

REPUBLIQUE DU NIGER



Fraternité, Travail, Progrès

CABINET DU PREMIER MINISTRE



SECRETARIAT PERMANENT DE LA SRP

REPONSES AU QUESTIONNAIRE SUR LES PROGRES VERS L'ATTEINTE DES OMD AU NIGER

OMD 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim.

1. Faim

1) Qui sont les personnes les plus susceptibles d'être confrontés à l'insécurité alimentaire et pourquoi ?

Au Niger, les ménages dirigés par les femmes, les femmes enceintes surtout en milieu rural, les personnes âgées, les enfants ((surtout la tranche d'âge 12-23 mois, de 6 à 23 mois, tranche la plus sensible à l'insécurité alimentaire nomades ne vivant quasi-exclusivement que des produits de bétail pour lesquelles l'insécurité alimentaire humaine est le plus souvent corrélé à celle du bétail en développant rapidement une malnutrition aigüe) , les populations nomades et les ruraux sont les plus affectés par l'insécurité alimentaire. La situation est plus critique en cas de crise alimentaire ou de famine. En effet, selon les résultats préliminaires de l'enquête nationale sur la vulnérabilité des ménages à l'insécurité alimentaire réalisée en Avril 2010, globalement, l'insécurité alimentaire sévère et modérée affecte 47,7% de la population, soit 7,1 millions de personnes Si l'on examine également la distribution de l'insécurité alimentaire suivant le statut matrimonial du chef de ménage, il apparaît aussi que les ménages dont le chef de ménage est divorcé (e) ou veuf (ve) enregistrent des taux d'insécurité alimentaire plus élevés. Ceci est dû au fait que les ménages dirigés par les femmes sont majoritairement constitués de chefs de ménages veuves (59% de l'ensemble des ménages ayant à leur tête une femme contre moins de 1% pour les ménages dirigés par les hommes).

Le profil socio économique des ménages en insécurité alimentaire montre qu'ils ne disposent ni suffisamment de revenus ni de stocks alimentaires pour couvrir leurs besoins alimentaires. Ils consacrent en moyenne entre 70 et 72% de leur budget à l'alimentation, disposant ainsi de très peu de ressources pour faire face à d'autres besoins vitaux tels que la santé et l'éducation. Ils éprouvent d'énormes difficultés d'accès à la nourriture et ont recours intensément à l'usage des stratégies de survie telles que : la diminution de la quantité, de la qualité et de la fréquence des repas, le recours à la consommation inhabituelle d'aliments de pénurie, la vente de biens personnels, la vente d'animaux reproducteurs pour raison d'insécurité alimentaire et la vente de biens d'équipements (animaux de trait, matériels agricoles, champs, parcelles).

Parmi les causes contribuant à une situation d'insécurité alimentaire chronique au Niger, on note les facteurs structurels liés aux conditions climatiques précaires, la pauvreté chronique et la forte croissance démographique, ainsi que des facteurs conjoncturels aggravants, parmi lesquels : la baisse des revenus agricoles ; la rareté de l'eau et des pâturages ; la détérioration des termes de l'échange bétail contre vivres ; et l'insuffisance des structures de prise en charge de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans.

2) Veuillez décrire les politiques et programmes d'assistance sociale qui visent à assurer que les personnes les plus vulnérables aient accès à l'alimentation.

La prégnance de la pauvreté rurale justifie une action publique résolue avec l'objectif de mettre en place des « filets de sécurité » au profit des plus vulnérables. Pour cela trois (3) sous programmes ont été définis dans le cadre du présent programme.

Un sous programme « Prévention et gestion des crises et catastrophes naturelles » dont l'objectif est de mettre en place des mécanismes « d'assurance » collective face aux aléas les plus graves. La prévention (à court terme) et la gestion des crises sont une obligation des pouvoirs publics, dans un pays sahélien comme le Niger du fait de la multiplicité des facteurs qui induisent les crises alimentaires et de la complexité de leurs interrelations.

Le deuxième sous-programme : « Santé-nutrition » vise à prévenir les risques de maladies par des actions visant l'amélioration de l'environnement sanitaire et de l'alimentation des populations. Les ministères en charge du secteur rural interviendront dans ce domaine de collaboration avec la Division de Nutrition du Ministère de la Santé publique et les laboratoires (LANSPEX) dans le cadre du Comité National Nutrition.

Le troisième sous-programme : « augmentation des revenus des plus vulnérables » a pour objectif de développer les activités non agricoles à même de permettre aux populations vulnérables d'améliorer leurs revenus et de sortir du cycle de la grande pauvreté. Ce sous programme est en lien direct avec toutes les mesures adéquates prises par ailleurs pour améliorer les revenus des ménages ruraux.

Dans le cadre du sous programme « prévention et gestion des crises et catastrophes naturelles » des actions d'atténuation de crises alimentaires sont conduites en direction des populations vulnérables. Il s'agit de : la vente de céréales à prix modéré, le programme « cash for Work », le programme « Cash transfert », la Distribution gratuite ciblée, la création et le renforcement des banques de céréales.

On peut citer également :

- le protocole national de prise en charge de la malnutrition qui met l'accent sur la prévention de la malnutrition et la prise en charge curative de cette dernière, chez les enfants de 0 à 59 mois et les femmes enceintes ;
- mise en place d'un cadre unique de gestion des crises alimentaire appelé le Dispositif National de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaires ;
- la mise en place et exécution du Blankett Freeing en période de crise alimentaire ;
- Les opérations de vente de céréales à prix modéré.

3) *Quels sont les processus et mécanismes pour assurer la participation de la société civile dans les prises de décisions, la transparence et la responsabilité, ont été les plus efficaces dans l'amélioration de l'accès des plus vulnérables à l'alimentation des plus vulnérables ? lesquels ont été les moins efficaces ?*

Depuis 1998, l'Etat du Niger et les principaux donateurs d'aide alimentaire gèrent en concertation un Dispositif National de Prévention et de Gestion des crises Alimentaires (DNPGCA). La mission principale du dispositif national de

prévention et de gestion des crises est de contribuer à la réduction de la vulnérabilité alimentaire des populations nigériennes par une meilleure coordination et une meilleure gestion des actions des différents intervenants à travers :

- la mise en œuvre de stratégies de prévention des crises alimentaires ;
- le renforcement des capacités des populations à se prémunir contre les crises et à mettre en place des stratégies face aux crises ;
- l'amélioration de la cohérence et de l'efficacité de la personne publique aux crises alimentaires. Ce dispositif comprend entre autres des comités régionaux et sous-régionaux et sous régionaux de prévention et de gestion des crises alimentaires qui ont pour mission d'assurer la gestion stratégique et opérationnelle de la prévention et de la gestion des crises sur le terrain. Ils regroupent l'ensemble des acteurs concernés (services techniques, ONG et société civile) pour collecter, valider, analyser l'information sur la situation et pour coordonner/suivre/évaluer les interventions de prévention et de gestion des crises dans leurs entités administratives.

2. Travail décent

2.1. Qui sont les personnes les plus susceptibles d'être des travailleurs pauvres ou d'être engagés dans du travail vulnérable ?

Les personnes les plus susceptibles d'être des travailleurs pauvres ou d'être engagées dans du travail vulnérable sont : les travailleurs du secteur informel (apprentis et artisans), les femmes, les enfants travailleurs, les communautés rurales, les non scolarisés ou exclus du système scolaire, les personnes handicapées ou infectées par le VIH/SIDA. D'autres situations peuvent rendre les personnes vulnérables :

- ✓ Les femmes enceintes, du fait de leur état fragile et des répercussions sur leur grossesse et leur santé ;
- ✓ Les personnes vivant avec une maladie chronique du fait de la nécessité d'un suivi sanitaire permanent ;
- ✓ Les travailleurs des mines pouvant être exposés à des irradiations.

2.2. Veuillez décrire les politiques et programmes d'assistance sociale qui visent à procurer un bénéfice aux personnes les plus vulnérables.

Parmi les politiques et programmes d'assistance sociale visant à procurer un bénéfice aux personnes les plus vulnérables, il y a au Niger : la Politique Nationale de l'Emploi adoptée le 12 mars 2009 qui consacre un axe stratégique aux actions ciblées à l'endroit des femmes, des jeunes et des handicapés.

Parmi les politiques et programmes de protection sociale qui facilitent l'accès des plus vulnérables aux services de santé, figurent :

- le régime de sécurité sociale couvert par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), en réforme pour un meilleur taux de couverture de la sécurité sociale ;
- la mutualisation en cours en matière de santé (des corps para-militaires, des agents de l'Etat, des entreprises, des communautés rurales) ;
- le système du Fonds National de Retraite, dont la réforme est en cours avec le projet de mise en place d'une Caisse Autonome de Retraite du Niger (CARENI).

En effet, le régime de sécurité sociale à travers ses différentes branches (des pensions, vieillesse, des accidents de travail et maladies professionnelles, des prestations familiales) a un impact certain sur la mortalité infantile et sur les femmes. La mutualisation permet de son côté, une amélioration de l'accès aux services de santé.

D'autres mesures contribuent également à procurer un bénéfice au plus vulnérables : (i) l'octroi d'un quota de 25% est réservé aux femmes pour toute fonction et dans toute structure publique ; (ii) l'octroi d'un quota de 5% des postes à la fonction publique accordé aux personnes handicapées lors des recrutements .

2.3. *Quels processus et mécanismes pour assurer la participation de la société civile dans les prises de décisions, la transparence et la responsabilité, ont été les plus efficaces dans l'amélioration de l'accès des personnes les plus vulnérables au travail décent ? Lesquels ont été les moins efficaces ?*

Les politiques et programmes mis en œuvre sont les suivants : le Plan National d'Action pour la Nutrition, le dispositif de surveillance de la situation alimentaire, le Programme de Développement Sanitaire (voir les versions 1994-2000, 2005 -2009) pour les aspects liés aux pratiques alimentaires avec un accent particulier sur l'allaitement et l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, y compris la prévention et la prise en charge des cas de malnutrition, la stratégie opérationnelle de sécurité alimentaire 2000, le plan national de contingence pour la sécurité alimentaire, le Programme Spécial du Président de la République (2002) financé sur fonds PPTE, la Stratégie de Développement Rural (SDR 2003) pour les aspects liés à la disponibilité et à l'accessibilité aux biens alimentaires, y compris la prévention et la gestion des crises alimentaires, le programme de réduction de la vulnérabilité des ménages de la SDR, la Stratégie nationale Globale de Sécurité Alimentaire (2005), la politique nationale d'alimentation et de nutrition adoptée en 2006.

La liberté de création des syndicats et associations et la liberté d'exercice sont des mesures qui ont favorisé la participation de la société civile dans les prises de décisions.

OMD2 : Assurer l'éducation primaire pour tous

2.1. Qui sont les enfants les plus susceptibles d'abandonner l'école primaire et pourquoi ?

Les enfants qui abandonnent le plus souvent l'école sont ceux des parents pauvres et se trouvant surtout en milieu rural ou en zone reculée (zones nomades) et parfois ceux des milieux urbains. Cette situation concerne beaucoup plus les filles que les garçons d'une manière générale. En effet, en 2008, le taux d'abandon global est de 33,3% dont 30,7% pour les garçons et 36,6% pour les filles. Les raisons de ces abandons sont entre autres : L'insécurité alimentaire, le mariage précoce, le travail des enfants. Une des raisons principales sont la pauvreté des parents, les contraintes socio-culturelles.

2.2. Veuillez décrire les politiques et programmes de protection sociale qui ont été mis place pour prévenir l'abandon de l'école primaire parmi les enfants les plus vulnérables. Certains programmes ont-ils eu un impact sur les taux de retrait des enfants des écoles primaires et secondaires ?

Le secteur est régi par la LOSEN adoptée en 1998. Cette Loi d'Orientation du Système Éducatif Nigérien (LOSEN) vise le développement de l'éducation de base, de l'enseignement scientifique, technique et professionnel. La loi LOSEN touche également les domaines spécifiques par la politique nationale de l'enseignement préscolaire, la politique nationale de l'éducation non formelle et la politique nationale de l'éducation spécialisée. on a également le Programme Décennal de Développement de l'Éducation (PDDE) 2003-2012 qui concerne surtout l'enseignement primaire. Le PDDE s'insère dans le cadre plus général de la Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté et de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015.

Le Programme Décennal de Développement de l'Education (PDDE) constitue le cadre de référence en matière de l'éducation de base. Ce programme constitue une réforme du système éducatif nigérien marquée, non seulement par une volonté de changements institutionnels profonds, mais aussi par une refonte des mécanismes de gestion. Il vise l'universalisation d'un enseignement primaire de qualité et la réduction de moitié du taux d'analphabétisme à l'horizon 2015. Le programme a réussi à faire consensus et pratiquement tous les intervenants s'y réfèrent présentement. Des outils de mise en œuvre sont également très avancés et les capacités du Ministère en charge du secteur pour le pilotage et la coordination du programme sont satisfaisantes.

Toutefois, comme toute programmation, le PDDE se doit d'être dynamique pour pouvoir s'adapter aux évolutions de l'environnement national et international. Sur ce plan également le passage de la première phase à la deuxième a été l'occasion de plusieurs ajustements en termes notamment de l'amélioration de la qualité des enseignements et de l'encadrement. La troisième phase pour la période 2010-2013 sera une étape charnière pour la marche vers le rendez-vous de 2015.

Le gouvernement du Niger à travers le Ministère de l'Education Nationale a mis en place des politiques et programmes de protection sociale pour circonscrire les abandons en milieu scolaire. Du côté de l'offre, la première priorité consiste à amener l'offre des services de l'éducation au niveau des communautés situées dans les zones les plus reculées et également les communautés nomades.

Il s'agit donc de mobiliser et de réaliser les investissements nécessaires pour rendre disponibles et accessibles les services de l'éducation au niveau de ces communautés.

D'autre part plusieurs réflexions sont engagées pour vaincre les résistances culturelles à l'inscription des élèves à l'école. L'un des axes de ces réflexions est l'introduction des langues nationales. Cette option consacrée par la LOSEN demande également des investissements importants pour la formation des enseignants et l'élaboration et la production des guides et manuels scolaires et pour la création d'un environnement lettré bilingue. Aussi, la généralisation de l'enseignement bilingue, après plus de cinq décennies d'expérimentations diverses, représente un Il faut aussi noter l'implantation des cantines scolaires en milieu rural vulnérable pour stabiliser les enfants. D'autre part des allocations sont offertes aux filles pour mieux poursuivre leur scolarité.

Il est certain que certains programmes ont eu un impact important sur le maintien des enfants à l'école. En exemple le PDDE avec la création du volet accès qui permet aux enfants d'être à côté de leurs parents.

Pour prévenir les abandons scolaires les mesures suivantes ont été prises :

En matière du développement du préscolaire :

Adoption de la politique de développement intégré du jeune enfant.

Renforcement des structures en charge de la promotion des centres d'éveil de la petite enfance et de l'encadrement du personnel enseignant.

En matière du développement du cycle de base 1 :

- Développer une stratégie efficace et efficiente de programmation des besoins du système en matière d'accès et de couverture.
- Mettre en place un dispositif de stimulation de la demande sociale d'éducation.
- Diversifier l'offre d'enseignement du cycle de base 1 et assurer une harmonisation du développement de ces différentes composantes.
- Améliorer le système de gestion du personnel enseignant.
- Réduire les coûts des infrastructures scolaires.

En matière du développement de l'éducation non formelle :

- Finaliser et adopter le document de politique nationale de l'éducation non formelle.
- Améliorer la stratégie du faire-faire

2.3..Quels processus et mécanismes pour assurer la participation des bénéficiaires dans les prises de décisions, la transparence et la responsabilité, ont été les plus efficaces dans la prévention de l'abandon de scolarité parmi les enfants les plus vulnérables ? Lesquels ont été les moins efficaces ?

Le processus pour assurer la participation des bénéficiaires :

- la création des COGES
- les associations des parents d'élèves
- les campagnes de sensibilisation pour le maintien des enfants à l'école
- l'aide financière apportée aux parents les plus nécessiteux ;
- la création des ERA

OMD3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

3.1. Qui sont les femmes et les filles les moins susceptibles de recevoir une éducation secondaire ou tertiaires et les moins susceptibles d'avoir un travail rémunéré ?

Ce sont les femmes et les filles vivant en milieu rural et celles dont les parents sont analphabètes qui sont les moins susceptibles de recevoir une éducation secondaire ou tertiaire. Les raisons restent essentiellement le mariage précoce, le fort taux d'analphabétisme en milieu rural, coût d'opportunité du maintien des filles à l'école très élevé pour les parents pauvres qui préfèrent confier les travaux domestiques (garde des enfants, préparation des aliments, autres travaux ménagers) aux jeunes filles afin de libérer les autres actifs du ménage pour les tâches productives.

3.2. Veuillez décrire les politiques et programmes de protection sociale qui facilitent l'accès des femmes les plus vulnérables à l'éducation secondaire et tertiaire et à l'emploi rémunéré. Certains programmes ont-ils eu un impact sur les taux de retrait des enfants des écoles primaires et secondaires ?

On peut citer l'adoption de la politique nationale de la promotion de la femme(en 1996) mais révisée en 2009 , la mise en place d'un observatoire national pour la promotion de la femme , la mise en œuvre du Programme Spécial du Président de la République dans son volet crédit féminin, l'application du programme conjoint genre , le programme équité genre, le programme millénium challenge corporation dans son volet scolarisation de la fille , le programme augmentation du revenu monétaire des femmes, et le Fonds d'appui à l'égalité des sexes, la loi relative au quota ,l'adoption d'une politique nationale du genre en juillet 2008.

2.3..Quels processus et mécanismes pour assurer la participation des femmes dans les prises de décisions, la transparence et la responsabilité, ont été les plus efficaces ?

Plusieurs actions ont été entreprises par les différents Gouvernements qui se sont succédé pour réduire les disparités entre hommes et femmes dans l'éducation et la vie socio-économique et politique. Il s'agit notamment de : (i) l'adoption en 1996 de la politique nationale de la promotion de la femme révisée en 2009 ; (ii) la mise en place d'un observatoire national pour la promotion de la femme ; (v) la mise en œuvre du Programme Spécial du Président de la République dans son volet crédit féminin; (vi) l'application de la loi relative au quota ; (vii) l'adoption d'une politique nationale du genre en juillet 2008.

Dans le cadre de la mise en œuvre des politiques, on peut citer comme programmes : le programme conjoint genre, le programme Mata Masu Dubara, le programme équité genre, le programme millénium challenge corporation dans son volet scolarisation de la fille, le programme augmentation du revenu monétaire des femmes, et le Fonds d'appui à l'égalité des sexes.

Pour assurer la participation des femmes dans les prises de décisions : la promotion des femmes au gouvernement, accroître la proportion des filles scolarisées, la création d'emplois de développement des infrastructures et la promotion d'une bonne gouvernance.

OMD4 (réduire la mortalité infantile), OMD 5 (améliorer la santé maternelle) et OMD 6 (combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies).

4.1. Parmi quels groupes de populations les taux de mortalité infantile et maternelle et les taux de prévalence des grandes maladies sont-ils les plus élevés ?

C'est surtout en milieu rural que les taux de mortalité infantile sont élevés. En effet, en 2006 (Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples), le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est globalement de 198 pour mille dont 214 pour mille pour les filles et 221 pour mille pour les garçons. La baisse des taux de mortalité entre 1998 et 2006 a été plus importante parmi les jeunes filles (-30,1%) que parmi les jeunes garçons (-26,1%). Selon le milieu de résidence, le taux passe de 139 pour mille en milieu urbain à 231 pour mille en milieu rural. Concernant les taux de mortalité maternelle, c'est surtout en milieu rural et pour le groupe d'âge 20-29 ans que les taux sont les plus élevés. Le taux global étant de 648 pour 100000 naissances vivantes en 2006, pour la tranche 20-29 ans près de la moitié des décès serait due à des causes maternelles. Concernant le paludisme dont l'incidence globale en 2008 (Enquête sur le budget et la consommation des ménages) est de 13,5%, il sévit beaucoup plus en milieu rural (14,1%) qu'en milieu urbain (10,2%). Pour le cas du VIH-SIDA, en 2006, si parmi la population totale (15-49 ans) le taux de prévalence est identique chez les hommes et chez les femmes (0,7%), parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans la prévalence est nettement plus élevée chez les jeunes filles adolescentes (0,5%) que parmi les jeunes garçons (0,1%). Selon le milieu de résidence les données indiquent une prévalence du VIH/Sida beaucoup plus importante en milieu urbain (1,4%) qu'en milieu rural (0,5%) si l'on considère la population totale âgée de 15 à 49 ans. Par contre, en considérant le groupe cible de l'indicateur, jeunes âgés de 15 à 24 ans, le taux de prévalence du VIH/Sida est légèrement plus élevé parmi les jeunes ruraux (0,5%) que parmi les jeunes en milieu urbain (0,4%). Les principales raisons de ces états de fait sont entre autres : la forte incidence de la pauvreté en milieu rural d'où l'insuffisance de moyens pour prendre en charge les coûts liés à la santé, le fort taux de malnutrition des enfants en milieu rural, l'insuffisance des centres de santé et du personnel de santé en milieu rural,

4.2. Veuillez décrire les politiques et programmes de protection sociale qui facilitent l'accès des plus vulnérables aux services de santé. Veuillez détailler en particulier comment les mécanismes de protection sociale ont eu un impact sur la mortalité infantile et la santé des femmes, et comment ces programmes ont eu une incidence sur les maladies évitables grâce à l'amélioration de l'accès aux services de santé.

Dans un souci de lutter contre efficacement la mortalité maternelle et infantile, plusieurs politiques et programmes ont été mis en œuvre, il s'agit du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 1994-2000 et celui de 2005-2010, de la Politique Nationale de Population (PNP), du Programme démographique multisectoriel (PRODEM, 2005), du Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR, 2005) et enfin les mesures sur la gratuité de la césarienne, de la consultation prénatale et l'acquisition des contraceptifs et préservatifs dans le cadre du Programme spécial du Président de la République. Au niveau du sida, les politiques et programmes sont les suivants : la Coordination multisectorielle de lutte contre les IST/VIH/SIDA avec l'appui des partenaires bilatéraux et multilatéraux depuis 2002, le Cadre Stratégique National de lutte contre le SIDA, le Programme National de lutte contre le SIDA ayant pour but de prévenir la maladie, améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, instaurer un environnement éthique et juridique favorable au respect des droits de la personne, la loi sur le VIH/SIDA adoptée par l'Assemblée Nationale (notamment les mesures visant à éviter la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant et la criminalisation de la contamination délibérée). Concernant le paludisme, outre le Programme de Développement Sanitaire (PDS) qui constitue le principal cadre d'orientation en matière de lutte contre le paludisme et les autres maladies, on relève l'existence d'un programme spécifiquement consacré au paludisme ; c'est le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). L'objectif du PNLN est de lutter contre la maladie à travers les actions de contrôle, de sensibilisation et de mise à disposition des moustiquaires imprégnées aux populations vulnérables.

D'autres actions sont conduites dans le cadre de la protection sociale afin de faciliter l'accès des plus vulnérables aux services de santé : il s'agit de : (i) La stratégie d'accès aux soins de santé, avec : i) la gratuité des soins préventifs et curatifs aux enfants de 0 à 59 mois ; ii) la gratuité de la consultation prénatale chez les femmes enceintes ; iii) la gratuité de la contraception ; iv) la gratuité des césariennes et v) la gratuité de la prévention et de la prise en charge du cancer féminin, (vi) l'appui direct des ONG à la gratuité des soins dans les districts sanitaires (HELP à Téra et MDN à Keita). (vii) le recouvrement partiel des soins de santé et participation des populations aux décisions, (viii) la mise en place de systèmes de référence et contre-référence des patients d'un niveau inférieur à un niveau supérieur du système de santé, par un mécanisme de prépaiement ; (ix) la mise en place des mutuelles de santé pour la prise en charge des personnes démunies dans certaines formations sanitaires.

4.3..Quels processus et mécanismes pour assurer la participation des bénéficiaires dans les prises de décisions, la transparence et la responsabilité, ont été les plus efficaces dans la couverture et de la qualité des services sociaux pour les personnes les plus vulnérables ? Lesquels ont été les moins efficaces ?

On peut citer comme processus favorisant la participation des bénéficiaires :

- la généralisation et révision en cours de la participation communautaire aux actions de santé ; la révision consiste à plus décentraliser la gestion et à donner plus de pouvoir aux communautés, notamment les femmes (25% des membres des comités seront des

femmes ; une femme occupera désormais la place de président ou de vice président dans toutes les structures) ;

- la participation des organisations de la société civile (ONG, associations, syndicats) lors des processus de planification, de gestion et de suivi évaluation des activités ;
- les mécanismes de participation aux décisions les plus efficaces :
 - o la participation aux processus de planification et suivi-évaluation
 - o la participation communautaire aux actions de santé, dans le cadre des soins de santé primaire (SSP) ; une fois la stratégie de participation communautaire révisées adoptée et appliquée, elle sera encore plus efficace.

La participation des bénéficiaires pourrait être renforcée en :

- facilitant l'accès aux services et soins de santé de qualité aux enfants de 0 à 5 ans et aux femmes enceintes ; en facilitant l'accès aux services et soins de santé de qualité aux personnes démunies dans les structures où le fonds social de santé est mis en place (CHR Dosso, Hôpital de district III de Niamey) ;
- facilitant l'accès aux médicaments et consommables médicaux (MEG, KIT CPN, CSR, Accouchement, etc..)

OMD 4 : Réduire la mortalité infantile, OMD 5 : Améliorer la santé de la mère et OMD6 : Combattre le paludisme et d'autres maladies

4.1. Parmi quels groupes de populations les taux de mortalité infantile et maternelle et les taux de prévalences des grandes maladies sont-ils les plus élevés ?

Au sein de la population des adultes, le taux de mortalité de 15 à 49 ans est de 4,04‰ pour les femmes, alors qu'il est de 3,22 ‰ chez les hommes (Cf Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS) de 2006.

Chez les enfants, dans la tranche d'âge de 0 à 5 ans, on distingue les décès avant le premier anniversaire et les décès des enfants n'atteignant pas leur 5^{ème} anniversaire. Au sein de la première tranche (0-12 mois), la mortalité est de 81 pour mille naissances vivantes, dont 33% entre 0 et 1 mois et 48% entre 2 et 12 mois. Pour la seconde tranche (13 mois à 5 ans) la mortalité est de 126 pour mille. Le risque global de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est estimé à 198 pour mille naissances vivantes, soit près d'un enfant sur cinq. Ce risque global était de 273 pour mille naissances vivantes en 1994, année centrale avant l'enquête et chez les moins d'un an. Il est passé de 115 pour mille naissances vivantes à 81 pour mille.

Dans le groupe d'âge de moins de cinq ans, les maladies les plus fréquentes, responsables de la grande partie de ces décès sont généralement : les affections respiratoires, le paludisme, les diarrhées, la malnutrition et les maladies à potentiel épidémique comme la rougeole, la méningite. Au niveau des principales affections, il est constaté que 61% des cas de paludisme, 69, 97% des affections respiratoires, 80,70% des diarrhées et 96% des

malnutritions surviennent chez les enfants de 0 à 5 ans ; d'où le lourd fardeau de décès qu'engendre ces maladies dans cette tranche d'âge. Au niveau des maladies à potentiel épidémique, l'analyse des listes linéaires (liste où tous les cas sont enregistrés selon l'âge, la provenance,...), montre que la tranche d'âge où les décès sont plus élevés, est celle des enfants de moins de cinq (5) ans.

Comme dans les OMD, la mortalité maternelle c'est le décès d'une femme, survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison. La dernière enquête EDSN-MICS de 2006 a montré un taux de mortalité maternel de 648 pour 100 000 naissances vivantes.

Dans les groupes d'âge de 20-24 ans des femmes, 45% des décès sont de causes maternelles ; dans celui de 25-29 ans, les décès maternelles représentent 48%. Pour l'ensemble des décès de femmes en âge de procréation (15 -49 ans) quatre décès sur dix (40%) seraient dus à des causes maternelles.

Le taux de mortalité générale pour le groupe d'âge de 15 à 49 ans de femmes était estimé par EDSN-1992 à 4,7 pour mille pour la période 1979-1992. D'après EDSN-MICS de 2006, il serait de 4,0% pour la période 1996-2006.

4.2. Veuillez décrire les politiques et programmes de protection sociale qui facilitent l'accès des plus vulnérables aux services de santé. Veuillez détailler en particulier comment les mécanismes de protection sociale ont eu un impact sur la mortalité infantile et la santé des femmes, et comment ces programmes ont eu une incidence sur les maladies évitables grâce à l'amélioration de l'accès aux services de santé ?

Les Politiques et programmes de protection sociale qui facilitent l'accès des plus vulnérables aux services de santé sont:

- La stratégie d'accès aux soins de santé, avec :i)la gratuité des soins préventifs et curatifs aux enfants de 0 à 59 mois ; ii) la gratuité de la consultation prénatale chez les femmes enceintes ; iii) la gratuité de la contraception ; iv)la gratuité des césarienne et v) la gratuité de la prévention et de la prise en charge du cancer féminin.
- L'Appui directe des ONG à la gratuité des soins dans les districts sanitaires (HELP à Téra et MDN à Keita),
- Le Recouvrement partielle des soins de santé et participation des populations aux décisions ;
- La mise en place de systèmes de référence et contre référence des patients d'un niveau inférieur à un niveau supérieur du système de santé, par un mécanisme de prépaiement ;
- La mise en place des mutuelles de santé, notamment les mutuelles communautaires ;
- La mise en place de fonds social de santé pour la prise en charge des personnes démunies dans certaines formations sanitaires.

Les mécanismes de protection sociale ont eu un impact sur la mortalité infantile et la santé des femmes car ils ont facilité :

- l'accès aux services et soins de santé de qualité aux enfants de 0 à 5 ans et aux femmes enceintes ;
- l'accès aux services et soins de qualité aux personnes démunies dans les structures où le fonds social de santé est mis en place (CHR Dosso, Hôpital de district III de Niamey) ;
- l'accès aux médicaments et consommables médicaux (MEG, Kit CPN, CSR, Accouchements, etc).

4.3. Quels processus et mécanismes pour assurer la participation des bénéficiaires dans les prises de décisions, la transparence et la responsabilité ont été les plus efficaces dans la couverture et la qualité des services sociaux pour les personnes les plus vulnérables ? Lesquels ont été les plus efficaces ?

Les processus et mécanismes pour assurer la participation des bénéficiaires dans les prises de décisions sont :

- la généralisation et révision en cours de la participation communautaire aux actions de santé ; la révision consiste à plus décentraliser la gestion et à donner plus de pouvoir aux communautés, notamment les femmes (25% des membres des comités seront des femmes ; une femme occupera désormais la place de président ou de vice président dans toutes les structures) ;
- la participation des organisations de la société civile (ONG, associations, syndicats) lors des processus de planification, de gestion et de suivi évaluation des activités.

Les mécanismes de participation aux décisions les plus efficaces ont été :

- la participation aux processus de planification et suivi-évaluation ;
- la participation communautaire aux actions de santé, dans le cadre des soins de santé primaire (SSP) ; une fois la stratégie de participation communautaire révisée adoptée et appliquée, elle sera encore plus efficace.

OMD 7 : Assurer un environnement durable

7.1. Qui sont ceux qui sont les plus touchés par la réduction de la biodiversité, qui ont le moins accès à l'eau potable et à l'assainissement, et ceux qui sont le plus susceptibles de vivre dans les bidonvilles ?

Une grande partie de la population du Niger vit en milieu rural et dépend étroitement de la biodiversité ; mais les plus touchés par la réduction de la biodiversité sont :

- les ruraux du fait de la faible maîtrise des activités humaines illégales (empiétements des terres agricoles sur les zones forestières, surpâturage, pêche incontrôlée, braconnage, feux de brousse, coupes abusives de bois, etc.)

- les populations situées dans les zones vulnérables où la production vivrière n'est pas toujours garantie (car en période d'insécurité alimentaire ou de disette, les produits de la biodiversité sont les seuls secours, qu'il s'agisse de l'alimentation ou de la santé (femmes, enfants, agriculteurs, éleveurs, vieux) ;
- les tradipraticiens dont l'activité principale est basée exclusivement sur la biodiversité, pour guérir les malades.

Ceux qui ont moins accès à l'eau potable et à l'assainissement sont les ruraux du fait du faible taux de couverture en infrastructures hydrauliques et d'hygiène et assainissement.

Les personnes les plus susceptibles de vivre dans des bidonvilles sont les immigrants venus dans zones rurales compte tenu de leur faible capacité à acquérir un travail décent qui leur procure les moyens financiers nécessaires. Les populations urbaines pauvres notamment celles vivant dans les quartiers anciens et les zones de peuplement non réglementées sont aussi des habitants de bidonvilles;

7.2. Veuillez décrire les politiques et programmes d'assistance sociale mis place au profit des plus vulnérables pour réduire la perte de biodiversité, améliorer l'accès à l'eau et à l'assainissement, et assurer l'accès à des logements sûr . Veuillez détailler en particulier les mécanismes de protection sociale qui ont un impact positif direct sur la vulnérabilité des habitants des bidonvilles et qui contribue à assurer un accès durable au logement adéquat.

Le gouvernement du Niger a adopté plusieurs stratégies et plan d'action dans le cadre de la préservation de l'environnement. On peut citer :

Dans le domaine de la diversité biologique :

- Le plan national pour l'environnement et le développement durable ;
- La Stratégie Nationale et le Plan d'Actions sur le changement et la variabilité climatiques (SNPA – CVC) ;
- le Programme d'Actions National pour l'Adaptation aux Changements Climatiques (PANA) ;
- Le plan d'action national de lutte contre la désertification et de gestion des ressources naturelles ;
- La stratégie nationale de relance de production et commercialisation de la gomme arabique ;
- La stratégie nationale sur les énergies domestiques ;
- La stratégie nationale pour les énergies nouvelles et renouvelables ;
- Le programme d'actions communautaires ;
- La Stratégie nationale et le plan d'action pour la diversité biologique ;
- La Stratégie nationale pour la pêche et l'aquaculture.

Dans le domaine de l'eau potable et de l'assainissement :

- Le Schéma Directeur pour la Mise en Valeur des Ressources en Eau ;
- Le « Schéma directeur de mise en valeur et de gestion des ressources en eau » élaboré en 1993 puis actualisé en 1997 ;
- Le document de « Politique et stratégie pour l'eau et l'assainissement » élaboré en Mai 2001 ;

- Le document Politique et Stratégie pour l'eau et l'assainissement réalisé en mai 2001 par le Ministère en charge de l'Hydraulique ;
- Le document (projet) cadre stratégique national en matière d'hygiène et d'assainissement élaboré en janvier 2008 par le Ministère en charge de la Santé.

Dans le cadre de l'environnement urbain :

- La Stratégie nationale et le plan d'action pour l'environnement urbain et le cadre de vie ;
- La politique nationale de l'habitat ;
- La stratégie nationale de développement urbain ;
- La stratégie nationale de financement de l'habitat social ;
- La Stratégie Nationale de Gestion de l'Environnement Urbain adoptée en 2001 ;
- Les Schémas Directeurs de Gestion des Déchets Solides des villes de Niamey et Maradi réalisés en 2007 par le Programme de Développement des Infrastructures Locales (PDIL) sous la maîtrise d'œuvre du Ministère en charge de l'Urbanisme ;
- Le plan de gestion des déchets issus de soins de santé réalisée en 2008 par le Ministère en charge de la Santé ;
- La création du Conseil National de l'Environnement pour un Développement Durable (CNEDD) ;
- le projet programme alimentaire mondial ;
- Le Dispositif National de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaires (DNP-GCA) pour prévenir et gérer les crises devenues récurrentes ;
- Le projet et programme de lutte contre la pauvreté (HIMO) ;
- Le programme d'appui à la sécurité alimentaire et au Développement des Organisations Paysannes (PASADOP) ;
- Le Programme Mobilisation des Eaux ;
- Le Programme National d'Adaptation aux changements Climatiques (PANA) ;
- Le Programme Environnement Urbain et Cadre de Vie

7.3..Quels processus et mécanismes pour assurer la participation des bénéficiaires dans les prises de décisions, la transparence et la responsabilité, ont été les plus efficaces ? Lesquels ont été les moins efficaces ?

- bonne gouvernance de la gestion des ressources naturelles notamment dans la mise en œuvre de la politique de la décentralisation ;
- participation des personnes vulnérables aux prises de décision dans les réunions ;
- la prise en compte de la dimension genre.

3. Veuillez décrire les politiques et programmes d'assistance sociale mis en place au profit des plus vulnérables pour réduire la perte de la biodiversité ?

Les actions de l'axe 4 (Intégration sociale urbaine) de Stratégie Nationale de Développement Urbain et l'élaboration en cours d'une stratégie de financement de l'habitat social au Niger constituent particulièrement des mécanismes de protection sociale ayant un impact positif direct sur la vulnérabilité des habitants des bidonvilles et qui contribuent à assurer l'accès durable au logement adéquat

OMD 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

8.1. *Veillez décrire comment l'aide publique au développement a un impact sur l'atteinte des OMD. La quantité, la qualité, la transparence et la prévisibilité de l'aide sont-elles adéquates ?*

Au Niger, l'aide publique au développement constitue une part importante des ressources budgétaire. Elle contribue à l'atteinte des Objectifs de la SDRP et des OMD. Du fait de l'alignement des interventions des Partenaires au Développement sur les priorités du Gouvernement, l'aide contribue à améliorer la croissance économique et favoriser l'accès des pauvres aux services sociaux de qualité,

Le Niger a accordé une place prépondérante à la mobilisation des ressources externes dans la mise en œuvre de ses stratégies de développement depuis des décennies et particulièrement avec la mise en œuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté adoptée en 2002. En effet, le processus d'élaboration et l'application des mesures de la SRP marquent la volonté affirmée du gouvernement de garantir les conditions d'une reprise effective de la coopération avec les Partenaires au développement et une mobilisation accrue des ressources financières aux fins de : i) financer les programmes de lutte contre la pauvreté et assurer le bien être des populations ; ii) réduire les déséquilibres des finances publiques et de la balance des paiements ; iii) promouvoir une croissance économique forte et durable. L'analyse du volume annuel de l'aide au développement par habitant montre que le Niger reste le pays de l'UEMOA qui mobilise le moins de ressources extérieures par habitant. La contre performance du Niger s'expliquent essentiellement par la faiblesse des capacités d'absorption ou de la consommation des crédits alloués. Le faible taux d'absorption des crédits s'observe au niveau des ONG/Associations et Organisation Communautaire de base. En raison de leur faiblesse institutionnelle, ils remplissent difficilement les conditions d'accès aux ressources extérieures.

La prévisibilité de l'aide est liée aux capacités de mise en œuvre des modalités ou conditionnalités d'exécution des projets et programmes. Les capacités en matière de planification de l'administration publique doivent être renforcées pour améliorer la prévisibilité de l'aide qui influe aussi sur l'atteinte des OMD. La faible prévisibilité de l'aide associée à une répartition non optimale et inefficace des flux d'aide au développement ont un impact peu significatif des flux d'aide sur l'atteinte des objectifs des stratégies de développement et des OMD.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'actions de la Déclaration de Paris, les résultats des enquêtes sur l'efficacité de l'aide montrent les constats suivants :

- une faible utilisation des systèmes nationaux de gestion des finances publiques
- une amélioration dans la coordination des interventions de renforcement des capacités, la cible de 2010 est atteinte
- peu de réduction des structures parallèles de mise en œuvre des programmes
- une légère progression dans la prévisibilité de l'aide

- une contre performance notable dans l'organisation des missions conjointes
- l'absence d'application du principe de responsabilité mutuelle

Tableau : Résultats des enquêtes OCDE 2005-2008

	Indicateurs	Reference 2005	2007	Objectifs-Cibles 2010
1	Les partenaires ont des stratégies de développement opérationnelles	C ¹	C	B ou A
2a	Des systèmes nationaux fiables de gestion des finances publiques	3,5	3,5	4,0
2b	Des systèmes nationaux fiables de passation des marchés	Pas disponible	B	C
3	Les apports d'aide sont alignés sur les priorités nationales	99%	91%	100%
4	Renforcement des capacités par un soutien coordonné	15%	50%	50%
5a	Utilisation des systèmes nationaux de gestion des finances publiques	27%	26%	51%
5b	Utilisation des systèmes nationaux de passation des marchés	49%	37%	Non Applicable e
6	Éviter les structures de mise en œuvre parallèles	52	47	17
7	L'aide est davantage prévisible	73%	78%	87%
8	L'aide est non liée	84%	84%	Plus de 84%
9	Utilisation de procédures ou dispositifs communs	31%	49%	66%
10a	Missions sur le terrain.	21%	18%	40%
10b	Travaux analytiques par pays	40%	32%	66%
11	Cadres axés sur les résultats	D	D	B ou A
12	Responsabilité mutuelle	Non	Non	Oui

Source : rapport enquête OCDE 2008

¹ La notation est basée sur une échelle de A à E avec A pour fort et E pour très faible

Ainsi, les défis restent importants particulièrement dans les domaines relatifs à la gestion axée sur les résultats, l'harmonisation des interventions et la responsabilité mutuelle.

Tableau 1 : Récapitulatif des défis pour assurer l'efficacité de l'aide

Aspects	2007	Défis
Appropriation	Modéré	Améliorer les liens au budget
Alignement	Modéré	Eviter le recours aux unités parallèles
Harmonisation	Faible	Les procédures Communes sont limitées pour l'essentiel aux domaines de la santé et de l'éducation
Gestion axée sur les résultats	Faible	Généraliser les mécanismes d'évaluation
Responsabilité mutuelle	Faible	Aucun mécanisme d'évaluation mutuelle

Source : rapport enquête OCDE 2008