétaire, elle a fait sortir des constats importants sur les autres aspects ou dimensions de la pauvreté des enfants non couverts par les approches traditionnelles. L'étude révèle un niveau très élevé de la sévérité des privations, c'est-à-dire les enfants n'ayant pas satisfait au moins un des 7 besoins essentiels. En effet, 9 enfants sur 10 (92,8%) sont privés d'au moins une des 7 dimensions essentielles du bien-être. De plus, les 3 dimensions pour lesquelles les enfants sont les plus sévèrement privés sont les conditions de logement, d'assainissement et d'éducation. Les privations sévères sont aussi importantes dans les domaines de l'alimentation de la santé et de l'eau.

Selon cette approche des privations, le degré de vulnérabilité est très élevé chez les enfants. Cela est illustré par les fortes incidences des privations absolues (c'est-à-dire pourcentages des enfants privés simultanément d'au moins 2 droits essentiels) qui touchent près de 8 enfants sur 10 au niveau global. Une décomposition du nombre de privations sévères simultanément vécues montre une situation très inquiétante au Niger. Des proportions élevées d'enfants privés simultanément de 2, 3 et 4 dimensions (respectivement 26, 35% et 19%) des besoins essentiels sont enregistrées. Cette situation traduit la précarité des conditions de vie des enfants nigériens et l'urgence de mettre en place des actions pour réduire la vulnérabilité et le risque.

Tout comme l'approche monétaire, celle des privations montre aussi de fortes disparités. Les enfants qui vivent en milieu rural, dans les ménages pauvres en termes de possession d'actifs ou ceux dont le chef n'a pas atteint le niveau secondaire sont les plus affectés par la non satisfaction des besoins essentiels. Au niveau régional, les enfants de Tillabéri, Tahoua et Maradi sont les plus touchés par les privations. L'originalité de cette approche par les privations est de parvenir à prouver que la richesse en termes de revenu ou par la possession des biens des ménages n'est pas suffisante pour que les enfants soient à l'abri des affres de la pauvreté. A titre d'exemple l'incidence de la pauvreté des enfants est assez significative même dans les ménages les plus riches.

L'analyse combinée des incidences de la pauvreté monétaire, des privations et de la mortalité montre que la région de Niamey est la seule où ces trois indicateurs sont à des niveaux raisonnables. A contrario, les enfants des régions de Maradi, Tillabéri et Dosso sont les plus touchés. La mortalité des moins de 5 ans a épousé une tendance baissière dans toutes les régions entre 1998 et 2006, alors que la pauvreté monétaire n'a baissé qu'à Agadez, Diffa, Maradi et Zinder sur la période 2005 à 2008.

Impact des politiques sur les piliers du bien-être des enfants

Il s'est agi d'analyser l'impact des politiques publiques dans les « cinq piliers du bien-être des enfants » à savoir nutrition, santé, protection de l'enfant, éducation et protection sociale. L'objectif visé est de comprendre les forces et faiblesses des politiques, stratégies et programmes mis en œuvre jusque-là par les pouvoirs publics et déboucher sur des éléments pour construire une stratégie englobant tous les aspects de la pauvreté et des disparités chez les enfants.

L'étude a montré qu'au cours des dix dernières années, le Niger a déployé beaucoup d'efforts qui se sont traduits par la mise en place d'un ensemble de politiques, programmes et lois dans les secteurs de la nutrition, de la santé, de l'éducation et de la protection de l'enfant en vue d'améliorer les conditions de vie des populations en général et celles des enfants en particulier. Même si des résultats positifs sont enregistrés dans certains domaines comme l'accès à l'éducation et à la santé, on note par contre des impacts mitigés des politiques sur : (i) la qualité de l'éducation et la santé (ii), la lutte contre des facteurs de vulnérabilité et de risque affectant les enfants nigériens et (iii) la réduction des disparités.

En dépit des actions menées par le Gouvernement, les résultats ont mis en évidence la persistance des disparités. Ainsi, celles-ci sont-elles plus accentuées lorsqu'on considère : (i) le milieu de résidence avec notamment une forte concentration des meilleurs indicateurs en milieu urbain et (ii) les différentes régions avec Niamey qui enregistre les meilleurs indicateurs des piliers du bien-être comparativement aux autres régions. Des disparités existent aussi selon certaines caractéristiques de la population ou des ménages en particulier le niveau de richesse par la possession des actifs physiques et le niveau d'éducation du chef de ménage ou de la mère de l'enfant.

Pour chacun de ces piliers, la situation est décrite ci-dessous :

Nutrition : l'état nutritionnel des enfants nigériens est caractérisé par une forte prévalence du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale et de l'émaciation (les taux sont respectivement de 50%, 44,4% et 10,3%⁷). L'évolution depuis 1992 montre une aggravation de la malnutrition chez les enfants. La proportion d'enfants souffrant de retard de croissance est passée de 32,3% en 1992 à 41,1% en 1998 pour atteindre 50% en 2006. Le niveau élevé de la pauvreté monétaire est un facteur clé dans l'explication de la prévalence de la malnutrition chez les enfants surtout en milieu rural. La persistance des pesanteurs culturelles est aussi responsable de la malnutrition.

Santé : malgré les efforts déployés au cours des dix dernières années en vue d'accroître l'offre de santé ainsi que les mesures prises pour faciliter l'accès aux services de santé des enfants de moins de 5 ans, on observe encore une précarité de leur situation sanitaire. Cette précarité est marquée par leur exposition aux principales maladies causant la mortalité infantile dont, entre autres, le paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës (les taux de prévalence respectifs pour ces maladies sont de 26,8% pour le paludisme ; 20,8% pour les maladies diarrhéiques et 13,8% pour les IRA en 2006⁸). Parmi les facteurs expliquant cette situation, on note le déficit en infrastructures de qualité et en personnel de qualifié surtout dans les zones d'accès difficile. Il y a aussi les facteurs d'ordre institutionnel liés à la faible mobilisation des ressources financières pour couvrir les besoins du secteur.

Education : ce secteur a connu de réelles avancées au cours des dix dernières années surtout dans le domaine de l'accès au primaire sous l'impulsion du Programme Education. En effet, le taux net de

7. EDSN-MICS 2006

8. Idem

fréquentation scolaire des enfants âgés de 7 à 12 ans est passé de 38% en 2006 à 44,4% en 2008. Cependant, en dépit des efforts réalisés en matière de scolarisation des filles, on observe l'existence des écarts importants entre sexes au primaire (44% pour les garçons et 31% pour les filles en 2006 ; ces chiffres sont respectivement de 50,6% et 37,7% en 2008) et entre le milieu urbain (71%) et le milieu rural (32%) en 2008. Malgré les investissements réalisés pour construire des écoles, ce secteur éprouve encore des problèmes énormes liés notamment à la qualité des infrastructures scolaires, car le nombre d'abris provisoires demeure important. En plus les ressources humaines compétentes font cruellement défaut dans le secteur éducatif. Ce tableau peu reluisant est complété par le poids des facteurs culturels responsables d'un important blocage du développement de la scolarisation notamment des jeunes filles dans certaines localités en milieu rural particulièrement. En définitive, l'éducation pour tous apparaît comme un mirage qui se déplace au fur et à mesure que l'on croît s'en rapprocher.

Protection des enfants : bien que le Niger ait ratifié la CDE et mis en place de nombreuses mesures et lois pour promouvoir la protection des droits des enfants, des efforts importants sont encore nécessaires pour améliorer le niveau des indicateurs. Le taux d'enregistrement de naissance au Niger s'établit à 31,8% seulement en 2006 selon l'EDSN. Ce chiffre cache d'importantes disparités entre villes (70,7%) où l'état civil est développé et campagnes (24,7%). Des études ont fait ressortir la persistance de certaines pratiques néfastes liées aux us et coutumes dont entre autres, le travail des enfants estimé à 47% de la population infantile en 2006 et le mariage précoce touchant 34% des filles mariées avant l'âge de 15 ans. Les invariants culturels et la forte prévalence de la pauvreté associés à la faiblesse du cadre institutionnel et de l'insuffisance des ressources budgétaires allouées à ce secteur interagissent pour expliquer le bas niveau des indicateurs de la protection des enfants.

La protection sociale : elle couvre la sécurité sociale des travailleurs des secteurs public et privé à travers la caisse de sécurité sociale et le Fonds national de la retraite. La protection sociale des autres catégories de la société nigérienne notamment les pauvres restent encore à un stade embryonnaire et s'effectue à travers des petites initiatives d'assistance menées par des ONGs et par certaines institutions internationales dans le cadre de la lutte contre l'insécurité alimentaire. Il est aussi important de relever quelques mesures prises par le Gouvernement à travers le Programme Spécial du Président de la République dans les domaines de la santé et de l'éducation comme : (i) la gratuité des soins chez les enfants de moins de 5 ans, (ii) la mise en place des cantines scolaires dans les zones nomades avec l'appui du Programme Alimentaire Mondial.

Recommandations clés

- intégrer le concept de pauvreté des enfants dans les systèmes nationaux de collecte ;
- accroître les ressources et renforcer l'efficacité des dépenses vers les secteurs de réduction de la pauvreté des enfants ;
- renforcer les capacités institutionnelles de coordination et de gestion des actions de lutte contre la pauvreté des enfants ;
- intensifier et généraliser les actions visant à améliorer et à diversifier les revenus des populations surtout en milieu rural ;
- promouvoir l'amélioration du cadre de vie des ménages et des conditions d'hygiène et d'assainissement ;

- rendre opérationnel la vision et les orientations nationales en matière de protection sociale prévues dans la SDRP à travers le développement des actions de filets sociaux, d'assurance sociale et la mise en place de mesures spéciales pour protéger les groupes vulnérables ;
- améliorer les conditions d'accès et la qualité des services et réduire les disparités dans les secteurs de l'éducation et de la santé ;
- promouvoir le changement de comportement en vue de développer des pratiques favorables à la santé et à la nutrition et la protection des enfants ;
- développer les initiatives communautaires de prévention et de prise en charge nutritionnelle surtout dans les zones à risque ;
- intensifier les actions visant à protéger les droits des enfants et mettre en place de services sociaux pour la prise en charge des enfants en difficultés.

INTRODUCTION

La Convention des Nations Unies sur les Droits des Enfants (CDE) et d'autres instruments juridiques comme le Plan d'Action pour un monde digne des enfants ont permis de définir un certain nombre de droits visant à garantir aux enfants du monde entier leur développement harmonieux et leur plein épanouissement. Il s'agit notamment des droits à l'éducation, à la santé et à un niveau de vie suffisant. Cependant, deux décennies après la mise en place de la CDE, la communauté internationale et les Gouvernements ont accusé un certain retard dans l'atteinte de ces droits.

La pauvreté des enfants est un phénomène très répandu dans le monde. Elle affecte la vie de millions d'entre eux aussi bien dans les pays riches que dans les pays pauvres. Le rapport de l'Unicef sur la situation des enfants dans le monde de 2004 estime que près de la moitié des enfants vivent dans la pauvreté dans les pays en développement. Ce chiffre est très frappant au regard de la proportion des enfants dans la population de ces pays. En définitive, les stratégies classiques de réduction de la pauvreté axées généralement sur la croissance économique ignorent souvent que les enfants vivent la pauvreté d'une manière différente que les adultes et ont aussi des besoins spécifiques (Minujin et al, 2006⁹). Cette particularité justifie la nécessité de mener des analyses approfondies en vue d'appréhender correctement les caractéristiques et manifestations inhérentes à cette pauvreté afin de bien cibler les priorités en la matière.

La pauvreté des enfants est celle vécue par les enfants ou les jeunes durant leur enfance (Minujin et al, 2006) et son impact laisse des séquelles permanentes sur l'enfance. Ainsi, « *les enfants vivent-ils la pauvreté comme un environnement qui détruit leur développement mental, physique, émotionnel et spirituel* » (Unicef 2005). C'est pourquoi elle apparaît comme un phénomène multidimensionnel regroupant des aspects relatifs à la dimension monétaire, mais aussi dans une large mesure, à des privations des droits et des besoins essentiels notamment dans le domaine de la santé, de l'éducation, du logement, de l'information, de la nourriture, de l'eau, de l'assainissement et des autres services de base.

A l'instar des pays en développement, le Niger a souscrit à un certain nombre d'engagements internationaux dont la déclaration du millénaire, la convention pour l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes (CEDEF) en 1979 ainsi que la convention relative aux droits de l'enfant en 1989. Aussi, la constitution du 18 Août 1999 prône-t-elle la primauté des droits humains.

Le Niger continue également de faire des efforts pour accorder aux enfants une place particulière dans ses politiques et stratégies notamment la Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP) de 2007 dans laquelle le Gouvernement a défini un certain nombre d'axes stratégiques susceptibles de contribuer à la réalisation des droits de l'enfant en termes de promotion, de respect et de protection : (i) améliorer l'accès équitable aux services sociaux de qualité (santé, éducation, eau et assainissement) ; (ii) accélérer la croissance économique forte et durable, créatrice d'emplois ; (iii) réduire les inégalités et renforcer la protection sociale des groupes vulnérables. La proportion des ressources financières affectées aux secteurs sociaux reflète les efforts consentis par le Gouvernement même si par ailleurs elles demeurent insuffisantes.

9. Unicef, 2006, Children living in poverty: overview of definitions, measurements and policy, p.4958. Idem

Le niveau des indicateurs reste alarmant dans certains secteurs malgré les efforts déployés par les décideurs politiques, réduisant ainsi les chances d'atteinte des OMD. La pauvreté est assez criarde avec 59,5%¹⁰ des Nigériens vivant en dessous du seuil de pauvreté en 2007. Elle a connu une légère baisse depuis 2005 et reste fortement présente en milieu rural. Les mortalités maternelle et infantile sont aussi très élevées. En 2006, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile étaient respectivement de 81‰ et 198‰¹¹ et le niveau de mortalité maternelle de 648 décès pour cent mille naissances vivantes. Le taux d'émaciation (ou de maigreur) des enfants, était de 10,3% en 2005 et la proportion de ménages n'ayant pas accès à l'eau potable de 31,3%¹².

L'objectif global de cette étude est de renforcer les débats au niveau national et international sur les politiques en faveur du bien-être des enfants et accroître le focus sur les politiques et stratégies ainsi que les programmes nationaux sur les priorités pour les enfants. En d'autres termes, les résultats de cette étude devront permettre de mieux prendre en compte les spécificités des enfants dans la conception et la mise en œuvre des politiques nationales de développement (lois, stratégies, programmes, budgets). De façon spécifique, l'étude vise à :

- influencer sur les politiques économiques et sociales qui affectent la répartition des ressources et de faire des enfants une priorité des programmes nationaux ;
- renforcer la capacité des décideurs et du grand public à identifier et à combler les lacunes existantes dans les stratégies économiques actuelles et les réponses en matière de politique sociale de façon à ce que davantage d'enfants grandissent affranchis de la pauvreté ;
- susciter une compréhension plus large des possibilités et des contraintes liées à la réduction de la pauvreté et des disparités qui touchent les enfants ;
- susciter une meilleure compréhension des connaissances des politiques et des programmes qui soutiennent le plus efficacement les droits de tous les enfants ;
- produire des éléments probants, des connaissances et des réseaux qui pourraient influencer sur les plans de développement nationaux ;
- alimenter les stratégies sectorielles ou de réduction de la pauvreté.

Pour atteindre ces objectifs, l'étude ambitionne de :

- examiner, tout d'abord, les lacunes et les possibilités qui se présentent dans les stratégies nationales de réduction de la pauvreté, particulièrement le contexte démographique et économique, les dépenses sociales publiques et privées, l'espace budgétaire et l'aide extérieure ;
- dresser un profil multidimensionnel de la pauvreté des enfants à travers les approches monétaire, des privations et par la survie et l'équité ainsi que les handicaps auxquels font face les familles qui ont des enfants ;
- diagnostiquer la manière dont les politiques publiques pourraient être plus efficaces pour réduire les privations des enfants en fournissant de meilleurs services et une meilleure protection pour eux et pour toutes les familles qui s'occupent d'enfants ;
- proposer des recommandations pour une stratégie gagnante de réduction de la pauvreté et des disparités chez les enfants.

10. ENBC 2007/2008

11. EDSN MICS III de 2006

12. QUIBB_2005

Ce chapitre brosse le tableau de la situation des enfants nigériens dans le contexte global des politiques et stratégies nationales au cours des dix dernières années. L'analyse est axé sur (i) les enfants dans le contexte de la pauvreté et les disparités au Niger ; (ii) le contexte politique, économique, géographique et institutionnel et (iii) les stratégies macroéconomiques et de répartition des ressources pour réduire la pauvreté.

1.1. Les enfants, la pauvreté et les disparités

1.1.1. Cadre conceptuel : une approche en trois parties

Concepts de la pauvreté des enfants : approches

L'amélioration des conditions de vie des enfants revêt une importance grandissante, car de plus en plus, les Gouvernements accordent un intérêt particulier à leur situation dans les politiques et stratégies nationales. Cela s'explique non seulement par le poids des enfants dans la population totale des pays pris dans la trappe à pauvreté, mais aussi et surtout par le fait que l'avenir de ces pays repose sur eux. C'est pourquoi, il est important de bien comprendre la problématique du bien-être des enfants pour renforcer le positionnement de leurs intérêts dans les priorités nationales.

Dans cette optique, la présente étude apporte un éclairage fort utile pour améliorer la base de connaissances nationales sur cette problématique. Le concept de pauvreté des enfants retenu ici s'inspire de définitions et de mesures existantes¹³. Il prend en compte la façon unique¹⁴ dont les enfants vivent la pauvreté, tout en maintenant le lien avec les préoccupations systémiques liées aux politiques et stratégies visant les niveaux familial, communautaire, national. Ce concept considère la manière dont la pauvreté des enfants s'intègre comme partie vitale du débat général sur la pauvreté, prenant note des forces et des faiblesses de divers concepts dans des contextes donnés (Unicef, 2007).

La pauvreté des enfants peut être vue comme une condition qui porte atteinte à leurs droits, à leurs libertés et à leur développement. Elle peut aussi être perçue comme un environnement qui détruit leur développement physique, mental et spirituel. En ce sens, le Rapport sur la *Situation des enfants dans le monde* de l'Unicef (2005) a décrit la pauvreté des enfants en s'inspirant des principes de la Convention relative aux Droits de l'Enfant, centrée sur les *ressources* dont ceux-ci ont besoin pour survivre et grandir.

13. Voir par ex. Childhood Poverty in Mozambique – A Situation and Trend Analysis, Unicef Maputo, Mozambique 2006, et Innocenti Social Monitor 2006: Understanding Child Poverty in South-Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. Pour un examen plus vaste des concepts liés à la pauvreté des enfants qu'utilisent différents organismes et intervenants, voir Delamonica et autres : Children Living in Poverty : Overview of Definitions, Measurements and Policy 2006, disponible à http://www.unicef.org/policyanalysis/files/Children_Living_In_Poverty.pdf

14. Les filles et les garçons vivent toutes les formes de pauvreté d'une manière plus intense que les femmes et les hommes du fait de la vulnérabilité causée par leur âge et leur dépendance, et parce que souvent les occasions perdues dans l'enfance ne peuvent pas être rattrapées plus tard dans la vie.

Mesures de la pauvreté des enfants

Approche monétaire

Dans son approche monétaire, la pauvreté est perçue comme un manque relatif ou absolu de revenu et/ou de ressources utilisées par le ménage. Cette approche présente l'avantage de synthétiser la pauvreté en une seule dimension ; ce qui facilite l'identification des pauvres en vue d'évaluer les interventions nécessaires et l'établissement de priorités en la matière.

L'analyse monétaire de la pauvreté des enfants au Niger repose sur le modèle A¹⁵ qui assimile la pauvreté des enfants à la pauvreté générale. Un enfant pauvre se définit donc comme étant un enfant vivant dans un ménage dont les dépenses annuelles par tête sont inférieures au seuil correspondant au milieu de résidence dans lequel le ménage se situe.

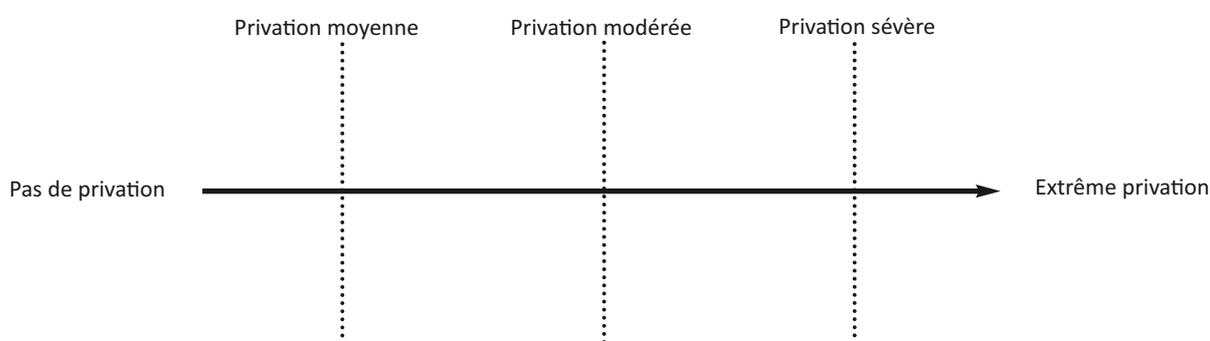
Il est important de rappeler que les seuils de pauvreté définis à partir de l'enquête QUIBB_2005 se situaient à 144.750 F CFA (environ 313 \$US) et 105. 827 F CFA (environ 229\$US) par an respectivement en milieu urbain et en milieu rural. Ces seuils ont été fixés à 150.933 FCFA (environ 326\$US) en milieu urbain et à 110.348 FCFA (environ 238\$US) en milieu rural à l'issue de l'ENBC2007/2008.

Approche par les privations

Née des travaux de Gordon, D. et al (2003) portant sur "Child Poverty in Development World", cette approche centrée sur la particularité de la pauvreté des enfants définit celle-ci comme un ensemble de privations. Le bien-être de ce dernier est ainsi examiné sous l'angle des droits humains (ou besoins essentiels) qui jouent un rôle décisif dans le processus de développement physique, mental et émotionnel de l'enfant. Les conclusions des travaux de ces auteurs ont été déterminantes dans la spécification de la pauvreté des enfants et ont contribué dans la déclaration de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur la pauvreté des enfants en janvier 2007 (Unicef, 2008) :

« Les enfants vivant dans la pauvreté sont privés de nutrition, d'eau et d'installations sanitaires, d'accès aux services de santé de base, au logement, à l'éducation, à la participation et à la protection, et bien qu'un manque sévère de biens et de services nuise à tout être humain, c'est pour les enfants que cela représente la pire menace et le mal le plus grand, en les rendant incapables de jouir de leurs droits, d'atteindre leur plein potentiel et de participer à la société comme membres à part entière¹⁶. »

Figure 1 : Définition des Seuils des privations



Source : Gordon et al, 2003

15. Voir Guide d'élaboration de l'étude sur la pauvreté et les disparités chez les enfants.

16. Unicef, 2005, Rapport sur la Situation des enfants dans le monde 2005 : l'enfant en péril.

Ainsi, les privations peuvent être conceptualisées comme un continuum de seuils qui va de « pas de privation » à « privation moyenne », « privation modérée » et de « privation sévère » à « extrême privation » (voir figure 1 ci-dessus).

Dans le cas du Niger, l'approche par les privations se focalise sur un certain nombre de droits dont l'accomplissement est nécessaire au bien-être et à l'épanouissement de l'enfant. Il s'agit notamment des droits aux conditions de logement, aux installations sanitaires décentes, à l'eau potable, à l'information, à une alimentation saine et nutritive, à l'éducation, à la santé. Pour chacun de ces droits fondamentaux, l'étude a retenu le seuil de « privation sévère » qui permet de mieux caractériser la vulnérabilité et le risque vécus par les enfants. Le calcul des incidences liées aux 7 dimensions des privations retenues s'appuie sur les définitions ci après :

Logement : enfants vivant dans une habitation avec cinq personnes ou plus par pièce et sans revêtement de sol.

Installations sanitaires : enfants n'ayant pas accès à des toilettes quelles qu'elles soient.

Eau potable : enfants utilisant des eaux de surface (rivières, mares, ruisseaux et rétentions de barrages), ou à qui il faut un minimum d'une demi-heure pour aller chercher de l'eau et revenir.

Information : enfants (de plus de 2 ans) n'ayant pas accès à une radio, une télévision, un téléphone, un journal ou un ordinateur (c'est-à-dire toutes les formes de médias).

Nourriture : enfants souffrant d'une dénutrition anthropométrique sévère, c'est-à-dire se situant à plus de trois écarts-types au-dessous de la population internationale de référence pour leur taille par rapport à leur âge, leur taille par rapport à leur poids, et leur poids par rapport à leur âge.

Éducation : enfants (de plus de 6 ans) d'âge scolaire n'ayant jamais été à l'école ou qui n'y vont pas actuellement.

Santé : enfants n'ayant reçu aucune vaccination, et aucun traitement contre une maladie récente mettant en jeu une infection respiratoire aiguë ou des diarrhées¹⁷.

Pour déterminer l'incidence et la profondeur de la pauvreté des enfants l'approche par les privations retient deux niveaux à savoir :

- la sévérité des privations, c'est-à-dire lorsque l'enfant est privé sévèrement d'un des droits essentiels ; et
- la privation absolue, c'est-à-dire lorsque l'enfant est privé simultanément d'au moins de deux des droits essentiels. Cette deuxième catégorie de pauvreté caractérise l'état de vulnérabilité des enfants dans un pays.

17. Unicef « Guide de l'étude mondiale sur la pauvreté et les disparités chez les enfants 2007-2008 ».

Étapes pour l'élaboration de l'étude

Cadre institutionnel

Le cadre institutionnel pour cette étude a été mis en place dans le but de renforcer les capacités nationales ainsi que l'appropriation de l'étude par les différents acteurs nationaux intervenant dans la lutte contre la pauvreté tant au niveau stratégique qu'opérationnel et en vue de faciliter le plaidoyer pour l'intégration des besoins des enfants dans les politiques et stratégies nationales. Ce cadre est le même que celui de l'Analyse de la Situation de la Femme et de l'Enfant et est constitué d'un Comité de Pilotage (CP) multisectoriel. Le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant assure la Présidence du Comité en étroite collaboration avec le Ministère de l'Aménagement du Territoire et du Développement Communautaire en concertation directe avec le Représentant Adjoint de l'Unicef.

Le CP a pour missions de : i) conduire tout le processus de l'analyse et mobiliser tous les acteurs (partenaires bilatéraux et multilatéraux, ONG, Associations, Enfants, Jeunes etc.) ; ii) convoquer les réunions et ateliers des comités sectoriels à la demande de l'INS ; iii) organiser les réunions de suivi de l'état d'avancement des travaux ; iv) organiser l'atelier de validation du rapport final avec l'implication de tous les acteurs. Le CP devra par ailleurs : v) valider la méthodologie et le plan de travail global de l'analyse ; vi) examiner et valider les drafts des rapports thématiques élaborés par les experts nationaux sous la supervision de l'INS ; vii) examiner le draft du rapport consolidé élaboré par l'INS ; viii) examiner et approuver le rapport final ; ix) rendre compte régulièrement de l'état d'avancement des travaux au Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant et au Représentant de l'Unicef ; x) remettre officiellement le rapport final à Madame la Ministre de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant en présence du Représentant de l'Unicef.

Collecte des données et informations

Le Guide d'élaboration de l'étude a proposé un modèle statistique et un modèle décisionnel qui permettent d'identifier les indicateurs à collecter pour chaque étude pays.

Le modèle décisionnel permet d'évaluer les efforts nationaux existants pour réduire la pauvreté et les disparités qui affectent les enfants. Il fait le bilan des lois, politiques, stratégies et programmes mis en place au Niger pour améliorer les conditions de vie des enfants. A cet effet, il établit un inventaire complet des informations économiques, financières et budgétaires, des lois, des règlements ainsi que des politiques et programmes du pays, afin de dresser un tableau synoptique de la situation des enfants au Niger. Il permet aussi de décrire le cadre macroéconomique du pays qui peut faciliter la compréhension et l'explication de la situation des enfants relativement aux problèmes de la pauvreté et des disparités.

Le modèle statistique permet d'apporter des résultats pour les enfants ou des informations contextuelles pertinentes produites au niveau central à l'aide des données issues des enquêtes démographiques et de santé, et autres enquêtes nationales. Dans le cas du Niger, cet outil a été conçu en utilisant les données des principales enquêtes nationales réalisées ces dernières années notamment EDSN 1992, EDSN 1998, MICS 2000, QUIBB 2005 et EDSN-MICS III 2006, ENBC 2007/2008, RGPH 2001. En plus, le remplissage des tableaux de ce modèle utilise les données provenant des statistiques administratives comme le SNIS, les annuaires statistiques scolaires ainsi que les résultats de certaines études thématiques conduites dans le pays.

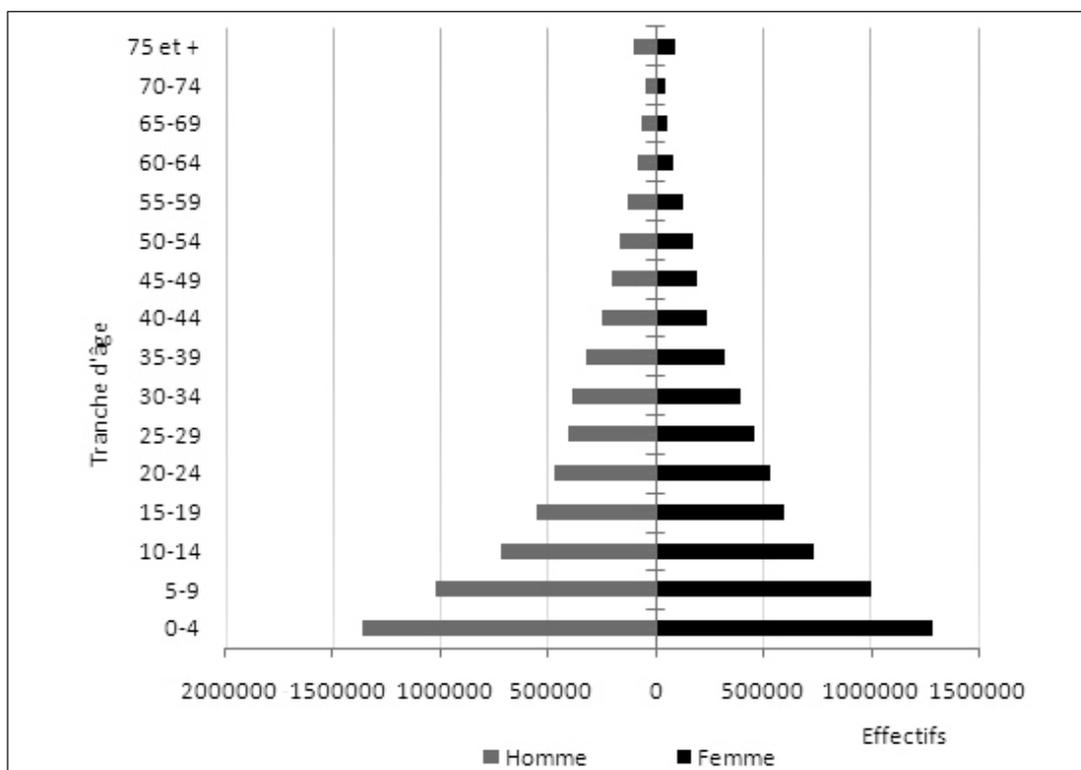
Elaboration du rapport

Le rapport est entièrement réalisé par une équipe de l'Institut National de la Statistique (INS). Cette démarche permet de renforcer l'appropriation nationale de l'étude et particulièrement celle du concept de la pauvreté des enfants et des indicateurs de mesure. Le rapport pays se base sur les différentes données collectées dans le modèle statistique et le modèle décisionnel, pour tenter de comprendre et d'expliquer la situation actuelle des enfants et analyser l'impact des actions réalisées en leur faveur. Le modèle statistique a permis de tabuler et d'organiser suivant un schéma précis, les données d'enquêtes auprès des ménages réalisées au cours de la dernière décennie au Niger. Ce modèle contient un ensemble de tableaux de données statistiques à renseigner par les équipes pays. Il est composé d'un ensemble de 45 tableaux organisés suivant les différents chapitres d'analyse de l'étude : Le modèle décisionnel est utilisé pour rassembler les informations essentielles sur les politiques publiques, le budget et le partenariat ainsi que sur le contexte économique et institutionnel du pays.

1.1.2. Effectif et répartition par âge, sexe et lieu de résidence

Selon les données de l'enquête QUIBB 2005, la population nigérienne est estimée à 12.627.063 habitants dont 83,2% vivant en milieu rural. Les femmes représentent un peu plus de la moitié (50,2%) de cette population. La pyramide des âges est élargie à la base indiquant ainsi que la population est majoritairement jeune (voir figure2).

Figure 2 : La pyramide des âges du Niger en 2005



Source : INS, Enquête QUIBB 2005

Le tableau 1 ci-dessous montre que les enfants de moins de 18 ans représentent 56,2% de la population totale. Contrairement à ce qui se présente au niveau de la population totale, dans la population des moins de 18 ans, les enfants de sexe masculin sont un peu plus nombreux (50,8%). On observe aussi que 84,3% des enfants vivent en milieu rural sans doute à cause du poids de la population rurale.

Tableau 1 : Répartition des enfants de moins de 18 ans selon le sexe et le milieu de résidence

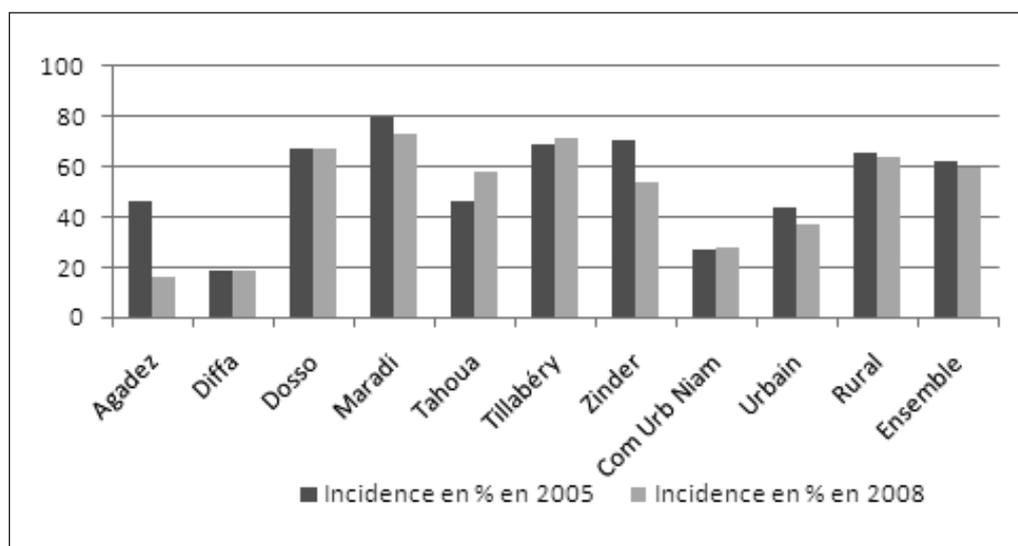
	Effectifs	Proportion (%)
Sexe		
Masculin	3.603.658	50,8
Féminin	3.495.007	49,2
Milieu de résidence		
Urbain	1.111.668	15,7
Rural	5.986.997	84,3
Ensemble	7.098.665	56,2

Source : INS, QUIBB 2005

1.1.3. Constatations principales de la pauvreté des enfants au Niger

La pauvreté au Niger touche la majorité de la population avec près de 6 Nigériens sur 10 (59,5%) vivent en dessous du seuil de pauvreté selon L'ENBC 2008. L'incidence a connu une légère baisse comparée à son niveau de 2005 qui était estimé à 62,1%. Elle présente des disparités assez importantes entre les régions : (i) Maradi, Tillabéri et Dosso sont les plus touchées avec plus de 2 personnes pauvres sur 3, (ii) Niamey et Diffa sont les moins pauvres du pays. La forte présence de pauvres en milieu rural (63,7% des individus) s'explique par la dégradation de l'économie rurale au cours de la dernière décennie avec une agriculture (l'activité dominante) fortement bouleversée par les cycles de sécheresse, la faible diversification de l'économie rurale et l'insuffisance des opportunités économiques.

Figure 3 : incidence globale de la pauvreté (%) selon les régions et le milieu de résidence



Source : INS, QUIBB 2005 et ENBC 2007/2008

Cette forte incidence de la pauvreté monétaire a un impact direct sur le bien-être des enfants. Ainsi, l'insuffisance des revenus des ménages limite la satisfaction des besoins essentiels comme la nourriture, l'hygiène, l'accès à des services sanitaires et éducatifs de qualité. A titre d'illustration, l'analyse de la structure des dépenses montre que les pauvres consacrent très peu de ressources à l'éducation et à la santé, comparativement aux non pauvres. L'essentiel de leur revenu est plutôt orienté vers l'alimentation. Par ailleurs, du point de vue des caractéristiques de l'habitat, pour les enfants, l'enquête QUIBB 2005 montre un état de précarité des conditions de logement des ménages pauvres. Par exemple, dans la communauté urbaine de Niamey plus d'un tiers des pauvres vivent dans des logements clôturés en paille.

1.1.4. Les enfants et les OMD : progrès et disparités

Engagement du pays par rapport à l'atteinte des OMD

Le Niger, à l'instar de plusieurs pays, est partie prenante des engagements pris à New York au Sommet du Millénaire en 2000 ; il a souscrit aux OMD. Lors de ce sommet, 8 objectifs ont été retenus dont 5 concernent directement les enfants et les 3 autres les touchent indirectement. D'ici 2015, il s'agit de trouver les voies et moyens appropriés pour atteindre un niveau de développement appréciable de ce pays dont une bonne partie de la population est prise dans le piège de la pauvreté. La question de savoir comment les politiques agissent sur les conditions de vie des enfants est d'une importance capitale pour évaluer les efforts du Gouvernement depuis 2005 dans l'atteinte des OMD. L'analyse de l'impact de certains projets et programmes mis en œuvre par le Gouvernement sur la période 2005-2006 permettra de savoir si les programmes proposés sont en cohérence avec les objectifs des OMD relatifs à la cause des enfants au Niger.

Pour mieux concrétiser son engagement dans le processus de réalisation des OMD, le Niger a adopté en 2007, le cadre unique de référence de sa politique de développement économique et social, communément appelé SDRP : la deuxième génération de la SRP alignée sur les OMD. Le pays a aussi adhéré au Millenium Challenge Account (MCA) des Etats-Unis d'Amérique en plus de son admission à l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés (IPTE) de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International (FMI), ce qui lui permet de bénéficier de ressources additionnelles comme appoint pour financer les secteurs clés du développement. En dépit de tous ces acquis, le Niger doit renforcer sa stratégie de mobilisation des ressources pour combler les gaps de financement encore important nécessaire pour atteindre les différentes cibles des OMD¹⁸.

Progrès vers l'atteinte des OMD pour les enfants

Cette évaluation permet d'apprécier les progrès réalisés par le Gouvernement du Niger vers certains aspects clés du bien être des enfants comme la nutrition, la santé et l'éducation (figure 4).

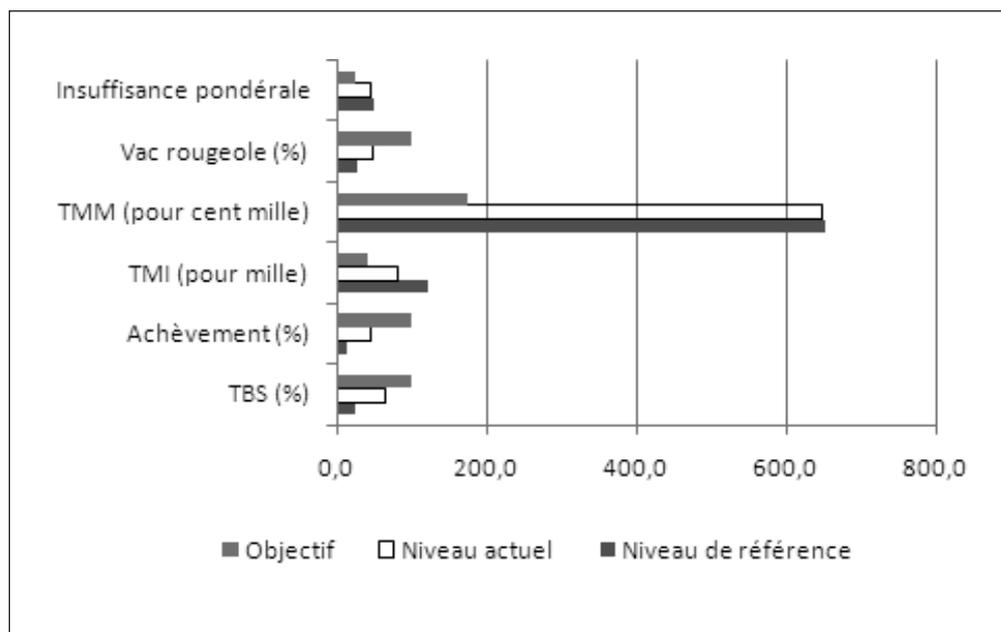
Nutrition : le Niger a enregistré ces dernières années quelques progrès dans l'amélioration de la situation nutritionnelle des enfants. En effet, entre 1998 et 2006, les pourcentages des enfants souffrant de malnutrition aiguë et celui des enfants présentant une insuffisance pondérale ont décliné passant respectivement de 20,7% à 10% et de 49,6% à 44%. Cependant, le pourcentage des enfants souffrant de malnutrition chronique a augmenté en passant de 41,1% à 50% au cours de la même période. La faiblesse de la pratique de l'allaitement maternel exclusif, l'analphabétisme des mères et les pesanteurs socioculturelles néfastes pour la reconnaissance de certains droits à l'épanouissement de la femme et de l'enfant dans la famille, la communauté et le pays, sont autant de défis à relever pour améliorer le bien-être des enfants.

18. D'ici 2015, une somme d'un montant de 9.628 milliards de FCFA (environ 20,8 milliards de \$US) est nécessaire à la mise en œuvre de cette stratégie de réalisation des OMD.

Éducation : sur le plan éducatif, bien que des évolutions remarquables du taux brut de scolarisation (TBS), du taux net de scolarisation (TNS) ainsi que du taux d'achèvement au primaire aient été enregistrées, le Niger possède encore les niveaux de scolarisation parmi les plus faibles au monde. En 2008, le TBS est seulement de 62,6%, marquant toutefois une certaine avancée de 5,5 points de pourcentage par rapport à l'année 2007. Cette progression favorable en termes de scolarisation, ne doit nullement occulter la persistance de disparités entre zones rurales et urbaines d'une part et entre garçons et filles d'autre part ainsi que la faiblesse de la qualité de l'enseignement et de la formation.

Santé : en ce qui concerne la santé, il est important de noter une réduction remarquable de la mortalité des enfants qui est passée de 274‰ en 1998 à 198‰ en 2006. Par contre, la mortalité maternelle reste encore élevée avec 648 décès pour cent mille naissances vivantes en 2006. La proportion d'enfants vaccinés dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV), connaît une certaine amélioration puisqu'elle est passée de 18% en 1998 à 29% en 2006. Des efforts doivent être orientés davantage vers la lutte contre le paludisme et la réduction des disparités entre les régions. Cela est d'autant plus vrai que, le paludisme continue à être la première cause de mortalité, surtout chez les enfants de bas âge. Concernant la situation du VIH/SIDA, malgré la faible prévalence de cette pandémie au niveau national (0,7% en 2006), son niveau de connaissance est faible. Les efforts doivent se poursuivre pour accroître l'information et la sensibilisation des populations en vue d'une meilleure connaissance des moyens de prévention contre cette terrible maladie.

Figure 4: niveaux et tendance des OMD relatifs aux enfants



NB : TMM = Taux de mortalité maternelle, TMI = Taux de mortalité Infantile, TMIJ = Taux de mortalité infanto-juvénile, TBS = Taux brut de Scolarisation, OMD = objectifs du millénaire pour le développement

Source : INS, ONAPAD, RNO MD 2007, MEN

Malgré les progrès enregistrés vers l'atteinte des OMD, les efforts à fournir sont titanesques ; ce qui nécessite des appuis massifs des partenaires au développement pour améliorer significativement les indicateurs socioéconomiques et démographiques, en particulier ceux liés aux enfants.

1.2. Le contexte politique, économique et institutionnel

1.2.1. La toile de fond politique, géographique et institutionnelle

Situé en Afrique de l'Ouest, au carrefour entre l'Afrique du Nord et l'Afrique subsaharienne, le Niger est un pays sahélo saharien et continental d'une superficie de 1.267.000 km². A cause de la désertification et de ses conséquences négatives sur la pluviométrie, le pays fait très souvent face à des problèmes récurrents d'insécurité alimentaire parfois même aiguë (1974, 1984, 1994, 1998 et 2005).

Il existe neuf institutions bâties sur les principes de séparation des pouvoirs et de contrôle de l'action gouvernementale. Ces dernières sont complétées par un Conseil National de Dialogue Politique (CNDP) et une Commission Nationale de Dialogue Social (CNDS) créés pour mettre en place une démocratie apaisée.

La décentralisation au Niger est un processus ancien qui date depuis les indépendances. Les élections locales de 2004 suivies de l'installation de 265 conseils municipaux ont consacré la mise en œuvre effective du processus de décentralisation faisant ainsi du niveau communal une réalité. Au niveau de ces conseils, on note la présence modeste de 671 femmes sur 3.747 sièges pourvus (soit 18%) en qualité de conseillers communaux ou municipaux. Parmi elles, on dénombre seulement 0) femmes maires. Pour faciliter l'accès des populations locales aux services de base, le Gouvernement a transféré un certain nombre de compétences aux communes. Aujourd'hui même si beaucoup d'entre elles sont dotées de plans de développement, il se pose avec acuité de sérieux problèmes de mobilisation des ressources, de coordination, d'accompagnement, d'encadrement voire de gestion de ces entités communales.

1.2.2. Population et croissance économique

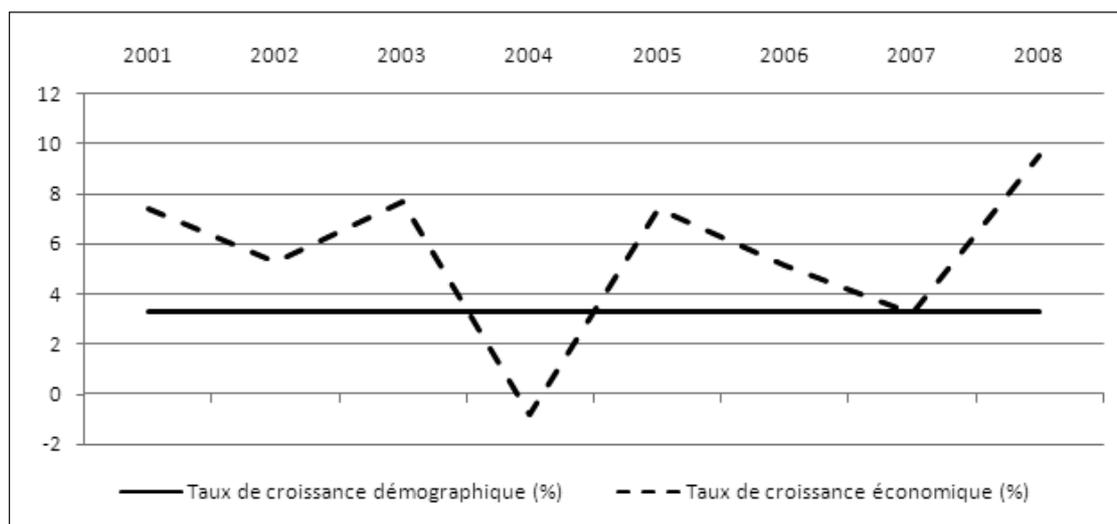
La population nigérienne croît assez rapidement. Elle s'établit à 14,6 millions en 2009¹⁹, avec un taux d'accroissement annuel moyen de 3,3% depuis 2001. Cela s'explique essentiellement par le niveau élevé et quasi-stationnaire de la fécondité (ISF) au Niger qui est de plus de 7 enfants²⁰ par femme en moyenne en 2006. Un tel accroissement démographique a des effets pervers sur l'environnement, accélère l'épuisement de toutes les ressources non renouvelables, pèse lourdement sur les maigres ressources financières et fait obstacle aux efforts entrepris pour améliorer les services publics.

La figure 5 ci-dessous indique que l'économie nigérienne a évolué au rythme du taux de croissance moyen de 5,05% l'an au cours de la période 2001-2007. Cette évolution de l'activité économique légèrement supérieure à celle de la population demeure toutefois insuffisante pour induire une réduction significative de la pauvreté des adultes en général et celle des enfants en particulier. Cependant, entre 2005 et 2008, l'économie nigérienne a évolué au taux de croissance moyen de 6,7% par an, assorti d'un pic de 9,5% en 2008. Ce taux moyen largement supérieur à celui de la variable démographique est sensiblement proche du taux de 7% retenu comme objectif à atteindre dans la mise en œuvre de la stratégie de développement accéléré de réduction de la pauvreté en vue de ramener le taux de pauvreté à 31% à l'horizon 2012. Ce pari peut être gagné mais à condition que la poursuite de cette performance économique remarquable s'inscrive dans la durée, qu'un processus de transition démographique soit amorcé et que le fruit de cette croissance soit mieux distribué pour corriger les inégalités sociales dont sont victimes les 59,5% des adultes .

19. Les données utilisées dans ce paragraphe proviennent de l'INS

20. INS, EDSN MICS III 2006

Figure 5 : Evolution comparative du taux de croissance économique et de celui de la croissance démographique (en %)



Source : INS, Annuaire Statistique Séries Longues édition 2007

Mais malheureusement, l'évolution démographique actuelle est loin d'être infléchie à court terme. En plus, la croissance économique est tirée pour l'essentiel par l'agriculture et l'élevage fortement tributaires des aléas climatiques, souffrant d'un potentiel limité d'infrastructures de surcroît déficientes et d'un manque endémique de capital. La part du secteur agricole et de l'élevage représente 38% en moyenne de 2005 à 2008. Elle évolue au gré des résultats incertains des campagnes agricoles marquées par des déficits alimentaires structurels ne permettant aux agriculteurs ni de réguler leur trésorerie fluctuante par nature, ni d'investir pour intensifier les systèmes d'exploitation dans un contexte de rareté absolue de soutien de l'Etat et d'inexistence de crédit agricole. Les activités agricoles faiblement diversifiées demeurent axées sur les productions de subsistance. Elles sont par excellence le terrain de prédilection du secteur informel qui emploie près de 70% de la population active.

1.2.3. Problèmes du développement humain et de l'équité

Le Niger occupait en 2007 la 174^e place selon le critère de l'Indice du Développement Humain (IDH)²¹, ce qui représente une légère amélioration par rapport aux années précédentes. Dans le dernier rapport national²² sur le développement humain publié en 2009, la valeur de l'IDH nigérien s'établit à 0,400 en 2007 ; elle est en hausse par rapport à son niveau de 2000 et 2001 où il était respectivement 0,318 et 0,329. Cette évolution favorable reflète les efforts accomplis par les pouvoirs publics en termes de promotion du développement humain. Ce progrès cache, cependant de fortes disparités entre les régions du pays. En effet, les indices les plus élevés ont été enregistrés en 2007 dans les régions de Niamey, d'Agadez et de Diffa, avec des niveaux respectifs de 0,607 ; 0,525 et 0,447. Ces trois régions figuraient déjà en 2001 dans le peloton de tête en termes d'indice de développement humain.

A contrario, les IDH les plus faibles ont été enregistrés à la même période dans les régions de Maradi (0,342), de Tillabéri (0,363) et de Dosso (0,367) qui étaient déjà apparues comme celles ayant les incidences de la pauvreté monétaire les plus élevées du pays, dans le profil de pauvreté nationale de 2007-2008 élaboré par l'INS. Cela semble confirmer pour le cas nigérien, la corrélation entre la pauvreté monétaire des ménages et le niveau de développement humain mesuré par l'IDH.

21. PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2008.

22. PNUD, INS/ONAPAD, Rapport National sur le Développement Humain Niger 2009 : la sécurité alimentaire dans un pays sahélien

Tableau 2 : Evolution de l'IDH national et des IDH régionaux depuis 1996

Régions	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2007
Agadez	0,343	0,347	0,426	0,464	0,47	0,479	0,525
Diffa	0,201	0,204	0,284	0,3	0,34	0,324	0,447
Dosso	0,194	0,196	0,275	0,29	0,298	0,31	0,367
Maradi	0,175	0,177	0,25	0,264	0,272	0,282	0,342
Tahoua	0,194	0,196	0,271	0,271	0,277	0,286	0,387
Tillabéri	0,239	0,241	0,32	0,335	0,341	0,353	0,363
Zinder	0,197	0,199	0,269	0,29	0,295	0,307	0,373
CUN	0,448	0,447	0,519	0,516	0,529	0,531	0,607
Niger	0,218	0,22	0,299	0,311	0,318	0,29	0,400

Source : RNDH2003 et ONAPAD/INS, 2008

En dépit de ces améliorations de l'IDH, le pays reste parmi les plus pauvres du monde en termes de développement humain. Le PIB réel par habitant du Niger est l'un des plus faibles au monde même s'il a connu une croissance de 6% en 2008 alors que son niveau était quasiment constant avant 2007. L'espérance de vie à la naissance est de 56,9 ans malgré les forts taux de mortalité infantile et infanto-juvénile qui se chiffrent respectivement à 81‰ et à 198‰ en 2006. La mortalité maternelle, quant à elle, se situe à un niveau très élevé de 648 décès maternels pour 100000 naissances vivantes.

1.3. Stratégies macroéconomiques et répartition des ressources

La situation macroéconomique se caractérise par des performances assez appréciables au regard des indicateurs de convergence de l'UEMOA. En effet, l'activité économique a connu une amélioration avec un taux de croissance annuel moyen avoisinant les 6,7% entre 2005 et 2008, ce qui est sensiblement proche du niveau de croissance minimum de 7% nécessaire pour atteindre l'OMD1.

Au regard des immenses défis pour le financement du développement, le taux de pression fiscale, 11% est non seulement inférieur à la norme UEMOA, mais elle n'a pas aussi connu de progression significative. Le déficit public en pourcentage du PIB a connu une détérioration (6,9% selon le FMI²³) et cela se justifie en partie par les fortes dépenses engagées pour soulager les populations à la suite de la flambée des cours des denrées alimentaires. L'encours de la dette publique en pourcentage du PIB n'a pas connu d'évolution notable entre 2006 et 2008. Il est passé de 17% en 2006 à 16% en 2008. Il est important de noter que l'analyse de la soutenabilité de la dette effectuée en décembre 2006 (SDRP 2007) montre que les indicateurs du Niger se sont très largement améliorés suite à l'éligibilité du Niger à l'Initiative pour l'Annulation de la Dette Multilatérale (IADM). Ainsi, le ratio de la Valeur Actualisée Nette (VAN) de la dette sur les exportations est passé de 134,6% en 2005 à 46% en 2006.

Au niveau des politiques, face à l'échec des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) et à une situation de pauvreté persistante, le Niger, à l'instar de nombreux pays africains pauvres, a adopté

23. FMI, 2008, Rapport sur les perspectives économiques régionales en 2008

en janvier 2002 une Stratégie de Réduction de la pauvreté (SRP). Elle poursuivait l'objectif de croissance durable réductrice de la pauvreté, à travers des engagements et des dispositions regroupés autour de ses quatre axes stratégiques à savoir:

- la croissance économique durable et soutenue (stabilité macro-économique et de faible inflation) ;
- le développement des secteurs productifs (accent mis sur la valorisation des potentialités du secteur rural) ;
- le développement des services sociaux de base ;
- la promotion d'une bonne gouvernance, le renforcement des capacités humaines et institutionnelles et la décentralisation.

Mais la mise en œuvre de cette SRP a souffert de la faiblesse des ressources financières, des faibles capacités d'absorption, de la vétusté des infrastructures économiques et sociales de base à cause notamment de la forte croissance démographique et de la faiblesse du pouvoir d'achat des populations. Il y a aussi des facteurs d'ordre exogène comme les cycles de sécheresses et dans une certaine mesure la crise en Côte d'Ivoire.

A partir de 2007, une SRP dite de deuxième génération a été élaborée et adoptée par le Niger. Il s'agit de la Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP), dont les besoins financiers de mise en œuvre sur la période 2008-2012 ont été estimés à 7.601,5 milliards de FCFA²⁴ (environ 16,41 milliards de \$US). La SDRP constitue actuellement le socle de la stratégie macroéconomique du Niger.

Pour atteindre de façon efficace les objectifs de la SDRP, il a été retenu 7 axes principaux :

- recherche d'une croissance forte, diversifiée, durable et créatrice d'emplois ;
- accès équitable aux services sociaux de qualité ;
- maîtrise de la croissance démographique ;
- réduction des inégalités et renforcement de la protection sociale des groupes vulnérables ;
- développement des infrastructures ;
- promotion d'une gouvernance de qualité ;
- mise en œuvre efficace de la stratégie de réduction de la pauvreté.

Toutes les stratégies retenues doivent être mises en œuvre dans le cadre de la SDRP en vue d'accélérer le développement du Niger et de réduire de façon sensible la pauvreté des populations notamment les plus vulnérables.

24. SDRP 2008-2012, P.13

1.3.1. Croissance pro-pauvres et résultats pour les enfants

La promotion de la croissance apparaît dans tous les Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté (SDRP) comme un axe principal de lutte contre la pauvreté. Dans cette vision, le Niger s'est fixé comme objectifs de porter son PIB par habitant à 206.080 FCFA (environ 445 \$US) et de réaliser un taux de croissance réel annuel moyen de 7% au cours de la période 2008-2012. Cette croissance devrait permettre de réduire la proportion des pauvres de 62,1% en 2005 à 31% en 2012. La politique menée vise également à assurer l'équité et l'égalité entre les sexes dans l'accès aux services sociaux et à maîtriser la croissance démographique²⁵.

Pour favoriser la réduction de la pauvreté monétaire, le Niger a opté pour une politique de croissance portée par le secteur primaire (agriculture, élevage) et dans une certaine mesure par les mines, l'artisanat, et le tourisme. Ces secteurs sont considérés comme les plus porteurs de l'économie nationale²⁶.

Le secteur rural

Le Gouvernement nigérien a élaboré et adopté la Stratégie de Développement Rural (SDR) en 2003, avec comme objectif global de « réduire l'incidence de la pauvreté en milieu rural de 66% à 52% à l'horizon 2015 en créant les conditions d'un développement économique et social durable ». A ce niveau, le Gouvernement s'engage à :

- favoriser l'accès des ruraux, qui représentent plus de 80% de la population, aux opportunités économiques pour créer les conditions d'une croissance économique en milieu rural ;
- prévenir les risques, améliorer la sécurité alimentaire et gérer durablement les ressources naturelles pour assurer les conditions de vie des populations rurales notamment ;
- renforcer les capacités institutionnelles et des organisations rurales pour insuffler une nouvelle dynamique au secteur rural.

Le secteur artisanal

Le secteur artisanal est occupé en majorité par les femmes, avec plus de 52% de femmes dans plus de 115 activités et employant plus de 600 .000 personnes (RGP/H 2001). La politique nationale de développement de l'artisanat (PNDA) élaborée et adoptée en 1992, constitue un cadre stratégique d'amélioration des revenus des artisans.

Le secteur touristique

Dans le cadre de la promotion du tourisme et de la création d'emplois supplémentaires, un plan d'action opérationnel quinquennal est en cours de préparation. Le développement de ce secteur, qui emploie déjà plus de 7.212 personnes (y compris le commerce), peut permettre non seulement une amélioration des revenus, mais aussi celle du niveau de l'emploi dans ce secteur.

Le secteur minier

L'explosion du prix de l'uranium depuis 2004 a incité le Gouvernement à prendre l'initiative d'exploiter tous les gisements potentiels, même ceux jugés auparavant marginaux. Ce secteur dont le niveau

25. Le Niger cherche à faire baisser le taux de 3,3% actuellement à 2,5% en 2012.

26. SDRP 2008-2012, page 85.

des exportations serait, toutes choses égales par ailleurs, accru à partir de 2009 en passant de 3.600 tonnes en 2007 à 4.703 tonnes en 2009 pour atteindre 8.843 tonnes en 2012²⁷, peut alors contribuer à une amélioration significative des recettes publiques et du niveau de l'emploi, dans un contexte de préservation de l'environnement et de maîtrise des risques sanitaires liés à l'exploitation de l'uranium. Au delà de cette initiative, pour ouvrir des perspectives de croissance, le Gouvernement du Niger s'est engagé dans la promotion du potentiel pétrolier et des exploitations minières à petite échelle (or, étain, gypses, sel,..) qui occupent plus de 2.674 personnes en 2006²⁸.

1.3.2. Les budgets publics et les partenariats comme preuve d'engagement²⁹

Pour financer les programmes prioritaires et les dépenses sociales, le Niger devrait veiller à une allocation optimale et efficace des ressources financières vers les secteurs prioritaires de la SDRP relatives aux OMD. La part des dépenses prioritaires à travers les Programmes d'Actions Prioritaires (PAP) est estimée à 4.583,6 milliards de FCFA (environ 10 milliards de \$US), soit 60,3% du financement global de la SDRP³⁰. Pour réaliser un tel niveau de dépenses et atteindre plus globalement les objectifs fixés par la SDRP, le Niger procède par un assainissement des finances publiques et compte sur une forte mobilisation des ressources internes et externes.

Les prévisions faites par le Gouvernement pour le financement de la SDRP assorties du scénario PAP/OMD, indiquent que le volet ressources internes représente 27,9% du budget global, soit 2.117,7 milliards de FCFA³¹ (environ 4,6 milliards de \$US).

Les dépenses inscrites dans le cadre du Programme Spécial du Président de la République (PS/PRN) sont un volet important en matière de financement des dépenses sociales. En effet, les domaines couverts par ce programme sont essentiellement la santé, l'éducation, l'eau potable, la nutrition, les activités génératrices de revenus surtout au profit des femmes.

Concernant l'éducation, selon les engagements souscrits par le Niger au sommet des chefs d'Etat des six pays les moins scolarisés tenu à Bamako en 2000, l'Etat du Niger consacrera :

- au moins 4% du PIB au secteur de l'éducation ;
- 40% du montant des ressources libérées par l'allègement de la dette dans le cadre de l'initiative PPTTE pour promouvoir la scolarisation primaire universelle ;
- au moins 50% du budget de l'éducation à l'enseignement primaire.

L'Etat du Niger veillera aussi à mobiliser la communauté internationale pour disposer de ressources additionnelles dans le cadre de l'initiative pour la mise en œuvre accélérée de l'Education Pour Tous (EPT). Ainsi, sur la période 2004-2007, dans la mise en œuvre du Plan Décennal de Développement de l'Education (PDDE), le montant total des ressources allouées au secteur par le Niger s'élève à 232,2 milliards de FCFA (environ un demi milliard de \$US). La répartition de ces ressources par source de financement se présente comme suit :

- les ressources nationales propres y compris les ressources PPTTE d'un montant de 133,0 milliards de FCFA (environ 287,2 millions de \$US), représentent 57,3% des ressources mobilisées ;

27. SDRP 2008-2012, page 88.

28. INS, Annuaire statistique 2007, page 78.

29. Les chiffres sur les besoins financiers contenus dans ce paragraphe proviennent du document de la SDRP. Il s'agit des besoins provisionnels en fonction de différents scénarii.

30. SDRP 2008-2012, p 117

31. SDRP 2008-2012, p 117

- les interventions des projets représentent 34,5% des ressources mobilisées pour un montant de 80,1 milliards de FCFA³² (environ 173 millions de \$US).

Dans le cadrage de la SDRP, selon le scénario PAP/OMD, les montants du budget annexe du Niger concernant les ressources PPTE pour les années 2006, 2007 et 2008, sont respectivement de 15,6 milliards de FCFA (environ 33,7 millions de \$US), 18,7 milliards de FCFA (environ 40,4 millions de \$US) et 18 milliards de FCFA³³ (environ 38,9 millions de \$US).

En termes de mobilisation des recettes fiscales, le Niger se caractérise par la pression fiscale la plus faible de la Zone Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Le taux de pression fiscale au Niger n'est, en effet, que de 11,1%³⁴ contre 17% fixé par les critères de convergence de l'UEMOA. Cette faiblesse s'explique, notamment, par :

- la non taxation de secteurs ayant le plus grand effet d'entraînement sur le PIB, comme l'agriculture ;
- le relativement faible degré d'ouverture de l'économie, ce qui limite la fiscalité de porte ;
- la prépondérance du secteur informel dont les activités sont peu ou pas du tout fiscalisées ;
- le faible degré de monétisation de l'économie et donc le niveau relativement bas des transactions commerciales.

Malgré cela, le Gouvernement nigérien fournit des efforts de mobilisation des ressources internes avec le programme d'assainissement des finances publiques. Des mesures sont prises pour accroître le taux de pression fiscale. L'objectif est d'atteindre dès 2008 un taux de pression fiscale de 14%. Ainsi, les montants attendus en 2009 et 2010 sont estimés respectivement à 315,9 milliards de FCFA (environ 682 millions de \$US) et 369 milliards de FCFA (environ 797 millions de \$US), selon le scénario de croissance forte³⁵.

Les mesures prises consistent à :

- renforcer les recouvrements fiscaux sur le secteur informel ;
- améliorer les recouvrements fiscaux sur les secteurs modernes ;
- limiter les exonérations fiscales en ne visant que les secteurs prioritaires pour la croissance économique et la survie des populations ;
- élargir l'assiette fiscale par l'exploration et l'exploitation de nouveaux gisements fiscaux, aussi bien dans le secteur informel que dans le secteur moderne.

Ces mesures passent nécessairement par une lutte acharnée contre la corruption, notamment par des actions préventives et répressives efficaces et aussi par la lutte contre la fraude et l'évasion fiscales.

32. Ministère de l'Education Nationale : « Rapport d'exécution de la première phase du Programme Décennal de Développement de l'Education (PDDE, 2003-2007) », juin 2007

33. Cabinet du Premier : « Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté 2008-2012 », Octobre 2007, p 37.

34. SDRP, op. cit.

35. INS, ONAPAD : « Analyse de la politique fiscale au Niger et ses impacts sur la pauvreté », juin 2008, p

Ce faisant, le Niger élargit son espace budgétaire, défini comme « l'ensemble des ressources fiscales susceptibles d'être mobilisées au niveau d'un pays ». Ceci pourrait alors contribuer à sensibiliser davantage les PTF à s'engager à assister le Niger dans le financement des programmes prioritaires de la SDRP.

Les ressources internes mobilisées par le Niger étant largement en deçà des besoins, d'importantes ressources extérieures doivent être trouvées, pour garantir l'essentiel des financements de la SDRP. Il faut noter qu'au titre de l'assistance extérieure, selon le scénario PAP/OMD, dans le cadrage de la SDRP, le montant global attendu par le Niger atteint 5.483,8 milliards de FCFA³⁶ (environ 11,84 milliards de \$US), soit 72%. Les financements acquis s'élèvent à 542,6 milliards de FCFA (environ 1,17 milliard de \$US) et il reste donc à rechercher 4.941,6 milliards (environ 10,67 milliards de \$US), soit 90% des besoins totaux de financement de la SDRP.

Ces ressources extérieures, prévues par le Niger pour la réalisation des programmes prioritaires et l'atteinte des OMD, devraient être acquises sous forme de dons, dont 80% du financement PAP et 20% constitués d'emprunts à taux concessionnels (au moins 35% d'éléments de dons) et aussi par des apports de la coopération bilatérale, multilatérale et décentralisée.

Le Gouvernement du Niger, à l'instar de ceux de beaucoup de pays africains, a défini des objectifs politiques et des orientations budgétaires spécifiques, afin de pouvoir atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et d'autres résultats nationaux, pour améliorer les conditions de vie des populations en général et celles des femmes et des enfants en particulier.

36.SDRP, Op. Cit., p 117.

Ce chapitre présente les résultats des analyses de la pauvreté des enfants en utilisant une démarche basée sur les droits humains. C'est ainsi que les approches monétaire et par les privations sont utilisées afin de ressortir les différentes caractéristiques et manifestations de cette pauvreté qui est différente de celle des adultes.

2.1. La pauvreté monétaire et les privations qui affectent les enfants

La pauvreté chez les enfants est un phénomène multidimensionnel dont la définition ne fait pas encore l'unanimité. Elle est un concept dont les contours sont difficiles à cerner dans la mesure où les enfants sont des personnes ayant des droits et des besoins spécifiques. Mesurer leur pauvreté implique la nécessité de la prise en compte de plusieurs paramètres. Les enfants ont besoin à la fois des ressources matérielles (nourriture, accès à l'éducation ou aux soins de santé, protection contre les risques de santé, etc.), spirituelles (le sens de la vie, les modèles à suivre, les relations entre pairs, etc.) et affectives (l'amour, la confiance, le sentiment d'acceptation, les bons traitements, etc.)³⁷. Mesurer tous ces facteurs est extrêmement délicat.

Ainsi, pour assurer la cohérence des résultats, deux approches complémentaires ont été combinées dans le cadre de la présente étude : l'approche revenu/consommation ou approche monétaire et l'approche par les privations.

2.1.1. Constatations de l'approche revenu/consommation

Pour établir le profil de la pauvreté monétaire des enfants, on se servira de certains instruments comme les indices FGT des initiales de Foster, Greer et Thorbecke (voir encadré ci-dessous). Pour rappel, l'approche monétaire définit un enfant pauvre comme étant un enfant vivant dans un ménage pauvre. Cette définition assimile la pauvreté des enfants à celle des ménages dans lesquels ils vivent.

Encadré 1 : Les indices FGT

Soit une population de N individus ayant une distribution ordonnée des revenus $(Y_i)_{i \in \{1,2,\dots,N\}}$. Compte tenu du vecteur des besoins vitaux et du système des prix en vigueur, on peut estimer un niveau de revenu Z , appelé seuil de pauvreté, en deçà duquel les besoins essentiels ne peuvent être satisfaits.

Si dans cette population, il existe Q ($Q < N$) individus qui vivent avec un revenu inférieur à Z , les indices FGT sont donnés par la formule générique suivante :

$$P_\alpha = \frac{1}{N} \sum_{j=1}^Q \left(\frac{Z - Y_j}{Z} \right)^\alpha \quad \alpha = 1, 2, 3. \text{ Plus } \alpha \text{ est grand, plus on donne du poids aux plus pauvres. } P_0 \text{ se résume à } \frac{Q}{N} \text{ et s'appelle } \textit{ratio ou incidence de pauvreté}. \text{ C'est la proportion des pauvres dans la population}$$

37. Voir Unicef, « Guide de l'étude mondiale sur la pauvreté et les disparités chez les enfants 2007-2008 ».

totale. Mais cette mesure ne distingue pas les pauvres dont le revenu est proche du seuil de pauvreté de ceux dont le revenu s'en écarte beaucoup. C'est pourquoi, il est important d'affiner l'analyse notamment en se

servant des indices $P_1 = \frac{1}{N} \sum_{j=1}^Q \frac{Z - Y_j}{Z}$ et $P_2 = \frac{1}{N} \sum_{j=1}^Q \left(\frac{Z - Y_j}{Z} \right)^2$ respectivement appelés **profondeur ou**

intensité de la pauvreté et **sévérité de la pauvreté**. L'intensité de la pauvreté mesure la distance moyenne à laquelle se situent les pauvres par rapport au seuil de la pauvreté tandis que la sévérité de la pauvreté va au-delà de la profondeur en prenant en compte les variations des revenus dans la classe des pauvres.

Les indices FGT ont de bonnes propriétés notamment l'additivité selon laquelle, si par exemple on dispose du niveau de pauvreté national, il est possible de le décomposer au niveau des régions. Ce qui permet de mieux localiser la pauvreté.

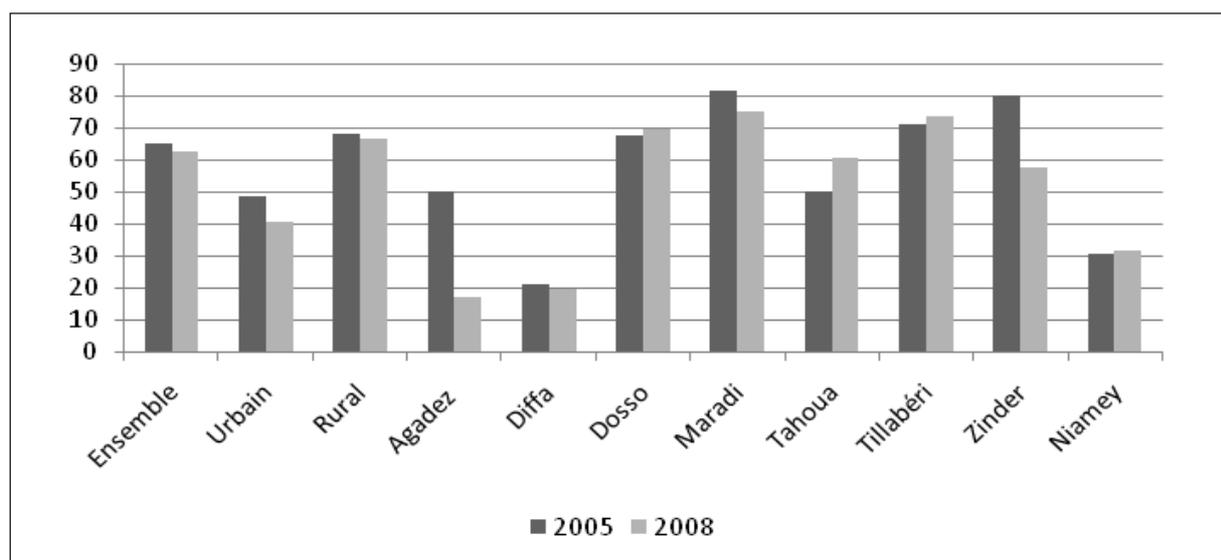
Niveaux et tendances de la pauvreté monétaire des enfants

La population nigérienne subit une pauvreté de masse même si l'on note une baisse légère de l'incidence de la pauvreté monétaire qui est passée de 62,1% en 2005 à 59,5% en 2008.

Le problème de la pauvreté des enfants se pose avec plus d'acuité. Cette frange vulnérable de la population est non seulement la tranche d'âge majoritaire (57,3%³⁸ ont moins de 18 ans), mais aussi la plus affectée par la pauvreté. L'incidence de la pauvreté des enfants qui se situait à 65,4% en 2005 est passée à 62,9% en 2008. On constate que le ratio de pauvreté des enfants est légèrement supérieur à celui de l'ensemble de la population. La profondeur et la sévérité de la pauvreté sont aussi très élevées dans les ménages ayant des enfants même si elles ont connu une légère baisse entre 2005 et 2008.

Cette situation demeure préoccupante puisqu'en adoptant la Convention relative aux Droits des Enfants (CDE), le Niger s'est engagé à respecter tous les droits qui y sont énoncés en particulier le droit à un niveau de vie décent consacré à l'article 27.

Figure 6 : Evolution de l'incidence de la pauvreté monétaire (en %) chez les enfants par région



Source : Calculs des auteurs à partir des bases de données de QUIBB_2005 et ENBC_2008

38. D'après les données de l'EDSN MICS-III 2006 du Niger

Facteurs de variation du niveau de la pauvreté monétaire

Bien que la pauvreté touche plus de la moitié des enfants dans toutes les tranches d'âge, les enfants de 15 à 17 ans semblent les moins exposés relativement aux autres. En effet, en 2008, l'incidence de la pauvreté dépasse 61% chez les enfants de 0 à 14 ans tandis qu'elle est de 58,69% au niveau de la tranche d'âge supérieure (15-17 ans). Cela s'explique probablement par la contribution non négligeable du travail des enfants de cette tranche d'âge au revenu familial.

Tableau 3 : Corrélats de la pauvreté monétaire des enfants

		P0		P1		P2	
		QUIBB	ENBC	QUIBB	ENBC	QUIBB	ENBC
		2005	2008	2005	2008	2005	2008
Groupe d'âge	0 à 4 ans	65,5	61,33	28,68	20,38	15,4	8,81
	5 à 9 ans	67,5	65,33	29,49	22,00	15,81	9,54
	10 à 14 ans	65,4	64,12	27,94	21,68	14,96	9,44
	15 à 17 ans	58,5	58,69	24,76	19,81	13,16	8,72
Région	Niamey	30,7	31,63	10,02	10,07	4,30	4,64
	Agadez*	50,2	17,27	20,11	04,85	10,40	2,01
	Diffa	21,0	19,79	7,28	03,83	3,25	1,07
	Dosso	68,0	69,86	31,10	25,88	16,97	11,99
	Maradi	82,2	75,56	40,14	27,34	22,86	12,69
	Tahoua	50,4	61,04	17,15	20,30	7,55	8,38
	Tillabery	71,4	74,13	29,63	24,52	16,03	10,29
Zinder	74,3	57,74	33,26	16,86	17,97	6,65	
Milieu de résidence	Rural	68,5	66,73	30,06	22,53	16,23	9,76
	Urbain	48,7	40,54	19,39	12,81	9,74	5,64
Quintiles de bien-être économique	Le plus pauvre	100	100,00	59,56	53,91	37,1	29,92
	Le second	100	100,00	30,05	31,55	10,49	10,24
	Le moyen	88,1	97,39	5,37	12,72	1,32	2,05
	Le quatrième	24,6	0	0,22	0	0,17	0
	Le plus riche	0	0	0	0	0	0
Niveau d'instruction du chef de ménage	Aucun	68,3	70,96	29,87	24,72	16,06	11,11
	Coranique	67,7	58,50	30,03	18,39	16,26	7,37
	Alphabétisé	67,9	67,30	31,17	23,29	17,66	9,96
	Primaire	63,9	54,11	25,25	16,85	12,73	7,05
	Secondaire	34,7	40,57	13,52	13,46	6,57	5,91
	Formation et technique	16,1	7,35	4,42	1,59	1,42	0,43
	Supérieur	8,3	5,98	0	0,50	0,45	0,09
Sexe du chef de ménage	Masculin	65,7	63,3	28,59	21,23	15,32	9,17
	Féminin	58,8	62,5	23,70	19,59	12,59	9,06
Statut matrimonial du chef de ménage	Célibataire/ jamais marié	34,2	63,28	18,84	21,28	11,97	9,25
	Monogame	63,3	53,13	26,96	16,26	14,18	6,57
	Polygame	70,2	60,37	31,50	21,32	17,34	9,28
	Veuf, divorcé ou séparé	59,1	52,01	24,14	18,87	12,84	9,18
	Ensemble	65,4	62,90	28,39	21,11	15,21	9,16

Source : Calculs des auteurs à partir des bases de données de QUIBB_2005 et ENBC_2008

() On observe au niveau de la région d'Agadez une baisse non plausible des indicateurs de pauvreté entre 2005 et 2008. Cela est essentiellement dû au fait que lors l'enquête QUIBB_2005 toute la région d'Agadez a été couverte alors que l'ENBC_2008 n'a pas couvert le milieu rural de cette région, situation sécuritaire oblige. Or, c'est le milieu rural qui est naturellement plus pauvre.*

La figure 6 montre que quel que soit l'indicateur considéré (ou), la pauvreté des enfants présente de fortes disparités entre les régions. Son incidence varie de 21% pour Diffa à 82,2% pour Maradi en 2005 et de 17,27% pour Agadez à 75,56% pour Maradi en 2008. Les régions de Niamey, Diffa et Agadez enregistrent les plus faibles incidences où moins d'un enfant sur trois vit dans un ménage pauvre. Il est important de souligner le cas particulier de Dosso où, non seulement l'incidence de la pauvreté monétaire chez les enfants atteint un niveau élevé, mais aussi, la sévérité et la profondeur sont très fortes. Cette région occupe respectivement la 3^{ème} et la 2^{ème} place en termes de P0 d'une part et de P1 et P2 d'autre part. Cette pauvreté monétaire chez les enfants n'a pas évolué à la baisse dans les régions de Dosso, Tahoua, Tillabéri et Niamey.

Les données du tableau 3 ci-dessus indiquent que la pauvreté des enfants sévit beaucoup plus en milieu rural (66,73%) qu'en milieu urbain (40,54%) en 2008. En plus, on constate que son incidence a fortement baissé en milieu urbain, passant de 48,7% en 2005 à 40,54% en 2008. Cet ordre de grandeur est inversé en milieu rural où elle est passée de 68,5% à 66,73% à la même période.

Des variations similaires ont été observées au niveau des autres indices (et) à quelques nuances près. Par exemple, tous ces indicateurs présentent la région de Maradi comme étant le sanctuaire de la pauvreté des enfants. Une attention particulière doit y être portée dans la lutte contre la pauvreté des enfants.

Le niveau d'études du chef de ménage est aussi un facteur important pour la réduction de la pauvreté monétaire des enfants. Les enfants vivant dans des ménages dont le chef a un niveau d'éducation élevé sont les moins exposés à la pauvreté et cela est plus visible lorsque le chef de ménage a un niveau d'études secondaires (5 à 7% d'incidence chez les enfants vivant dans les ménages dont le chef de ménage a un niveau d'études supérieures ou professionnelles contre plus de 50% chez les enfants dont le chef de ménage ne dépasse pas le niveau primaire).

Risque d'être affecté par la pauvreté monétaire

Pour analyser le risque pour un enfant d'être affecté par la pauvreté, une régression logistique (tableau 15 en annexe) a été conduite en considérant comme variable dépendante le fait d'être pauvre et comme variable indépendante les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des ménages.

Les résultats des régions ont fait ressortir trois niveaux de risque :

- le premier niveau tient au fait que les enfants vivant dans les régions de Tillabéri, Maradi et Dosso, toutes choses égales par ailleurs, courent plus de quatre fois plus de risque de se situer en dessous du seuil de la pauvreté monétaire par rapport à ceux résidant dans la communauté urbaine de Niamey ;
- le deuxième niveau regroupe les enfants résidant dans les régions de Zinder et Tahoua qui courent respectivement près de quatre et trois fois plus de risque d'être pauvres, par rapport à ceux qui résident dans la communauté urbaine de Niamey ;
- le troisième niveau concerne les enfants d'Agadez et de Diffa dont le risque d'être victimes de la pauvreté est inférieur à celui des enfants vivant dans la communauté urbaine de Niamey.

Pareillement, les enfants résidant en milieu rural courent, environ trois fois plus de risque d'être affectés par la pauvreté monétaire relativement à ceux du milieu urbain.

L'analyse en termes du **niveau d'instruction** révèle que les enfants résidant dans des ménages où le chef a un niveau professionnel ou technique sont moins exposés au risque de tomber dans la pauvreté; ils ont en outre quasiment le même niveau de risque que ceux résidant dans le ménage où le chef a un niveau d'instruction supérieur. En revanche, les enfants vivant dans les ménages où les chefs ont un niveau d'instruction au plus secondaire sont potentiellement les plus exposés au risque d'être pauvres. A titre illustratif, la probabilité d'être victime de la pauvreté monétaire est de 309 fois plus forte chez les enfants résidant dans les ménages dirigés par des analphabètes que chez les enfants dont le chef de ménage a un niveau supérieur.

En considérant l'âge de l'enfant, on constate que les enfants de moins de cinq ans sont les plus exposés à la pauvreté (avec plus de 2 fois plus de risque que ceux qui ont un âge variant entre 15 et 17 ans). Ce risque avoisine deux fois chez les enfants de 5 et 14 ans.

Par ailleurs, il a été remarqué que les enfants vivant dans des familles nombreuses courent énormément plus de risque d'être pauvres. En effet, le risque pour un enfant d'être pauvre est d'autant plus élevé que la taille du ménage est grande.

La situation professionnelle et le sexe du chef de ménage ainsi que le niveau de bien-être sont autant d'autres facteurs de variation de la pauvreté monétaire des enfants. Les enfants dont le chef de ménage est manoeuvre ou payé à la tâche courent près de 3 fois plus de risque de connaître la pauvreté en comparaison à ceux dont les chefs de ménages sont des cadres supérieurs. Par rapport au sexe du chef de ménage, ce risque est 3 fois plus important chez les enfants vivant dans les ménages dirigés par les femmes. Enfin, l'analyse en termes de bien-être économique fait ressortir que les enfants issus des ménages ayant un niveau de vie moyen courent beaucoup plus de risque que ceux issus des 20% des ménages les plus nantis.

2.1.2. Constatations de l'approche par les privations

L'approche par les privations se focalise sur un certain nombre des droits dont l'accomplissement est nécessaire au bien-être et à l'épanouissement de l'enfant. Il s'agit notamment du droit aux conditions de logement et des installations sanitaires décentes, à l'eau potable, à l'information, à une alimentation saine et nutritive, à l'éducation et à la santé.

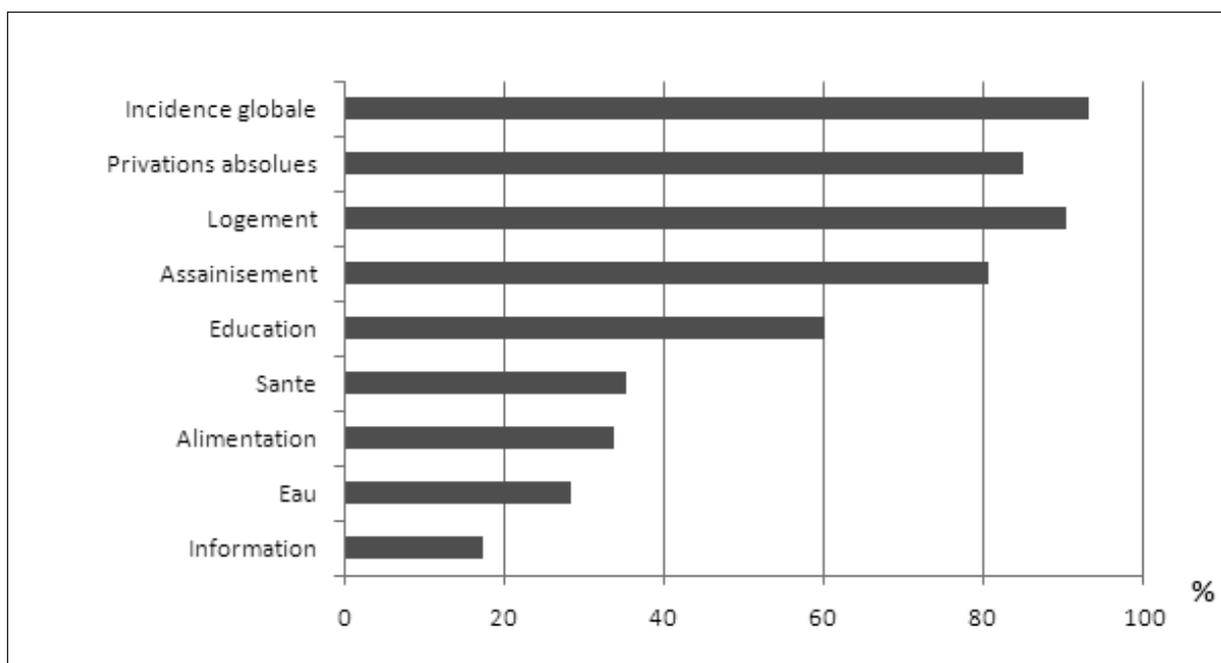
Au Niger, 92,8% des enfants sont privés d'au moins une des sept dimensions des besoins essentiels ou vitaux ci-dessus évoquées (figure 7). Les enfants peuvent être classés en trois niveaux en fonction des degrés d'incidence observés pour chacune des dimensions des privations : (i) celles qui affectent au moins 60% d'enfants (logement, assainissement et éducation) ; (ii) celles qui touchent 30 à 35% d'enfants (santé et alimentation) et celles qui affectent moins de 30% d'enfants (eau et information).

Du point de vue des privations absolues, la situation est aussi très préoccupante avec 85% des enfants qui sont privés d'au moins deux dimensions importantes des besoins essentiels. Une analyse poussée des privations montre que contrairement à certains pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, la situation de la pauvreté des enfants au Niger est assez atypique :

- les écarts sont très réduits entre les incidences de la sévérité et des privations absolues ; ce qui traduit le niveau important de la vulnérabilité chez les enfants ;
- en considérant le nombre de privations sévères vécues simultanément par les enfants (voir figure 8), il est à noter que la proportion d'enfants souffrant simultanément de deux besoins essentiels est la plus importante.

- Plus de la moitié des enfants (54%) sont privés simultanément de 3 et 4 dimensions des privations ou besoins essentiels.

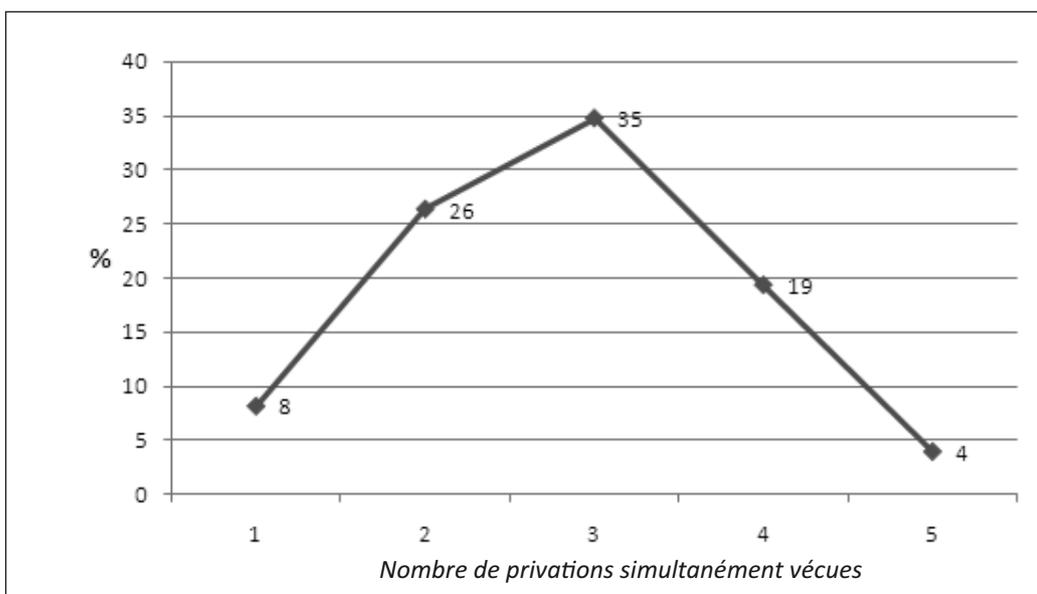
Figure 7 : Incidence des privations sévères touchant les enfants



Source : EDSN MICS 2006, Calculs faits par l'Université de Bristol

Ces deux observations illustrent bien l'état de vulnérabilité des enfants face à certaines privations. Les deux combinaisons de privations sévères les plus fréquentes chez les enfants sont les couples : (conditions de logement, assainissement) et (conditions de logement, éducation).

Figure 8 : proportion d'enfants selon le nombre de privations sévères vécues



Source : EDSN MICS 2006, Calculs faits par l'Université de Bristol

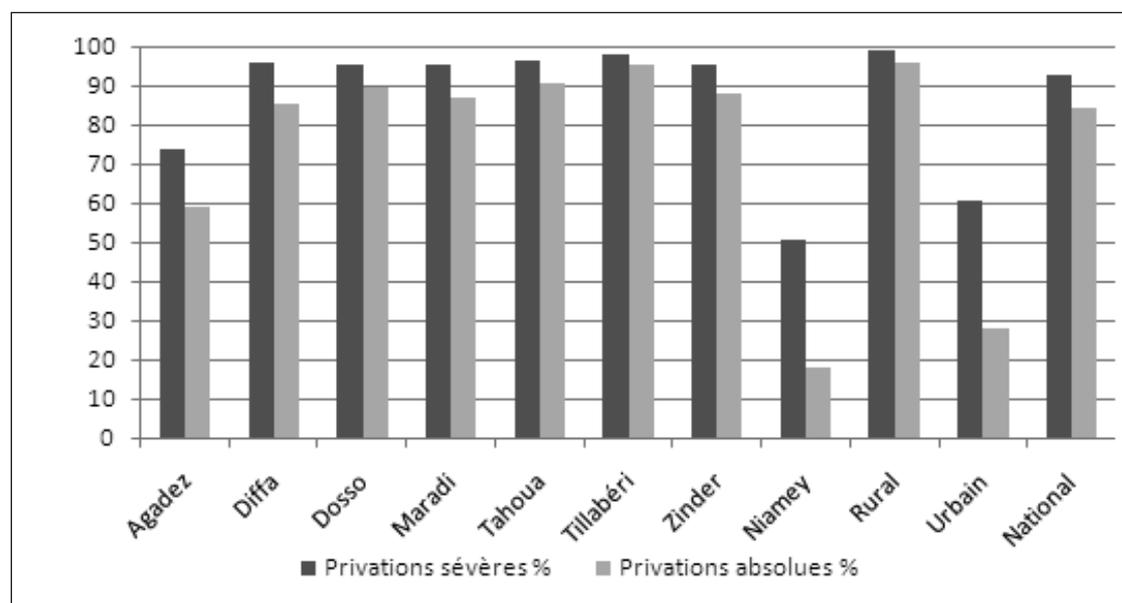
Facteurs de variation des privations sévères et absolues

Le niveau de bien-être économique est l'un des facteurs qui influence les privations dont souffrent les enfants. Au Niger, il a été constaté ce qu'on appelle « phénomène d'inéquité par le haut » qui signifie que tous les enfants vivant dans les 80% des ménages les plus pauvres vivent au moins une privation sévère. Toutefois, même dans les 20% des ménages les plus nantis, on constate une proportion importante d'enfants (6 enfants sur 10) affectés par la sévérité des privations corroborant ainsi l'idée selon laquelle la richesse matérielle est insuffisante pour garantir le bien-être des enfants.

L'éducation du chef de ménage n'est véritablement pas un facteur déterminant des privations chez les enfants qu'à partir du niveau secondaire. Un enfant vivant dans un ménage dont le chef a atteint ou dépassé le niveau secondaire est moins vulnérable aux privations comparativement à un enfant appartenant à un ménage dirigé par un analphabète (51,88% contre 95,69% pour les privations sévères et 29,45% contre 88,94% pour les privations absolues).

La figure 9 montre que les deux formes de privations sévères et absolues sont répandues dans toutes les régions du Niger. Elles sont relativement faibles à Niamey et Agadez et très prononcées à Tillabéri, Tahoua et Maradi où elles atteignent plus de 95% et 85% respectivement pour les privations sévères et absolues. Aussi, constate-t-on que la région de Zinder détient le record de l'incidence de la privation en matière de santé avec un taux de 58,2%. Comparés aux enfants des autres régions, ceux de Maradi et Zinder sont les plus dépourvus en matière de nutrition. En revanche, les enfants de Tillabéri subissent la privation en eau plus que les autres.

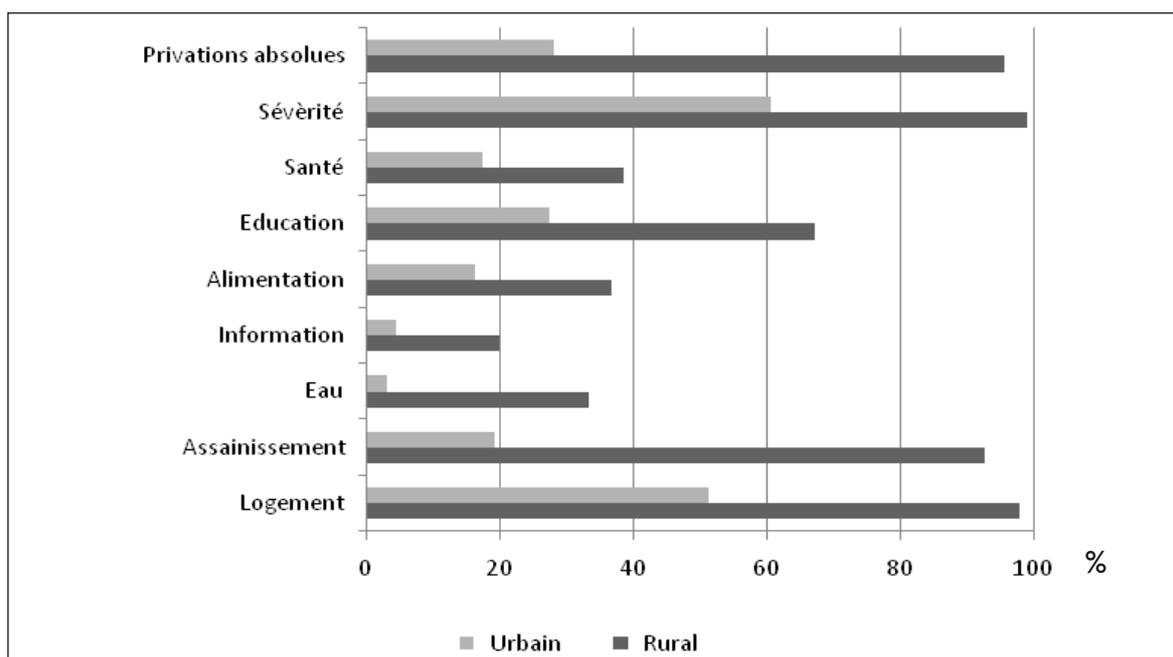
Figure 9 : Incidence des privations sévères et absolues par région



Source : EDSN MICS 2006, Calculs faits par l'Université de Bristol

La figure 10 fait ressortir que selon le milieu de résidence, les zones rurales cumulent beaucoup plus d'enfants victimes de privations que les zones urbaines (99,11% contre 60,66% pour la sévérité et 95,71% contre 28% pour les privations absolues). On note également qu'en milieu rural, l'écart est faible entre les incidences de la sévérité et celle des privations absolues insinuant que la vulnérabilité à certaines privations chez les enfants y est plus prononcée.

Figure 10: Incidence des privations sévères selon le milieu de résidence (en %)



Source : EDSN MICS 2006, Calculs faits par l'Université de Bristol

Risque d'être affecté par les privations absolues

Pour dégager les principaux facteurs de risque, il a été procédé à une régression logistique de l'incidence de la pauvreté des enfants par les privations sur certaines caractéristiques de l'enfant et de son ménage. Les principaux résultats qui en découlent sont :

- les enfants habitant en milieu rural courent 57 fois plus de risque de tomber dans les privations absolues que ceux vivant en milieu urbain ;
- les enfants résidant hors de Niamey courent plus de risque de tomber dans les privations absolues : (i) un risque de plus de 40 fois plus élevé pour les enfants de Tillabéri et de Tahoua ; (ii) un risque de 20 à 40 fois plus élevé couru par les enfants de Dosso, Zinder, Maradi et Diffa ; (iii) et un risque de moins de 10 fois plus élevé (6,54 fois) pour les enfants de la région d'Agadez ;
- les enfants vivant dans les ménages dont le chef est analphabète et ceux dont le chef de ménage a un niveau primaire courent respectivement 19 fois et 6 fois plus de risque d'être touchés par les privations absolues que ceux vivant dans les ménages dont le chef a un niveau d'études secondaires ou plus ;
- le niveau de bien-être des enfants des ménages les plus pauvres en termes de possession d'actifs courent infiniment plus de risque d'être affectés par les privations que ceux issus des ménages les plus nantis ;
- la taille du ménage n'influe pas significativement sur la pauvreté en termes de privations.

2.2. Survie des enfants et équité

2.2.1. Tendances de la mortalité infanto-juvénile

La mortalité des enfants demeure une préoccupation importante au regard du taux de mortalité infanto-juvénile qui se situe à 198‰ en 2006 même si il a connu une régression depuis 1992 où il était de 326,1‰. Cette baisse pourrait être imputable aux efforts déployés au cours des dix dernières années dans la mise en œuvre du Programme de Développement Sanitaire (PDS).

Le niveau élevé de mortalité au Niger pourrait être lié aux conséquences probables de la précarité des conditions de vie et d'habitat, et la prévalence encore importante des maladies comme le paludisme et la persistance des maladies infectieuses et parasitaires. On estime à 28% la proportion des décès liés aux infections respiratoires aiguës (IRA), à 24% celle liée au paludisme et à 10% celle imputable aux maladies diarrhéiques³⁹. En outre, il faut noter qu'en dépit des efforts consentis par le Gouvernement, la couverture sanitaire est encore déficitaire au regard du ratio de concentration moyen de la population par formation sanitaire qui est de 1 pour 21.000 habitants (tableau 4).

Tableau 4 : Ratio formation sanitaire/ population

Région	Population	Infrastructures	Ration
Agadez	393.871	44	1/8.952
Diffa	459.523	39	1/11.783
Dosso	1.804.624	92	1/19.615
Maradi	2.781.757	92	1/30.236
Tahoua	2.352.128	94	1/25.023
Tillabery	2.221.634	124	1/17.916
Zinder	2.489.489	112	1/22.228
Niamey	921.936	42	1/21.9511
Ensemble	13.424.962	639	1/21.009

Source : MSP, 2007, annuaire des statistiques sanitaires

Bien qu'il soit élevé au Niger, le risque de mourir avant l'âge de 5 ans présente de grands écarts entre les régions. Les indicateurs les plus alarmants s'observent dans les régions de Maradi, Tahoua, Zinder et Dosso. En revanche, la communauté urbaine de Niamey présente la situation la moins préoccupante relativement aux autres à cause d'une plus grande disponibilité des services de santé et d'une plus grande facilité d'y accéder. La mortalité infanto-juvénile présente également des disparités entre les milieux de résidence. La probabilité de mourir avant l'âge de 5 ans est beaucoup plus forte dans les zones rurales (cf. tableau 5 ci-dessous).

2.2.3. Lien entre la mortalité infanto-juvénile et la pauvreté des enfants

L'objectif de cette analyse est de voir s'il existe un lien entre la mortalité des enfants et les indicateurs de pauvreté. Est-ce que les plus forts taux de mortalité infantile sont concentrés dans les régions les plus pauvres du pays ? Dans la mesure où la précarité des installations sanitaires, les mauvaises conditions de logement et d'accès à l'eau potable, la médiocrité de l'état sanitaire et nutritionnel, etc.,

39. Système National d'Informations Sanitaires (SNIS), 2006.

sont autant de facteurs d'exposition à certaines pathologies surtout chez les enfants issus des couches sociales les plus démunies, on s'attend à ce que la pauvreté des enfants ait un lien direct avec leur niveau de mortalité.

Il ressort du tableau 5 ci-dessous que la mortalité des enfants n'est par forcément liée au niveau de pauvreté de la région. Aussi bien sa tendance que son niveau ne sont pas forcément corrélés avec ceux de la pauvreté au niveau des régions. Cependant, il est important de noter que la région de Niamey enregistre les meilleurs niveaux pour les indicateurs de pauvreté monétaire, des privations et de mortalité infanto-juvénile. A contrario les régions de Maradi, Tillabéri et Dosso sont les plus touchées. Il est important de relever qu'à Dosso, Tahoua et Niamey, la mortalité des moins de cinq ans a baissé alors que la pauvreté monétaire a connu une tendance inverse entre 2005 et 2008. Cette situation assez paradoxale pourrait s'expliquer par l'impact des programmes de réduction de la mortalité notamment en termes de sensibilisation et de changement de comportement.

Tableau 5 : Lien entre la pauvreté des enfants et la mortalité infanto-juvénile⁴⁰

	Pauvreté des enfants			Taux de mortalité Infanto-juvénile (‰)			
	P ₀ (%) en 2005	P ₀ (%) en 2008	Privations absolues (%) en 2006	EDSN 1992	EDSN 1998	EDSN 2006	
Région	Agadez	50,2	17,27	59,19	(*)	(*)	111
	Diffa	21,0	19,79	85,24	(*)	(*)	120
	Dosso	68,0	69,86	89,76	284,6	238,2	215
	Maradi	82,2	75,56	86,86	390,9	373,6	231
	Tahoua	50,4	61,04	90,42	335,5	302,9	214
	Tillabéri	71,4	74,13	95,45	283,1	246,7	193
	Zinder	80,2	57,74	88,17	356,1	343,4	269
	Niamey	30,7	31,63	18,15	156,6	147,3	132
Milieu de résidence	Urbain	48,7	66,73	27,95	210,3	178,1	139
	Rural	68,5	40,54	95,71	346,8	327,4	231
Quintiles de bien-être	Le plus pauvre	100	100	100			206
	Le deuxième	100	100	100			232
	Le moyen	88,1	97,39	100			240
	Le quatrième	24,6	0	94,52			245
	Le plus riche	0	0	24,28			157
Ensemble Niger	65,40	62,90	84,58	326,1	302,6	198	

Source : ENBC_2008, EDSN 1992, 1992 et EDSN-MICS 2006.

(*) Pour la région de Diffa, les données ont été regroupées avec celles de la région de Zinder. De même pour la région d'Agadez, le regroupement a été fait avec les données de la région de Tahoua.

40. On retient que les chiffres sur les privations ont été fournis par Bristol à partir des données de l'EDSN MICS III de 2006. On peut donc vérifier que ce tableau contient 5 sources de données différentes (EDSN 1992, EDSN 1998, QUIBB_2005, EDSN MICS III 2006 et ENBC_2007/2008).

D'une manière générale, les régions qui enregistrent les taux de mortalité infanto-juvénile les plus élevés, sont aussi les plus affectées par la pauvreté des enfants. L'exemple le plus frappant est celui des régions de Maradi et Dosso où la probabilité pour un enfant de décéder avant 5 ans est au dessus de la moyenne nationale. En même temps, en termes d'incidence de la pauvreté monétaire et par privation, ces deux régions présentent les situations les plus préoccupantes. Pour les régions de Diffa, Agadez et Niamey, la même analyse aboutit à des conclusions similaires dans la mesure où les enfants issus de ces milieux sont moins exposés au risque de décéder avant leur 5^{ème} anniversaire, tout en étant parmi les moins pauvres du pays.

L'analyse selon le milieu de résidence indique que la pauvreté des enfants est moins prononcée dans les zones urbaines où l'on enregistre également les taux de mortalité infanto-juvénile les plus bas comparativement aux zones rurales.

En ce qui concerne les incidences de la pauvreté monétaire et les privations, presque tous les enfants vivant dans les 60% des ménages les plus pauvres sont affectés. Cependant, les enfants issus des ménages riches sont aussi vulnérables avec un taux de mortalité infanto-juvénile de 245‰ et une incidence de la pauvreté par les privations de 94,52% en 2006. Par ailleurs, la mortalité infanto-juvénile est moins élevée chez les enfants vivant dans les 20% des ménages les plus riches. Ces résultats mettent en évidence une corrélation positive entre pauvreté des enfants et le risque de décéder avant le 5^{ème} anniversaire.

Conclusion

Généralement, les enfants du Niger affrontent durement les épreuves de la pauvreté à travers un niveau de vie insuffisant, des conditions de logement et d'assainissement précaires, une faible couverture sanitaire, l'absence d'une alimentation suffisante, nutritive et saine, etc. Aussi, est-il important de relever pour s'en convaincre que la pauvreté des familles est un aspect très important pour la réduction de la pauvreté des enfants au regard des incidences de la pauvreté monétaire chez les enfants.

L'approche par les privations a montré une situation très préoccupante de vulnérabilité à laquelle les enfants sont confrontés surtout en milieu rural. Non seulement la quasi-totalité des enfants souffrent d'au moins une privation sévère, mais aussi la proportion d'enfants vivant avec 2, 3 et 4 privations simultanément est très élevée. Les privations les plus fréquentes sont dans l'ordre de gravité : le logement, l'assainissement et l'éducation avec une incidence d'au moins 60%.

La question des disparités est aussi très préoccupante au regard des résultats quelle que soit l'approche considérée. Les approches monétaires et par les privations montrent l'existence de fortes disparités régionales avec Maradi, Tillabéri, Dosso et Zinder qui enregistrent les plus fortes incidences. Le milieu rural concentre aussi un nombre important de pauvres. Pour les caractéristiques des ménages, les facteurs de disparités les plus importantes sont la taille, le niveau de richesse en possession de bien et le niveau d'études du chef de ménage.

Les analyses faites sur la pauvreté ont permis de découvrir et confirmer qu'en plus des aspects monétaires ou de possession de biens, d'autres facteurs importants interviennent aussi dans la détermination du bien-être des enfants. Cela met en évidence l'importance de l'utilisation des dimensions des droits humains comme besoins essentiels des enfants qui repose sur une approche susceptible de mieux caractériser la situation de la pauvreté et de la vulnérabilité chez les enfants.

La méthode des privations qui utilise l'approche des droits humains a permis de découvrir certaines faces de la pauvreté des enfants. Celles-ci étaient jusque-là ignorées par les approches traditionnelles.

Même si les approches monétaires et des privations ont fait ressortir une bonne photographie de la pauvreté des enfants au Niger, il est important de les compléter par les approches subjectives afin de toucher le « côté obscur de la pauvreté des enfants » et ainsi couvrir tous les modèles A, B et C et mieux orienter les politiques nationales surtout pour les questions qui touchent la protection ou la défense des droits des enfants.

En définitive, la pauvreté des enfants doit être considérée comme un problème crucial auquel il est important pour les décideurs nationaux d'apporter des solutions adéquates, car « *les enfants sont des personnes en devenir : la pauvreté ne se limite pas seulement à l'absence de ressources immédiates, elle handicape aussi leurs capacités à évoluer* »⁴¹.

41. Jacques DELORS et al. (2004), « Les enfants pauvres en France », Rapport n°4, p.24

Ce chapitre vise à étudier la manière dont la pauvreté affecte les enfants en se basant sur des domaines ou dimensions qui constituent le socle sur lequel repose leur bien-être. Ces piliers sont la nutrition, la santé, l'éducation et la protection. Pour chacun de ces domaines, il sera successivement abordé : i) les lois, politiques et programmes mis en place ainsi que les engagements du Gouvernement pour atteindre les objectifs fixés ; ii) les résultats ou l'impact de ces politiques, programmes ou lois sur les enfants (le niveau et la tendance de principaux indicateurs) ; iii) l'analyse des facteurs de causalités et de corrélations expliquant les niveaux et tendances et enfin ; iv) les axes de stratégies et partenariat en vue d'améliorer la situation.

3.1. Nutrition

3.1.1. Principaux lois, politiques et programmes nationaux

Les réalisations de l'Etat se sont concrétisées par la mise en œuvre de plusieurs politiques et programmes en faveur de l'alimentation et de la nutrition. Cette volonté réaffirmée par les gouvernements successifs s'est en particulier traduite depuis 2002 par l'adoption et la mise en œuvre d'une Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) considérée comme l'unique cadre de référence pour le développement socio-économique du pays.

Le Gouvernement du Niger a adopté un Plan National d'Action pour la Nutrition (PNAN 2003-2013) en vue de créer les conditions nécessaires pour améliorer l'état nutritionnel des populations en général, des enfants et des femmes en particulier. Le PNAN a été élaboré et mis en œuvre conformément à la déclaration de Rome de 1992, lors de la Conférence Internationale sur la Nutrition. Ainsi, le PNAN qui est sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique (MSP) a pour objectif principal de contribuer à l'atteinte des OMD en matière d'alimentation et de nutrition. De façon spécifique, il vise à :

- réduire la sous nutrition aiguë de 20% à 10% chez les enfants de 0 à 5 ans ;
- réduire de 40% à moins de 20% le retard de croissance chez les enfants de 0 à 5 ans ;
- réduire de 14% à moins de 10% le taux de petit poids à la naissance ;
- éliminer virtuellement la carence iodée ;
- réduire virtuellement l'hypovitaminose A et ses conséquences notamment la cécité chez les enfants de moins de 5 ans ;
- renforcer le cadre institutionnel de la coordination intersectorielle en matière d'alimentation et de nutrition ;
- combler le vide laissé par le dysfonctionnement du comité international de nutrition afin d'optimiser les impacts de différentes interventions dans le domaine.

La mise en œuvre du plan s’articule autour d’un certain nombre de principes de base notamment :

- la création de services de nutrition et de santé communautaires qui s’intéressent à la promotion de la croissance, la distribution des suppléments alimentaires, la réalisation des infrastructures et équipements, la formation, les études et recherches, la consultation, le suivi/évaluation et les charges récurrentes ;
- la réalisation des activités de promotion de l’allaitement maternel ;
- la création des antennes spécialisées des services de nutrition qui traitent la malnutrition sévère et des centres de réhabilitation nutritionnelle ;
- la distribution de suppléments de micronutriments pour réduire la malnutrition protéino-énergétique ;
- l’aide alimentaire ciblée qui consiste à la prise en charge des personnes défavorisées et vulnérables sur le plan nutritionnel ;
- le renforcement du cadre institutionnel et de la coordination intersectorielle en matière d’alimentation et de nutrition.

Le Programme Spécial du Président de la République appuie la mise en œuvre du PNAN notamment pour les composantes relatives au développement de l’agriculture et de l’élevage et la consolidation du dispositif national de sécurité alimentaire.

L’Etat a prévu de consacrer 453 millions de FCFA (environ 1 million de \$US) en 2005 et 555 millions de FCFA (environ 1,2 million de \$US) en 2006 pour la réduction de la malnutrition protéino-énergétique et la lutte contre les carences.⁴² Par ailleurs, on estime à près de 44 milliards de FCFA (environ 95 millions de \$US) sur la période 2005-2007, le budget consacré aux services de nutrition et de santé communautaires notamment la lutte contre le retard de croissance des enfants, la distribution des suppléments alimentaires et la promotion de l’allaitement maternel.

Tableau 6 : Répartition des dépenses prévisionnelles (en millions de FCFA) de nutrition

	2005	2006
Services de nutrition et de santé communautaires	21.825,4	21.426,1
Promotion de l’allaitement maternel	90,0	55,0
Création des antennes spécialisées	142,5**	
Distribution de suppléments de micronutriments	453,0	555,0*
Aide alimentaire ciblée	72.706,2	30.337,1

Source : MSP, PNAN 2003-2013

* Sont effectuées en 2007 ; ** sur la période 2005 et 2006

42. CDMT/MSP/LCE 2005-2010.

3.1.2. Résultats pour les enfants et analyse des disparités

La malnutrition chez les enfants est un phénomène très répandu au Niger⁴³ (voir figures 11 et 12 ci-dessous). En effet, les enfants sont affectés par le retard de croissance, l'émaciation et l'insuffisance pondérale à des proportions assez élevées.

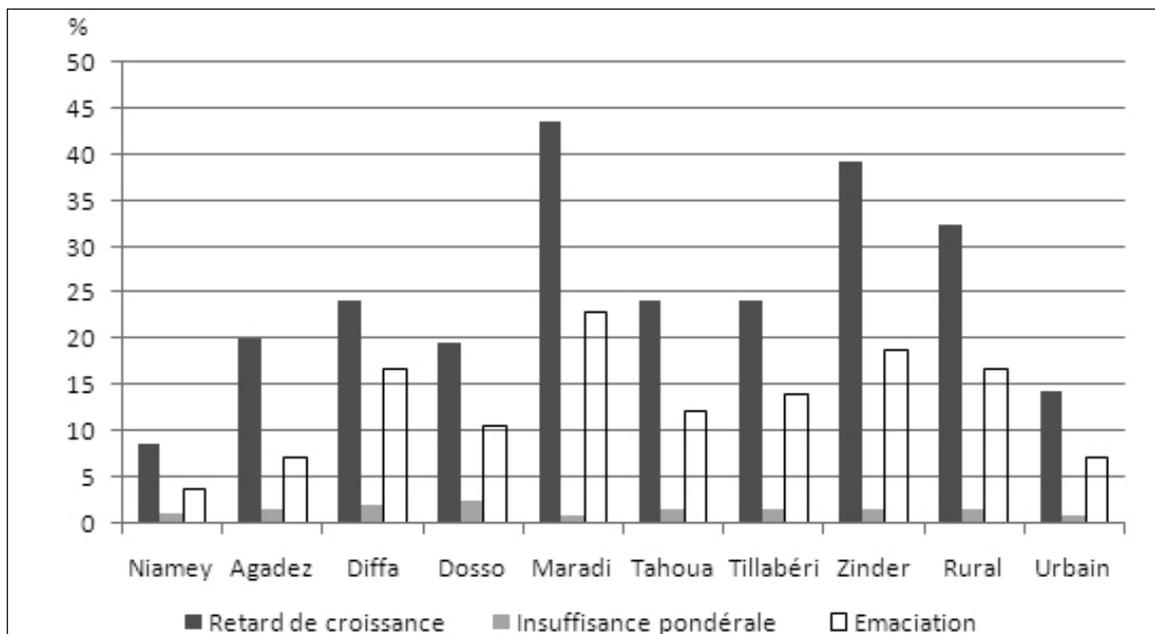
Le retard de croissance en 2006 touche la moitié des enfants de moins de 5 ans. L'évolution depuis 1992 montre une augmentation de la proportion d'enfants souffrant de retard de croissance chez les enfants (son niveau était de 32,3% en 1992 contre 41,1% en 1998 et 50% en 2006).

La répartition selon les caractéristiques géographiques montre que le phénomène est plus présent en milieu rural qu'en milieu urbain (31,3% contre 53,3%). Les disparités au niveau régional sont aussi marquantes avec Maradi où un peu plus de 6 enfants sur 10 sont touchés comparativement à la région de Niamey où 2 enfants sur 10 sont affectés par le retard de croissance.

En fonction des caractéristiques sociodémographiques, l'on constate qu'au Niger, le sexe de l'enfant ou du chef de ménage n'est pas un facteur de différenciation pour le retard de croissance. Par contre, l'incidence du retard de croissance baisse lorsque : (i) le niveau d'instruction de la mère augmente avec 51,4% des enfants de mères sans aucune instruction et 21,5% pour les enfants dont la mère a atteint le niveau d'études secondaires, (ii) l'enfant vit dans les ménages les plus riches.

L'émaciation ou la maigreur chez les enfants de moins de 5 ans était de 10,3% en 2006, ce qui est assez alarmant par rapport aux normes définies en la matière. Toutefois, on observe une évolution favorable du niveau de l'indicateur qui est passé de 27% en 1998 à 10,3%⁴⁴ en 2006. L'émaciation sévit plus en milieu rural qu'en milieu urbain (10,6% contre 8,4%), elle est aussi plus répandue dans la région de Diffa avec un taux de 12,7% contre seulement 6,7% à Niamey. Ce résultat contraste un peu avec le niveau de pauvreté qui est relativement faible dans la région de Diffa. L'émaciation est influencée par le niveau d'instruction de la mère et, dans une moindre mesure, par le niveau de richesse des ménages.

Figure 11 : Evolution de la malnutrition sévère chez les enfants

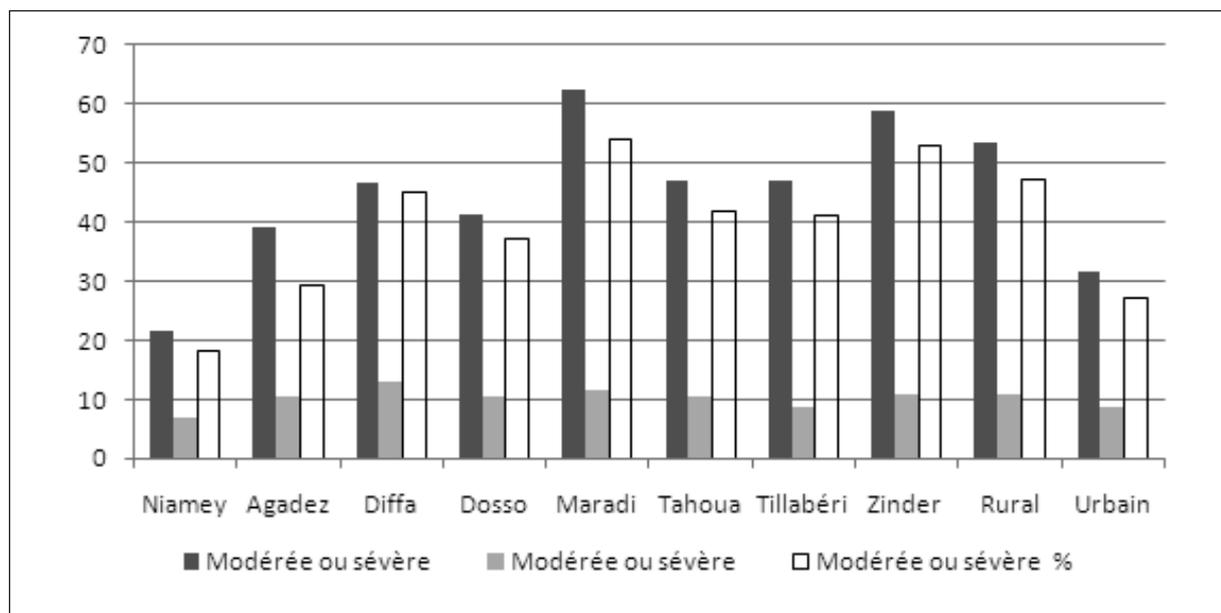


Source : EDSN MICS III 2006

43. Tous les chiffres sur la malnutrition proviennent de l'EDSN.

44. INS, EDSN 1998 et EDSN MICS III 2006

Figure 12 : Evolution de la malnutrition modérée chez les enfants



Source : EDSN MICS III 2006

Quant à l'insuffisance pondérale modérée, elle touche plus de 4 enfants sur 10 (44,4%). Les enfants âgés de 12 à 23 mois et 24 à 35 mois en sont les plus affectés (respectivement. 59,4% et 54%). Des disparités sont notées par rapport (i) au milieu de résidence avec 47,3% en milieu rural contre 27,3% en milieu urbain et (ii) entre les régions avec Maradi et Zinder qui sont les plus affectées par l'insuffisance pondérale chez les enfants, (respectivement. 54% d'enfants et 52,9%) comparativement à Niamey où le taux est de 18,1%.

Les enfants issus des mères les plus instruites sont moins affectés par l'insuffisance pondérale. Cette dernière est également moins fréquente dans les ménages les plus nantis.

3.1.3. Analyse de causalité et corrélation

L'analyse qui précède a mis en exergue un certain nombre de facteurs directs affectant la malnutrition chez les enfants. Parmi ceux-ci on note principalement le niveau de la pauvreté dans les ménages qui limite leurs possibilités à offrir une alimentation adéquate aux enfants. Le lien pauvreté et nutrition est assez prononcé surtout lorsqu'on considère le milieu de résidence et les régions. Ainsi, les enfants résidant en milieu rural ou habitant dans les régions les plus pauvres (Diffa ou Maradi) sont les plus exposés à la malnutrition. Un autre facteur direct influant la malnutrition au Niger est le faible niveau d'instruction des mères. Plus la maman est instruite, moins l'enfant court le risque d'être affecté par la malnutrition (voir section 3.1.2).

La prévalence de la malnutrition chez les enfants est aussi liée à la persistance de l'insécurité alimentaire dans certaines parties du pays qui ont subi au cours de la dernière décennie des épisodes de crises alimentaires essentiellement dues aux déficits pluviométriques et aux autres aléas naturels affectant la production agricole, principale source de revenu des populations rurales notamment.

Les pesanteurs socioculturelles influent également sur l'incidence et la prévalence de la malnutrition. Au Niger, il existe encore de nombreux tabous comme l'interdiction de la consommation de poisson ou des œufs par les us et coutumes de certaines catégories sociales qui pourraient engendrer de lourdes conséquences sur l'alimentation des enfants.

La malnutrition s'explique également par les faibles apports en micronutriments. Les informations consignées dans le tableau 7 montrent que 70% des enfants de moins de 5 ans ont reçu des compléments de vitamine A en 2006. On dénombre 77,7% des enfants résidant en milieu urbain ayant bénéficié de compléments en vitamine A, contre 68,1% en zone rurale. C'est dans la région de Dosso que l'on trouve la plus grande proportion d'enfants qui ont reçu les compléments de vitamine A (86,8%) contrairement à Tahoua où le taux est de 64,5%.

La consommation de fruits et légumes riches en vitamine A est assez faible et ne représente que 22,9% au niveau national. Les plus faibles proportions de consommation des fruits et légumes⁴⁵ sont enregistrées en milieu rural et particulièrement dans la région de Zinder. La durée médiane de l'allaitement exclusif au sein est d'environ 2 semaines.

L'utilisation de sel correctement iodé est relativement faible dans les ménages au Niger. Les enfants vivant dans des ménages disposant de sel correctement iodé représentent seulement 49%. Au niveau régional, c'est Agadez qui enregistre le plus faible taux (seulement 4%) contrairement à Diffa où le taux est de 61% des enfants.

Tableau 7 : Nutrition des enfants: variables de l'offre et de l'accès à l'usage effectif des services

	% d'enfants ayant reçu des compléments de vitamine A	% d'enfants ayant consommé des fruits et légumes riches en vitamine A	% d'enfants vivant dans un ménage disposant de sel correctement iodé	Durée médiane d'allaitement au sein (mois)		
				Allaitement au sein	Allaitement exclusif au sein	Allaitement au sein prédominant
Agadez	86,4	27,7	4	19,5	0,5	6,7
Diffa	73,2	27,1	61	21,2	0,4	5,2
Dosso	86,8	35,0	46	22,2	0,4	6,6
Maradi	67	14,9	56,4	21,3	0,4	5
Tahoua	64,5	18,0	51,9	22,4	0,5	6,2
Tillabéri	82,9	33,6	54,7	22,6	0,5	4,2
Zinder	68	14,0	39,3	19,8	0,5	4,2
Niamey	71,3	42,2	51,4	19,6	0,4	5
Urbain	77,7	38,7	43,5	19,3	0,4	4,9
Rural	68,1	20,0	50,0	21,7	0,5	5,4
Ensemble	69,6	22,9	49	21,4	0,5	5,3

Source: EDSN 2006

3.1.4. Fondements et partenariats pour une stratégie

L'amélioration du niveau des indicateurs nutritionnels nécessite une intensification des interventions des programmes en cours tout en ciblant les zones rurales qui concentrent les plus grands foyers de malnutrition. De façon prioritaire, ces actions devraient cibler :

45. Les taux de 20% et 38,7% sont respectivement enregistrés en milieu rural et urbain. Avec un taux de 42,2%, la capitale Niamey bat le records en terme de consommation des fruits et légumes riches en vitamine A et Zinder occupe le bas de l'échelle avec un taux est de seulement de 14%.

- l’alphabétisation et l’éducation pour encourager les bonnes pratiques de nutrition, d’hygiène et d’assainissement ;
- le renforcement des capacités des communautés pour l’amélioration de la prévention et la prise en charge de la malnutrition au niveau communautaire ;
- le renforcement des actions de sensibilisation et de communication pour combattre les tabous alimentaires qui empêchent la consommation de certains aliments par les enfants ;
- l’appui à l’intensification de la production agricole vivrière dans les zones de forte malnutrition afin d’assurer l’autosuffisance alimentaire.

La mise en œuvre des actions ci-dessus nécessite en premier lieu l’implication des acteurs à la base, notamment les communautés, les communes mais aussi la société civile. Aussi, le partenariat sur ce pilier devrait-il se focaliser sur la mobilisation des ressources additionnelles ainsi que le renforcement des capacités de coordination, du dispositif de mise en œuvre et du suivi/évaluation des interventions prévues dans le PNAN.

3.2. Santé

3.2.1. Principaux lois, politiques et programmes nationaux

Pour améliorer les conditions sanitaires des populations nigériennes en général et des femmes et enfants en particulier, le Niger a pris des dispositions réglementaires et légales qui garantissent un certain nombre de droits à la santé pour les populations.

La SDRP 2008-2012 adoptée en 2007, accorde aussi une place importante à la santé en apportant des orientations et une vision claire pour l’atteinte des OMD dans ce secteur. En effet, le Gouvernement a adopté une Déclaration de Politique Nationale de Santé (DPNS) en 2005. Pour sa mise en œuvre, un Plan de Développement Sanitaire (PDS 2005-2010) est élaboré, avec l’appui des partenaires techniques et financiers, visant à « contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile en améliorant l’efficacité et la qualité du système de santé à partir des potentialités actuelles ».

Les principales orientations de ce programme sont :

- augmenter l’accessibilité des populations à des services de soins de qualité ;
- renforcer les activités de santé de la reproduction ;
- renforcer le processus de décentralisation dans le secteur de la santé ;
- accroître la participation de la communauté aux politiques locales de santé ;
- renforcer les capacités de gestion et les compétences institutionnelles du Ministère de la Santé Publique (MSP) ;
- pallier l’insuffisance quantitative et qualitative du personnel ;
- accroître l’efficacité et l’efficacité de la gestion des infrastructures et des ressources matérielles mises à la disposition des services de santé ;

- accroître la disponibilité des médicaments essentiels et consommables de qualité dans les formations sanitaires.

Encadré 2 : Principales réalisations sur le plan législatif et réglementaire en matière des droits à la santé

- *Constitution de la République du Niger du 09 août 1999 en son Article 11*
- *Loi N°2006-16 du 21 Juin 2006 sur la santé de la reproduction au Niger*
- *Décret n° 2007-26/PRN/MSP relatif à la gratuité des soins du cancer de sein*
- *Arrêté N°65/MSP/LCE/DGSP/DPHL/MT relatif à la gratuité des contraceptifs et préservatifs*
- *Arrêté N° 79/MSP/LCE relatif à la gratuité de la consultation prénatale et des soins aux enfants de 0 à 5 ans*
- *Arrêté N°15/MSP/LCE/DGSP du 27 janvier 2006 portant modalités d'application du décret N° 2005-316 PRN/MSP/LCE relatif à la gratuité de la césarienne*
- *Loi N°2006-16 du 21 Juin 2006 sur la santé de la reproduction au Niger*
- *Arrêté N° 65/MSP/LCE/DGSP/DPHL/MT relatif à la gratuité des contraceptifs et préservatifs*
- *Arrêté N° 79/MSP/LCE relatif à la gratuité de la consultation prénatale et des soins aux enfants de 0 à 5 ans*
- *Arrêté N°15/MSP/LCE/DGSP du 27 janvier 2006 portant modalités d'application du décret N° 2005-316 PRN/MSP/LCE relatif à la gratuité de la césarienne*

Pour le volet « santé des enfants », la politique a porté une attention particulière à la réduction de la mortalité infantile en mettant l'accent sur : (i) la prévention des maladies affectant les enfants ; (ii) l'appui systématique au PEV et aux activités complémentaires de vaccination ; (iii) l'extension de la prévention et de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) dans tous les districts, notamment les diarrhées, le paludisme, la rougeole, les IRA et la malnutrition; (iv) l'IEC (Information /Education/Communication) pour améliorer les connaissances et les pratiques des familles et des communautés, en vue d'adopter des comportements favorables à la santé de l'enfant (SDRP, 2007).

Pour la santé maternelle, le Niger s'est engagé à réduire le taux de mortalité maternelle de 648 décès pour 100.000 naissances vivantes à 200 décès pour 100.000 naissances vivantes à l'horizon 2012 en mettant l'accent sur : (i) l'amélioration de l'état de santé de la reproduction des populations ; (ii) la facilitation de l'accès des plus pauvres et des plus vulnérables aux soins de santé de la reproduction ; (iii) le déploiement du personnel de santé en quantité et en qualité suffisantes sur l'ensemble du territoire ; (iv) la sensibilisation des femmes en grossesse quant à l'importance des consultations pré et post natales (SDRP 2007).

Dans le cadre de la lutte contre le SIDA et le paludisme, le Gouvernement a élaboré et mis en œuvre respectivement un Cadre Stratégique National de Lutte contre le SIDA pour la période 2007-2011 et un Programme National de Lutte contre le Paludisme dont l'objectif principal consiste à inverser la tendance de ces deux maladies qui constituent une menace particulièrement pour les femmes et les enfants.

A cela s'ajoute le Programme Spécial du Président de la République mis en place en 2001 qui comporte notamment un volet sur le développement des infrastructures sanitaires et la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans ainsi que la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Enfants.

Le budget global du Niger consacré à ce secteur est passé de 26,647 milliards de FCFA (environ 57,5 millions de \$US) en 2005 à 29,470 milliards de FCFA (environ 63,6 millions de \$US) en 2006⁴⁶. La proportion des dépenses de santé dans le budget de l'Etat en 2005 était de 7,6% et l'atteinte des OMD santé par le Niger en 2015 nécessite la mobilisation de 326,2 milliards de FCFA (environ 704,4 millions de \$US) relatifs⁴⁷ aux trois éléments suivants :

- les soins de santé primaires (les infections respiratoires aiguës, la diarrhée, la fièvre, le mal d'oreille, la malnutrition et l'anémie) pour un montant total de 19,6 milliards de FCFA (environ 42,3 millions de \$US) ;
- les soins hospitaliers pour les maladies citées ci-dessus, pour un montant total de 292 milliards de FCFA (environ 630,6 millions de \$US) et
- enfin, pour tous les vaccins du PEV (BCG, DTC1, DTC2, DTC3, Polio1, Polio2, Polio3, Rougeole) et autres maladies (Hépatites et Fièvre jaune) pour un coût global de 14,7 milliards de FCFA (environ 31,7 millions de \$US)⁴⁸.

L'aide publique allouée à ce secteur s'élève en 2005 et 2006 respectivement à 8,253 milliards de FCFA (environ 17,8 millions de \$US) et 12,701 milliards de FCFA (environ 27,4 millions de \$US). Il faut relever que les soins de santé primaires, les programmes de vaccination, les soins post natals et la santé de la reproduction bénéficient de moins de 10 milliards de FCFA (moins de 21,6 millions de \$US) soit 5% du budget national.

Les dépenses prévisionnelles des différentes interventions en matière de santé sont répertoriées dans le tableau 8 ci-dessous :

Tableau 8 : Dépenses (en millions de FCFA) en matière de santé par rubriques en 2005 et 2006

Rubriques	Dépenses prévues en 2005	Dépenses prévues en 2006
Dispensaires de soins primaires :	1.083	818
appui à la santé de base PPTE		
programme de vaccination et	490	412
programmes de soins prénatals		
Programme de soins postnatals :		
plan national d'éradication des fistules et	949	1.626
surveillance de la grossesse et du postnatal		
santé de reproduction et soins maternels	17.260	17.885

Source : MSP, PDS 2005-2009

46. MEF, lois des finances et MSP, revue des dépenses en matière de santé

47. INS, Rapport national sur les OMD 2007

48. INS: « Rapport National sur les Progrès vers l'Atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (RNOMD), Niger 2007 ».

3.2.2. Résultats pour les enfants et analyse des disparités

Malgré les efforts déployés dans le domaine de la santé, la mortalité des enfants demeure encore assez préoccupante. En effet, les principales maladies de l'enfance persistent et la mortalité infantile demeure élevée.

Situation des maladies de l'enfance⁴⁹

La situation sanitaire des enfants de moins de 5 ans est assez précaire. Ainsi, pour l'ensemble du Niger en 2006, plus d'un enfant sur 10 (13,8%) présentait des symptômes d'IRA. Par ailleurs, il est important de noter que ce taux est élevé quelles que soient les caractéristiques géographiques ou individuelles des ménages. Il existe, toutefois, de légères disparités en fonction du niveau de richesse du ménage, du niveau d'éducation de la mère, de la taille du ménage et du milieu de résidence. Les IRA sont aussi fréquentes dans les ménages où il existe un adulte vivant avec une maladie chronique ou une vieille personne âgée de plus de 70 ans dans le ménage.

Cependant, les disparités sont plus importantes par rapport à l'âge des enfants et aux régions. En effet, les enfants d'âges compris entre 48 et 59 mois présentent la prévalence la plus faible (8%) tandis que les enfants de 6 à 11 mois sont les plus affectés par les IRA (21%). Au niveau régional, les plus fortes prévalences sont notées dans les régions de Tahoua, Dosso, Tillabéri et Niamey (respectivement 21,3%, 17,5%, 16,3 et 15,8%) alors que Maradi enregistre la plus faible prévalence avec 5,4%.

La figure 13 montre que les maladies diarrhéiques sont fréquentes chez les enfants. Elles affectent plus d'un enfant sur cinq (20,8%) en 2006. D'importants écarts s'observent lorsque l'on considère le niveau d'instruction de la mère et l'âge de l'enfant. Les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction sont les plus affectés (21,4%) comparés à ceux dont la mère a atteint au moins le niveau d'études secondaires (13,2%). Les enfants de 6 mois à 3 ans sont les plus affectés par la diarrhée (entre 21 et 30%) et ceux de 3 à 5 ans sont les plus faiblement touchés (8 et 14%). Par ailleurs, pour les moins de 6 mois, la prévalence est aussi importante (18%).

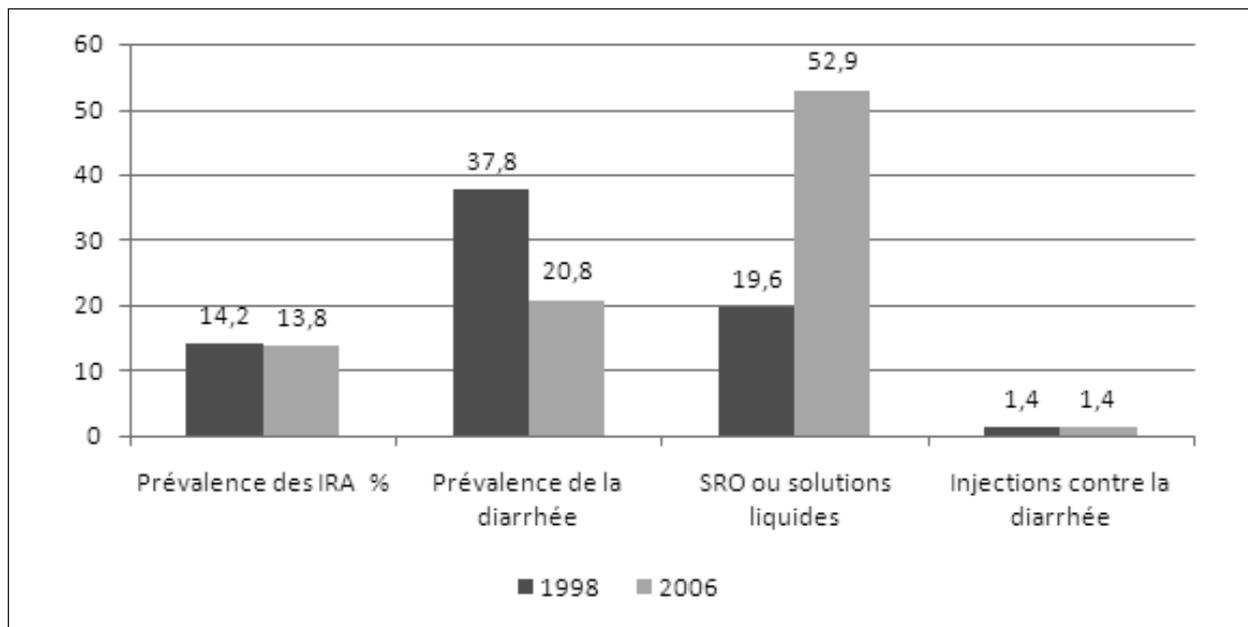
Pour le traitement de la diarrhée un peu plus de la moitié des enfants affectés ont reçu des Solutions de Réhydratations Orales (SRO) ou les solutions liquides. Quant au recours aux injections très peu d'enfants en reçoivent avec 1,4% au niveau national. Des disparités sont constatées par rapport au niveau d'études de la mère, le niveau de bien-être du ménage et selon le milieu de résidence. L'importance de l'utilisation des SRO en milieu rural par rapport au milieu urbain pourrait s'expliquer par la forte concentration de ces programmes dans les zones rurales. Les régions de Zinder, Tillabéri et Niamey concentrent les plus importantes proportions d'enfants ayant utilisé la méthode SRO.

Le paludisme a touché 26,8% des enfants de moins de 5 ans. Les caractéristiques différentielles sont l'âge de l'enfant et la région de résidence. Selon l'âge, on constate que c'est parmi les enfants de 6-23 mois (37%) que la prévalence de la fièvre est la plus élevée. La prévalence de la fièvre est plus forte en milieu rural (28%). La fièvre sévit plus à Niamey (28%) que dans les autres villes (21%). Le traitement par des moyens modernes (antipaludéens) ne concerne qu'un tiers des enfants touchés par la maladie.

Entre 1998 et 2006, on note une baisse très significative de la prévalence de la diarrhée passant de 37,8% à 20,8% et une amélioration de la proportion des enfants utilisant les traitements SRO (de 19% à 52%). Pour les IRA, les tendances sont restées assez constantes entre 1998 et 2000.

49. Les chiffres proviennent essentiellement de l'EDSN MICS III 2006 et des statistiques du SNIS

Figure 13: Prévalence et traitement des maladies de l'enfance



Source : EDSN 1998 et 2006

Connaissance et prévention du VIH/SIDA chez les adolescents.

Malgré le faible taux de prévalence du VIH/SIDA au Niger, 25% seulement des adolescents ont une connaissance complète des méthodes de prévention de la maladie. Les disparités sont assez marquées lorsque l'on considère le milieu de résidence, la région, le niveau de bien-être du ménage, le sexe et le niveau d'éducation du chef de ménage.

Selon les caractéristiques géographiques, c'est en milieu rural que l'on connaît moins la prévention du VIH (17%) contrairement au milieu urbain où près de la moitié des adolescents ont une connaissance de la pandémie. Dans la région de Niamey, la moitié des adolescents connaissent les moyens de prévention contre la maladie alors qu'à Tahoua, ils sont à peine 16%, ce qui est très faible au regard du taux de prévalence de la maladie dans cette région.

Suivant les caractéristiques du ménage, le niveau de connaissance de la prévention augmente avec: (i) le niveau d'instruction du chef de ménage, (ii) le niveau de bien-être du ménage et lorsque (iii) le ménage n'est pas monoparental, (iv) il existe un adulte qui travaille ou (v) il n'existe pas un enfant qui travaille.

Au niveau des femmes en âge de procréer et ayant donné naissance au cours des deux dernières années, seulement 12% ont effectué une consultation de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME). Selon les caractéristiques géographiques, le milieu rural présente un très faible taux de consultation de la PTME comparé au milieu urbain (7,1% contre 38,6%) et cela pourrait s'expliquer par la non-disponibilité des infrastructures et de leur inaccessibilité dans certaines parties du pays. Notons également que les taux de consultation sont plus élevés dans les régions de Niamey et Agadez (respectivement de 37,9 et 33,3%) contrairement aux autres régions où les taux sont très faibles.

Par rapport aux caractéristiques du ménage, des facteurs comme le niveau de richesse du ménage⁵⁰, le niveau d'éducation du chef de ménage et la taille du ménage influencent le niveau de recours aux consultations de la PTME.

50. Dans les ménages très riches les femmes ont plus recours aux consultations PTME (32% contre 5,7% pour les plus pauvres)

3.2.3. Analyse de causalité et corrélation

L'analyse de la section précédente fait ressortir un certain nombre de facteurs socioculturels et économiques qui influent directement sur la santé des enfants. Parmi ceux-ci, on note le niveau de scolarisation des mères. Plus le niveau d'études de la mère est élevé, plus cette dernière est en mesure d'appliquer les principes de base de l'hygiène, de l'assainissement et d'une manière générale de la santé. Il y a aussi les facteurs d'ordre culturel qui sont liés aux idées reçues par les populations et particulièrement les femmes et qui les orientent le plus souvent vers les méthodes traditionnelles pour soigner leurs enfants. Cela est souvent plus perçu dans les zones rurales. Le niveau de richesse constitue un élément important qui influe aussi sur la santé des enfants d'autant plus qu'il facilite l'accès aux soins et services de santé.

L'offre de santé est également un des facteurs important qui expliquent le niveau des indicateurs de la santé. Le secteur rencontre des problèmes de qualité au niveau des infrastructures et du personnel. Du point de vue de la quantité, en dépit des efforts menés dans la mise en œuvre du PDS, on note encore une insuffisance et une mauvaise répartition des infrastructures et du personnel de santé à travers le pays. La ville de Niamey concentre le plus grand nombre d'établissements et de personnel de santé comparée aux autres régions. Le ratio personnel de santé par population dans cette ville, de 1/9.913, est dans les normes requises par l'OMS (1/10.000), alors qu'aucune autre région du pays, n'est dans les normes. Du point de vue de la couverture sanitaire à 0-5 km, Niamey est la seule région qui atteint les 100%. Elle est suivie par la région d'Agadez avec 75,04% alors que Tillabéri, Diffa et Zinder sont autour de 30-40 %. Le nombre de formations sanitaires offrant des soins nécessaires aux nouveaux-nés par femme en âge de procréer est très faible avec particulièrement Niamey qui concentre 11 sur les 29 existant au niveau national.

L'insuffisance en qualité tant pour le personnel que pour les soins administrés impacte négativement sur l'état de santé des populations. Ainsi, selon le rapport sur les indicateurs sociaux issu de l'ENBC 2007/2008, 10,8% des usagers se disent non satisfaits pour cause de personnel non qualifié, 32,4% pour le manque de médicament et jusqu'à 46,7% pour cause de traitement inefficace. En outre selon le l'ESSOB 2008, 73,3% des prestataires du service de santé ont le niveau secondaire, une proportion particulièrement importante au niveau des cases de santé (92,8%) et des CSI I (84,0%). Les prestataires de service de santé ayant un niveau supérieur constituent 22,8% de l'ensemble des prestataires de service. Le même rapport indique que tous les médecins sont concentrés en zone urbaine. Les techniciens supérieurs de santé (TSS) exercent également, dans leur majorité, en milieu urbain (97,5%) alors que les agents de santé communautaire (ASC) exercent majoritairement (95,0%) en zone rurale.

Tableau 9: Taux de couverture sanitaire

Région	Couverture Sanitaire 0-5 km	Population en 2004	Population couverte	Population non couverte
Agadez	75,04	349.578	262.323	87.255
Diffa	42,40	372.104	157.772	214.332
Dosso	53,74	1.646.343	884.745	761.598
Maradi	44,59	2.467.463	1.100.242	1.367.221
Tahoua	54,11	2.124.477	1.149.554	974.922
Tillabery	35,50	2.062.443	732.167	1.330.276
Zinder	39,28	2.251.672	884.457	1.367.215
Niamey	10,00	761.125	761.125	0
Ensemble Niger	49,8	12.032.641	5.037.430	6.995.211

Source : MSP/SNIS, 2004

Tableau 10 : Ratio personnel de santé par population

Région	Médecin	Infirmier	Sage femme
Agadez	1/ 43.763	1/ 3.455	1/ 3.103
Diffa	1/ 45.952	1/ 5.106	1/ 7.180
Dosso	1/ 120.308	1/ 7.985	1/ 13. 269
Maradi	1/ 111.270	1/ 10.042	1/ 13.636
Tahoua	1/ 106.915	1/ 10.408	1/ 19.111
Tillabery	1/ 130.684	1/ 10.944	1/ 12. 836
Zinder	1/ 103.729	1/ 6.586	1/ 9.725
Niamey	1/ 9.913	1/ 1.773	1/ 1.385
Moyenne Nationale	1/ 62.442	1/ 6.600	1/ 7.171
Normes OMS	1/ 10.000	1/ 5.000	1/ 5.000

Source : MSP/SNIS 2007

La couverture vaccinale au niveau national peut aussi être considérée comme un facteur déterminant (voir tableaux 10 et 11). La proportion d'enfants complètement vaccinés contre les maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination (PEV) est faible même si elle a connu une amélioration en passant de 17,4% en 1992 à 18,4% en 1998 pour s'établir à 29% en 2006. Elle varie fortement selon le milieu de résidence avec un niveau de 25,1% en milieu rural, 40,9% pour la ville de Niamey et 53,5% pour les autres centres urbains. La proportion d'enfants d'un an effectivement vaccinés contre la rougeole a aussi sensiblement augmenté, passant de 35% en 1998 à 47% en 2006⁵¹.

Au niveau national, la couverture vaccinale en BCG était de 106%. Elle est de 104% pour la VAR, 114% pour le DTCOP1 et 102% pour le DTC3. en 2006.

Au niveau institutionnel, il existe encore des goulots d'étranglement qui bloquent l'efficacité dans la mise en œuvre des programmes et sous-programmes de santé. On note les faibles capacités de coordination et de concertation entre les sous-programmes et acteurs intervenant dans le domaine de la santé qui entraînent des duplications. En plus ce secteur fait face à une insuffisance des ressources financières destinées au financement des investissements dont une proportion non moins importante provient des sources extérieures posant ainsi le problème récurrent de pérennisation des actions en cours.

3.2.4. Fondements et partenariats pour une stratégie

L'amélioration des conditions de santé des enfants au Niger nécessite une approche holistique aussi bien au niveau de l'offre que de la demande. Du côté des populations, les actions doivent s'orienter vers le renforcement de l'alphabétisation et la scolarisation surtout en milieu rural. Par ailleurs, des interventions de sensibilisation et de communication sont indispensables pour diminuer les comportements à risques et combattre certaines pesanteurs socioculturelles néfastes. A cet égard, le renforcement du partenariat en vue de la constitution et de la pérennisation de réseaux d'alliance entre l'Etat, les partenaires au développement et les dépositaires de la tradition (chefs de village, leaders religieux) pourraient permettre de lever beaucoup d'obstacles exogènes qui affectent la santé des enfants. L'intensification des actions de lutte contre la pauvreté monétaire constitue aussi un aspect important pour faciliter l'accès des populations aux services et soins de base.

51. Institut National de la Statistique (INS): « Rapport National sur les Progrès vers l'Atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (RNOMD), Niger 2007 ».

Des mesures importantes sont nécessaires pour faciliter l'accès aux populations et promouvoir la qualité des services et soins de santé. D'abord le Gouvernement doit doter les structures sanitaires de moyens humains et matériels en qualité et en quantité suffisantes pour répondre aux attentes des populations. Ensuite, l'Etat pourrait envisager des actions en faveur de la réduction ou l'atténuation des barrières financières qui entravent l'accès et l'utilisation des services de santé à travers la promotion des mutuelles de santé, ou l'élargissement de la politique de gratuité ou de subvention à d'autres domaines comme les médicaments et l'accouchement en ciblant bien sûr les familles les plus démunies.

Le partenariat pour l'amélioration de la santé des enfants devrait être renforcé pour mobiliser plus de ressources afin de financer les gaps constatés lors du costing des OMD pour le secteur santé et aussi pour promouvoir le développement de l'approche sectorielle.

3.3. Protection de l'enfance

3.3.1. Principaux lois, politiques et programmes nationaux

Au Niger, la question de la protection de l'enfance est prise en charge à travers cinq Ministères à savoir le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant, le Ministère de la Justice, le Ministère de l'Intérieur, le Ministère de l'Education Nationale et le Ministère de la Santé Publique. Le Niger a mis en œuvre le Plan d'Action National pour la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant (PAN/SPDE) et la Politique Nationale de la protection de l'enfant dont les piliers fondamentaux sont : (i) la survie de l'enfant ; (ii) la protection et la promotion des droits de l'enfant ; le développement de l'enfant et (iv) la participation des enfants.

Ces préoccupations s'inscrivent dans le cadre des OMD, les objectifs d'un Monde Digne des Enfants retenus lors de la Session Spéciale des Nations Unies sur les enfants de Mai 2002, les objectifs de la Stratégie de Lutte contre la Pauvreté, les recommandations du Comité des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant au Niger en 2002, les stratégies régionales de l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour la protection de l'enfant. Il prend également en compte les différentes conventions, protocoles et accords sous-régionaux, régionaux et internationaux ratifiés par le Niger.

Encadré 3 : Quelques dispositions législatives et réglementaires en matière de protection de l'enfant

- la commission nationale de lutte contre la traite des enfants mise en place par arrêté n°10/MPF/PE du 26 mai 2006 ;
- l'adoption en 2006 du Plan d'Action National 2006-2010 de lutte contre les violences sexuelles faites aux enfants ;
- l'ordonnance n°99-11 du 14 mai 1999 portant création, composition, organisation et attribution des juridictions des mineurs ayant permis l'installation des juridictions de mineurs au niveau de chaque tribunal de grande instance (en 2007, sur les 206 magistrats dont le Niger dispose, on compte 41 juges de mineurs) ;
- l'ordonnance n° 93-01-012 du 2 mars 1993 consacrant en son article 6 la prise en charge des enfants qui auraient présenté un signe d'handicap ;
- le plan national de lutte contre l'usage des drogues et la loi n°99-42 du 23 septembre 1999 prévoyant une peine d'un à cinq ans de prison et d'une amende de 100.000 à 500.000 FCFA à tout celui qui aura livré, proposé ou facilité l'usage de la drogue à un enfant ;
- la Politique Nationale des Orphelins et Autres Enfants Vulnérables élaboré en 2007,
- L'ordonnance n° 96-039 du 29 juin 1996 portant institution du Code de travail de la République du Niger interdit le travail de nuit et l'emploi des enfants de moins de 14 ans.

L'existence de ce cadre juridique a permis aux pouvoirs publics d'adopter et de mettre en œuvre des dispositions législatives et réglementaires (voir encadré).

Ces différentes dispositions visent principalement les objectifs suivants : i) assurer la prise en charge des enfants en difficultés (enfants de la rue, enfants en conflit avec la loi, enfants toxicomanes, enfants handicapés et guides des personnes handicapées, enfants exploités, etc.), ii) combattre la violence faite aux enfants en particulier les petites filles (mariage précoce, Mutilations Génitales Féminines (MGF), et.), iii) adopter des stratégies alternatives à l'incarcération des mineurs, iv) promouvoir la réinsertion socio-économique des enfants vulnérables, etc.

Afin d'atteindre les objectifs de la protection de l'enfant et de la promotion de ses droits, le Gouvernement du Niger a privilégié la mise en place d'un partenariat dynamique avec ses partenaires techniques et financiers. Les principaux en sont l'Unicef, le BIT/IPEC et l'Ambassade des Etats-Unis (pour ne citer que ceux-là) qui interviennent dans des domaines aussi divers que la lutte contre l'exploitation des enfants, la mise en place des comités de vigilance sur le trafic des enfants, l'assistance aux enfants vivant en milieu carcéral, la prise en charge des enfants en difficultés, la formation et le renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la défense de la cause de l'enfant, la sensibilisation, le plaidoyer et la mobilisation sociale, etc.

De son côté, la société civile nigérienne mène de nombreuses actions pour que les enfants jouissent effectivement de leurs droits à la protection. Pour l'essentiel, ces activités s'inscrivent dans le cadre du Réseau Nigérien pour l'Enfance (ReNE) regroupant environ 50 ONGs nationales et internationales.

Pour la mise en œuvre des actions de protection des enfants, le Gouvernement avait alloué en 2006 pour l'enregistrement des naissances, et les services des soins alternatifs (familles d'accueil, service d'adoption, accès en établissement spécialisé) un budget prévisionnel de 1,45 milliard de FCFA (environ 3,1 millions de \$US), soit 0,29% du budget national.

3.3.2. Résultats pour les enfants et analyse des disparités

En dépit de ces efforts, les obstacles à l'effectivité des droits à la protection sont encore persistants et de nombreux enfants nigériens vivent dans des conditions particulièrement difficiles. Pour caractériser l'impact des politiques publiques l'analyse a considéré trois aspects à savoir : (i) l'enregistrement des naissances, (ii) les orphelins et autres enfants vulnérables, (iii) le travail des enfants et (iv) les mariages précoces.

Enregistrement des naissances

Les données du tableau 11ci-dessous montrent que le droit à l'enregistrement à la naissance est loin d'être respecté au Niger. En 2006, seuls 31,8% des enfants ont été enregistrés à la naissance⁵². L'évolution par rapport à 2000 (MICS 2000) montre une dégradation du niveau de l'indicateur qui était de 45,4%, soit une baisse de 13 points de pourcentage.

D'importantes disparités sont notées au niveau géographique. Les écarts entre les pourcentages d'enfants enregistrés en milieu rural et en milieu urbain sont énormes⁵³. Par ailleurs, au niveau régional, Niamey (72%) et Agadez (56,2%) sont les régions où l'enregistrement des naissances est le plus répandu contrairement à Zinder et Diffa avec respectivement 18,2% et 21,8%.

Selon les caractéristiques des ménages, l'enregistrement des naissances augmente avec le niveau de bien-être économique et le niveau d'études du chef de ménage. Le non enregistrement des naissances est souvent expliqué par des raisons liées au coût, aux frais de transport et à la crainte de pénalités de retard dans 60 % des cas.

52. INS, EDSN MICS-III 2006.

53. 24,7% en milieu rural contre 70,7% en milieu urbain, soit près de 3 fois inférieur.

Tableau 11 : Enregistrement des naissances et corrélats

	Population	Proportion des naissances enregistrées en 2000 (%)	Proportion des naissances enregistrées en 2006 (%)
Région	Niamey	90,5	72,0
	Agadez	40,9	56,2
	Diffa	47,6	21,8
	Dosso	60,8	38,1
	Maradi	40,5	24,8
	Tahoua	36,4	37,6
	Tillabery	45,3	29,2
	Zinder	28,8	18,2
Milieu de résidence	Rural	39,6	24,7
	Urbain	84,6	70,7
Sexe de l'enfant	Masculin	47,0	32,2
	Féminin	43,8	31,4
Quintiles de bien-être économique	Le plus pauvre		20,3
	Le second		20,4
	Le moyen		23,5
	Le quatrième		31,2
	Le plus riche		67,0
Ensemble			31,8

source : INS, EDSN-MICS III 2006

Orphelins et autres enfants vulnérables

Les données de l'EDSN MICS III 2006 indiquent que 5,8 % des enfants nigériens ont perdu au moins l'un des parents géniteurs, ce qui correspond à un accroissement par rapport à 2000 où le taux était de 4,5%.

Tableau 12 : Répartition des enfants handicapés par type d'handicap et par groupe d'âge en 2001

Groupe d'âge	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	Total	Fréquence (%)
Aveugle	210	510	973	747	2.440	8,41
Sourd	162	993	981	1.181	3.317	11,44
Muet	112	342	314	317	1.080	3,72
Infirme membre inférieur	293	901	1.077	1.116	3.387	11,68
Infirme membre supérieur	146	446	484	572	1.648	5,68
Déficit mental	59	381	821	1.042	2.303	7,94
Lèpre	16	34	37	34	121	0,42
Autres	348	502	511	568	1.929	6,65
Plus d'un handicap	2.167	3.256	3.969	3.383	12.775	44,04
Total	3.513	7365	9.167	8.960	29.005	100

Source : Rapport périodique sur la mise en œuvre des dispositions de la CDE 2007, RGPH 2001

En 2001, le Niger comptait environ 29.000 enfants handicapés (voir tableau 12 ci dessus). Leur répartition selon les types d'handicap est comme suit : les infirmes d'un membre inférieur (11,68%), les sourds (11,44%), les aveugles (8,41%) et les déficients mentaux (7,94%). Par ailleurs, on constate une proportion importante (44,04%) d'enfants cumulant plusieurs handicaps.

En ce qui concerne les enfants en conflit avec la loi, sur la base des données fournies par les autorités pénitentiaires, 23,69% des délits commis concernent l'abus et la consommation des drogues. Selon les données du Ministère de la Justice, en 2008, sur les 37 maisons d'arrêt, le nombre des mineurs détenus s'élève à 207, dont 181 garçons et 26 filles. Cependant, pour le trafic de stupéfiants, les rapports 2005 et 2006 du centre de coordination de lutte anti-drogue indiquent qu'il ne concerne pratiquement pas les enfants.

Travail des enfants

Au Niger, le travail des enfants demeure une préoccupation majeure. En 2006, environ 6 enfants sur 10 (47%⁵⁴) âgés de 5 à 14 ans effectuaient un travail quelconque. L'évolution du travail des enfants entre 2000 et 2006 montre une importante amélioration puisque la proportion d'enfants travailleurs est passée de 70,1% en 2000 à 47 % en 2006, soit une réduction de 23 points. La forme non rémunérée est la plus répandue avec 15,7% contre 2,6% pour le travail rémunéré.

Au niveau géographique, le travail des enfants est moins répandu en milieu urbain (30,6%) qu'en milieu rural (50,6%). Les régions de Niamey et Agadez enregistrent les plus faibles proportions d'enfants travailleurs avec respectivement 20,7% et 27,7% comparativement aux régions de Tillabéri (59%), Maradi (52%) et Zinder (50,9%).

La répartition selon le quintile de richesse ne montre pas des résultats très significatifs. Celle-ci indique que le phénomène est important dans toutes les catégories de ménage même dans les ménages riches (37% dans les ménages riches contre 53% dans les ménages très pauvres). La vulnérabilité de l'enfant est très déterminante, car l'on constate que 56% des orphelins de mère et/ou père décédé exercent un travail quelconque contre 46% des enfants non orphelins.

Mariage précoce

Les mariages précoces sont très fréquents au Niger. En effet, selon l'EDSN MICS III de 2006, la proportion de femmes mariées avant l'âge de 15 ans est de 34%. Au niveau régional, c'est à Niamey, Agadez et Tillabéri que l'on constate les plus faibles taux de mariage précoce contrairement à Zinder, Maradi et Diffa. Ces mêmes disparités sont notées suivant le milieu de résidence avec 37% en milieu rural contre 19% en milieu urbain.

D'autres facteurs influencent aussi la précocité des mariages chez les femmes. En effet, la proportion de mariages précoces diminue lorsque :

- le chef de ménage atteint un niveau d'études secondaires ou plus ;
- le ménage fait partie des plus riches ;
- la femme est d'ethnie Djerma/Sonrai contrairement aux Peuls et Kanouri ;
- il existe dans le ménage un adulte en âge de travailler ;
- la femme ne vit pas dans un ménage monoparental.

54. Donnée calculée par l'Université de Bristol à partir des données EDSN 2006

3.3.3. Analyse de causalité et corrélation

Le faible niveau et les disparités constatés sur les indicateurs de protection des enfants au Niger s'expliquent essentiellement par :

- la méconnaissance des droits des enfants par les parents et la population en raison du faible niveau d'information et de vulgarisation des instruments juridiques et des dispositions sur les droits des enfants ;
- le faible niveau de scolarisation des enfants qui fait que ces derniers sont souvent dans la rue ;
- l'insuffisance des services publics de prise en charge des enfants en difficultés ;
- le faible niveau d'instruction des parents ;
- la forte présence des tabous qui fait que généralement les parents observent un silence même lorsque leurs enfants sont victimes d'abus ou de préjudices ;
- la forte prévalence de la pauvreté chez les parents et la vulnérabilité ;
- l'exode rural massif lié aux fortes disparités économiques entre villes et aussi entre le milieu rural et urbain qui incite les jeunes ruraux à migrer vers les centres urbains quitte à s'adonner à des travaux physiques indécentes et néfastes pour leur santé corporelle et mentale ;
- la stratification de la société qui crée des barrières sociales ;
- la hiérarchisation sociale au Niger qui confère à la femme un statut de second rôle non favorable à l'expression effective de ses aspirations.

3.3.4. Fondements et partenariat pour une stratégie

Au vu de l'analyse qui précède, l'amélioration des conditions de vie des enfants nécessite le renforcement de la protection et la défense des droits des enfants. Pour cela, les efforts doivent être déployés vers :

- la lutte contre la pauvreté dans les familles ;
- des actions d'information, d'éducation et de communication des populations sur les questions des droits des enfants notamment ;
- l'élimination des pesanteurs socioculturelles qui constituent aujourd'hui un obstacle majeur à la promotion des droits des enfants et des femmes surtout en milieu rural et dans certaines ethnies ;
- le renforcement de la condition féminine et/ou l'autonomisation des femmes qui nécessite l'amélioration des conditions économiques des femmes à travers l'accès aux ressources et aux opportunités ;
- l'application des textes et lois relatifs aux droits des enfants que le Niger a ratifiés ;

- un meilleur suivi des droits des enfants à travers la collecte d'information sur les principaux indicateurs relatifs à la protection des enfants.

La mise en œuvre de ces points nécessite un partenariat entre le Gouvernement, les PTF, et les acteurs à la base notamment les communautés et la société civile dans son ensemble. Ce partenariat pourrait être axé sur le renforcement des capacités nationales pour la coordination, le suivi et aussi la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de la politique nationale de protection des droits des enfants.

3.4. Education

3.4.1. Principaux lois, politiques et programmes nationaux

En matière d'éducation, l'objectif principal du Gouvernement du Niger est d'assurer une éducation primaire pour tous. Pour ce faire, le pays s'est doté de la loi N°98-12 du 1^{er} juin 1998 portant orientation du système éducatif nigérien (LOSEN). Cette loi vise à :

- atteindre à terme un taux de scolarisation de 80% en mettant un accent particulier sur la scolarisation des filles afin de réduire les disparités entre les filles et les garçons ;
- réduire la pauvreté en améliorant en quantité et en qualité le niveau d'éducation et de formation de la population, notamment la professionnalisation des jeunes diplômés ;
- universaliser l'enseignement primaire par l'amélioration de l'accès à l'éducation de base et l'accroissement d'une meilleure distribution de l'offre éducative ;
- diminuer de moitié le nombre d'adultes analphabètes ;
- améliorer les performances des apprenants de l'éducation non formelle et des formations professionnelles.

Le Programme Décennal de Développement de l'Education (PDDE) a été mis place depuis 2003 pour contribuer à atteindre les OMD concernant l'Education Pour Tous (EPT). Ainsi, le Niger a initié un certain nombre de réformes visant à améliorer les résultats de son système éducatif en allouant environ 55 milliards FCFA (environ 118,8 millions de \$US) par an au secteur sur la période 2002-2006.

Le PDDE comporte trois grandes composantes à savoir : (i) le développement institutionnel, (ii) la promotion de l'accès à l'éducation et (iii) l'amélioration de la qualité de l'enseignement.

La première composante a pour objectif de doter le Ministère de l'Education Nationale (MEN) de structures et de ressources adéquates, nécessaires et suffisantes pour la réussite du programme⁵⁵.

La deuxième composante vise non seulement l'accroissement des infrastructures scolaires en vue d'améliorer l'accès aux structures du préscolaire, à l'enseignement du cycle de base 1 et à l'éducation non formelle, mais aussi une meilleure distribution de l'offre et la stimulation de la demande sociale d'éducation. Quant à la troisième, elle vise l'amélioration de la qualité des apprentissages des apprenants.⁵⁶

55. Ministère de l'Education Nationale : « Programme Décennal de Développement de l'Education au Niger (PDDE) 2ème Phase : 2008-2010 : Composante : Développement institutionnel », Août 2007.

56. Ministère de l'Education Nationale : « Programme Décennal de Développement de l'Education au Niger (PDDE), 2ème Phase : 2008-2010 : Composante : qualité », Août 2007.

Pour l'atteinte ces objectifs, le PDDE a prévu les actions et stratégies suivantes :

Au préscolaire :

- l'amélioration de l'encadrement pédagogique ;
- la révision des programmes du préscolaire ;
- l'amélioration de l'environnement pédagogique des établissements ;
- la mise en place d'un dispositif de suivi évaluation.

Au cycle de base 1 :

- l'amélioration de la formation initiale des enseignants ;
- l'amélioration de la formation continue des enseignants ;
- l'accélération du processus de refondation des curricula ;
- la mise en place d'un dispositif de suivi de la scolarisation des enfants handicapés.

Au niveau de l'éducation non formelle :

- le renforcement des capacités des acteurs ;
- l'amélioration des programmes de formation des adultes ;
- le développement d'un environnement lettré.

Dans la même lancée, en 1998⁵⁷, pour faire face à une forte demande de scolarisation dans un contexte de rareté de ressources, le Niger a adopté une nouvelle politique de recrutement du personnel enseignant : la contractualisation. Cette politique a permis d'enregistrer des progrès significatifs en matière de scolarisation. Le taux brut de scolarisation est passé de 30,4% en 1998 à 57,1% en 2007, soit un gain annuel moyen de 3,3%.

En plus du PDDE, on distingue un certain nombre de projets, plans et programmes de soutien à l'éducation dont, entre autres, le Projet d'Appui au Développement de l'Education de Base (PADEB), le Projet d'Appui à l'Enseignement Franco-Arabe au Niger (PAEFAN IV), le Programme de Développement de l'Enseignement Franco-Arabe (PRODEFA).

Concernant le budget de l'éducation, les dépenses s'élèvent à 59,1 milliards de FCFA (environ 127,6 millions de \$US), soit une proportion de 22,4% des dépenses de l'Etat en 2005 (INS). Les prévisions budgétaires dans ce domaine étaient de plus de 67,51 milliards de FCFA (environ 145,78 millions de \$US) en 2005, soit un taux d'exécution des dépenses de l'éducation de 87,6%.

Au niveau des Aides Publiques au Développement (APD) pour l'éducation, on note que les prévisions de financement extérieur des programmes et projets de l'éducation étaient d'environ 22,5 milliards de FCFA (environ 48,6 millions de \$US) en 2005 et 22,6 milliards de FCFA (48,8 millions de \$US) en 2006⁵⁸.

57. Ministère de l'Education Nationale : « Programme Décennal de Développement de l'Education au Niger (PDDE), 2ème Phase : 2008-2010 : Composante : accès », Août 2007.

58. Ministère de l'Economie et des Finances : lois des finances 2005 et 2006.

Au niveau des différentes rubriques du budget de l'éducation, on note que :

- pour l'éducation de base, les réalisations ont été de 16,96 milliards de FCFA (environ 36,6 millions de \$US) en 2005 (soit 3,77% du budget) et 15,54 milliards de FCFA (environ 33,6 millions de \$US) en 2006 (soit 3,12% du budget) ;
- pour l'éducation non formelle, les réalisations ont été de 1,18 milliard de FCFA (environ 2,6 millions de \$US) en 2005 (soit 0,26% du budget) et 1,61 milliard de FCFA (environ 3,5 millions de \$US) en 2006 (soit 0,32% du budget⁵⁹).

3.4.2. Résultats pour les enfants et analyse des disparités

Fréquentation au primaire

La fréquentation scolaire des enfants de 7 à 12 ans est faible au niveau national avec moins de 4 enfants sur 10 selon le rapport EDSN-MICS de 2006. De fortes disparités allant du simple à plus du double existent selon le milieu de résidence. Ainsi, le taux net de fréquentation est de 71% en milieu urbain contre 32% pour le milieu rural. Les régions de Niamey, Agadez et Dosso enregistrent les plus forts taux de fréquentation scolaire avec respectivement 78%, 55% et 47% contrairement aux autres régions où le taux de fréquentation scolaire tourne autour de 30%.

Par ailleurs, on constate que le niveau de l'indicateur augmente plus ou moins substantiellement avec le niveau de bien-être du ménage, le niveau d'éducation du chef de ménage, ainsi que la taille du ménage. On remarque également une importante disparité selon le sexe malgré l'existence des politiques de promotion de la scolarisation de la jeune fille. Le taux est de 44% pour les garçons contre 31% pour les filles. Le sexe du chef de ménage est aussi un facteur de différenciation du niveau de fréquentation scolaire nette avec notamment un niveau plus élevé dans les ménages dirigés par une femme.

Par rapport aux facteurs de vulnérabilité, les plus grandes disparités se constatent en considérant la situation d'activité des adultes dans le ménage et le travail des enfants. Le taux est de 38% pour les ménages où existe un adulte qui travaille contre seulement 24% dans le cas contraire. A contrario, les ménages où existe un enfant travailleur enregistrent le plus faible taux de fréquentation, soit 35% contre 48% pour les ménages sans enfants travailleurs.

D'autres facteurs de vulnérabilité ont été identifiés à partir des données de l'EDSN MICS III 2006 pour analyser la fréquentation scolaire des enfants de 10 à 14 ans. C'est ainsi que la survie des deux parents ou celle du père et la résidence avec les deux parents se révèlent être déterminante pour le niveau de fréquentation scolaire de l'enfant. Plus précisément, les enfants dont les deux parents sont décédés ont un taux de fréquentation de 24,4% contre 37,8% pour ceux dont les deux parents sont en vie et vivant avec au moins l'un d'entre eux. On note également un taux de fréquentation de 33,7% chez les enfants orphelins de père, de 36% pour les enfants orphelins de mère.

Selon les données du Ministère de l'Éducation Nationale, le taux brut de scolarisation (TBS) au niveau national est de 62,6% en 2007/2008, avec des disparités par milieu de résidence, par région et par sexe. Ainsi, on remarque que le TBS est de 73,7% pour le milieu urbain contre 58,9% pour le milieu rural. Par rapport aux régions, on constate que le taux a atteint 106,8% à Niamey alors qu'il n'est que de 45,9% dans la région de Diffa. En dehors de Niamey, les régions qui ont les TBS les plus élevés sont Agadez (79%), Dosso (67,1%) et Maradi (61,6%). Les autres régions à l'instar de Diffa ont enregistré des taux largement en-dessous de la moyenne. Mais globalement, on constate que les

59. MEBA : Rapport d'exécution de la Première Phase du Programme Décennal de Développement de l'Éducation - PDDE, 2003-2007.

disparités régionales en termes de TBS se sont réduites entre 2006/2007 et 2007/2008. En effet, la région de Niamey mise à part, l'écart entre les régions de taux extrêmes est de 33,1% contre 35,1% en 2006/2007.

On constate d'importantes disparités liées au sexe car il existe encore plus de 18 points de pourcentage d'écart entre le TBS des garçons (71,7%) et celui des filles (53,5%). Cependant, il faut noter que l'enrôlement des filles à l'école s'accroît plus vite que celui des garçons car le gain de point en termes de TBS de l'année scolaire 2007/2008 sur l'année scolaire 2006/2007 est de 6,1% pour les premières et 5,0% pour les seconds.

Par ailleurs, on constate que le taux net de scolarisation (TNS) au niveau national est de 53,5% dont 45,6% pour les filles. Les régions à plus forts TNS sont celles de Niamey (84,5%), Agadez (66,7%) et Dosso (58,4%). Toutes les autres régions ont enregistré des taux en-deçà de la moyenne nationale, en particulier Diffa qui enregistre également le plus faible TNS.

L'évolution de la scolarisation selon les données fournies par le Ministère de l'Éducation Nationale (MEN) montre que le taux brut de scolarisation primaire a plus que doublé sur la période 1990-2008, passant de 25,4% en 1991 à 62,6% en 2008. Des progrès substantiels ont été aussi enregistrés par rapport au taux net de scolarisation sur la période 2000-2008. Il se situe à 53,5 % en 2008 pour l'ensemble du pays contre 28,3% en 2000. De même, l'évolution du taux d'achèvement du cycle primaire a été particulièrement remarquable passant de 15% en 1990 à 26 % en 2002, 36% en 2005, pour s'établir à 45,8% en 2008, selon les statistiques du MEN.

Qualité du système éducatif

La qualité de l'enseignement peut être mesurée via le niveau des élèves. En effet, le niveau des élèves est le plus souvent d'autant plus élevé que la qualité de l'enseignement qu'ils reçoivent est bonne. L'ESSOB 2008 a fourni une mesure de la qualité de l'enseignement au primaire à travers le niveau des élèves. Selon cette enquête, 40,5% des enseignants jugent que le niveau des élèves est faible, 50% le jugent moyen et seulement 8,8% pensent que les élèves ont un bon niveau. Par ailleurs, 42,4% des élèves enquêtés du cours moyen ne peuvent lire sans l'aide d'une tierce personne. La qualité du service de l'éducation peut également s'apprécier à travers les performances des élèves. Selon la même enquête, le taux d'admission au CFEPD était de seulement 41,3% en 2005/2006. Pire, ce taux a chuté pour atteindre 36,3% durant l'année scolaire 2006/2007. En ce qui concerne les exclusions et redoublements, l'enquête a révélé que ce sont des événements rares au primaire. A cet effet, les taux d'exclusion observés sont respectivement de 2,5 % et de 3,8 % pour les deux dernières années ayant précédé l'enquête. Quant aux taux de redoublement sur les deux dernières années ayant précédé l'enquête, ils sont respectivement de 7,4% et 8,5%.

Par ailleurs, la qualité de l'éducation peut être mesurée à l'aune du niveau des enseignants prestataires du service. De ce point de vue, l'enquête révèle que 84,6% des enseignants du primaire ont le niveau secondaire et 14,7%, le niveau supérieur. On note également qu'un enseignant sur deux enquêtés a eu à effectuer au moins un stage de formation/recyclage. L'analyse du statut d'employé des enseignants fait ressortir une très grande contractualisation de l'enseignement. En effet, 68,2 % des enseignants enquêtés sont des contractuels. Les titulaires (ayant un numéro matricule) ne représentent que 30,3%.

Quant à la qualité de l'éducation par rapport aux infrastructures et matériels didactiques, l'enquête fait ressortir que seules 10,9 % des écoles enquêtées sont clôturées. Seulement 29,8 % de ces écoles disposent de toilettes fonctionnelles dont 57,9 % sont mixtes. En outre, seulement 3,1 % des écoles enquêtées disposent d'une bibliothèque. La proportion des écoles disposant d'une cantine scolaire est, quant à elle, de 9,3 %. Pour la majorité des écoles soit 82,1 %, l'ensemble ou une grande partie

des classes ne possèdent pas d'armoires. Le manque d'eau potable et d'électricité constitue également un grave problème auquel sont confrontées les écoles primaires publiques du Niger. En effet, jusqu'à 87 % des écoles enquêtées n'ont pas accès à l'eau potable et 96,6 % n'ont pas accès à l'électricité.

De même, l'évolution du taux d'achèvement du cycle primaire a été particulièrement remarquable passant de 15% en 1990 à 26 % en 2002, 36% en 2005, pour s'établir à 40% en 2006 (contre un objectif initial de 46%), selon les statistiques du MEN.

3.4.3. Analyse de causalité et corrélation

L'analyse qui précède a déjà montré que certaines caractéristiques constituent des contraintes à la scolarisation des enfants notamment les filles au Niger. Parmi celles-ci, il y a les facteurs géographiques (milieu de résidence), certaines caractéristiques du ménage comme le niveau d'études du chef de ménage et de la richesse du ménage. Par ailleurs, la survie des deux parents ou celle du père et la résidence avec au moins un des parents favorisent la fréquentation scolaire des enfants.

Du point de vue des disparités entre les filles et les garçons, il faut noter en plus des facteurs culturels, l'inexistence d'une politique ou stratégie agressive ou de discrimination positive pour promouvoir la scolarisation des filles à l'école. La plupart des initiatives qui existent sur le terrain sont appuyées par les partenaires, ce qui pose un problème de pérennité.

Tableau 13 : Indicateur principal, fréquentation de l'école et corrélats

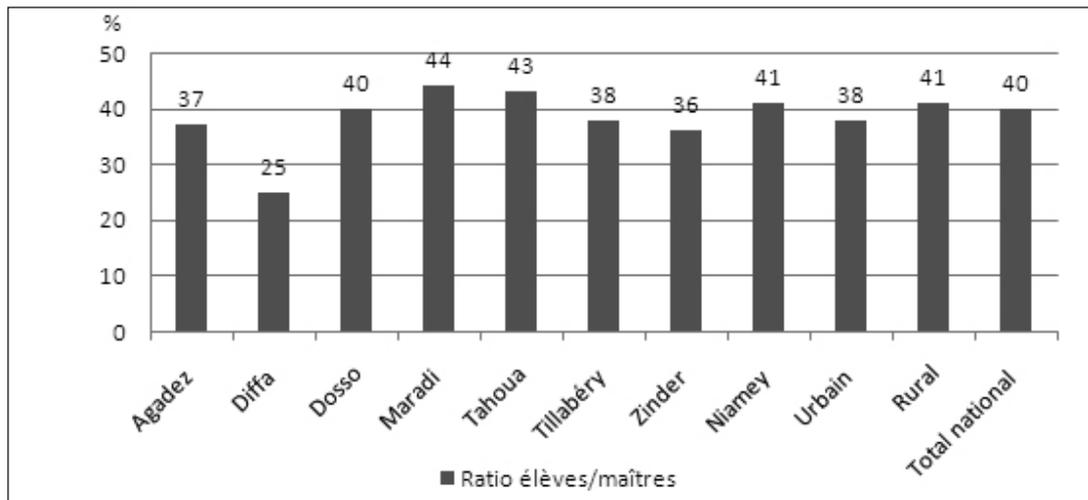
	Nombre d'établissements	Salles de classes utilisées	Maîtres chargés de cours	Nombre d'élèves	Ratio élèves/maîtres	
Région	Agadez	311	1.156	1.251	45.696	37
	Diffa	371	907	1.015	25.697	25
	Dosso	1.685	4.428	4.741	188.900	40
	Maradi	1.784	5.886	5.569	244.557	44
	Tahoua	1.576	4.491	4.863	207.616	43
	Tillabéri	1.774	4.929	5.203	199.153	38
	Zinder	1.636	4.908	5.290	192.966	36
	Niamey	353	2.774	3.199	130.480	41
Milieu de résidence	Urbain	1.111	7.774	9.371	352.037	38
	Rural	8.379	21.105	21.760	883.028	41
	Total national	9.490	28.879	31.131	1.235.065	40

Source : INS Niger, EDSN MICS III 2006

La faible perspective d'emploi en termes de coût d'opportunité ainsi que l'existence de certaines barrières à l'accès dont la perception négative de certaines populations sur l'école moderne (facteur de déperdition), et les coûts d'accès sont autant de facteurs qui pourraient limiter le niveau de la fréquentation.

Au niveau de l'offre d'éducation, les efforts menés pour améliorer l'accès dans la mise en œuvre du PDDE (recrutements d'enseignants et la construction des écoles) a positivement impacté le taux de la scolarisation même s'il existe toujours les problèmes d'équité dans la répartition. Ainsi, on constate que le nombre d'établissements primaires a pratiquement doublé entre l'année 2000 et 2007 et l'accroissement du nombre de classes s'est accompagné d'un doublement du nombre d'enseignants. La grande majorité de ces établissements sont en zone rurale. On remarque également que le ratio nombre d'élèves par maître est satisfaisant tant au niveau national qu'au niveau de différentes régions du pays (voir tableau 13 et graphique 14.)

Figure 14 : Ratio maître/élève (national, région, milieu de résidence)



Source : INS Niger, EDSN MICS III 2006

Il existe aujourd'hui un nombre important d'abris provisoires, d'écoles avec un nombre insuffisant d'instituteurs ou l'éloignement de l'école dans certaines des localités où les enfants parcourent de longues distances pour accéder à l'école.

Les faibles performances au niveau de la qualité s'expliquent essentiellement par la faible qualité des ressources humaines et aussi des nombreuses perturbations connues ces dernières années dans le système scolaire marquées par les nombreuses grèves des élèves et du corps enseignant. La forte présence des volontaires dans l'enseignement qui n'ont pas reçu les formations nécessaires pèse lourdement sur les niveaux des élèves. Elle pose également un problème d'instabilité du corps enseignant puisque souvent il n'y a pas la motivation. L'ESSOB 2008 a interrogé les enseignants sur les causes à la base du faible niveau des élèves. Leurs points de vue sur la question se résument à :

1. l'insuffisance de guides pour enseignants ;
2. l'insuffisance de fournitures scolaires ;
3. les grèves à répétition des enseignants ;
4. l'irrégularité des élèves aux cours ;
5. la non implication des parents dans le suivi des enfants.

3.4.4. Fondements et partenariat pour une stratégie

Selon « le rapport national sur les progrès vers l'atteinte des OMD » du Niger publié en 2007, pour assurer l'instruction primaire à tous les enfants en âge d'aller à l'école à l'horizon 2015, le Niger a

besoin d'être appuyé par ses partenaires au développement dans les domaines suivants : (i) le renforcement du recrutement et de la formation des enseignants ; (ii) la construction et la réfection de salles de classes ; (iii) la poursuite de la subvention pour la gratuité de l'inscription au primaire et la création d'un fonds de soutien aux écoles privées ; (iv) la création, le renforcement et l'extension des cantines scolaires ; (v) le renforcement du système éducatif non formel ; (vi) la mise en œuvre de cartes scolaires prospectives et efficaces ; (vii) le renforcement de la scolarisation des enfants notamment celle des filles ; (viii) le renforcement de la décentralisation de l'école avec implication des comités de base ; (ix) l'élaboration d'un plan de communication à l'endroit des parents d'élèves.

3.5. Aperçu sur la protection sociale au Niger

Au niveau des politiques, le Gouvernement a mis en place une politique de développement social qui servira de cadre opérationnel pour la mise en œuvre de différentes mesures d'atténuation des facteurs de risques et de protection sociale. Elle devrait mettre l'accent sur les mesures visant à prévenir les situations de dénuement extrêmes, comme la promotion des travaux à haute intensité de main-d'œuvre, la lutte contre les discriminations à l'endroit des personnes handicapées. De même, il est mis en place de filets de sécurité de manière ciblée notamment à travers la distribution des rations alimentaires, les ventes à prix modérés, les régimes de retraites contributifs, les mutuelles de santé, afin de contribuer à l'atténuation des chocs naturels ou économiques pour les personnes vulnérables. Ses principaux objectifs et politiques de développement social sont :

- assurer la protection juridique des personnes handicapées ;
- assurer la promotion sociale des personnes handicapées ;
- promouvoir des activités génératrices de revenus pour les familles démunies ;
- assurer une protection sociale des prisonniers ;
- assurer une protection sociale pour les malades mentaux et autres ;
- fournir des appuis aux personnes âgées ;
- contribuer à la réinsertion progressive et durable des sinistrés, des déplacés et des réfugiés.

Le dispositif de protection sociale existant au Niger se limite aux systèmes formels de sécurité sociale et la prévoyance pour maladie avec la Caisse Nationale de Sécurité Sociale qui couvre essentiellement :

- les pensions de retraite, d'invalidité ;
- les allocations familiales ;
- les autres prestations sociales et prise en charge (allocations maladies, indemnités, prise en charge des personnes handicapées et autres vulnérables, etc.).

Cependant, ce système ne couvre pas encore les populations les plus démunies. Néanmoins, il existe quelques initiatives d'assistance sociale et les interventions qui sont essentiellement axées sur l'assistance aux familles démunies ou victimes de catastrophes. Par exemple, le Gouvernement a procédé, avec l'appui des partenaires notamment ceux du Système des Nations Unies, à la distribution gratuite de vivres. Egalement, pour alléger les souffrances des populations, le Gouvernement procède à des subventions sur les prix de certaines denrées alimentaires

importantes comme le riz, le sucre etc. Il a aussi procédé en 2008 à l'achat direct d'environ 40.000 tonnes de niébé auprès des ménages producteurs dans le pays en vue de valoriser leur production agricole. Cette mesure s'est soldée par un investissement de l'ordre de 11 milliards de FCFA (environ 23,8 millions de \$US). Dans le cadre du programme Spécial du Président de la République, il existe aussi des initiatives de « *cash for work* » pour la récupération des terres et la lutte contre la désertification dans les régions de Tahoua, Diffa et Tillabéri.

D'autres actions sont menées ou appuyées sur le terrain par les ONGs ou organismes internationaux dans le cadre de la lutte contre l'insécurité alimentaire. Celles-ci se focalisent généralement sur la construction d'infrastructures de base, les apports en vivres, le développement communautaire et le développement des activités génératrices de revenus.

Il existe des actions de protection sociale contenues dans les programmes de santé, d'éducation et de développement rural qui contribuent également à réduire la vulnérabilité des enfants au Niger. Il s'agit entre autres de :

- la gratuité de la césarienne pour contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et surtout des enfants ;
- la gratuité des préservatifs et du dépistage du SIDA pour garantir une meilleure santé de la reproduction à fort impact positif sur la santé infantile ;
- la prise en charge du cancer du sein pour assurer une meilleure protection à la mère et conséquemment à l'enfant ;
- la gratuité des soins chez les enfants de moins de 5 ans pour pallier les contraintes économiques ou financières de la mère et de la famille.

La mise en place des cantines scolaires dans les zones nomades avec l'appui du Programme alimentaire mondial pour contribuer à promouvoir les indicateurs d'accès et de qualité des enfants relativement à la scolarisation, en particulier dans les milieux difficiles.

Conclusion

La situation des enfants au Niger doit faire l'objet d'une attention particulière au regard des résultats observés dans les analyses qui précèdent. En effet, si la nutrition, la santé, l'éducation et la protection constituent des dimensions importantes pour promouvoir un développement harmonieux de l'enfant, au Niger, force est de constater que les indicateurs relatifs à ces domaines indiquent une situation peu reluisante.

- L'analyse de l'état nutritionnel fait ressortir que 50% des enfants nigériens souffrent du retard de croissance, 44,4% de l'insuffisance pondérale et 10,3% de l'émaciation avec de profondes disparités notamment entre les zones rurales et les zones urbaines. Ces indicateurs ne se sont d'ailleurs pas améliorés significativement depuis plus d'une décennie, comme en témoignent leurs niveaux de 1992 et 1998, assez proches de ceux de 2006 ;
- sur le plan sanitaire, on note la persistance des principales maladies affectant les enfants notamment le paludisme (26,8%), les maladies diarrhéiques (20,8%) et les infections respiratoires aiguës (13,8%) selon l'EDSN 2006 ;

- au niveau de l'éducation, sur dix enfants âgés de 7 à 12 ans, moins de quatre fréquentent un établissement scolaire. Les garçons sont proportionnellement plus nombreux à fréquenter l'école que les filles (44% contre 31%). Egalement le taux de fréquentation scolaire est nettement plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (71% contre 32%). On note toutefois une amélioration du niveau d'accès à l'école avec une augmentation non négligeable du taux brut de scolarisation entre 2000 et 2008 ;

- en ce qui concerne la protection des enfants, il convient de noter qu'en 2006, seulement 31,8% d'enfants ont été enregistrés à la naissance (24,7% en milieu rural contre 70,7% en milieu urbain). On note également une forte demande des services d'assistance aux enfants en difficultés notamment : (i) les enfants orphelins (5,8% des enfants ont perdu au moins l'un de leurs parents géniteurs) ; (ii) les enfants des réfugiés ; (iii) les enfants handicapés dont le nombre se situait à quelque 29.005 au RGP/H de 2001 (iv) les enfants travailleurs dont la proportion était de 56% en 2006.

Il subsiste également des pratiques traditionnelles néfastes notamment le mariage précoce (34% des filles sont mariées avant l'âge de 15 ans en 2006).

Certes des efforts ont été entrepris (lois, politiques et programmes) pour améliorer la situation mais il existe encore un certain nombre d'obstacles tels que, l'insuffisance d'infrastructures et de personnel de qualité, la persistance des pesanteurs socioculturelles, les problèmes institutionnels et le faible niveau d'éducation et d'alphabétisation de la population particulièrement au niveau des femmes.

COMBATTRE LA PAUVRETE ET LES DISPARITES CHEZ LES ENFANTS - DEFINIR UNE STRATEGIE GAGNANTE

4

L'amélioration des conditions de vie des enfants au Niger nécessite des actions importantes pour relever les défis et contraintes constatés dans les analyses des chapitres précédents. Ces défis concernent généralement : (i) les aspects directement liés aux dimensions de la pauvreté chez les enfants, (ii) la santé et nutrition des enfants, (iii) les insuffisances notées dans la protection des enfants, (iv) l'éducation et (v) les manquements constatés sur le cadre institutionnel et le cadre des politiques et stratégie nationales.

L'objectif de ce chapitre est de proposer des recommandations concrètes pour une meilleure prise en compte des enfants dans les politiques et stratégies nationales. Avant cela, il est important de faire une synthèse des différents résultats et constats sur la pauvreté et les disparités chez les enfants.

4.1. Défis et opportunités pour la réduction de la pauvreté des enfants

Pauvreté et vulnérabilité chez les enfants

L'étude a montré que la pauvreté des enfants au Niger est un phénomène multidimensionnel. Ses manifestations et ses effets sur les enfants sont très profondes en ce sens que non seulement l'incidence est élevée quelle que soit l'approche considérée, mais aussi, elle présente d'importantes disparités. Les services essentiels dont les enfants nigériens sont les plus privés, demeurent les conditions de logement ou d'assainissements décentes et les services de l'éducation. Un constat fort pour les politiques est qu'en termes de privations, même les enfants vivant dans les ménages les plus riches au plan matériel ne sont pas épargnés.

Au plan géographique, il est constaté des inégalités préoccupantes entre les régions avec Maradi, Tillabéri, Dosso et Zinder qui enregistrent les plus fortes incidences de la pauvreté monétaire et des privations chez les enfants. De même, le phénomène (surtout les privations) est très répandu en milieu rural. Les autres caractéristiques qui affectent le niveau de la pauvreté chez les enfants sont liées à : (i) le faible niveau d'études des chefs de ménage, (ii) le nombre de personnes vivant dans le ménage.

Ce constat justifie l'importance des stratégies multisectorielles pour mieux s'attaquer aux défis majeurs en termes de pauvreté des enfants. Ces stratégies devraient faire un focus sur les questions de l'habitat et de l'assainissement particulièrement dans le milieu rural et le renforcement de l'éducation des enfants pour créer les conditions d'un développement humain soutenu et durable au Niger. L'amélioration du niveau de revenu des populations est aussi une condition nécessaire pour réduire la vulnérabilité des familles et faciliter l'accès des enfants aux services sociaux de base notamment la santé, l'éducation, l'eau potable et l'assainissement.

Face à la situation précaire des conditions d'existence des enfants, de réelles opportunités se présentent à l'Etat nigérien pour répondre à ces défis. En premier lieu, on note la volonté du Gouvernement qui s'est traduite par la mise en place d'une stratégie de croissance accélérée dans le cadre de la SDRP. Celle-ci devrait contribuer à réduire le niveau de pauvreté monétaire dans

les ménages par le développement des secteurs des pauvres notamment le secteur rural, l'artisanat, le tourisme et les mines. En second lieu, le Gouvernement s'est engagé dans la lutte contre le chômage, mais aussi dans l'assistance directe aux personnes démunies et le financement des AGR. Le Programme Spécial du Président de la République offre une opportunité d'amélioration des revenus du pauvre surtout en milieu rural avec le développement des travaux à haute intensité de main-d'œuvre et la promotion de la diversité dans l'agriculture.

Santé et nutrition des enfants

La situation de la santé et la nutrition chez les enfants nigériens révèle un certain nombre de constats d'insuffisance malgré les efforts déployés par le Gouvernement :

- forte prévalence de la malnutrition sévère et aigue dans toutes les régions du pays ;
- faibles apports en micronutriments ;
- forte prévalence des maladies, les maladies diarrhéiques du paludisme et des IRA chez les enfants ;
- fortes disparités régionales, selon le milieu de résidence et le niveau de bien-être des populations ;
- insuffisance en ressources humaines et des infrastructures en quantité et qualité ainsi que leur inégale répartition dans le territoire qui affecte sérieusement l'accès ;
- persistance des pesanteurs socioculturelles sur les actions en faveur des enfants dans le domaine nutritionnel et sanitaire ;
- fort taux d'analphabétisme chez les femmes qui affecte l'état de santé et de malnutrition des enfants ;
- insuffisance des allocations financières au secteur santé.

L'amélioration des conditions de santé et de nutrition des enfants en vue de l'atteinte des OMD nécessite de lever plusieurs contraintes pour réduire l'incidence. C'est dans ce sens que depuis la mise en œuvre de la SDRP, le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers n'a cessé de fournir des efforts pour poser des bases pour l'amélioration des conditions de vie des enfants et des femmes. En ce sens, on note comme principales actions :

- la mise en œuvre du PDS qui constitue un cadre fédérateur des actions en matière de santé et nutrition et crée les conditions d'une meilleure coordination des actions de santé et de nutrition ;
- la mise en place du CDMT du secteur santé pour promouvoir un meilleur suivi, prévisibilité et efficacité des budgets alloués à ce secteur ;
- l'accroissement des dépenses publiques consacrées à la santé au cours des dix dernières années ;
- au niveau institutionnel, la création d'une Direction de la nutrition au Ministère de la Santé Publique pour renforcer le suivi du programme nutritionnel des enfants ;

la mise en place d'un certain nombre d'actions comme la gratuité des soins chez les enfants de moins de 5 ans, de la césarienne et des soins du cancer de sein dans le cadre du Programme Spécial.

Protection des enfants

Le renforcement de la protection des enfants au Niger demande de relever certains défis majeurs d'ordre économique, socioculturel et institutionnel.

La question des conditions économiques des ménages : la précarité et l'incertitude des revenus obligent de nombreux parents à abdiquer par rapport à leur mission d'éducation et de protection de leurs enfants. Etant des personnes à charge, comme tous les autres membres de la famille, les enfants, souvent appelés à contribuer au revenu familial sont utilisés dans les pires formes de travail. Aussi, la pauvreté grandissante conduit-elle parfois à l'exode des enfants du fait de leur implication excessive dans les stratégies de survie.

Sur le plan socioculturel, comme l'ont expliqué les spécialistes de la microéconomie ménagère (Gary, 1981), parmi les causes socioculturelles dont dépend le travail des enfants, figure en premier lieu la conception utilitariste de l'enfant largement répandue en Afrique selon laquelle l'enfant est toujours perçu comme une force de travail d'appoint. Ceci crée une opposition entre les intérêts à court terme des parents (besoins immédiats de survie) et les intérêts à long terme des enfants (opportunités que leur offre l'éducation). Par ailleurs, il existe d'autres obstacles tels que : (i) l'absence de dénonciation due aux attitudes culturelles et de profonds sentiments de peur ou de honte caractérisant les victimes et les conduisant souvent à opter pour la loi du silence et (ii) la stratification sociale exposant les enfants issus des couches « inférieures » à la servitude.

Au niveau institutionnel et politique, il est important de relever que malgré les efforts du Gouvernement les résultats sur les enfants restent encore très mitigés. Cela est lié essentiellement à des insuffisances constatées à plusieurs niveaux. Au niveau juridico-légal, même si le Niger dispose d'un cadre juridique protégeant les enfants, c'est dans sa mise en application que des difficultés apparaissent. Un autre facteur important à souligner est celui des moyens financiers. Même si le Gouvernement a mis en place des politiques (PAN/SPDE) et mesures visant la protection de l'enfance, la mise en œuvre pose le plus souvent d'énormes difficultés en raison des faibles ressources allouées à ce secteur. De plus, les actions opérationnelles de protection de l'enfance sont souvent appuyées par les partenaires au développement. Le déficit de données constitue aussi un défi majeur pour ce secteur. On note une absence de données fiables et régulières et représentatives pour assurer le suivi des performances en termes de protection. Les principales sources existantes sont très parcellaires et ne permettent pas d'apprécier l'ampleur du phénomène.

Du point de vue des opportunités pour une stratégie favorable à une meilleure protection des droits des enfants, l'on retient que le Niger a ratifié plusieurs instruments juridiques internationaux et régionaux dont, entre autres, la CDE et la Charte africaine de droits et du bien-être de l'enfant. Il existe aussi une volonté politique traduite par les nouvelles orientations en matière de protection sociale et des enfants contenues dans l'axe 4 de la SDRP 2008-2012 : « la réduction des inégalités et le renforcement de la protection sociale des groupes vulnérables ».

Education

L'analyse du secteur de l'éducation fait ressortir de grandes disparités entre milieux de résidence et entre les filles et les garçons ainsi qu'entre les régions en dépit des efforts déployés au cours des dix dernières années. Les taux de fréquentation scolaire sont plus importants dans la communauté urbaine de Niamey contrairement aux autres régions. D'un autre point de vue, on note que la survie des deux parents et surtout celle du père est d'une importance capitale pour la fréquentation scolaire

des enfants. Même si au niveau de l'accès quelques progrès ont été notés, il n'en est pas de même pour la qualité du système éducatif où beaucoup d'efforts restent à être déployés pour relever les niveaux des élèves et améliorer les indicateurs.

Du côté de l'Etat, malgré les efforts consentis au cours des dernières années dans le cadre de la construction des écoles et des salles de cours, l'éloignement de certaines contrées et la faiblesse des moyens mis en œuvre représentent encore un frein à la fréquentation scolaire des enfants. Certains efforts en cours pourraient constituer des points d'entrée importants pour relever les défis en matière d'éducation. En effet, le pays vient d'entamer la deuxième phase du PDDE qui vise notamment une fréquentation scolaire massive de qualité à très court terme et un développement de l'éducation non formelle. Il appartient aux autorités publiques de renforcer les efforts et actions déjà entamés afin de déployer les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs assignés au PDDE. Il existe aussi des actions en faveur du développement de la scolarisation des jeunes filles dont le passage à l'échelle pourrait sensiblement améliorer les niveaux actuels des indicateurs.

Cadre institutionnel et cadre des politiques et stratégie nationales

En ce qui concerne les dispositifs institutionnels et de mise en œuvre et suivi des politiques et programmes nationaux touchant les enfants, les principaux défis concernent essentiellement :

Insuffisances des ressources ainsi que leur faible orientation vers les priorités absolues des enfants : le niveau et la tendance actuelle des indicateurs concernant la situation des enfants montrent que des efforts restent encore à être déployés en matière d'allocation de ressources. En effet, au niveau des secteurs comme l'éducation, la santé et la protection, en dépit des engagements du Gouvernement et des partenaires, le constat montre que les parts allouées de budget à ces secteurs demeurent très faibles. Alors que pour assurer une pérennisation des actions en cours engagées, il est important d'accroître sensiblement les parts actuelles du budget d'investissement allouées à ces secteurs. Cette situation est liée à une absence de liaison entre le budget national et les priorités des politiques sectorielles.

Difficultés en termes de coordination et de fonctionnement : c'est un des défis majeurs qui s'adressent aux politiques et programmes nationaux afin de promouvoir la rationalisation et l'optimisation des ressources et des moyens disponibles. En effet, la plupart des évaluations des programmes montrent une absence de coordination des interventions intra ou inter programmes et un manque de concertation entre les acteurs, ce qui crée souvent des duplications. Cela résulte essentiellement de la faible capacité des structures nationales en charge de la mise en œuvre des politiques et programmes nationaux.

Centralisation du service public et faible capacité des acteurs locaux : même si avec la décentralisation certaines compétences sont déjà transférées au niveau local, il existe encore dans les faits une centralisation de l'administration publique qui entrave la délivrance effective des services aux populations locales. Aussi, en dépit de quelques avancées dans le domaine de la planification au niveau local, la mise en œuvre de la décentralisation et du développement local se trouve bloquée par la faiblesse des capacités des acteurs.

Des opportunités existent pour améliorer les cadres politiques et institutionnels au regard des perspectives du Niger de tendre vers l'approche programme :

- les trois secteurs éducation, santé et le développement rural disposent d'un cadre de programmation qui leur permet de passer à l'approche programme ;

- pour renforcer le suivi et l'exécution budgétaire et la prévisibilité des dépenses, l'éducation et la santé (secteurs clé des enfants) disposent déjà de leur CDMT et le Gouvernement est en train d'élaborer un CDMT global ;
- la conférence des bailleurs tenue à Bruxelles en octobre 2007 a permis de renforcer l'engagement des partenaires à mobiliser des ressources en faveur du financement des priorités de développement.

4.2. Recommandations

- Intégration du concept de pauvreté des enfants dans les systèmes nationaux de collecte :
 - renforcer l'appropriation du concept de la pauvreté des enfants à travers : (i) une large dissémination des résultats de l'étude, (ii) l'organisation de sessions de formations à l'endroit des acteurs concernés visant à mieux cerner le concept ;
 - réaliser des études approfondies sur le concept ou dans des endroits particuliers du pays ;
 - intégrer le concept de pauvreté des enfants dans les profils nationaux de pauvreté.
- Mobilisation des ressources et renforcement de l'efficacité des dépenses au profit des secteurs d'intérêt des enfants :
 - allouer des ressources plus importantes aux secteurs d'intérêt des enfants comme la santé, l'éducation, l'eau et l'assainissement et la protection des enfants ;
 - renforcer l'articulation entre les priorités décrites dans les plans d'action des politiques et programmes, les CDMT et les allocations budgétaires annuelles ;
 - renforcer l'efficacité dans l'exécution budgétaire nationale.
- Renforcement des capacités institutionnelles de coordination et de gestion inter et intra sectorielle :
 - consolider et généraliser l'approche programme dans tous les secteurs de la SDRP ;
 - poursuivre les efforts du Gouvernement en faveur de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris et de l'Agenda d'Accra.
- Intensification et généralisation des actions au niveau opérationnel visant à améliorer et à diversifier les revenus des populations surtout en milieu rural :
 - développer les opportunités de création d'emploi et de diversification des sources de revenus des populations surtout en milieu rural ;
 - développer les activités génératrices de revenu surtout chez les femmes ;
 - promouvoir le développement des initiatives communautaires de développement.

- Amélioration du cadre de vie des ménages et des conditions d'hygiène et assainissement :
 - définir une stratégie de financement de l'habitat social ;
 - définir et mettre en œuvre une politique d'assainissement, d'information, d'éducation et d'hygiène.
- Opérationnalisation de la vision et des orientations nationales en matière de protection sociale prévues dans la SDRP (filets sociaux, assurance sociale, mesures spéciales) :
 - doter le pays d'une Politique ou Stratégie Nationale de Protection Sociale qui permettra de fédérer et coordonner toutes les actions en cours touchant l'assurance sociale, l'assistance sociale et l'appui à l'accès aux services sociaux de base ;
 - promouvoir des actions de filets de sécurité sociale en faveur des personnes vulnérables.
- Amélioration des conditions d'accès et de la qualité et réduction des disparités dans le secteur de l'éducation :
 - lever les contraintes relatives à l'insuffisance des infrastructures et du personnel ainsi que des obstacles financiers liés à l'accès ;
 - améliorer la qualité de l'enseignement et de l'image de l'école ;
 - élargir les programmes d'alimentation en milieu scolaire ;
 - mener des actions de protection sociale pour favoriser la scolarisation des enfants particulièrement les filles en zone rurale.
- Promotion de l'accès des enfants à des services de santé et de nutrition de qualité :
 - améliorer la couverture en infrastructures et la dotation suffisante en personnel de santé qualifié ;
 - assurer l'accès et la disponibilité des médicaments et des soins primaires et la poursuite des campagnes de vaccination ;
 - lever les barrières financières à l'accès aux services de santé par le développement des mutuelles de santé ;
 - renforcer les efforts d'apports nutritionnels aux enfants et aux mères des zones en insécurité alimentaire ;
 - stimuler les efforts relatifs à l'augmentation de la production agricole dans les zones d'insécurité alimentaire ;
 - renforcer les stratégies de communication et de sensibilisation pour induire un changement de comportement en vue de promouvoir des pratiques favorables à la santé et à la nutrition des enfants ;

- développer les initiatives communautaires de prévention et de charge nutritionnelle communautaire surtout dans les zones à risque.
- Intensification des actions de prévention et de protection des droits des enfants :
 - harmoniser le cadre juridique et réglementaire national de protection des droits des enfants avec les instruments internationaux par l'adoption de textes et de mesures adéquates ;
 - élargir les centres d'enregistrement des naissances et le renforcement des actions foraines en matière d'enregistrement surtout en zone rurale et nomade ;
 - renforcer la mise en place de services sociaux pour la prise en charge des enfants en difficultés ;
 - renforcer les stratégies de communication et de sensibilisation pour un changement de comportement en vue de promouvoir des pratiques favorables à la protection des droits des enfants.

BIBLIOGRAPHIE

Cabinet du Premier Ministre, Secrétariat Permanent de la SRP, 2007: « Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP) 2008-2012 ».

Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), 2006 : « Rapport d'activités 2006 ».

Comité Interministériel de Pilotage de la Stratégie de Développement Rural (SDR), 2006 : « Stratégie de Développement Rural : Plan d'Action ».

Delamonica et autres, 2006, "Children Living in Poverty: Overview of Definitions, Measurements and Policy".
http://www.unicef.org/policyanalysis/files/Children_Living_In_Poverty.pdf

Gordon, D. et al, 2003 : Child Poverty in Development World, The Policy Press.

Institut National de la Statistique (INS), 2008 : « Comptes Economiques de la Nation 2004-2007 ».

Institut National de la Statistique/ONAPAD, 2008 : « Analyse de la politique fiscale au Niger et ses impacts sur la pauvreté »,

Institut National de la Statistique (INS), 2007 : « Rapport National sur les Progrès vers l'Atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (RNOMD), Niger ».

Institut National de la Statistique (INS), 2007 : « Annuaire Statistique, Séries Longues 1990-2006 »,

Institut National de la Statistique (INS), 2007 : « Rapport National sur les Progrès vers l'Atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (RNPAOMD).

Institut National de la Statistique, 2006 : « Emploi, chômage et pauvreté au Niger », Niamey, Niger.

Institut National de la Statistique (INS), 2006 : « Niger : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples EDSN MICS III ».

Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) : « Lois des Finances 2005 et 2006 ».

Care International, 1998 : « Enquête Démographique et de Santé ».

Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) 2005 : « Loi des Finances rectificative 2005 ».

Ministère de l'Education Nationale, 2007 : « Rapport d'exécution de la première phase du Programme Décennal de Développement de l'Education (PDDE, 2003-2007) ».

Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant, 2009 : « Révision de la Politique Nationale de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant Ministère de la Santé Publique / Système national d'information sanitaire, 2006 : « annuaire des statistiques sanitaires », Niamey.

Ministère de la Santé Publique, 2007: « Plan National d'Actions Nutrition 2003-2013 », version 2007.

Ministère de la Santé Publique /SNIS 2007 : « Annuaire des statistiques sanitaires 2006 », Niamey.

Ministère de la Santé Publique, 2006 : « Revue des dépenses publiques secteur santé exercice 2006 », Niamey.

Ministère de la Santé Publique, 2005 : « Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2009 ».

Ministère de la Santé Publique 2005 « Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDTM) », 2005-2010 ».

Minujin A et al. 2006: "The definition of child poverty: a discussion of concepts and measurements", *Environment & Urbanization*, vol 18 (2).

PNUD, INS/ONAPAD, Rapport National sur le Développement Humain Niger 2009 : la sécurité alimentaire dans un pays sahélien.

République du Niger, 2006, Rapport du Groupe Genre et Développement : « Costing (évaluation) des besoins pour l'atteinte des Objectifs Millénaires du Développement (OMD) 2006-2015 », décembre 2006.

Unicef Innocenti Social Monitor, 2006 : "Understanding Child Poverty in South-Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States".

Unicef, 2008 : « Guide d'élaboration de l'étude globale sur la pauvre des enfants ».

Unicef, 2007: Action humanitaire de l'Unicef : Résumé Rapport.

Unicef, 2007: Poverty and children: A perspective. Division of Policy and Planning, New York, NY.

Unicef, 2006: "Children living in poverty: overview of definitions, measurements and policy".

Unicef, 2006 : « Rapport annuel 2006 ».

Unicef Maputo, Mozambique, 2006 : "Childhood Poverty in Mozambique – A Situation and Trend Analysis".

Unicef, 2005 : « Rapport sur la Situation des enfants dans le monde 2005 : l'enfant en péril ».

Unicef, 2004: « Vers un monde digne des enfants – Rapport sur le suivi de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants dans les pays de l'Organisation internationale de la francophonie ».

Unicef, 1998 : Rapport sur la situation des enfants dans le monde.

ANNEXES

Tableau 14: Récapitulatif de la situation des principaux indicateurs des OMD au Niger

Cibles retenues	Indicateurs retenus ¹	Niveau de référence ²	Niveau récent ³	Niveau tendanciel en 2015	Objectif OMD en 2015
3. D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	3. Taux brut de scolarisation global dans le primaire (en %)	25,4 (1991)	62,6 (2008)	92,3	100
	4. Taux d'achèvement dans le primaire (en %)	15 (1990)	45,8 (2008)	96	100
4. Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	5. Rapport filles/garçons				
	• dans le primaire (en%)	60(1996)	69(2005)	76	100
	• dans le secondaire (en %)	58(1996)	64(2005)	64,4	100
	6. Taux d'alphabétisation des 15 ans et plus				
	• Hommes	11 (1990) 30,4(2000)	28,7 (2005) 42,9(2005)	46,3 67,9	
	• Femmes	10,6(2000)	15,1(2005°)	24,1	
	7. Rapport femmes/hommes dans les effectifs de la Fonction Publique	0,24 (2001)	0,25 (2005)	0,28	50
8. Proportion des femmes au Parlement (en %)	1,2 (1999)	12,4 (2006)		50	
9. Proportion des femmes au Gouvernement (en%)	17,9 (1994)	23,1 (2006)		50	
10. Proportion des femmes dans les collectivités (%)		16,6 (2006)		50	
5. Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	11. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour mille)	318,2 (1992)	198 (2006)	112,7	106,1
	12. Taux de mortalité infantile (pour mille)	123,1 (1992)	81 (2006)	33,8	41,0
	13. % enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole	27,8 (1992)	47 (2006)	59,3	100
6. Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.	14. Taux de mortalité maternelle (pour 100000 naissances)	652 (1992)	648 (2006)	645,4	175
	15. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (en %)	14,9(1992)	17,74 (2006)	19,5	
7. D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle	16. Taux de prévalence du VIH/SIDA des 15-49 ans	0,87 (2002)	0,7 (2006)	0,3	
8. D'ici à 2015, enrayer la propagation du paludisme et d'autres grandes maladies, et commencer à inverser la tendance actuelle.	17. Taux de létalité lié au paludisme (en ‰)	16	27		
9. Intégrer les principes de Développement Durable dans les politiques nationales de développement et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	18. Superficie des terres protégées pour préserver la biodiversité (en % du territoire national)	6,6(2000)		10	
10. Réduire de ½ la proportion de la population qui n'a pas accès à l'eau potable d'ici 2015	19. Proportion de la population ayant accès à l'eau potable ⁵ (en %)	22,3 (1992)	60,3 (2005)	108,7	77
11. Faciliter l'accès à des logements décents et sûrs	20.% ménages urbains ayant des sanitaires adéquats	67,5	79 (2006)		
	21.% ménages urbains hors Niamey propriétaires de logement	52,2	63,9 (2005)		
12. S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés	22. Aide publique au développement en % du PIB	16 (1990)	8,3 (2006)		
	23. Service dette en % des exportations	19 (1990)	7 (2005)	4,3	

Source : Rapport National sur Les Progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement », 2007

¹ Il s'agit d'une liste d'indicateurs établie à partir d'un questionnaire qui a servi à sélectionner parmi 45 proposés dans une étude sur les OMD au Niger, Décembre 2002

² Les années de référence sont entre parenthèse

³ Les années les plus récentes sont entre parenthèse

⁴ Infirmiers, sages femmes et médecins

⁵ Les données relatives à cet indicateur sont celles du milieu rural

Tableau 15 : Structure de l'économie et contribution à la croissance des secteurs de l'économie

	Structure du PIB (%)			Contribution à la croissance (%)		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Secteur primaire	42.8	43.9	42.0	4.7	3.2	0.8
Agriculture	25.3	27.0	25.2	4.3	2.9	0.2
Elevage	12.4	12.3	12.4	0.2	0.4	0.4
Exploitation forestière	2.9	2.8	2.8	0.1	0.1	0.1
Pêche	2.2	1.7	1.7	-0.1	-0.5	0.0
Secteur secondaire	11.1	10.7	11.9	0.0	0.6	0.2
Industries extractives	2.0	1.5	2.7	-0.1	0.2	0.0
Industries manufacturières	5.6	5.4	5.5	0.0	0.2	0.2
Energie, Gaz, eau	1.1	1.3	1.4	0.0	0.1	0.1
BTP	2.4	2.4	2.4	0.2	0.1	0.1
Secteur tertiaire	38.4	37.8	38.3	1.9	0.9	1.8
Commerce	11.4	11.3	11.2	0.5	0.4	0.4
Services de réparation	2.0	2.0	2.0	0.1	0.1	0.1
Hôtels et restaurants	1.4	1.4	1.4	0.1	0.1	0.0
Transports	5.2	5.2	5.2	-0.1	-0.1	0.2
Postes et télécommunications	1.4	1.5	1.6	0.3	0.1	0.1
Autres services privées	7.7	7.6	7.5	0.6	0.2	0.3
Administration	9.3	8.9	9.5	0.6	0.0	0.6
PIB au coût des facteurs	92.3	92.4	92.3	6.5	4.8	2.7
Impôts sur les biens et services	7.7	7.6	7.7	1.0	0.3	0.5
PIB au prix du marché	100.0	100.0	100.0	7.4	5.1	3.1

Source : Institut National de la Statistique (INS) du Niger, « Rapport ENBC_2008 », p. 8

Tableau 16 : Tendances de la pauvreté monétaire globale et de la sous-consommation au Niger (en %)

Indices de la pauvreté		P0		P1		P2	
	Année	2005	2008	2005	2008	2005	2008
Région	Agadez	50.2	17.27	20,11	04,85	10,40	2,01
	Diffa	21,00	19.79	7,28	03,83	3,25	1,07
	Dosso	68	69.86	31,10	25,88	16,97	11,99
	Maradi	82.2	75.56	40,14	27,34	22,86	12,69
	Tahoua	50.4	61.04	17,15	20,30	7,55	8,38
	Tillabéri	71.4	74.13	29,63	24,52	16,03	10,29
	Zinder	80.2	57.74	33,26	16,86	17,97	6,65
	Niamey	30.7	31.63	10,02	10,07	4,30	4,64
Milieu de	Urbain	48.7	40.54	19,39	12,81	9,74	5,64
	Rural	68.5	66.73	30,06	22,53	16,23	9,76
Ensemble Niger		65.4	62.9	28,39	21,11	15,21	9,16

Source : QUIB 2005 et ENBC 2007

Tableau 17 : Probabilités de pauvreté monétaire et de sous-consommation

Variables	Modalités	Odds ratio
Région	Agadez	0,09
	Diffa	0,15
	Dosso	4,10
	Maradi	6,73
	Tahoua	2,62
	Tillabéri	11,93
	Zinder	3,53
	CU Niamey	Réf
Milieu de résidence	Urbain	Réf
	Rural	2,48
Niveau d'instruction du CM	Aucun	309,58
	Coranique	65,02
	Alphabétisé	125,91
	Primaire	52,84
	Secondaire	13,05
	Profes/Technique	1,15
	Supérieur	Réf
Age de l'enfant	0-4 ans	2,08
	5-9 ans	1,68
	10-14 ans	1,66
	15-17 ans	Réf
	Taille du ménage	1 à 2 personnes
3 à 4 personnes		infini
5 à 6 personnes		infini
7 personnes et plus		infini
Situation professionnelle du CM		Cadre supérieur
	Cadre moyen, agent de maîtrise	0,18
	Ouvrier ou salarié qualifié	0,11
	Ouvrier non qualifié	1,68
	Manœuvre	3,79
	Stagiaire rémunéré	0,56
	Contractuel	1,40
	Payé à la tâche	2,77
Sexe du CM	Masculin	Ref
	Féminin	3,04
Sexe de l'enfant	Masculin	Ref
	Féminin	0,80
Quintiles de richesse	Q1	
	Q2	1,50
	Q3	990,31
	Q4	
	Q5	Ref

Source ENBC 2007, calcul INS

Tableau 18: Fréquence des sept privations sévères en (%)

Région	Domaines de privations						Privations		
	Logement	Installations sanitaires	Eau	Information	Nutrition	Education	Santé	sévères	absolues
Agadez	69,11	56,01	22,88	16,40	24,70	40,47	21,01	73,56	59,19
Diffa	94,35	79,12	15,74	21,74	28,27	67,51	29,28	95,86	85,24
Dosso	93,73	87,66	22,57	10,93	23,56	51,07	28,82	95,61	89,76
Maradi	91,87	80,10	23,13	18,11	48,10	64,48	29,58	95,17	86,86
Tahoua	93,71	87,46	34,49	20,15	28,13	63,90	36,75	96,39	90,42
Tillabéri	97,57	93,65	42,56	19,05	27,37	66,30	29,29	98,22	95,45
Zinder	93,67	84,09	32,28	21,63	44,57	68,84	58,25	95,61	88,17
Niamey	42,38	12,18	0,51	2,16	11,62	20,92	14,93	50,74	18,15
Rural	97,83	92,68	33,27	19,99	36,72	67,24	38,59	99,11	95,71
Urbain	51,29	19,26	3,20	4,49	16,39	27,52	17,48	60,66	28,00
National	90,19	80,62	28,33	17,45	33,71	60,14	35,33	92,80	84,58

Source : EDSN MICS 3, Calculs faits par l'Université de Bristol

Tableau 19 : Probabilités que les enfants soient victimes ou non de privations

	Groupe age	Odds ratio	
		Sans privation	Au moins deux privations
Masculin	0-2	0,70	1,21
	3-4	0,50	1,45
	5-9	0,74	1,33
	10-14.	0,87	1,14
	15-17	1,24	0,84
Féminin	0-2	0,73	1,16
	3-4	0,60	1,28
	5-9	0,68	1,47
	10-14.	0,85	1,24
	15-17 (Ref)	1,00	1,00
Niveau du Chef de Ménage	Aucun	0,05	19,26
	Primaire	0,16	6,33
	Secondaire et + (Ref)	1,00	1,00
Sexe du Chef de Ménage	Homme (Ref)	1,00	1,00
	Femme	0,65	1,39
Quintiles de richesse	Pauvre	0,00	5 036 991 855,34
	2ème	0,00	5 036 991 858,84
	3ème	0,00	5 036 991 857,26
	4ème	0,00	53,81
	Riche (Ref)	1,00	1,00
REGION	Niamey (Ref)	1,00	1,00
	Agadez	0,46	6,54
	Diffa	0,06	26,06
	Dosso	0,04	39,55
	Maradi	0,06	29,82
	Tahoua	0,05	42,56
	Tillabéri	0,03	94,67
	Zinder	0,05	33,61
Milieu de résidence	Urbain (Ref)	1,00	1,00
	Rural	0,01	57,58

Source : EDSN MICS-III 2006, calculs Université de Bristol

Tableau 20: Indicateur principal, résultats pour la nutrition des enfants de moins de 5 ans et leurs corrélats (en %)

	Taille pour âge		Poids pour taille		Poids pour âge		
	Sévère	Modérée ou sévère	Sévère	Modérée ou sévère	Sévère	Modérée ou sévère	
Région	Niamey	8,6	21,3	1,2	6,7	3,7	18,1
	Agadez	20,1	38,8	1,6	10,5	7,0	29,2
	Diffa	24,2	46,6	2,1	12,7	16,6	45,0
	Dosso	19,6	41,2	2,5	10,3	10,5	37,3
	Maradi	43,6	62,2	1,0	11,6	22,8	54,0
	Tahoua	24,2	46,7	1,5	10,3	12,0	41,8
	Tillabéri	24,2	46,7	1,5	8,7	13,9	41,2
	Zinder	39,3	58,7	1,5	10,6	18,8	52,9
Milieu de résidence	Rural	32,4	53,3	1,6	10,6	16,7	47,3
	Urbain	14,4	31,3	0,9	8,4	7,1	27,3
Niveau d'instruction de la mère	Aucun	31,0	51,4	1,7	10,8	16,1	45,8
	Primaire	22,5	45,4	1,7	10,4	13,5	40,9
	Secondaire ou plus	7,5	21,5	0,0	7,3	2,5	14,1
Quintiles du bien-être	Le plus pauvre	32,5	53,7	1,5	11,7	18,5	48,0
	Le second	31,0	51,1	1,4	11,0	14,6	46,5
	Le moyen	31,2	53,6	1,6	11,7	18,2	49,2
	Le quatrième	34,7	53,4	2,2	8,7	17,1	46,8
	Le plus riche	18,5	37,2	0,9	8,3	7,5	30,2
Sexe de l'enfant	Masculin	30,5	51,4	2,0	11,2	16,6	45,0
	Féminin	28,9	48,5	1,1	9,4	13,9	43,8
Age de l'enfant (mois)	<6	1,6	6,1	0,7	4,8	0,9	3,9
	6-9	8,1	20,9	3,0	14,1	6,8	26,7
	10-11	18,3	40,9	2,5	18,3	24,1	48,5
	12-23	35,1	60,8	2,6	19,1	22,0	59,4
	24-35	37,0	60,7	1,4	9,9	22,1	54,1
	36-47	39,5	60,7	0,9	6,8	15,4	49,4
	48-59	31,9	53,5	1,0	5,8	10,9	42,1
Adulte en âge de travailler	Non		83,3		9,7		85,5
	Oui		50,5		10,8		44,8
Enfant de moins 18 ans qui travaille	Non		47,7		10,7		43,2
	Oui		51,8		11,5		44,9
Adulte avec maladie chronique	Non		49,9		9,8		44,4
	Oui		51,6		12,0		45,5
Ménage monoparental	Non		50,2		10,6		44,3
	Oui		54,5		13,1		51,7
Présence d'enfants orphelins	Non		51,3		10,8		45,4
	Oui		44,4		10,6		41,0
Taux de dépendance élève (+ de 4 enfants par adulte)	Non		50,5		10,7		44,7
	Oui		50,9		12,5		46,8
Présence de vieilles personnes (70+)	Non		51,5		10,9		45,7
	Oui		42,6		10,3		38,7

Source : EDSN 1992, 1998 et 2006

Tableau 21: Prévalence et traitement des maladies de l'enfance (en %)

	1998	2006
Prévalence des Infections respiratoires aiguës (IRA)	14,2	13,8
Prévalence de la diarrhée	37,8	20,8
Proportion des enfants ayant reçu des sachets Solution de Réhydratation Orale (SRO) ou solutions liquides augmentées	19,6	52,9
Proportion des enfants ayant reçu des Injections contre la diarrhée	1,4	1,4

Source : EDSN 1998 et 2006

Tableau 22 : Nutrition des enfants: variables de l'offre et de l'accès à l'usage effectif des services par région

Région	Pourcentage d'enfants ayant reçu des compléments de vitamine A (%)	A consommé des fruits et légumes riches en Vitamine A (%)	Pourcentage d'enfants vivant dans un ménage disposant de sel correctement iodé	Durée médiane d'allaitement au sein (mois)		
				Allaitement au sein	Allaitement exclusif au sein	Allaitement au sein prédominant
Agadez	86,4	27,7	4	19,5	0,5	6,7
Diffa	73,2	27,1	61	21,2	0,4	5,2
Dosso	86,8	35,0	46	22,2	0,4	6,6
Maradi	67	14,9	56,4	21,3	0,4	5
Tahoua	64,5	18,0	51,9	22,4	0,5	6,2
Tillabéri	82,9	33,6	54,7	22,6	0,5	4,2
Zinder	68	14,0	39,3	19,8	0,5	4,2
Niamey	71,3	42,2	51,4	19,6	0,4	5
Urbain	77,7	38,7	43,5	19,3	0,4	4,9
Rural	68,1	20,0	50,0	21,7	0,5	5,4
Ensemble	69,6	22,9	49	21,4	0,5	5,3

Source: EDSN 2006 »

Tableau 23 : Evolution de la malnutrition chez les enfants (%)

		Retard de croissance	Emaciation	Insuffisance pondérale
		Modérée ou sévère	Modérée ou sévère	Modérée ou sévère
National	1992	32,3	15,8	36,2
	1998	41,1	27	49,6
	2006	50	10,3	44,4
Rural	1992	33,9	16,7	37,9
	1998	43	22,1	52,4
	2006	53,3	10,6	47,3
Urbain	1992	25,5	12	29
	1998	31,2	13,3	35,3
	2006	38,0	9,5	33,6
Niamey	1992	19,2	11,8	23,7
	1998	24,8	12,9	31,3
	2006	21,3	6,7	18,1
Autres villes	1992	28,8	12,1	31,8
	1998	34,6	13,5	37,5
	2006	38	9,5	33,6

Source: EDSN 2006 »

Tableau 24 : Indicateur principal sur les résultats pour la santé de jeunes enfants, soins connexes et corrélats

		Prévalence Des IRA (%)	Prévalence De la diarrhée (%)	% des enfants ayant reçu des sachets SRO ou solutions liquides augmentées	% des enfants ayant reçu des Injections contre la diarrhée	
Situation de 1998	Région	Agadez/Tahoua	10,2	33,9	26,9	2,6
		Diffa/Zinder	15,0	45,7	14,4	1,1
		Dosso	8,4	33,6	20,2	1,9
		Maradi	16,7	40,3	13,9	1,6
		Tillabéri	16,8	32,8	14,1	0,5
		Niamey	17,9	30,7	47,2	0,8
	Milieu de résidence	Rural	14,2	39,0	15,8	1,4
		Urbain	14,2	31,6	42,5	1,9
	Sexe de l'enfant	Masculin	15,8	38,7	19,7	1,5
		Féminin	12,5	36,7	19,4	1,4
	Ensemble		14,2	37,8	19,6	1,4
	Situation de 2006	Région	Niamey	15,8	21,1	62,2
Agadez			11,2	18,7	52,1	0,6
Diffa			10,4	22,7	49,3	1,5
Dosso			17,5	25,1	50,8	1,5
Maradi			5,4	16,5	39,1	2,2
Tahoua			21,3	23,0	45,6	1,7
Tillabéri			16,3	18,1	65,4	2,2
Zinder			11,5	22,3	65	0,0
Milieu de résidence		Rural	14,1	21,5	62,0	1,4
		Urbain	12,5	17,5	51,5	1,1
Sexe		Garçons	13,6	20,4	54,1	1,6
		Filles	14,1	21,3	51,7	1,1
Quintiles de bien-être économique		Le plus pauvre	14,7	22,0	49,7	1,9
		Le second	14,1	22,7	49,5	0,1
		Le moyen	13,7	22,7	52,4	2,1
		Le quatrième	14,7	19,3	50,6	1,4
		Le plus riche	11,8	17,5	65,8	1,3
Niveau d'instruction de la mère		Aucun	13,9	21,4	51,6	1,3
	Primaire	13,1	18,2	63,5	1,2	
	Secondaire ou plus	13,0	13,2	67,5	2,3	
Age de l'enfant (mois)	<6	15,5	18,4	42,5	0,8	
	6-11	21,4	34,0	53,7	1,0	
	12-23	16,6	30,8	58,8	2,6	
	24-35	13,7	21,2	54,7	0,7	
	36-47	10,9	13,9	46,4	1,1	
	48-59	7,9	9,8	49,9	0	
National		13,8	20,8	52,9	1,4	

Source : INS, EDSN MICS III, 2006

IRA : Infections Respiratoires Aiguës
SRO : Solution de Réhydratation Orale

Tableau 25: Autres résultats pour la santé des adolescents, services et corrélats

		% de jeunes âgés de 15-24 ans ayant une connaissance complète du SIDA		% de jeunes âgés de 15-24 ans ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours de premiers rapports sexuels		% de jeunes âgés de 15-24 ans ayant connu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois		% de personnes vivant avec une IST		% de personnes dont le test du VIH est positif	
		Femmes (F)	Hommes (H)	F	H	H	F	H	F	H	F
Age (ans)	15-19	12,3	14,4	1,6	18,9	76,3	0,7				
	15-17	11,1	11,9	1,8	9,4	95,9	0,8				
	18-19	14,2	19,0	1,4	25,2	62,1	0,7				
	20-24	14,5	17,6	2,8	11,6	27,3	1,1				
Région	Niamey	31,1	33,5	3,0	52,1	85,2	10,6	1,8	0,9	1,6	1,1
	Agadez	17,7	33,7	2,6	20,9	77,8	6,2	0,8	0,8	0,9	2,1
	Diffa	14,2	17,8	1,3	5,3	65,9	0,6	0,0	0,4	1,4	1,9
	Dosso	15,9	14,6	1,3	11,1	13,6	0,0	1,1	0,6	0,7	0,5
	Maradi	11,8	6,4	4,9	5,8	16,9	0,0	0,4	0,1	0,3	0,4
	Tahoua	7,8	10,1	0,5	6,2	58,8	0,8	0,3	1,2	1,1	1,0
	Tillabéri	14,0	11,9	1,7	-	-	0,7	0,0	0,1	0,8	0,2
Zinder	8,3	14,4	2,4	7,7	25,2	0,2	0,6	0,1	0,2	0,7	
Milieu de résidence	Rural	8,1	6,7	2,1	3,7	28,2	6,0	0,3	1,0	0,6	0,5
	Urbain	31,1	33,7	3,5	39,5	76,7	0,2	1,6	0,4	1,3	1,5
Quintile de pauvreté	Le plus pauvre	4,6	5,9	1,3	0,0	-	0,0	0,0	0,3	0,2	0,3
	Le second	4,8	7,8	1,4	5,1	23,5	0,2	0,5	0,5	1,0	0,5
	Le moyen	8,4	1,2	2,5	1,2	32,1	0,3	0,0	0,6	0,6	0,4
	Le quatrième	12,6	9,1	3,0	7,1	28,0	1,2	0,6	0,3	0,1	0,8
	Le plus riche	30,1	34,3	3,0	35,4	75,3	3,3	1,6	0,7	1,4	1,2
Niveau d'instruction	Aucun	8,2	4,5	2,2	4,6	26,1	0,4	0,2	0,4	0,8	0,5
	Primaire	17,3	12,9	1,6	12,6	46,8	2,2	0,6	0,5	0,6	1,5
	Secondaire ou plus	47,7	46,8	8,0	42,4	73,8	10,2	2,8	1,5	0,9	1,2

Source : EDSN-MICS 2006

Tableau 26: Résultats pour la santé des adolescents, services et corrélats

		Personnes ayant connaissance de la prévention contre le VIH		Personnes âgées de 15-24 ans ayant connaissance de la prévention contre le VIH	Avez-vous donné naissance au cours des 2 dernières années et effectué 1 consultation de prévention de transmission du VIH de la mère à enfant ?		Nombre de femmes âgées de 15-49 ans ayant donné naissance au cours des deux années précédant l'enquête
		Nombre de cas	%		Nombre De « oui »	%	
Sexe et âge	Féminin, 15-24	400	11,7	3.431	152	11,2	1.358
	Féminin, 25-49	646			306	12,0	2.540
Taille du ménage	< 3 membres	77	20,3	378	7	8,1	82
	3-4 membres	273	23,9	1.145	76	10,3	741
	5-6 membres	346	32,4	1.068	102	11,4	895
	7+	855	24,3	3.518	273	12,5	2.180
Niveau d'éducation du CM	Aucun	982	19,7	4.975	300	9,2	3.263
	Primaire	200	32,1	623	80	20,4	390
	Secondaire et +	360	77,3	466	76	35,0	218
Sexe CM	Masculin	1.359	26,3	5.162	401	12,1	3.317
	Féminin	193	20,3	947	57	9,9	581
Quintiles de bien-être	Le plus pauvre	116	12,1	955	50	5,7	879
	Le pauvre	154	14,4	1.072	64	8,4	754
	Le moyen	191	16,5	1.160	43	5,7	747
	Le riche	281	22,0	1.278	77	9,5	816
	Le plus riche	809	49,3	1.643	225	32,0	701
Existence d'un adulte qui travaille	Non	4	2,6	146	2	6,6	29
	Oui	1.547	26,0	5.963	456	11,8	3.868
Existence d'enfants travailleurs	Non	415	30,8	1.346	135	15,2	885
	Oui	820	25,4	3.226	239	10,5	2.271
Existence d'adultes ayant une maladie chronique	Non	1.036	27,6	3.751	311	12,5	2.490
	Oui	492	22,4	2.198	144	10,7	1.356
Ménage monoparental	Non	1.485	26,3	5.640	432	12,2	3.543
	Oui	66	14,1	469	27	7,5	354
Existence d'orphelins dans le ménage	Non	1.238	26,5	4.677	415	11,8	3.503
	Oui	179	21,2	845	41	11,4	361
Haut ratio de dépendance (4+ enfants par adultes)	Non	1.517	25,6	5.930	444	12,0	3.705
	Oui	33	24,3	136	13	7,7	173
Existence de vieilles (70 +) personnes dans le ménage	Non	1.375	25,9	5.301	417	11,7	3.556
	Oui	176	21,8	808	41	12,1	341
Région	Agadez	66	31,8	207	26	33,3	79
	Diffa	31	18,7	164	14	15,7	92
	Dosso	178	19,3	926	59	11,1	534
	Maradi	277	25,6	1.084	94	11,1	850
	Tahoua	181	15,8	1.142	110	13,0	848
	Tillabéri	251	30,7	818	29	5,6	517
	Zinder	196	18,9	1.042	42	5,6	759
	Niamey	370	51,0	725	83	37,9	219
Milieu de résidence	Urbain	765	48,3	1.583	223	38,6	577
	Rural	786	17,4	4.526	236	7,1	3.320
National		1551	25	6108	458	12	3,897

Source : EDSN-MICS III 2006, calculs Université de Bristol,

Tableau 27: Fréquentation scolaire primaire avec corrélats

		Pourcentage
Age de l'enfant	7	32
	8	38
	9	40
	10	39
	11	43
	12	37
Sexe du répondant	Masculin	44
	Féminin	31
Taille du ménage	< 3 membres	20
	3-4 membres	34
	5-6 membres	34
	7 membres et +	40
Niveau d'éducation du CM	Aucun	34
	Primaire	56
	Secondaire et +	86
Sexe du CM	Masculin	37
	Féminin	41
Quintile de bien-être	Plus pauvre	26
	Deuxième quintile	28
	Troisième quintile	32
	Quatrième quintile	37
	Plus riche	70
Adulte en âge de travailler	Non	24
	Oui	38
Enfant de moins 18 ans qui travaille	Non	48
	Oui	35
Adulte avec maladie chronique	Non	39
	Oui	37
Ménage monoparental	Non	38
	Oui	35
Présence d'enfants orphelins	Non	38
	Oui	38
Taux de dépendance élève (+ de 4 enfants par adulte)	Non	38
	Oui	34
Présence de vieilles personnes (70+)	Non	38
	Oui	35
Région	Agadez	55
	Diffa	30
	Dosso	47
	Maradi	35
	Tahoua	34
	Tillabéri	33
	Zinder	29
	Niamey	78
Milieu de résidence	Urbain	71
	Rural	32
National		38

Source : EDS-MICS III 2006

Tableau 28: Fréquentation scolaire selon l'état de survie des parents et la résidence avec les parents (en %)

	Les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins un parent	Les deux parents sont en vie et qui ne vivent avec aucun parent	Seule la mère est décédée	Seul le père est décédé	Les deux parents sont décédés	Un seul parent ou les deux parents sont décédés
Sexe						
Masculin	44,0	48,0	44,0	45,0	(22,0)	43,0
Féminin	30,7	23,2	25,1	24,3	(27,0)	24,8
Milieu de résidence						
Niamey	73,9	47,1	*	70,6	*	64,7
Autres villes	63,2	61,3	(62,1)	55,0	*	53,6
Ensemble urbain	66,9	56,7	66,7	61,8	(30,8)	58,3
Rural	31,9	25,2	31,8	26,5	(21,4)	28,3
Quintiles de bien- être						
Le plus pauvre	27,9	19,2	(28,8)	20,7	*	22,5
Second	27,9	23,2	37,6	22,5	*	26,1
Moyen	33,2	31,4	(21,4)	(33,4)	*	30,0
Quatrième	33,5	22,4	30,9	45,3	*	36,7
Le plus riche	67,5	57,1	63,3	55,1	(37,0)	55,3
Ensemble	37,8	32,9	36,1	33,7	24,4	33,8

Source : INS Niger, EDSN MICS III 2006, page 275.

* Basé sur trop peu de cas non pondérés. () Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Tableau 29: Orphelins, enfants vulnérables et corrélats

	% d'enfants ayant perdu au moins un des parents géniteurs en 2000	% d'enfants ayant perdu au moins un des parents géniteurs en 2006	Nombre d'enfants détenus en prison en 2007	Nombre d'enfants détenus en prison au 13 février 2008	
Région	Niamey	5,6	8,1	50	26
	Agadez	4,7	6,9	5	12
	Diffa	3,3	6,2	9	6
	Dosso	4,8	6,6	13	28
	Maradi	3,6	4,0	28	53
	Tahoua	4,7	6,3	6	38
	Tillabéri	5,5	5,9		23
	Zinder	4,0	5,7	13	15
Milieu de résidence	Rural	4,4	5,6		
	Urbain	5,3	6,6		
Sexe	Masculin	4,5	5,8		
	Féminin	4,5	5,8		
Quintiles de bien-être économique	Le plus pauvre		6,2		
	Le second		6,2		
	Le moyen		5,0		
	Le quatrième		5,2		
	Le plus riche		6,4		
Ensemble	4,5	5,8	114	201	

Source : INS, EDSN MICS III de 2006.

Tableau 30 : Travail des enfants (dimensions individuelle, ménage, géographique)

Caractéristique	Travail payé (%)	Travail non payé (%)	Enfants qui ont fait des travaux domestiques (%)	Enfants qui ont travaillé dans les champs / affaires de la famille (%)	Ensemble des enfants qui ont travaillé (%)	Effectif
Groupe d'âges						
5-11	2,9	19,8	12,2	21,2	44,0	11.904.
12-14	1,8	2,9	36,4	38,4	58,4	3.733.
Sexe						
Masculin	3,2	16,2	16,5	26,3	47,5	7.911.
Féminin	2,0	15,3	19,5	24,2	47,3	7.726.
Milieu de résidence						
Niamey	3,5	12,3	4,3	12,7	27,2	870
Autres villes	2,4	13,2	8,7	14,1	32,3	1.635.
Ensemble urbain	2,8	12,9	7,1	13,6	30,6	2.505.
Rural	2,6	16,3	20,0	27,5	50,6	13.132.
Région						
Agadez	2,0	4,8	8,9	8,3	20,7	405
Diffa	4,6	25,9	15,5	24,2	49,4	422
Dosso	2,3	14,7	19,2	35,1	50,4	2.110.
Maradi	4,6	18,4	16,1	29,0	52,5	3.269.
Tahoua	2,6	17,7	11,7	18,0	40,4	3.008.
Tillabéri	2,0	25,0	22,9	24,2	59,5	2.376.
Zinder	0,9	5,9	26,5	28,3	46,4	3.179.
Niamey	3,5	12,3	4,3	12,7	27,2	870
Orphelin (mère et/ou père décédé)						
Oui	3,5	17,4	24,9	29,3	56,6	1.237.
Non	2,6	15,6	17,3	24,9	46,6	14.400.
Fréquentation scolaire						
Oui	3,0	15,9	13,6	23,8	44,3	4.750.
Non	2,5	15,6	19,8	25,9	48,8	10.888.
Quintiles de bien-être économique						
Le plus pauvre	3,2	19,5	18,5	26,5	52,3	3.477.
Second	1,9	16,8	19,5	27,2	49,8	3.151.
Moyen	2,7	14,1	21,3	27,8	49,7	3.166.
Quatrième	3,0	15,1	19,7	27,8	50,1	2.965.
Le plus riche	2,2	12,5	10,1	16,3	33,6	2.878.
Ensemble	2,6	15,7	17,9	25,3	47,4	15.637

Source : EDSN-MICS 2006

Tableau 31 : Mariage précoce et corrélats

		Age médian à la première union			
		Femmes de 25-49 ans		Hommes de 30-59 ans	
Situation de 2000	Région	Niamey	16,9	26,0	
		Agadez/Tahoua	15,3	22,8	
		Diffa/Zinder	14,7	20,6	
		Dosso	15,5	22,1	
		Maradi	14,9	21,0	
		Tillabéri	15,6	22,9	
	Milieu de résidence	Urbain	15,0	24,6	
		Rural	15,8	21,3	
	Niveau d'instruction	Aucun	15,0	21,4	
		Primaire	15,9	22,8	
Secondaire et +		20,5	26,9		
		Pourcentage (%) des filles mariées avant l'âge de 15 ans en 2006	Age médian à la première union		
			Femmes de 25-49 ans	Hommes de 30-59 ans	
Situation de 2006	Région	Niamey	27,4	18,5	27,6
		Agadez	29,3	16,5	24,8
		Diffa	42,9	15,3	23,1
		Dosso	38,2	15,7	23,2
		Maradi	48,7	15,2	22,0
		Tahoua	46,2	15,5	24,5
		Tillabéri	26,8	16,4	23,5
		Zinder	57,2	14,9	21,21
	Milieu de résidence	Rural	43,5	16,7	25,9
		Urbain	32,8	15,4	22,6
	Ethnie	Arabe	41,6		
		Djerma/Songhaï	26,6		
		Gourmantché	34,2		
		Haoussa	46,0		
		Kanuri	45,8		
		Peul	42,9		
		Touaregs	42,4		
		Toubou	28,0		
	Autres	16,9			
	Religion	Musulmane	40,5		
Chrétienne		28,2			
Animiste		-			
Autres		-			
Sans religion		42,7			
Niveau d'éducation	Aucun	43,2	15,4	22,6	
	Primaire incomplet	30,6			
	Primaire complet	25,3	16,5	23,3	
	Secondaire incomplet	7,5			
	Secondaire complet	0	21,5	28,3	
	Supérieur	0			
Ensemble		40,4	15,5	23,1	

Source : INS, EDSN MICS III de 2006

Tableau 32 : Protection sociale: variables de l'offre et de l'accès à l'usage effectif des services par région

Région	Nombre d'allocataires	Nombre de bénéficiaires des pensions	Emission des prestations sociales (FCFA)	Effectifs des enfants en charge	Nombre d'enfants scolarisés en tant que cas sociaux
Agadez	4.259	1.165	28.380.464	24.867	23
Diffa	660	310	3.689.419	2.697	0
Dosso	1.844	937	8.303.282	5.742	0
Maradi	4.679	1.642	18.684.899	21.594	20
Tahoua	2.096	1.399	113.924.083	9.008	0
Tillabéri	663	319	1.909.460	2.346	37
Zinder	2.136	1.939	13.963.220	9.220	24
Niamey	2.4768	1.0405	286.231.489	8.4184	0
Total	4.1105	1.8116	375.086.315	159.658	104

Source : Caisse Nationale de Sécurité sociale, « Rapport Annuel d'Activité Exercice 2006 »

Tableau 33 : Dépenses sociales (millions de FCFA)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Éducation	5,8	10,6	12,6	16,7	14,9	14,9	75,5
Santé	13,5	14,6	22,6	15,6	24,3	28,6	119
Hydraulique	4,4	8,6	16,4	20,3	16,7	12,2	78,6
Promotion Humaine	3	3,7	4,4	4,2	10	12,7	38
Assainissement	0,1	0,2	0,1	0,1	0	0	0,5
Total	26,8	37,7	56,1	56,9	65,9	68,4	312

Source : Ministère de l'Economie et des Finances

