

REPUBLIQUE DU NIGER



Fraternité - Travail - Progrès

**DOCUMENT DE POLITIQUE NATIONALE DE
DEVELOPPEMENT INTEGRE DU JEUNE ENFANT AU NIGER**

- Référence à la tranche d'âges de 0- 8 ans -

Avril 2013

TABLES DES MATIERES

Sigles, acronymes et abréviations.....	4
Liste des tableaux	6
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER : PRESENTATION DU NIGER	9
1.1. Le milieu physique.....	9
1.2. La population.....	9
1.3. L'économie	10
CHAPITRE II : LA PERCEPTION DE LA PETITE ENFANCE DANS LA SOCIETE NIGERIENNE	11
2.2. Les pratiques traditionnelles	12
CHAPITRE III : PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PETITE ENFANCE PAR SECTEUR	13
3.1. Secteur de la santé nutrition	13
3.1.1. L'offre et l'utilisation des services.....	14
3.1.2. La situation épidémiologique.....	15
3.1.3. La situation nutritionnelle	16
3.2. Secteur de l'éducation.....	16
3.2.1. L'accès aux différentes structures d'éducation	17
3.2.1.1. Éducation formelle.....	17
3.2.1.2. Éducation non formelle.....	20
3.2.1.3. Éducation informelle.....	21
3.2.2. La qualité de l'éducation	21
3.3. Secteur de la protection de l'enfant.....	22
3.3.1. La Protection juridique	22
3.3.2. La Protection Sociale.....	22
3.3.3. Le Cadre Institutionnel	23
3.4. Secteur de l'eau, l'hygiène et l'assainissement	23
3.4.1. Les orientations et stratégies	24
3.4.2. Accès aux services d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement de base.....	25
3.4.3. Impact de la situation du secteur eau hygiène et assainissement sur le couple mère / enfant.....	26
CHAPITRE IV : CONCEPT DE L'APPROCHE DE DEVELOPPEMENT INTEGRE DU JEUNE ENFANT(DIJE)	27

4.1.	Définition de l'approche.....	27
4.2.	But	27
4.3.	Objectifs.....	28
4.4.	Principes clés	28
4.5.	Défis – contraintes.....	29
4.6.	Opportunités	30
CHAPITRE V : POLITIQUE NATIONALE DE DÉVELOPPEMENT INTEGRE DU JEUNE ENFANT.....		32
5.1.	Les grandes orientations.....	32
5.2.	But	32
5.3.	Objectifs Généraux	33
5.4.	Stratégies.....	33
5.5.	Objectifs spécifiques	34
5.5.2	A l'accouchement	35
5.5.3	0 à 3 ans.....	35
5.5.4	4 à 6 ans.....	36
5.5.5	7 à 8 ans.....	36
5.6	Rôle des communautés et des services techniques.....	37
5.6.1	Communautés	37
5.6.2	Services sociaux de base.....	37
CHAPITRE VI : MECANISME DE MISE EN ŒUVRE.....		38
6.1.	Dispositifs institutionnels	38
6.2.	Partenariat	39
6.3.	Financement.....	39
CHAPITRE VII : DISPOSITIFS DE SUIVI- ÉVALUATION		41
CONCLUSION		43

Sigles, acronymes et abréviations

AEPA : Adduction d'Eau Potable et Assainissement
ARV : Anti Retro-viraux
BCG : Bacille de Calmète et Guérin
CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCC : Communication pour un changement de comportement
CDE : Convention relative aux droits de l'enfant
CEDEF : Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CPN : Consultation Périnatale
DEP : Direction des études et de la programmation
SDRP : Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté
DTC₃, DTCoq : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
IEC : Information- Éducation- Communication
IHAB : Initiative Hôpitaux Amis des Bébé
IRA : Infections Respiratoires Aiguës
IST : Infections sexuellement transmissibles
IST/VIH/SIDA : Infections Sexuellement transmissibles/Virus d'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
MEN/A/PLN : Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Alphabétisation et de la Promotion des Langues Nationales
MICS : Multiple Indicator Cluster survey (enquête à indicateurs multiples)
MSP/LCE : Ministère de la Santé Publique et de Lutte Contre les Endémies
MPE : Malnutrition Protéino-énergétique
OIT : Organisation Internationale du Travail
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation non gouvernementale
OUA : Organisation de l'Unité Africaine
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDDE : Programme décennal de Développement de l'Éducation
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PIB : Produit Intérieur Brut
PF : Planification Familiale
PNLP : Programme National de Lutte Contre le Paludisme
PNLS : Programme National de Lutte Contre le Sida
PNLN : Programme National de Lutte contre le Noma
PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PPTE : Pays pauvres très endettés
PTF : Partenaires Techniques et Financiers
PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant
ReNE : Réseau Nigérien des ONG en faveur de l'enfance
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SOU : Soins Obstétricaux d'Urgences
SRP : Stratégie de Réduction de la Pauvreté
TM : Taux de Mortalité
TRO : Traitement par Réhydratation Orale
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

VAA: Vaccin Anti Amaril

VAM: Vaccin Anti Méningitique

VAR: Vaccin Anti Rougeoleux

VAT : Vaccin Anti Tétanique

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau N° 1: Répartition par sexe de la population âgée de 0-8 ans en 2009	7
Tableau N° 2: Morbidité et mortalité infanto-juvénile spécifiques en 2010.....	12
Tableau N° 3 : Évolution du développement de l'éducation préscolaire.....	14
Tableau N° 4 : Évolution du nombre d'établissements et de classes.....	15
Tableau N° 5 : Evolution du nombre d'établissements disposant de latrines fonctionnelles.....	15.
Tableau N° 6: Evolution des nouveaux inscrits en première année d'étude du cycle de base 1.....	16.

INTRODUCTION

La Convention Relative aux Droits de l'Enfant de 1989a été ratifiée par le Niger le 30 septembre 1990. La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant fut ratifiée quant à elle, en 1996.

A travers la ratification de ces textes internationaux, le Niger prenait ainsi l'engagement devant et avec la communauté internationale de travailler à l'avènement d'un monde digne des enfants tel que proclamé par ceux-ci dans la déclaration du 8 Mai 2002 devant la Session extraordinaire que leur consacra l'Assemblée des Nations Unies tenue du 8 au 10 Mai de la même année.

Ce faisant, le Niger marquait son adhésion à la Déclaration du Millénaire dont les objectifs visent à :

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

Les textes fondamentaux nigériens constituent le socle juridique et le fondement de valeurs éthiques de la politique de développement intégré du jeune enfant. En tant que lois suprêmes de la République, ces différents textes ont toujours proclamé dans leurs préambules respectifs, l'adhésion du Peuple nigérien à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 et à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples adoptée en 1981 à Nairobi par les États membres de l'OUA.

La Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples stipule en son préambule, la consubstantialité du développement, d'une part, et des droits économiques, sociaux et culturels, d'autre part. Il y est dit en effet qu'*"Il est essentiel d'accorder désormais une attention particulière au droit au développement; (étant entendu que) les droits civils et politiques sont indissociables des droits économiques, sociaux et culturels, tant dans leur conception que dans leur universalité, et que la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels garantit la jouissance des droits civils et politiques."*

C'est de cela que témoigne, entre plusieurs autres actions, la ratification par le Niger des deux protocoles facultatifs se rapportant à la Convention relative aux Droits de l'Enfant. Le premier de ces protocoles, entré en vigueur le 18 janvier 2002, concerne la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants; le second, entré en vigueur le 12 février 2002, concerne l'implication d'enfants dans les conflits armés.

Les différentes constitutions corroborent la prédisposition du législateur et du peuple nigérien à attacher du prix à la protection de la personne humaine, de la famille, de l'enfant et de l'environnement.

Il s'agit, autant que faire se peut, d'assurer à l'enfant, dès les premiers signes de l'existence (grossesse), et de la naissance à l'âge de 8 ans, les chances qui lui permettront de réaliser la plénitude de ses potentialités, autrement dit, avoir une éducation de qualité, être en bonne santé et bien nourri, bénéficier d'une protection et accéder à l'eau potable et à un assainissement décent et être capable de réfléchir par lui-même, en somme jouir d'un développement intégré.

Un monde digne des enfants, c'est un monde de *citoyenneté active*. Qu'est-ce à dire, sinon un monde de participation où tout est mis en œuvre pour étendre, conforter et préserver les conquêtes de la démocratie et de l'État de droit comme ferments irremplaçables de la citoyenneté et du développement ?

En même temps qu'il est un l'État, des familles et des communautés, le développement intégré du jeune enfant (0-8 ans) est l'une des tâches les plus nobles que la coopération au développement puisse s'assigner. Une politique de développement intégré du jeune enfant est donc, par essence, ce que l'on pourrait véritablement appeler un "chantier sans frontières". Cette politique s'intéresse à cet âge parce que c'est la phase la plus critique du développement de l'enfant et c'est au cours de cette période qu'on peut facilement agir sur sa personnalité.

C'est parce que le Niger est soucieux du bien-être de ses filles et de ses fils, c'est parce que le Niger et son peuple adhèrent sans réserve à la Convention relative aux Droits de l'Enfant, c'est parce que le Niger et son peuple sont convaincus de la pertinence de la Déclaration des enfants et des Objectifs de développement pour le millénaire, c'est enfin parce que le Niger et son peuple ont foi en la coopération pour le développement que le présent document est élaboré pour servir de politique de développement intégré du jeune enfant.

CHAPITRE PREMIER : PRESENTATION DU NIGER

1.1.Le milieu physique

Le Niger couvre une superficie de 1.267.000 km² dont les $\frac{3}{4}$ sont désertiques. Il est limité au Nord par la Libye et l'Algérie, au Sud par la République Fédérale du Nigeria et la République du Bénin, à l'Est par le Tchad, au Nord-ouest par la République du Mali et à l'Ouest par le Burkina Faso. Totalement enclavé, le Niger ne dispose d'aucune façade maritime. Il se situe à plus de 700 Km de Cotonou (République du Bénin) qui se trouve être le port le plus proche.

On distingue du Sud au Nord trois zones climatiques : la zone Nord- soudanienne, la zone sahélienne et la zone saharienne. La caractéristique du climat au Niger est son instabilité car les précipitations varient extrêmement dans le temps et l'espace, perturbant assez souvent les productions animales et agricoles. En effet, elles ne permettent de faire qu'une seule récolte par an étant donné que la saison hivernale ne dure que 3 mois.

L'insuffisance de la récupération des terres et de la modernisation des techniques culturales contribue à maintenir la productivité et les rendements à des niveaux extrêmement faibles.

La sécheresse et la désertification sont des réalités qui entraînent des déplacements importants des populations vers des espaces plus cléments. Le réseau hydrographique est lui aussi très réduit car constitué d'un seul cours d'eau permanent (le fleuve Niger) qui traverse le pays sur 550 km, subissant de plein fouet les effets de la sécheresse, les érosions hydriques et éoliennes. Notons toutefois que dans sa partie saharienne peu habitée, le sous-sol nigérien regorge d'énormes potentialités en eau. Il existe aussi plusieurs mares permanentes et temporaires représentant un potentiel hydrique important diversement exploité.

C'est dans cet environnement physique des plus austères que les populations du Niger réalisent la production de leur existence, confrontées de ce fait à des contraintes et handicaps variés qui hypothèquent de façon très significative, l'amélioration de leurs conditions de vie, particulièrement, celles des femmes et des enfants.

1.2.La population

En 2012, la population totale du Niger s'élevait à **17 129 076habitants, dont 8 461 444 hommes (49,4%) et 8 667 632 femmes (50,6%)**¹. Le rapport de masculinité est de 99,5 hommes pour 100 femmes. La densité de peuplement est de l'ordre de 12,4 habitants au km². Les jeunes de moins de 15 ans représentent environ 49,2% de la population parmi laquelle l'on compte seulement 2,7 % de personnes âgées de 65 ans et plus.La tranche d'âge allant de 0 à 8 ans, elle représente 30,63% de la population² (voir tableau n°1 ci-dessous).

¹4^{ème}RGP/H 2012

²INS projection 2005-2050

Tableau N° 1: Répartition par sexe de la population âgée de 0-8 ans en 2009

Groupes d'âge	Garçons	% Garçons	Filles	% Filles	Total
0	298 326	50,04	297881	49,96	596 207
1	293 976	50,30	290 417	49,70	584 393
2	287 974	50,51	282 180	49,49	570 154
3	280 731	50,66	273 411	49,34	554 142
4	272 661	50,77	264 347	49,23	537 008
5	264 200	50,86	255 238	49,14	519 438
6	255 760	50,94	246 322	49,06	502 082
7	247 691	51,02	237 801	48,98	485 492
8	240 237	51,11	229 808	48,89	470 045
Ensemble 0-8 ans	2 441 556	50,67	2 377 405	49,33	4 818 961

Source : Projections INS 2005/2050

1.3.L'économie

La situation économique du Niger se caractérise depuis 1982 par la persistance de la crise liée en partie à la chute du prix de l'uranium et qui se traduit par de faibles performances macro-économiques, malgré la mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel depuis deux décennies. Celles-ci ont été marquées par un endettement chronique qui a aggravé l'état de pauvreté du pays.

Les performances de l'économie nigérienne dépendent pour l'essentiel de celles du secteur primaire dont la production contribue à la formation du PIB à plus de 40 %. Or, ces deux composantes dominantes, l'agriculture et l'élevage, qui occupent plus de 80% de la population active, demeurent en permanence à la merci des aléas d'un climat Nord sahélien caractérisé par de très fortes températures, de très fréquents déficits pluviométriques, des attaques acridiennes et d'oiseaux migrateurs, occasionnant ainsi, des déficits céréaliers. S'y ajoutent la très faible productivité des techniques culturales, la baisse de la fertilité des sols et le fléchissement du potentiel de terres arables du fait de la désertification galopante.

La dégradation permanente de l'environnement, le déficit agropastoral, l'exode rural, la faible couverture sanitaire et la vulnérabilité de certains groupes sociaux sont les caractéristiques essentielles de la pauvreté au Niger qui touche 62, 1% de la population.

La situation physique, démographique et économique du pays n'est pas favorable à une croissance économique optimale.

Dans ce contexte la réalisation de certains objectifs du développement constitue un véritable défi.

CHAPITRE II : LA PERCEPTION DE LA PETITE ENFANCE DANS LA SOCIÉTÉ NIGÉRIENNE

2.1. Place de l'enfant dans la société nigérienne

La société traditionnelle nigérienne considère l'être humain comme étant l'essence de la richesse. La richesse d'un ménage se mesure d'abord à sa taille, c'est-à-dire au nombre de personnes qui le composent. La naissance est en principe saluée comme un événement majeur. L'enfant est aussi considéré comme un don, une bénédiction de Dieu car la procréation est le sens même de la vie : elle assure la pérennité du nom, de la famille et de la communauté.

La naissance d'un enfant confère aux parents une nouvelle considération, un échelon social supérieur car ils ont rempli un contrat social très important.

Cependant, elle peut aussi être réprochée comme un déshonneur et une tâche indélébile lorsqu'elle contrevient aux normes qui en codifient l'occurrence. En effet l'adolescente célibataire enceinte développe un sentiment de honte, de culpabilité et cache le plus longtemps possible son état à sa famille et à la société de peur d'une réaction de **stigmatisation** et de rejet.

L'enfant né hors mariage et sa mère sont victimes de déni social, voire de rejet compromettant ainsi leur bien être physique, mental et social; ce qui explique le recours aux avortements, aux infanticides, au suicide ou à une carence dans le suivi de la grossesse. En plus, les enfants issus de ces grossesses sont souvent maltraités.

Dans certaines communautés, l'appartenance à telle ou telle caste connotait anciennement un statut anthropologique marqué du sceau de l'indélébilité et traçant, dès la naissance, le cours de l'éducation et du devenir social de l'individu. Bien sûr, il conviendrait aujourd'hui de relativiser ce propos, pour tenir compte des fractures et des changements survenus dans le tissu social et l'histoire des communautés. Force est de constater que cette assertion ne manque pas de tenue quand on sait qu'il y a moins d'un an l'État du Niger a pris des dispositions pour permettre à la loi (cf. Code pénal) de sévir contre les pratiques esclavagistes.

Jadis, l'enfant appartenait au groupe et tenait son identité de celui-ci avant d'être le fils ou la fille d'un couple spécifique. Aujourd'hui, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, l'enfant est d'abord la fille ou le fils de ses parents et c'est de manière subsidiaire qu'il se perçoit ou est perçu comme faisant partie d'une entité supra familiale. Il n'existe donc pas à proprement parler de vision intemporelle ou unidimensionnelle de l'enfant. Il y a toutefois des valeurs socioculturelles, des traits de personnalité et un corpus minimal d'attitudes, de savoirs, de savoir-faire et de savoir être qui signent l'identité culturelle d'un groupe humain donné et que l'on s'attend à retrouver chez chacun de ses membres, selon son sexe, son âge, son origine sociale.

Cela implique que des objectifs soient définis en conséquence et que des stratégies appropriées soient mises en œuvre en vue de les atteindre. Quand on sort de ce cadre, on

constate à l'évidence qu'en tant qu'acteur social, l'enfant est une donnée aussi diverse que complexe que l'on ne peut pas réduire à une définition unique dans les cultures de l'espace nigérien. En particulier, on n'est pas enfant de la même manière selon qu'on est garçon ou fille, selon qu'on est aîné ou benjamin, selon qu'on habite la ville ou la campagne, selon qu'on appartient à un ménage aisé ou à un ménage de bas niveau socio-économique.

L'apport de l'approche droits consiste précisément à proclamer l'unicité de cette diversité pour considérer et appréhender l'enfant, quel qu'il soit, comme ayant les mêmes droits que n'importe quel autre enfant, quel que soit son sexe ou son origine sociale. La satisfaction de ses besoins passe pour être un ensemble de droits inaliénables dont la famille, la communauté, l'État et la coopération internationale doivent assurer la jouissance au nom du droit au développement.

2.2. Les pratiques traditionnelles

Les connaissances, attitudes et pratiques sur la petite enfance sont liées à la perception que la société développe sur l'enfant. Ce document se limitera à la tranche d'âge de 0 à 8 ans et selon les étapes qui caractérisent cette partie de la vie de l'enfant.

Cependant, les pratiques traditionnelles favorables à son développement sont à encourager. C'est le cas de la perception qui fait qu'au-delà de la famille, l'enfant appartient à la communauté toute entière. En effet, celle-ci l'entoure de beaucoup d'attention depuis la grossesse jusqu'à l'accouchement et au-delà (0-8 ans) celle-ci intervient également dans sa protection et son éducation. Cette perception mérite d'être valorisée pour son développement physique, intellectuel et moral.

Il existe au Niger des pratiques traditionnelles qui sont favorables au développement du jeune enfant et d'autres qui lui sont néfastes telles que les mutilations sexuelles, les scarifications, l'ablation de la lèvre, les tabous alimentaires sont à bannir.

Quant au sevrage, il ne constitue pas en tant que telle une pratique néfaste ; c'est plutôt la façon dont il est fait qui est néfaste pour la santé du jeune enfant. Dans beaucoup de cas, surtout en milieu rural, il consiste à transférer (chez la tante ou la grand-mère) l'enfant à sevrer. Le problème d'adaptation va donc se poser à ce dernier qui va réagir négativement en adoptant certaines attitudes telles que les pleurs incessants, le refus de manger etc.... Ceci va engendrer une perte de poids de l'enfant et une détérioration de son état de santé.

Pour la réussite de la mise en œuvre de toute politique de développement du jeune enfant, il est plus que nécessaire d'élaborer des stratégies permettant de décourager ces comportements, attitudes et pratiques mutilantes et néfastes à l'endroit du jeune enfant.

CHAPITRE III : PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PETITE ENFANCE PAR SECTEUR

L'analyse diagnostique de la prise en charge de la petite enfance, dans le présent chapitre traitera des domaines clés que sont la santé, la nutrition, l'éducation, l'éveil, la protection de l'eau, l'hygiène et l'assainissement.

3.1. Secteur de la santé nutrition

Au lendemain des indépendances, la politique sanitaire du Niger était axée essentiellement sur la médecine curative individuelle. Les éléments essentiels de cette politique reposaient sur la gratuité des soins, la faible participation des communautés à la gestion et au financement des actions qui intéressent leur santé, la prédominance de la médecine curative et la concentration des infrastructures sanitaires dans les grandes villes et les grandes agglomérations.

La déclaration d'Alma Ata de 1978 relative à la stratégie des soins de santé primaire, à laquelle le Niger a souscrit, dénote de la préoccupation du pays à renforcer la politique sanitaire intégrée avec la pleine participation de la communauté. En 1985 déjà, le Niger avait souscrit à la déclaration de Lusaka et avait adhéré à l'initiative de Bamako, en vue d'accélérer la mise en œuvre des soins de santé primaire au niveau des districts sanitaires. A cette souscription vient s'ajouter à un ensemble de textes juridiques et législatifs. En outre, le Niger a entrepris la mise en œuvre des politiques et programmes nationaux en vue de s'aligner aux décisions des conférences internationales sur les questions de santé et nutrition concernant les enfants.

Par la suite les différents plans de développement socio-économique préconisaient une approche de politique sanitaire, axée sur une médecine décentralisée intégrant l'aspect curatif et préventif. Malgré ces efforts consentis, les indicateurs socio-économiques disponibles traduisent la place peu reluisante qu'occupe le Niger à l'échelle mondiale.

Les données de couverture sanitaire restent modiques et se caractérisent par des taux reflétant des disparités parfois très nettement marquées entre les zones urbaines et rurales, d'une part, et entre les différentes régions du pays, d'autre part.

S'inscrivant dans l'objectif du développement du millénaire relatif à la mortalité infantile qui est de réduire celle-ci de 2/3 à l'horizon 2015, le Niger doit viser une réduction de cette mortalité de 156 ‰ à 52 ‰ et de la mortalité infanto juvénile, de 280 à 113‰.

Il faut souligner par ailleurs que l'espérance de vie à la naissance est de 58,8 ans (59,7 pour les femmes et 57,3 ans pour les hommes)³.

En matière de santé et de nutrition, la période allant de 0 à 3 ans représente incontestablement un cap difficile pour le jeune enfant, particulièrement dans la période se situant entre 3 et 22 mois. Mais cela n'est pas surprenant dans la mesure où la santé et l'état nutritionnel de l'enfant sont très fortement corrélés ainsi d'ailleurs que l'ensemble de ses besoins.

³ Population du Niger 2012, INS

3.1.1. L'offre et l'utilisation des services

Le taux de couverture sanitaire globale a évolué de 47,6% en 2000 à 71,3% en 2009⁴. En prenant en compte les cases de santé tenues par un personnel qualifié, la couverture sanitaire est de 65%. Pourtant, la faiblesse de la couverture sanitaire constitue une limitation pour l'accessibilité des soins. En matière d'utilisation des services curatifs, on enregistre un taux de 39,5 % en 2008 alors que les normes de l'OMS sont de 50 % en milieu rural et 100 % en milieu urbain. 50% de la population est à au moins 5km d'un centre de santé et 15% à 15km⁵. En plus, la population des zones nomades et des régions orientales pose des problèmes spécifiques d'accès aux soins. Par conséquent, cette situation n'est pas favorable aux enfants issus de ces milieux.

Par ailleurs on relève l'accès difficile aux soins pour les parents indigents du fait de leur extrême pauvreté (62,1% en 2006) malgré les mécanismes (gratuité des soins, certificat d'indigence) d'accès aux soins mis en place pour cette catégorie. Les déterminants de l'état de santé de la population en général et des enfants en particulier sont très variés. Ainsi, on retient l'accès à l'eau potable, l'éducation des mères, les revenus des ménages, le niveau des services et la croissance économique. Il est donc évident que le système de santé à lui seul ne participe qu'en partie à l'amélioration des conditions de vie de la population.

Pourtant, plusieurs programmes de santé prenant en compte la santé de la mère et de l'enfant sont mis en œuvre; on peut citer :

- Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP);
- La prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME);
- Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS);
- Le Programme National de Lutte contre le Noma (PNLN);
- Le Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- L'Initiative Hôpitaux Amis de Bébé (IHAB) ;
- Les Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU);
- La prévention de la transmission mère-enfant (PTME), etc

Toutefois, ces programmes se trouvent confrontés à de nombreux problèmes qui se résument comme suit :

- faible accessibilité des populations à des soins de qualité;
- faible implication des populations à la prise de décision en matière de santé;
- insuffisance de médicaments essentiels et consommables de qualité;
- budget de fonctionnement insuffisant;
- insuffisance de la recherche en santé;
- insuffisance de formation des agents de santé;
- faible acceptabilité aux soins et mesures préventives, surtout pour le SIDA;
- insuffisance de la coordination des PTF;

⁴ Le Niger en chiffre, 2010

⁵Projection INS 2005-2050

- insuffisance quantitative et qualitative du personnel;
- mauvaise gestion des infrastructures et ressources matérielles (efficacité, efficience, maintenance) ;
- départ massif des cadres expérimentés à la retraite;
- insuffisance de sensibilisation de la population.

3.1.2. La situation épidémiologique

La situation épidémiologique actuelle se caractérise par une forte prédominance des maladies infectieuses et parasitaires. Les principales maladies à déclaration obligatoire sont : la rougeole, la méningite, le tétanos néonatal et autres tétanos, la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, le choléra et la fièvre jaune, ainsi que plusieurs autres maladies fréquentes chez les enfants. Il s'agit du paludisme, des infections respiratoires, des maladies diarrhéiques, des affections ophtalmologiques, de la tuberculose, de la malnutrition, des schistosomiases et de la dracunculose.

Le taux de mortalité maternelle est l'un des plus élevés du monde (5,54% en 2012)⁶. Ce taux inquiétant est lié d'une part à l'insuffisance de la couverture sanitaire, de la prise en charge des complications, du système de référence et contre référence et d'autre part au mécanisme de prise en charge des risques (mutuelles, assurances). Cette situation limite l'accès des services de santé, surtout pour les besoins spécifiques du couple mère / enfant.

Le Niger fait aussi face à une mortalité infantile et infanto juvénile élevée liée à une prédominance des maladies infectieuses et parasitaires et à un taux élevé de malnutrition protéino-énergétique (50%), aux soins curatifs et préventifs insuffisants pour les enfants. Il y a lieu de souligner une forte mobilité du personnel déjà formé en PCIME clinique, d'où la nécessité d'une permanence de la formation.

Les principales morbidités causes de mortalité infantile et infanto juvénile rapportées par les formations sanitaires sont présentées dans le tableau numéro 2 qui suit :

Tableau N° 2 : Morbidité et mortalité infanto-juvénile spécifiques en 2010

Pathologies	Cas	Décès	Incidence sur 100 000 enfants	Létalité
Paludisme	3 441 696	4 623	22 637	0,1
Diarrhée sanguinolente	3 167	3	20,8	0,1
Malnutrition	635 358	1765	4179	0,3
Rougeole	2 259	14	15	1
Méningite	3 025	265	19,7	8,8
Tétanos néonatal	13	9	0,1	69,2
autres tétanos	133	27	0,9	20,3

Source : annuaire des statistiques sanitaires du Niger, 2010

⁶ INS

3.1.3. La situation nutritionnelle

La situation nutritionnelle des populations nigériennes est des plus précaires. La malnutrition compte au nombre des principaux problèmes de santé et de bien-être qui affectent les jeunes enfants au Niger. Les enquêtes de portée nationale confirment que la (MPE), l'hypovitaminose A, les anémies nutritionnelles liées au fer et la carence en iode constituent des problèmes majeurs chez les enfants de moins de 5 ans. Il faut aussi souligner qu'au Niger, 5,6% des nouveau-nés présentent un poids à la naissance inférieure à 2,5 kg en 2008 (PDSP 2005-2009), ce qui est la conséquence de plusieurs caractéristiques de malnutrition telles les carences, l'émaciation et l'insuffisance pondérale.

Plusieurs causes sont attribuées aux problèmes nutritionnels des enfants. La malnutrition en particulier chez les enfants découle en grande partie de l'insatisfaction des besoins sur les plans de l'alimentation et de la santé ainsi que de l'application par les mères des soins inappropriés voire contraires au bon développement du nourrisson. Les maladies qui constituent les principales causes de mortalité infantile ont toutes un effet direct sur la dégradation du statut nutritionnel des jeunes enfants. Les soins dispensés aux nourrissons et aux jeunes enfants ne sont pas toujours compatibles avec un développement nutritionnel harmonieux. Il faut noter que seulement 13,5 % des enfants sont exclusivement allaités au sein jusqu'à 6 mois et 52,5 % reçoivent une alimentation de complément à 6 et 7 mois. D'autres pratiques néfastes sont exercées sur l'enfant comme la suspension de l'allaitement pendant un épisode de diarrhée.

Parmi les causes sous-jacentes de la malnutrition, il y a aussi la dégradation de l'environnement, l'état de santé précaire des enfants et l'analphabétisme des mères. Autrement, les causes structurelles de la malnutrition trouvent leur fondement dans la situation économique nationale particulière et difficile : la croissance insuffisante du PIB, l'épuisement rapide des ressources naturelles conjugué au processus de désertification, l'insuffisance du cadre normatif en matière d'alimentation et de nutrition.

3.2. Secteur de l'éducation

L'éducation de base, telle que définie par la loi n° 98-12 du 1er Juin 1998 portant orientation du système éducatif nigérien, comprend, le cycle de base 1 (ou préscolaire et enseignement primaire), le cycle de base 2 (ou premier cycle du secondaire) et l'alphabétisation. L'enseignement préscolaire (qui nous intéresse ici), est une pré-initiation qui dure de 1 à 3 ans. Il est dispensé dans les jardins d'enfants et classes maternelles et s'adresse aux enfants âgés de 3 à 5 ans.

Les questions de la petite enfance au niveau du secteur de L'Éducation de base et de l'Alphabétisation sont prises en charge par plusieurs structures d'Éducation (formelle, non formelle, et informelle) définies par les articles 16,36, 39 de la loi d'orientation. L'accès et la qualité constituent les deux niveaux d'analyse de la question de la prise en charge de la petite enfance dans ce secteur.

3.2.1. L'accès aux différentes structures d'éducation

3.2.1.1. Éducation formelle

Les établissements préscolaires ou jardins d'enfants et une partie de l'enseignement primaire (les enfants âgés de 7 à 8 ans) sont les premiers niveaux d'accès à l'éducation de base au Niger.

L'éducation préscolaire est dispensée dans les jardins d'enfants et classes maternelles. L'accès à ce niveau d'enseignement reste et demeure une préoccupation pour le Niger du fait que la majorité des localités ne disposent pas des structures adéquates pouvant prendre en charge l'éveil, l'éducation et l'encadrement des tous petits. Malgré l'accroissement du nombre de ces établissements et des enfants qui les fréquentent, de multiples problèmes persistent pour son développement surtout au niveau de l'accès et de la qualité, composantes essentielles du programme décennal du développement de l'éducation. Ainsi le taux actuel de couverture en 2012 est de 6,3 %⁷ ; bien que l'écart entre les filles et les garçons ne soit pas très important, il demeure une préoccupation. Le tableau 4ci après présente l'état de développement de l'éducation préscolaire au Niger en 2008-2011, la disparité entre genre revêt une amplitude relativement faible. La situation du développement du préscolaire reste une préoccupation au regard du nombre limité d'infrastructures d'accueil pour la petite enfance.

Tableau N° 3 : Évolution du développement de l'éducation préscolaire

			2008-09	2009-10	2010-2011	Écart positif
	Ensemble	garçons	25.275	34.027	47.580	37,2
		Filles	22.884	33.651	48.442	45,6
		Ensemble	48.119	67.678	96.022	41,3
	Rural	garçons	5.707	10.333	18.027	77,8
		Filles	5.677	10.008	18.381	80,0
		Ensemble	11.384	20.341	36.408	78,8
	Communautaire	garçons	3.177	5.733	10.991	86,1
		Filles	3.101	5.668	11.710	94,6
		Ensemble	6.278	11.421	22.701	90,3
	Privé	garçons	7.791	5.944	6.955	-3,3
		Filles	5.357	6.036	7.012	14,4
		Ensemble	13.148	11.980	13.967	3,9
Taux brut de préscolarisation	garçons	2,7	4,7	5,6	2,9	
	Filles	2,4	4,6	5,7	3,3	
	Ensemble	2,5	4,6	5,7	3,2	

Source : Statistique de l'éducation de base. Annuaire 2010-2011 page 14

⁷ Revue conjointe éducation, 2012

Tableau 4 : Évolution du nombre d'établissements et de classes

		2008-09	2009-10	2010-11	Accroissement
Nombre d'établissement du préscolaire	Total	621	826	1283	44%
	Rural	256	375	683	64%
	communautaire	108	201	446	104%
	Privé	113	137	160	19%
Nombre de salle de classe	Total	1138	2264	2332	51%
	Rural	3408	844	857	88%
	communautaire	140	490	529	129%
	Privé	236	386	355	28%

Statistique de l'éducation de base. Annuaire 2010-2011 page 15

Le préscolaire reste à l'heure actuelle un phénomène urbain. Les structures qui existent ne disposent pas d'infrastructures appropriées pouvant assurer à l'enfant un minimum de conditions d'apprentissage. En effet, l'insuffisance des points d'eau et le manque de latrines constituent d'énormes contraintes pour le fonctionnement de beaucoup de structures d'éveil et d'éducation de la petite enfance comme le démontre le tableau n°5 ci-dessous.

Tableau N°5: Evolution du nombre d'établissements disposant de latrines fonctionnelles

		2008-09	2009-10	2010-11
Nombre d'établissements du préscolaire	Total	621	826	1283
	Rural	256	375	683
	Communautaire	108	201	446
	Privé	113	137	160
Nombre d'établissements ayant des latrines fonctionnelles	Total	265	26	385
	Rural	55	43	127
	Communautaire	33	30	98
	Privé	103	97	116
%d'établissements qui en disposent		42,7	32,0	30,0
Nombre d'établissements ayant des points d'eau modernes(PEM)	Total	314	378	423
	Rural	65	113	96
	Communautaire	27	54	73
	Privé	106	109	121
%d'établissement qui en disposent		50,6	45,8	33,0
Nombre d'établissements ayant un équipement d'éveil	Total	258	326	383
	Rural	47	64	74
	Communautaire	9	15	31
	Privé	75	94	113
%d'établissements qui en disposent		41,5	39,5	29,9
Nombre d'établissements ayant de l'électricité	Total	126	145	181
	Rural	12	22	27
	Communautaire	5	11	24
	Privé	84	85	97
%d'établissements qui en disposent		20,3	17,6	14,1

Statistique de l'éducation de base. Annuaire 2010-2011 page.16

Cette situation démontre que le problème de l'eau et des latrines dans les structures préscolaires reste un défi à relever. Les classes en paillotes constituent aussi un problème majeur : sur 968 classes, 358 soit (37%) sont en paillotes et 143 sur 245 (58,36%) en zone rurale. Les petits enfants sont exposés aux intempéries (poussière, vent, froid, chaleur) et les cours sont suspendus dès les premières pluies de l'année. Ils sont aussi exposés à l'irruption brusque de reptiles (serpents, lézards, scorpions) qui peuvent blesser mortellement. A cela s'ajoute le manque de clôture qui expose les petits enfants aux risques d'accident.

Dans l'enseignement primaire, la situation paraît satisfaisante au regard du progrès enregistré ces dernières années au niveau des taux de couverture (66,6% en 2010 dont 53,5% pour les filles) et d'accès (99,8% en 2010 dont 72,6% pour les filles)⁸.

Cependant, malgré l'engagement du Niger pour une scolarisation universelle, il apparaît qu'une frange importante d'enfants en âge scolaire reste en dehors du système. En outre, d'autres paramètres font que la situation des enfants apprenant dans ce cycle n'est pas très reluisante du fait des mauvaises conditions d'apprentissage et d'enseignement.

En 2010-2011, sur 1283 structures d'accueil du préscolaire, 423 disposent de points d'eau modernes soit 33%, 383 disposent des équipements d'éveil et 385 de latrines fonctionnelles⁹.

Aussi, sur 31.574 classes, 12 924 sont en paillotes soit 40,9%. Par ailleurs, on note 715.252 déficits en places assises dont 551.672 en zone rurale pour le public, privé et communautaire. Les enfants de la tranche d'âge 6 à 8 ans sont les plus concernés par cette situation.

Tableau N° 6: Evolution des nouveaux inscrits en première année d'étude du cycle de base 1

	2007-08	2008-09	2009-2010	2010/11	Gain en points
Ensemble	342 360	410 975	463 160	469 917	11 ,1%
Garçons	187 303	226 453	249 941	25 4 235	10,7%
Filles	155 057	184 522	213 219	215 682	11,6%

Source: Statistique de l'éducation de base. Annuaire 2010-2011 page 18

Le nombre d'enfants des deux sexes de 6 ans et d'un âge inférieur ou égal à 8 ans inscrits dans le cycle de base 1 en 2010-2011 est de 469 917.

Les conditions d'apprentissage aux écoles primaires restent une préoccupation du fait du manque crucial d'infrastructures d'accueil et de l'inexistence des matériels et équipements permettant d'améliorer les conditions de vie et de travail aux enfants et des enseignants.

⁸ Statistiques de l'éducation de base, annuaire 2010-2011

⁹ Statistiques de l'éducation de base, annuaire 2010-2011

Les enfants de la tranche d'âge de 6 à 8 ans sont les plus pénalisés et apprennent les premiers alphabets dans une situation de pauvreté et de manque total de goût, d'infrastructures d'accueil, et de matériels didactiques adaptés à leur environnement.

L'éducation spécialisée souffre au préscolaire et au primaire du manque :

- de structures d'accueil;
- de matériels pédagogiques adaptés;
- d'encadreurs spécialisés;
- de cadre partenarial.

3.2.1.2. Éducation non formelle

Compte tenu du faible taux de préscolarisation et de l'accès limité des jeunes enfants aux structures formelles, une grande partie de la prise en charge de la petite enfance se situe au niveau des écoles coraniques et des centres d'alphabétisation à travers la prise en charge des mères alphabétisées.

Les écoles coraniques

Ce sont des structures d'éducation coranique accueillant des petits et des grands enfants. Ces écoles, estimées au nombre de 50.000, constituent les établissements les plus courants dans toutes les régions du pays. Des difficultés et insuffisances persistent et gênent considérablement le fonctionnement de ces écoles car il n'existe pas de normes publiques n'existent pas pour réglementer leur qualité. Les marabouts n'ont pas de formation pédagogique surtout par rapport à la prise en charge des tous petits. Le châtiment corporel en vigueur dans ces écoles est un élément de préoccupation majeure en ce qu'il fait obstacle à l'éveil des tous petits. En outre les conditions de travail au niveau de ces écoles sont difficiles, avec l'apprentissage en plein air ou sous des hangars et l'inexistence de point d'eau et de latrine. Pourtant, les parents optent le plus souvent pour envoyer leurs enfants dans ces structures, preuve d'une certaine confiance à leur égard, ce qui présente une opportunité pour les interventions et l'accessibilité aux jeunes enfants.

Les centres d'alphabétisation

Bien que n'intéressant pas directement les enfants, ils constituent une structure importante et déterminante dans la prise en charge de la petite enfance. La faiblesse de la couverture en matière d'alphabétisation, un taux national de 29% et 17,1% pour les femmes¹⁰, est une autre préoccupation du secteur. Au Niger les programmes d'alphabétisation offrent des possibilités aux femmes d'acquérir une éducation de base nécessaire à leur épanouissement. Ainsi on assiste à un engouement des femmes à s'inscrire dans les cours au début de chaque session, mais beaucoup abandonnent par la suite pour des raisons diverses rendant inutile les investissements faits en faveur de cette forme d'éducation et en direction de cette cible importante pour le devenir de l'enfant. Pourtant ces centres sont un lieu de rassemblement des petits enfants qui suivent leurs mères aux cours. Les interventions envers le couple mère/enfant dans ce domaine peuvent donc être efficaces et propices.

En dehors des structures mentionnées ci-dessus, il ya d'autres tels que les clos d'enfants, les garderies, les centres d'accueil et les centres d'éveil communautaires qui accueillent les

¹⁰ENBC III/2007-2008)

petits enfants, mais leur implantation reste encore très limitée et réduite aux centres urbains.

3.2.1.3. Éducation informelle

Traditionnellement, l'éveil du jeune enfant se fait à base des contes et de la morale au foyer et / ou dans la communauté. Ces récits peuvent éduquer l'enfant pour une meilleure intégration sociale comme elles peuvent renforcer les stéréotypes sociaux relatifs à la discrimination et au statut préétabli de l'enfant. Autrement, la garde des petits enfants est souvent confiée aux jeunes filles du foyer, parce que les mères sont prises dans les lourdes et multiples tâches domestiques. Cefaisant, les filles jouent informellement le rôle d'éducatrices des tous petits.

Bien que cette forme d'éducation ne concerne pas le seul secteur de l'éducation, il est à noter qu'au niveau du Ministère, il n'existe pas de programme en direction des parents au regard du rôle déterminant qu'ils peuvent jouer dans les premiers soins et l'éducation des petits enfants. Cette situation est une lacune à combler pour que les familles et les parents puissent davantage s'assumer dans l'éveil et l'éducation de leurs enfants.

3.2.2. La qualité de l'éducation

La qualité de l'éveil et de l'éducation des tous petits est aussi un défi à relever au Niger. Il concerne les conditions d'enseignement et d'apprentissage au niveau des structures de prise en charge des tous petits. Des problèmes se posent au niveau de l'encadrement pédagogique, de la formation initiale des éducatrices et des éducateurs, des équipements d'éveil et de l'exploitation de ces équipements qui ne sont pas toujours adaptés au contexte de l'enfant nigérien. Il se pose aussi un problème de contenus éducatifs adaptés et en harmonie avec les options curriculaires des autres ordres d'enseignement, d'où une nécessité de réviser les curricula de ce type d'éducation. A noter également que la faiblesse ou l'absence de la participation communautaire dans la gestion des structures ne permettent pas la pérennisation ou la vulgarisation des interventions.

Par rapport à la santé scolaire, on relève dans la plupart de nos établissements, l'inexistence des infirmeries ou pharmacies scolaires pour la prise en charge des infections courantes, l'insuffisance de la couverture vaccinale et du code d'hygiène relatif aux denrées alimentaires en milieu scolaire ; l'absence d'un cadre de vie favorable lié à l'environnement scolaire. Tout ceci constitue aussi une contrainte pour le processus d'apprentissage et d'encadrement des jeunes enfants.

Au niveau de l'alphabétisation et de la formation des adultes, les conditions d'apprentissage ne sont pas toujours bonnes au regard du manque de centres permanents, de programme adapté aux préoccupations et en relation aux compétences de vie courantes qui permettront aux apprenants adultes de mieux prendre en charge leurs enfants. En outre, la dimension de post-alphabétisation n'est pas prise en charge de manière effective et totale pour permettre une amélioration directe des conditions de vie.

Pour ce qui est des écoles coraniques, le problème de qualité réside autour du programme qui n'est adapté ni aux contenus d'éducation de base ni au développement intégré des enfants.

3.3. Secteur de la protection de l'enfant

Le domaine de la protection de l'enfant comporte deux aspects : la protection juridique et la protection sociale de l'enfant.

3.3.1. La Protection juridique

L'aspect juridique de la protection de l'enfant renvoie à l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires visant à la promotion et à l'application des textes en vigueur. Ainsi, comme cadre de protection juridique du jeune enfant on peut citer :

- La Convention relative aux Droits de l'enfant et ses protocoles additionnels;
- La Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant de 1999;
- Les conventions 138 et 182 de l'OIT de 1976 et 1999;
- La Constitution;
- Le Code Civil;
- Le Code Pénal;
- L'ordonnance n° 99-11 du 14 mai 1999, portant création des juridictions pour mineurs;
- Le code du travail.

Aussi, pour être en conformité avec les engagements vis-à-vis de la Communauté Internationale, le Gouvernement a entamé un processus d'harmonisation des textes internes avec les textes internationaux ratifiés et l'élaboration d'un projet de code de protection de l'enfant.

Cependant, force est de constater que l'application des dispositions de ces textes n'est pas effective. Cela est souvent lié à la méconnaissance de ceux-ci, à l'analphabétisme de la population, à la pauvreté et aux pesanteurs socioculturelles.

Le code civil prévoit que la majorité est acquise à 21 ans tandis que selon la constitution, le code électoral et le code pénal elle est fixée à 18 ans révolus. Sur le plan du droit coutumier, l'individu n'existe pas en dehors de la famille et de la communauté. Aussi, il convient de souligner que dans notre tradition, la notion des droits de l'enfant est mal perçue. C'est pourquoi les droits de l'enfant vus sous l'angle des textes écrits, se heurtent à la résistance des valeurs traditionnelles fortement ancrées dans le système de représentation sociale.

L'effectivité de la protection juridique reste limitée car même le taux d'enregistrement des naissances n'était que de 32% en 2006¹¹, c'est à dire que 68% d'enfants vivent sans reconnaissance légale de leur statut.

3.3.2. La Protection Sociale

Elle concerne les enfants d'une manière générale et particulièrement ceux en situation de vulnérabilité. Il faut retenir que la prise en charge assurée à ces enfants peut être variée :

¹¹EDS/MICS III

sanitaire, nutritionnelle, hygiénique, éveil-éducation, psychosociale et également le placement familial pour les enfants abandonnés sans aucune trace de famille.

Par ailleurs, les pratiques néfastes demeurent assez répandues au Niger, et elles empêchent aux enfants de jouir de leurs droits et d'un développement harmonieux. Ces pratiques incluent : l'exploitation des enfants, le mariage précoce, la mutilation génitale féminine, la consommation des décoctions par les bébés, la scarification et les balafres, l'ablation de la lulette, etc.

Au-delà de cela, plusieurs autres contraintes pèsent sur la protection sociale de l'enfant : la forte incidence de la pauvreté dans l'espace nigérien, une très forte prévalence de l'analphabétisme, l'extrême précarité de la condition de la femme, la survivance de schèmes idéologiques, comportementaux et de pratiques présentant une forte charge de nocivité pour l'enfant.

3.3.3. Le Cadre Institutionnel

D'une manière générale, sur le plan institutionnel, étant donné le vaste champ d'application de la protection de l'enfant, plusieurs acteurs y interviennent: les services étatiques, les ministères concernés par les questions de l'enfance, les partenaires au développement et la société civile. Les axes stratégiques du secteur visent à mieux coordonner les actions en faveur des enfants prenant en compte l'intérêt supérieur de l'enfant.

En dépit de l'existence de plusieurs politiques et programmes sectoriels et des efforts consentis sur le plan juridique, la situation des enfants n'est guère reluisante comme en témoignent les indicateurs cités dans ce document.

A cet effet, plusieurs structures de prise en charge spécifique de la petite enfance et des enfants en situation de vulnérabilité existent : les garderies, le centre d'accueil des enfants en difficulté familiale, le village d'Enfant SOS, les orphelinats et les services sociaux, les centres de prise en charge des enfants handicapés. Il faut souligner que la majorité de ces structures se trouvent à Niamey. La situation du personnel dans ces structures constitue aussi une préoccupation majeure tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

On note également l'existence de plusieurs comités dont celui de la survie, la protection et le développement de l'Enfant avec ses démembrements à l'intérieur du pays.

Enfin, la situation relative à la protection de l'enfant, comme tous les autres aspects, n'est pas encore satisfaisante et ne répond pas à la réalisation des besoins fondamentaux de l'enfant. Car, la participation telle que reconnue dans la CDE est une approche nouvelle qui n'est pas encore totalement intégrée dans les systèmes de valeurs de la grande partie des populations.

3.4. Secteur de l'eau, l'hygiène et l'assainissement

Le Niger dispose d'un potentiel hydraulique considérable. Cependant, en raison de tous les enjeux qui caractérisent la problématique du secteur de l'eau et de l'assainissement, les

Autorités Nigériennes ont pendant ces dernières années, opéré plusieurs réformes institutionnelles et législatives.

3.4.1. Les orientations et stratégies

La politique de l'eau et de l'assainissement comme toutes les politiques sectorielles définies ces vingt dernières années par le Niger, s'inscrit dans les orientations fondamentales qu'il s'est fixées à travers un cadre macro-économique de développement centré sur la lutte contre la pauvreté et pour le développement durable. Ce cadre s'articule aujourd'hui autour des grands axes définis dans le Plan de Développement Économique et Social (PDES).

En termes de stratégie, à la fin des années 1990, avec les deux lettres de politique sectorielle de 2001 respectivement en hydraulique urbaine et en hydraulique rurale, la stratégie se retrouve dans la mise au point du Programme Hydraulique National et dans les stratégies multisectorielles en hydraulique urbaine et hydraulique rurale.

Quant à l'assainissement, elle souffre d'une multitude d'intervenants, d'une superposition des responsabilités et d'une absence de stratégie impulsée au niveau central, malgré certaines avancées accomplies. Dans le schéma actuel, la coordination du secteur et des intervenants doit être assurée par la Commission Nationale pour l'Eau et l'Assainissement (CNEA).

Les grands axes de la politique de l'eau touchant le développement du couple mère / enfant sont les suivants :

- l'amélioration de la couverture des besoins en eau potable des populations et de leur cadre de vie à travers la réalisation de nouveaux points d'eau potable et d'un programme de réhabilitation et de maintenance des ouvrages existants ;
- la protection des ressources en eau, de la qualité de l'eau et des écosystèmes aquatiques ;
- l'appui à tous les secteurs de production tout en recherchant une meilleure adéquation entre coût d'investissement, d'entretien et de fonctionnement des infrastructures hydrauliques ;
- Le renforcement du cadre institutionnel et juridique.

Quant à **la politique d'assainissement** des eaux pluviales et résiduaires, elle est fondée sur le concept de la complémentarité entre la fourniture de l'eau et le traitement des eaux résiduaires, urbaines et les mesures visant à en corriger les effets nuisibles.

3.4.2. Accès aux services d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement de base

Accès aux services d'eau potable

Au niveau national le taux d'accès des ménages à l'eau potable est de 66,3 % en 2009¹². Toutefois, il convient de noter qu'un nombre important de forages villageois n'est plus fonctionnel du fait des pannes des moyens d'exhaure (pompe à motricité humaine réduisant ainsi la couverture réelle).

Du fait du développement insuffisant de l'approvisionnement en eau potable, une importante partie de la population pauvre, particulièrement les femmes et les enfants, consomme de l'eau insalubre. D'où une prévalence élevée de maladies d'origine hydrique liées aux mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement. La couverture nationale en point d'eau est de 66,3 en 2009¹³. A cet égard, la proportion de la population ayant accès au service d'assainissement décent selon les statistiques 2002-2003 du MHE/LCD est d'environ 20 % pour le monde rural et de 79% pour le monde urbain si l'on considère les latrines traditionnelles comme étant des installations améliorées.

Néanmoins, le Niger s'est engagé en plus, à élaborer un plan d'assainissement pour les agglomérations et pour le milieu rural surtout à insérer systématiquement un volet assainissement à tout nouveau projet d'hydraulique villageoise. Cette situation est un autre défi que le Niger doit relever quand on sait que les maladies d'origine hydrique continuent à être des causes sérieuses de décès et d'handicaps affectant le développement des enfants.

Les principales contraintes liées à l'exploitation et à la gestion des ressources en eau au Niger se manifestent par :

1. des difficultés techniques/technologiques d'accès à la ressource (eaux souterraines), avec un taux d'échec élevé dans la réalisation des ouvrages en zone de socle ;
2. la profondeur importante des nappes d'eau dans certaines zones sédimentaires occasionnant des coûts élevés voire exorbitants des ouvrages hydrauliques ;
3. des eaux trop chargées non utilisées ou mal appréciées par les bénéficiaires
4. des bassins versants internationaux dont la maîtrise et la gestion des eaux (eaux de surface) ne sont pas de la responsabilité de l'État nigérien seul (Nigeria, Burkina, Mali) ;
5. l'insuffisance du contrôle de la qualité de l'eau distribuée à travers les Points d'Eau Modernes et les Bornes Fontaines surtout en milieu rural.
6. le manque d'un véritable plan de communication pour un changement de comportement (CCC) en matière d'AEPA.

¹² NIGER en chiffre 2009

¹³ NIGER en chiffre 2009

Accès aux mesures d'hygiène et à l'assainissement de base :

En ce qui concerne l'hygiène et l'assainissement de base, la situation est bien plus préoccupante, les rares chiffres disponibles sont ceux fournis par l'enquête MICS2, qui conclut à un taux d'environ 5% en milieu rural et de 79% en milieu urbain. Cependant, des actions de latrinsation viennent de démarrer dans quelques gros centres ruraux et dans certains milieux périurbains avec l'avènement du Projet Sectoriel Eau (PSE). Si l'on s'en tient à la proportion des ménages possédant une latrine améliorée ou non, on obtient actuellement une couverture nationale de plus de 20%.

3.4.3. Impact de la situation du secteur eau hygiène et assainissement sur le couple mère / enfant

La faiblesse du taux de couverture des besoins en eau potable et l'accès très limité aux infrastructures d'assainissement de base ont des conséquences néfastes sur l'état de santé des populations démunies, particulièrement en cas de consommation des eaux non salubres. Cette situation fragilise l'état sanitaire déjà précaire des populations pauvres, notamment les femmes et les enfants. Ainsi, plusieurs maladies d'origine hydrique sévissent encore au Niger malgré les efforts inlassables déployés par le gouvernement et ses partenaires; on peut citer à juste titre les fluoroses qui engendrent des malformations osseuses chez les enfants (cas de Tibiri-Maradi et Koundoumawa –Zinder), le ver de guinée dont les zones endémiques sont les régions de Tillabéry et Zinder, les maladies diarrhéiques, le paludisme, la schistosomiase. Il est à noter aussi que toutes ces maladies ne sont pas sans préjudice à la faculté intellectuelle et au développement normal du jeune enfant.

En outre, en milieu rural et périurbain, la corvée d'eau demeure chez la petite fille un facteur limitant pour la fréquentation scolaire de même qu'elle laisse peu de chance à la femme pour s'occuper de ses enfants. Il a été démontré que dans la plupart des écoles nomades ne disposant pas de point d'eau moderne encore moins de latrine, la fréquentation scolaire laisse à désirer dans la mesure où l'abreuvement du cheptel constitue pour un pasteur un défi quotidien. En général, c'est à la femme ou dans une moindre mesure à l'enfant qu'échoit le parcours de plusieurs kilomètres à la recherche de cette denrée rare qui n'est plus une nécessité mais plutôt la vie. Bien entendu, dans certaines zones du pays, la présence d'un point d'eau moderne détermine l'installation d'un village ou campement. Aussi, il n'est pas rare qu'un village ou campement se vide de ses populations à la suite d'une panne du système d'exhaure de l'eau ou de la compromission d'un puits cimenté lorsqu'il tarit.

CHAPITRE IV : CONCEPT DE L'APPROCHE DE DEVELOPPEMENT INTEGRE DU JEUNE ENFANT(DIJE)

Le développement de l'enfant est un processus au cours duquel celui-ci grandit et mûrit. En effet, étudier ce développement permet de comprendre comment l'enfant apprend à utiliser ses facultés motrices, intellectuelles, affectives et sociales. Et pour que les enfants puissent développer le maximum de leurs potentialités, leurs besoins fondamentaux de protection, de nourriture et de soins de santé doivent être satisfaits, simultanément avec leurs besoins d'affection, d'interaction et d'apprentissage.

C'est pourquoi, l'idée d'une approche intégrée pour la survie et le développement du jeune enfant est née au sein de l'UNICEF dès 1984 comme une recommandation programmatique pour l'élaboration des politiques d'intervention dans les pays en voie de développement. Cette notion a été confortée par les conclusions de la Conférence de Jomtien en 1990. Par la suite, la fin de la décennie, soit l'an 2000, fut retenue comme horizon temporel pour l'atteinte du seuil de l'éducation primaire universelle pour tous les pays. Cet objectif "Éducation pour tous en l'an 2000", a eu pour effet induit un net fléchissement des actions visant le développement de l'enfant d'âge préscolaire. La priorité étant accordée plutôt à la scolarisation de masses concernant les enfants de 7 ans et plus n'ayant pas encore accès à l'enseignement primaire.

A cet égard, la survie de l'enfant demeurant toujours un sujet préoccupant pour l'UNICEF et ses partenaires, cette institution n'en orienta pas moins une part importante de ses efforts vers l'accroissement de l'offre d'éducation et de la réduction des disparités de genre dans l'enseignement primaire, au détriment de l'éveil du jeune enfant.

Face à cette situation et dans le cadre de la promotion des droits de l'enfant, le Gouvernement nigérien initie un processus de formulation d'une stratégie nationale en faveur du développement du jeune enfant. Celle-ci doit prendre en compte les principes de l'interdépendance des droits et de leur indivisibilité en vue d'une intégration parfaite des actions à mener au profit du jeune enfant selon la vision de la Convention sur les droits de l'enfant.

4.1. Définition de l'approche

L'approche intégrée promeut une vision holistique de l'enfant et une coordination des actions dans 5 domaines prioritaires de la santé, de l'eau/hygiène/assainissement, de la nutrition, de l'éveil/éducation et de la protection, en faveur des enfants de 0 à 8 ans, avec un souci particulier de la perspective genre et de la participation des enfants. Elle réunit comme acteurs, la famille, les communautés et les institutions offrant des services telles les ministères sectoriels, les ONGs et les acteurs privés.

4.2. But

L'approche intégrée s'inscrit dans le cadre de la Convention relative aux droits de l'enfant. Elle consacre l'indivisibilité des droits de l'enfant. Le but visé est d'«opérationnaliser l'approche droits pour les enfants de la tranche d'âge de 0 à 8 ans par

la mise en œuvre d'une approche intégrée pour la survie et le développement de l'enfant avec une attention particulière à la tranche d'âge d'avant la naissance à 3 ans ».

4.3. Objectifs

Les objectifs visés par l'approche sont :

- créer une dynamique de mise en œuvre de l'approche intégrée pour la survie et le développement du jeune enfant;
- s'assurer que le Niger produit des résultats concrets liés à la mise en œuvre de l'approche intégrée pour la survie et le développement du jeune enfant dans les zones de concentration;
- s'assurer que l'approche englobe les actions de prévention contre les IST- VIH-SIDA, particulièrement dans la transmission mère enfant, la prévention chez les jeunes et le soutien aux enfants affectés et infectés ;
- promouvoir auprès des familles et des communautés la connaissance et la pratique cohérente de comportements impératifs en matière de soins aux jeunes enfants et aux femmes enceintes et allaitantes.

4.4. Principes clés

L'approche intégrée inaugure un renouveau conceptuel et pragmatique en matière de mobilisation pour la survie et le développement du jeune enfant en allant au delà des interventions sectorielles, de la notion de besoins et de celle d'écart à combler dans des domaines spécifiques qui présidaient anciennement à la conception des politiques en faveur de l'enfance. Elle prend appui sur la règle de droit et une nouvelle vision de l'enfant qu'elle appréhende et cible comme un tout, un acteur social et une personne à part entière, pour concevoir et programmer les actions qui lui sont destinées.

C'est pourquoi les principes suivants fondent l'approche intégrée pour la survie et le développement du jeune enfant :

- l'indivisibilité des droits de l'enfant et le principe de non discrimination sont à promouvoir;
- l'enfant est au centre des actions
- la famille est un acteur privilégié ;
- la communauté est un acteur clé ;
- les actions en faveur des femmes et des filles sont indispensables ;
- toute forme d'exclusion est à proscrire ;
- l'intégration des générations est à promouvoir;
- la flexibilité et l'adaptabilité sont recherchées, ainsi que la qualité ;

En plus de ces principes clés, trois arguments appuient l'approche :

L'argument éthique qui repose sur le droit de chaque enfant de se développer au maximum de ses potentialités, ainsi que le stipule la convention; l'égalité des droits de l'enfant; la primauté du principe de non discrimination et la préservation de l'intérêt supérieur de l'enfant.

L'argument scientifique qui attire l'attention sur l'importance extrême des premières années de la vie de l'enfant en tant que période cruciale pour :

- le développement physique, physiologique et psychomoteur ;
- l'éveil de l'intelligence ;
- l'affectivité, la formation de la personnalité et le processus de socialisation.

L'argument économique qui prouve que l'investissement opéré en temps opportun dans la prévention, l'hygiène, l'éveil, la sécurité affective, la protection, l'éducation et le développement du jeune enfant est plus efficace que les dépenses qu'il faut consentir à posteriori pour des soins curatifs. Un dicton dit bien.

4.5. Défis – contraintes

La nouvelle approche fait sienne les exigences fonctionnelles et opérationnelles suivantes :

- elle consacre la primauté et l'importance du cadre familial de l'enfant qui est son premier cercle de vie, et impose de trouver de nouvelles approches de travail avec les familles et les communautés;
- elle oblige à dépasser l'approche sectorielle verticale, tant à l'UNICEF que chez les autres partenaires;
- elle demande de partir de l'environnement culturel et social comme base de nos actions;
- elle demande de dépasser la perception persistante encore que le jeune enfant est un être passif, récipiendaire de nos actions, pour le voir comme une personne à part entière ouverte sur le monde, activement en relation avec nous, et dont l'écoute et la participation doivent aussi être prises en compte dans nos actions;
- elle demande de considérer l'enfant comme un tout dans sa globalité et dans la planification des différentes interventions sectorielles.

Des contraintes existent dans l'application de cette approche intégrée :

- la pauvreté qui ne permet pas de réponses adéquates aux sempiternels problèmes des droits et la satisfaction des besoins des enfants ;
- les violences physiques et sexuelles et les conflits armés dont les séquelles sont un obstacle majeur à la prise en compte des droits de l'enfant;
- la pandémie des IST- VIH- SIDA qui est un fléau dont malheureusement la grande majorité des cas se retrouvent en Afrique subsaharienne (90% des cas d'enfants orphelins, 70% des cas de séropositivité, 80% des cas de décès dus au sida);

- les discriminations diverses et plus particulièrement les discriminations de genre où le contexte socioculturel accorde généralement un second rôle à la femme.

Dans le contexte nigérien, en plus de certaines contraintes énumérées ci-haut, on peut noter les obstacles spécifiques ci-après :

- fossé existant entre les textes juridiques et leur application effective ;
- forte prévalence d'analphabétisme (taux d'alphabétisation : 28,6% en 2007), surtout chez les femmes (17%);
- certaines connaissances, attitudes, pratiques et préjugés défavorables au développement du jeune;

A toutes ces contraintes majeures; il faut ajouter que les gouvernements ne donnent pas une priorité aux services en faveur du jeune enfant. Il n'y a pas de politique clairement définie pour la tranche d'âge de 0 à 8 ans et encore moins de ressources humaines et financières allouées pour les réponses adéquates aux besoins du jeune enfant. En outre les politiques, stratégies et interventions sont structurées sur une base sectorielle qui constitue un obstacle à la mise en œuvre d'une approche holistique.

Mais en amont de tout cela, il faut une volonté politique affichée. Il faudra que les autorités, en harmonie avec les partenaires au développement et les acteurs nationaux puissent s'entendre sur les différentes étapes de la mise en œuvre.

4.6. Opportunités

En se référant à l'analyse sur les CAP, on peut dire qu'il existe plusieurs opportunités pour la réalisation de l'approche intégrée. La première est l'implication des communautés dans la gestion des services de soins de santé primaires quand on mettra l'accent sur :

- la promotion et la mise en œuvre d'un paquet minimum d'activités ;
- la disponibilité permanente de médicaments essentiels et à faibles coûts ;
- le partage des coûts ;
- la participation effective des populations.

Dans le domaine de l'éducation, l'existence d'un cadre institutionnel à l'enfant au MEN/A/PLN: la constitution, la LOSEN, les structures d'accueil (jardins d'enfants) et la mise en œuvre du PDDE par l'accroissement significatif du TBS du préscolaire de 1% en 2003 à 5% en 2013.

L'autre opportunité est le développement des expériences de programmation à base communautaire dans tous les secteurs de développement du jeune enfant.

Enfin, la revalorisation de nos connaissances et considérations traditionnelles sur le jeune enfant, car dans la société africaine en général, l'enfant est comme un élément central de la famille. La relation mère-enfant est respectée et valorisée et cela doit constituer un socle solide pour la motivation relative aux actions en faveur du jeune enfant.

En tant que processus d'opérationnalisation de l'approche droit, l'approche intégrée opère donc un dépassement de la notion de besoins pour poser la problématique de la survie et du développement du jeune enfant en terme de droits.

L'approche intégrée recentre la perspective qui a jusqu'alors prévalu en définissant l'enfant comme un tout, en le reconnaissant comme personne à part entière et sujet de droit, en s'adressant à lui comme tel et plus encore en mettant le droit au-delà et au dessus du besoin. Ainsi elle le situe désormais au cœur des actions, faisant de son intérêt supérieur les conditions de toute stratégie visant véritablement à lui assurer un bon départ dans la vie.

CHAPITRE V : POLITIQUE NATIONALE DE DÉVELOPPEMENT INTEGRE DU JEUNE ENFANT

Il n'est pas exagéré aujourd'hui de dire que l'agenda de la décennie écoulée est plus que d'actualité car à considérer certains indicateurs clés, beaucoup reste à faire pour le développement intégré du jeune enfant. Comme le stipule un extrait de la Revue de fin de décennie- BRAOC, Abidjan, 2001, « la mortalité infanto-juvénile a augmenté dans plusieurs pays. Il n'y a pas d'évidence de réduction de la mortalité maternelle, de la malnutrition protéino-énergétique ou de l'amélioration de l'accès à l'assainissement. La couverture vaccinale évolue en dents de scie d'une année à l'autre et la prévention contre le paludisme, la rougeole, les IRA et les diarrhées, reste timide. Et même si on note des progrès dans l'accès à l'éducation de base, très souvent la qualité de l'enseignement élémentaire ne s'est pas améliorée ».

Cette situation nous impose de définir de nouvelles orientations desquelles vont découler des stratégies susceptibles de permettre la réalisation des actions conduisant au développement intégré du jeune enfant.

5.1. Les grandes orientations

Comme le montrent les analyses diagnostiques, des opportunités existent pour créer une dynamique de mise en œuvre de l'approche intégrée et d'obtenir des résultats concrets. Ceci peut être fait sur la base d'une interaction entre les différents intervenants au niveau des secteurs étatiques, non gouvernementaux et les communautés dans un contexte d'engagement politique clair de la part des autorités gouvernementales.

En termes d'orientation pour le Niger. Il s'agira de:

- procéder à une harmonisation intégrale des textes législatifs et réglementaires relatifs aux droits de l'enfant au niveau de tous les secteurs intervenant dans le domaine ;
- procéder à la mise en œuvre des orientations contenues dans le Plan de Développement Economique et Social (PDES) relatives à la petite enfance;
- renforcer les mécanismes de coordination et de suivi et évaluation pour la mise en œuvre des actions à réaliser ;
- mettre des moyens financiers, humains et matériels à la disposition des structures de mise en œuvre.

5.2. But

Par une approche holistique des acteurs intervenant en faveur du jeune enfant, développer un être capable de s'assumer, de prendre en charge son devenir et de participer au développement de la nation.

5.3. Objectifs Généraux

La PNDIJE vise à :

- Susciter un large courant d'initiatives et un engagement durable en l'enfant au sein de la communauté nationale et des institutions d'aide au développement ;
- Harmoniser les textes juridiques nationaux de protection, survie et développement de l'enfant avec les conventions et accords internationaux y relatifs ratifiés par l'État du Niger;
- Assurer l'application effective des textes nationaux et internationaux ratifiés et/ou adoptés relatifs au jeune enfant;
- Améliorer les services sociaux de base pour les jeunes enfants;
- Susciter un changement de comportement au niveau communautaire en faveur d'un bon développement holistique de l'enfant sans discrimination, tout en éradiquant les pratiques néfastes contraires à son épanouissement.

5.4. Stratégies

Au cours des différents ateliers régionaux organisés les participants ont dégagé des stratégies (voir annexe) présentées ici sous forme de synthèse. Ces stratégies cadrent avec les objectifs définis pour répondre à la problématique du jeune enfant.

Ainsi, 6 domaines stratégiques sont retenus :

Domaine stratégique 1

Sensibilisation-plaidoyer auprès des cibles suivantes:

- les décideurs, les parlementaires et les leaders d'opinion, afin de développer un consensus national en faveur du jeune enfant et d'une approche holistique de ses droits;
- les communautés pour un changement de comportement en faveur du développement du jeune enfant;
- les autorités administratives et coutumières pour l'application des textes en faveur du jeune enfant;
- les partenaires techniques et financiers pour une meilleure mobilisation des ressources;
- la société civile pour accompagner le processus de mise en œuvre de l'approche;
- le secteur privé pour investir davantage en faveur du jeune enfant.

Domaine stratégique 2

Responsabilisation communautaire et implication des élus locaux pour la mise en œuvre de l'approche et pour une gestion participative par tous les membres de la communauté y compris les enfants.

Domaine stratégique 3

Mobilisation et réallocation des ressources humaines, matérielles et financières pour la mise en œuvre des actions dégagées de la politique.

Domaine stratégique 4

Renforcement des capacités des acteurs du domaine pour :

- ✓ Intégrer le développement de l'enfant dans la planification, la gestion et le suivi/évaluation des projets;
- ✓ Prendre en compte l'aspect genre dans les interventions auprès des jeunes enfants;
- ✓ Créer des initiatives communautaires selon les besoins des jeunes enfants;
- ✓ Communiquer les messages en vue d'encourager un changement de comportements en faveur du jeune enfant.

Domaine stratégique 5

Rapprochement et intégration des services sociaux de base pour une meilleure synergie des prestations en faveur du jeune enfant.

Domaine stratégique 6

Vulgarisation des textes juridiques et des messages clés du DIJE pour encourager des pratiques alternatives afin d'éradiquer les pratiques néfastes et mener un changement durable en faveur du jeune enfant.

5.5. Objectifs spécifiques

La société doit considérer chaque étape de la vie de l'enfant. Ces résultats attendus sont formulés pour répondre aux problèmes réels que vivent les populations dans la prise en charge de leurs jeunes enfants.

Pour permettre à la société de mettre en œuvre les stratégies nécessaires, un certain nombre de dispositions d'ordre éducatif, sanitaire, nutritionnel, de protection et autres, doivent être formulées afin de guider un développement harmonieux et équilibré du jeune enfant. Même si ces dispositions connaissent des limites pour des raisons diverses, particulières au contexte nigérien, leur expression relève du traitement du jeune enfant au premier plan.

Les objectifs spécifiques selon les étapes de développement du jeune enfant se présentent comme suit :

5.5.1 Pendant la grossesse

- Informer et faciliter l'accès aux familles et surtout aux femmes à un système de santé de la reproduction de qualité pour éviter les grossesses précoces et non voulues et lutter contre l'infanticide et l'avortement;
- Faire en sorte que les consultations prénatales deviennent la norme pour les femmes au Niger;
- Rendre opérationnel le système de référence et contre référence pour permettre la prise en charge à temps des complications pendant la grossesse;
- Susciter un changement positif de comportement en faveur de l'amélioration de la santé de la reproduction et le bon déroulement de la grossesse;
- Assurer à aux mères la jouissance d'une couverture vaccinale;

- Assurer un encadrement à la future maman par un soutien familial, communautaire et des structures de prise en charge; qui allège ses tâches lourdes et lui permet l'accès aux autres structures spécialisées de prise en charge des femmes enceintes;
- Renforcer les compétences des femmes sur les bonnes pratiques nutritionnelles et hygiéniques pour prévenir la malnutrition des enfants, des femmes enceintes et de toute la famille;
- Prévenir la transmission du VIH/SIDA de la mère séropositive à l'enfant par la mise à disposition d'un paquet minimum d'activités pour prévenir;
- Prévenir le paludisme chez les femmes enceintes par entre autre, la promotion des moustiquaires imprégnées et une bonne hygiène de vie.

5.5.2 A l'accouchement

- Réduire les taux de morbidité et de mortalité maternelle et néo-natale par l'accès à l'assistance de la femme et du bébé tout au long de l'accouchement;
- Augmenter le taux d'accouchement assisté et développer le système de référence et contre référence pour permettre la prise en charge des complications pendant l'accouchement;
- Sensibiliser la femme sur l'importance de la planification familiale pour éviter les grossesses trop rapprochées et/ou non désirées;
- Assurer aux femmes un accès aux services de santé de qualité et aux consultations post-natales;
- Sensibiliser les parents sur l'importance de l'enregistrement à la naissance.
- Sensibiliser la mère sur l'importance de dormir avec son bébé sous une moustiquaire imprégnée;
- Sensibiliser la mère sur l'importance du premier lait (colostrum) et l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois;
- Assurer au bébé les vaccinations appropriées dès sa naissance;
- Assurer au bébé dès sa naissance un environnement favorable à sa survie;
- Garantir l'accessibilité physique et économique à l'eau potable afin de contribuer à combattre les maladies hydriques et à améliorer la préservation de l'hygiène corporelle;
- Sensibiliser les parents séropositifs pour qu'ils continuent à prendre les mesures pour prévenir la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant;
- Renforcer les compétences des familles pour les aider à assurer un bon développement des enfants;
- Protéger la mère et l'enfant contre les pratiques néfastes.

5.5.3 0 à 3 ans

- Sensibiliser la mère sur l'importance de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et sur le sevrage progressif;
- Identifier les handicaps et entreprendre promptement les interventions;
- Assurer à l'enfant les vaccinations régulières et à temps;
- Faire en sorte que l'enfant continue à dormir sous une moustiquaire imprégnée;
- Rendre accessible à l'enfant physiquement et économiquement un centre de santé doté de matériels et de personnels qualifiés;

- Susciter un encadrement de l'enfant par sa famille, sa communauté et par un personnel formé afin qu'il soit bien stimulé, éveillé et intégré socialement sans discrimination;
- Prendre en charge les orphelins du SIDA;
- Garantir à la mère un accès à une garderie de qualité pour lui faciliter ses activités économiques;
- Sensibiliser les familles, les communautés à travers les cours d'alphabétisation, les messages avec les supports appropriés pour qu'elles adoptent des comportements favorables à la protection et au développement de l'enfant;
- Renforcer les capacités des communautés à assurer les premiers soins préventifs et curatifs.

5.5.4 4 à 6 ans

- Poursuivre l'éducation de l'enfant afin qu'il continue à s'éveiller et à devenir capable d'autonomie et d'initiative et qu'il contribue au développement de sa communauté (l'éducation des parents, des pairs, de la communauté et par l'enseignement préscolaire formel, les écoles coraniques ou autres structures du non formel);
- Élever le taux de couverture vaccinale pour réduire fortement le taux de mortalité infanto-juvénile;
- Assurer le suivi de la santé, de la croissance, de la nutrition de l'enfant par des cadres formés et des parents informés;
- Assurer aux enfants l'accès à une structure d'éveil de qualité qui respecte les normes établies et qui est doté en matériel curriculaire, pédagogique, didactique et en personnel formé;
- Garantir aux enfants le droit aux loisirs et les protéger de toutes les formes d'exploitation;
- Assurer l'intégration des enfants vivant en situations difficiles et vulnérables (enfants handicapés, enfants de la rue, orphelins, séropositifs) dans leur communauté ainsi que leur prise en charge par les structures d'appui;
- Renforcer les capacités des familles (parents, fratrie, grands parents) pour qu'elles participent activement dans l'éducation et l'éveil du jeune enfant et aussi dans la gestion et le suivi des structures d'accueil de l'enfant;
- Développer des comportements et des attitudes de protection à l'égard des enfants.

5.5.5 7 à 8 ans

- Diffuser et appliquer la CDE et la CADBE dans les communautés;
- Protéger les enfants au foyer, à l'école et dans la communauté contre les violences et toutes formes d'exploitation;
- Lutter contre le mariage précoce des jeunes filles;
- Renforcer la création des écoles gérées par les communautés, qui ont: des salles aménagées et clôturées, un point d'eau, des latrines pour les garçons et les filles, du personnel formé et qualifié féminin et masculin, un curricula adapté et pratique, des équipements suffisants, une aire de jeux, et un gouvernement d'enfants;

- Garantir à l'enfant à l'école coranique ou dans d'autres structures d'éducation non formelle, un environnement sain et sécurisant conforme aux normes établies;
- Assurer à l'enfant, une bonne alimentation au foyer comme dans les structures d'accueil;
- Développer les capacités de l'enfant, en zone urbaine comme en zone rurale, fille comme garçon de s'assumer, de prendre en charge son devenir;
- Développe chez l'enfant un sens de souci et de devoir envers la société, un respect et une tolérance pour les autres à travers une éducation morale;
- Encadrer la communauté pour qu'elle continue à prendre en charge les orphelins et les enfants vulnérables.

En plus des objectifs spécifiques définis selon les différentes étapes de la vie de l'enfant, il existe aussi ceux qui se rapportent à la promotion de la participation communautaire et au renforcement des services sociaux de base :

5.6 Rôle des communautés et des services techniques

5.6.1 Communautés

La responsabilisation des communautés est nécessaire pour une meilleure mise en œuvre de cette approche.

A cet effet, les objectifs spécifiques suivants sont poursuivis à ce niveau :

- Encadrer les communautés pour qu'elles développent et gèrent des initiatives communautaires en vue d'assurer le développement intégré de l'enfant d'une façon durable;
- Sensibiliser les membres de la communauté pour qu'ils intègrent les dimensions DIJE dans les structures existantes et qu'ils assurent une meilleure coordination en faveur du jeune enfant;
- Appuyer les communautés dans l'élaboration des supports de sensibilisation et dans la mise en place de leurs initiatives en faveur du développement intégré du jeune enfant;
- Sensibiliser les membres de la communauté sur les droits et les responsabilités envers le jeune enfant.

5.6.2 Services sociaux de base

Les objectifs spécifiques à cet égard sont :

- Faire le plaidoyer auprès des élus locaux pour qu'ils investissent dans les services sociaux de base afin de mieux répondre aux besoins des enfants;
- Appuyer la gouvernance locale pour une meilleure coordination des activités;
- Former les décideurs et les cadres des services techniques sur la démarche DIJE;
- Réaliser des exercices réguliers de cartographie des interventions pour une planification efficace;
- Identifier et mettre en œuvre des stratégies permettant de rendre visible l'impact des interventions sur le jeune enfant;
- Identifier et mettre en œuvre des stratégies à court, à moyen et long terme pour répondre efficacement aux besoins de l'enfant et de la mère;
- Encourager le partenariat entre la société civile et les services techniques;
- Développer le partenariat public-privé en vue de promouvoir l'investissement en faveur du jeune enfant à la base.

CHAPITRE VI : MECANISME DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de la politique du DIJE au Niger, pour qu'elle soit une réussite a besoin de l'adhésion de toute la population. Pour ce faire, plusieurs actions dont une large diffusion des contenus du document à tous les niveaux s'imposent.

A cet effet, la réalisation et la réussite, de toutes ces actions à entreprendre nécessitent la mise en place d'un certain nombre de dispositifs.

6.1. Dispositifs institutionnels

Pour la mise en œuvre de cette politique, il est proposé :

Au niveau national :

Une Cellule Nationale Multisectorielle pour le Développement Intégré du Jeune Enfant (CNMDIJE);

Cette cellule sera ancrée au ministère chargé de la protection de l'enfant avec des antennes au niveau régional, départemental et communal.

Missions : Coordonner la mise en œuvre, le suivi/évaluation de la politique DIJE et mobiliser les ressources nécessaires.

Composition :

Les représentants des Ministères chargés des secteurs suivants :

- plan
- santé
- éducation
- justice
- communication
- protection de l'enfant
- hydraulique
- environnement
- économie et finances
- intérieur
- les représentants de la société civile : ONGs, Associations
- les partenaires techniques et financiers
- les représentants des communautés locales
- les représentants du secteur privé intervenant dans le domaine de la petite enfance.

Au niveau régional, départemental et communal:

Des cellules seront créées en s'appuyant sur les structures existantes tout en intégrant l'approche DIJE.

6.2. Partenariat

Étant donné que la mise en œuvre de la politique DIJE concerne plusieurs secteurs, donc plusieurs catégories d'intervenants, il est nécessaire d'harmoniser et de coordonner les interventions autour de la question de l'enfance, et cela, à travers un partenariat avec l'État pour permettre une synergie efficace des interventions tant au niveau national, régional et sous-régional.

Au niveau de l'État :

L'État doit assumer toute la responsabilité de la mise en œuvre de cette politique et veiller à une vision partagée par tous les partenaires.

Au niveau de la communauté :

Au titre de la décentralisation, les structures de mise en œuvre de cette politique auront leurs démembrements jusque dans les communes afin d'avoir leur adhésion totale. Cela aura pour avantage, l'émergence d'une culture de mobilisation permanente pour la sauvegarde des droits de l'enfant, sa protection, sa survie et son développement. S'agissant du matériel, il sera question d'exploiter les ressources locales pour prendre en compte les potentialités que nous offre notre environnement.

Au niveau de la société civile :

L'engagement et l'implication de la société civile sont déterminants pour la réussite de la mise en œuvre de la politique à tous les niveaux.

Au niveau des partenaires techniques et financiers :

Tout au long du processus de mise en œuvre, il sera institué des cadres de consultation et concertation pour le plaidoyer, la mobilisation des ressources nécessaires, et le renforcement des compétences.

6.3. Financement

Le financement des interventions en faveur du développement intégré du jeune enfant reposera sur :

L'État par :

- l'allocation budgétaire;
- l'affectation des ressources humaines qualifiées;
- l'attribution des locaux.

La communauté locale par :

- la participation physique ;
- la participation financière.

Société civile par:

- laparticipation physique ;
- laparticipation financière;
- le plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

Secteur privé par :

- les dons et legs légalement autorisés.

Partenaires techniques et financiers

- plaidoyer pour la mobilisation des ressources;
- participation financière;
- appui technique et renforcement des capacités;
- appui à l'équipement et à la logistique.

Les ressources nationales au Niger s'avèrent insuffisantes pour répondre aux besoins de la mise en œuvre de la politique DIJE. Par conséquent il est souhaitable que tous les acteurs impliqués mobilisent leurs efforts pour assurer un financement adéquat.

Les mécanismes de mise en œuvre de cette politique seront déterminés par décret pris en conseil de ministres.

CHAPITRE VII : DISPOSITIFS DE SUIVI- ÉVALUATION

Ce système prendra en compte les différentes dimensions de la situation de l'enfant telles que définies dans le présent document et permettra de mesurer les progrès effectués pour aboutir à des alternatives crédibles pour des changements conséquents à tous les niveaux. Donc, il suivra les évolutions dans les domaines prioritaires identifiés ici et aussi au niveau des orientations dégagées.

La cellule nationale multisectorielle pour la politique de développement intégré du jeune enfant aura la charge d'élaborer son plan de suivi-évaluation selon la projection qui sera faite dans le temps pour l'atteinte des résultats issues des objectifs. Néanmoins, sans prétendre imposer un système figé, il est proposé une batterie d'indicateurs découlant des objectifs spécifiques. Ces indicateurs, une fois convenus par l'ensemble des intervenants, seront régulièrement calculés soit à travers des enquêtes soit par des collectes de données en fonction de leur nature. La périodicité de leur calcul sera aussi fonction de leur nature. Certains indicateurs seront pris en charge également par les outils de suivi-évaluation existants : Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), enquête démographique et de santé, annuaires statistiques de l'éducation et de la santé etc.

Ces indicateurs seront exploités et analysés dans des rapports périodiques (trimestriels, semestriels, annuels). Un calendrier de réunions sera élaboré pour permettre aux membres de se retrouver périodiquement pour débattre de l'évolution de la situation du jeune enfant.

Au-delà de ce système de suivi régulier, des évaluations externes seront organisées et réalisées par des acteurs non impliqués dans la mise en œuvre de cette politique pour permettre de disposer d'autres points de vue sur le comportement de tous les acteurs impliqués.

Des évaluations internes annuelles par les structures responsables des différents secteurs impliqués doivent permettre de régler les problèmes relevés et de corriger les écarts constatés.

Toutes ces évaluations doivent avoir pour résultats des changements nécessaires à une meilleure atteinte des objectifs fondamentaux de la politique DIJE. Ces évaluations pourront être faites à tous les niveaux et les conclusions devront être validées au cours des ateliers régionaux et nationaux.

Autrement, les programmes pilotes de recherche-action dans le domaine du DIJE pourront appuyer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la politique et les conclusions des enquêtes. La recherche-action sera un outil nécessaire pour adapter les interventions DIJE aux réalités des communautés et pour l'éradication des pratiques, des freins idéologiques et des préjugés représentant des obstacles à l'amélioration du statut de l'enfant.

De façon périodique aussi, il est nécessaire qu'un audit soit réalisé par un cabinet afin d'apprécier la méthode de gestion des structures et le respect des modalités de mise en œuvre définies.

Responsables d'évaluation

Pour assurer un suivi, il faut que les partenaires au développement du Niger se reconnaissent dans les objectifs et dans la stratégie de mise en œuvre de la politique nationale de développement intégré du jeune enfant, ils participent pleinement à la synergie créée au sein de la coopération en vue de conforter et de sécuriser durablement son exécution.

Par conséquent, une structure chargée de l'évaluation sera créée et doit impliquer les acteurs à tous les niveaux :

- membres de la Cellule Nationale Multisectorielle pour le Développement Intégré du Jeune Enfant;
- comités régionaux, départementaux et communaux;
- Services et organisations assurant des prestations au bénéfice de l'enfant;
- Parents;
- Familles au sens large;
- Communautés.

Indicateurs Clés

- évolution du taux d'investissement dans les initiatives DIJE par l'État et ses partenaires;
- nombre d'acteurs/partenaires impliqués dans les initiatives DIJE;
- nombre de lois adoptées pour harmoniser les textes juridiques nationaux avec les conventions et accords internationaux ratifiés par l'État du Niger, c'est à dire CDE, CADBE entre autres;
- nombre de travailleurs publics formés en droits de l'enfant et en DIJE;
- taux de morbidité et de mortalité infantile et infanto-juvénile;
- taux de morbidité et mortalité maternelle;
- pourcentage d'enfants 3-6 ans ayant accès à des programmes éducatifs pour la petite enfance;
- taux brut de scolarisation pour les filles et les garçons de 7-8 ans;
- taux de couverture des besoins en eau potable;
- taux d'accès aux infrastructures d'assainissement de base;
- taux d'alphabétisation des hommes et des femmes;
- pourcentage des parents ayant accès à l'éducation parentale;
- nombre de structures communautaires impliquées dans la DIJE, c'est à dire comités régionaux, centre d'éveil communautaire;
- taux de couverture vaccinale;
- taux d'enregistrement des naissances;
- taux de couverture sanitaire pour les enfants de 0 à 8 ans;
- taux de couverture PTME;
- taux de couverture PCIME;
- % de nouveaux - nés allaités à moins d'une heure après la naissance;
- taux de couverture en allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois;
- pourcentage des enfants de 24-59 mois souffrant de retard de croissance;
- pourcentage des enfants dont le poids à la naissance est inférieur ou égal à 2,5 kg;
- taux de séroprévalence VIH/SIDA chez les enfants de 0 à 8 ans.

CONCLUSION

Élaborer et mettre en œuvre une politique nationale de développement intégré du jeune enfant dans un pays où tout est priorité, serait la plus grande preuve de reconnaissance de la place que notre pays accorde à l'enfant.

Conscient aussi qu'aucune œuvre de développement ne peut se faire de façon disparate, le contexte de la mondialisation le prouve d'ailleurs, la nécessité d'avoir une vision holistique s'impose de fait.

C'est pourquoi, cette politique intégrée préconisée, aura l'avantage certain d'avoir pris en compte non seulement, toutes les préoccupations relatives au développement de l'enfant nigérien, mais aussi et surtout d'avoir réuni autour de la problématique tous les intervenants de tous les secteurs.

C'est en cela seulement que nous pourrions répondre avec évidence aux préoccupations ayant constitué le défi pour le millénaire face auquel, le peuple du monde entier a pris des engagements.

En mettant en œuvre cette politique de développement intégré du jeune enfant nigérien, nous lui aurons en termes clairs, assuré les chances qui lui permettront de réaliser la plénitude de ses potentialités parce qu'il s'agit là d'un droit de l'enfant et du citoyen qu'il est et demeure d'une part, et surtout parce que c'est un devoir de l'Etat, d'autre part.

Point n'est besoin de rappeler que les ressources humaines d'un pays représentent sa première richesse et son plus important potentiel de développement.

A travers la mise en place et la réalisation de ce partenariat mondial pour le développement par le biais de la construction de ce monde que nous voulons digne des enfants, nous réajustons ainsi nos stratégies pour interpeller aussi bien les nations nanties, le continent africain, les puissances financières du globe, les organisations de toute nature assurant des services à l'enfant et les acteurs sociaux pris isolément ou considérés comme membres d'institutions formelles, à œuvrer ensemble autour de cette vision holistique.

Un monde digne des enfants, un monde de citoyenneté active, c'est à dire où tout est mis en œuvre pour étendre, conforter et préserver les conquêtes de la démocratie et de l'État de droit comme ferments irremplaçables de la citoyenneté et du développement.