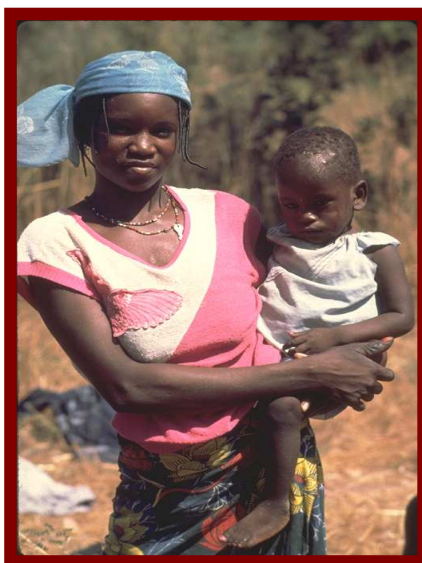


# Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et la santé sexuelle et reproductive

Un regard sur le NIGER:  
du constat à l'action

Mai 2007



Mai 2007

Publication préparée par Family Care International (FCI) en partenariat avec des organisations non gouvernementales Nigériennes notamment Bunkasa Ged et le Réseau National des Jeunes Leaders pour l'atteinte des OMD (RNJL/OMD)

Version originale en espagnol « Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud sexual y reproductiva, Una mirada desde Bolivia » par FCI - Cristina Puig Borràs  
Traduit de l'espagnol par Mariam Bagayoko  
Photographies : FCI

**Coordination édition française** et adaptation des données pour le contexte Nigérien :  
**Family Care International** : Séverine Origny-Fleishman et Cynthia Eyakuze-Di Domenico

**Comité de révision technique**

**Bunkasa Ged**

Abdoulwahab Karimatou  
Mariama Yansambou  
Liman Yahaya Adamou

**Réseau National des Jeunes Leaders  
pour l'atteinte des OMD**

Salamatou Amadou Kountche  
Maman Ousmane  
Amadou Housseini  
Amadou Harouna  
Garba Laminou

**Coordonnées**

**Family Care International**

588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012  
USA  
Tel: (212) 941-5300  
Fax: Fax: (212) 941-5563  
e-mail: [info@familycareintl.org](mailto:info@familycareintl.org)  
Site web: [www.familycareintl.org](http://www.familycareintl.org)

**Family Care International Niger**

Rue des Djermakoye  
Quartier Plateau  
BP : 12394  
Niamey, Niger  
Tel: (227) 20-75-40-51  
e-mail: [fciniger@intnet.ne](mailto:fciniger@intnet.ne)

**ONG Bunkasa Ged**

**(Genre et Développement)**

Quartier Terminus  
BP: 13405  
Niamey, Niger  
Tél : (227) 21-76-96-55  
e-mail : [bunkasaged@yahoo.fr](mailto:bunkasaged@yahoo.fr)

**Réseau National**

**des Jeunes Leaders  
pour l'atteinte des OMD**

BP: 215  
Niamey, Niger  
Tél : (227) 96-49-66-96  
e-mail : [rnjl\\_omd@yahoo.fr](mailto:rnjl_omd@yahoo.fr)

*FCI travaille pour garantir aux femmes et aux adolescents l'accès aux informations et services nécessaires pour préserver et améliorer leur santé sexuelle et reproductive, leur assurer des grossesses et accouchements plus sûrs et les protéger des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH.*

**Les organisations à but non lucratif peuvent utiliser gratuitement cette publication  
à des fins non commerciales.**

**Toutefois, FCI apprécierait si toutes reproductions de ce document pouvaient mentionner son nom  
et serait reconnaissant si un exemplaire de toute reproduction pouvait lui être adressé.**

# Table des matières

Remerciements  
Sigles et définitions

<b>Introduction</b>	<b>7</b>
<b>I- Un aperçu des Objectifs du Millénaire pour le Développement et de leur contexte</b>	<b>9</b>
I.1 La Déclaration du Millénaire	9
I.2 La feuille de route contre la pauvreté et l'inégalité	10
I.3 Les Objectifs du Millénaire pour le Développement	11
I.4 Les cibles et indicateurs des OMD	12
I.5 Les objectifs et leurs cibles	13
I.6 Pourquoi ces huit objectifs?	15
<b>II- Les OMD et la santé sexuelle et reproductive</b>	<b>16</b>
II.1 Définition de la santé sexuelle et reproductive	16
II.2 Pourquoi donner la priorité à la SSR dans les stratégies de réduction de la pauvreté?	19
II.3 Intégrer la SSR, dans son ensemble, dans l'agenda des OMD	20
II.4 Renouveau des engagements de la communauté internationale en matière de SSR	21
II.5 Engagement régional pour donner la priorité à la santé de la reproduction	22
II.6 Une nouvelle cible sur la SSR dans les OMD	24
<b>III- La situation au Niger en matière de politique de SSR</b>	<b>25</b>
III.1 Les engagements internationaux	25
III.2 Les principales politiques nationales et lois en matière de SSR	25
III.3 Autres documents de plaidoyer en faveur de la SSR	28
III.4 Les ressources allouées à la SSR	30
<b>IV- Les liens entre la SSR et les OMD au Niger</b>	<b>31</b>
IV.1 Objectif 1: Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim	31
IV.2 Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous	32
IV.3 Objectif 3: Promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomie de la femme	33
IV.4 Objectif 4: Réduire la mortalité infantile	34
IV.5 Objectif 5: Améliorer la santé maternelle	35
IV.6 Objectif 6 Lutte contre le SIDA et les autres maladies	36
<b>V- Stratégies pour promouvoir la SSR dans le cadre des OMD au NIGER</b>	<b>37</b>
V.1 Les raisons du plaidoyer	38
V.2 La définition du plaidoyer	38
V.3 Les groupes cibles	38
V.4 Les stratégies de plaidoyer	39
<b>Conclusion</b>	<b>40</b>
<b>Annexes</b>	
ANNEXE 1 - Bibliographie	
ANNEXE 2 - Indicateurs sélectionnés pour atteindre les OMD au Niger	

## *Remerciements*

Nos sincères remerciements vont à toutes les organisations partenaires dont les conseils, commentaires et contributions ont été fort utiles pour la préparation et finalisation de ce document.

Il s'agit notamment de par ordre alphabétique:

ADBNS	Associations des Donneurs Bénévoles de Sang du Niger
ANBEF	Association Nigérienne pour le Bien- Etre Familial
CCISD	Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement
CNJJN	Conseil National de la Jeunesse du Niger
CONGAFEN	Coordination des ONG et associations féminines Nigériennes
CONIPRAT	Comité Nigérien contre les Pratiques Traditionnelles
DSR/MSP	Direction de la Santé de la Reproduction/Ministère de la Santé Publique
EACG/PNUD	Equipe d'Appui Conseil en Gouvernance/ Programme des Nations Unies pour le Développement
GAPAIN	Groupe d'Action pour la Promotion de l'Alimentation Infantile au Niger
LAFIA MATASSA	Agir pour la Santé des jeunes et Adolescents
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
ONDPH	Organisation Nigérienne pour le Développement à la base du Potentiel Humain
PJN	Parlement des Jeunes du Niger
RAIL/IST/SIDA	Réseau des Acteurs Intervenants dans la Lutte contre des IST/VIH/SIDA
RENAJEN/POPDEV	Réseau des Adolescents et Jeunes du Niger en matière de Population et Développement
SRMSR-DIMOL	Santé de la Reproduction pour une Maternité sans risque
UPFN	Union pour la Promotion de la Femme Nigérienne

Cette publication a été réalisée grâce au généreux soutien de l'UNFPA et la fondation Compton.

## *Sigles et abréviations*

ARV	Médicaments Anti rétroviraux
CERMES	Centre de recherches médicales et sanitaires
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CPN	Consultation prénatale
CSI	Centre de santé intégré
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique de Santé
EDSN	Enquête Démographique de Santé et de Nutrition
MICS	Multiple indicator cluster survey
MMN	Mortalité maternelle et néonatale
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OSC	Organisations de la société civile
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PIB	Produit Intérieur Brut
PNSR	Programme National de santé de la reproduction
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
RH	Ressources humaines
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SOU	Soins obstétricaux d'urgence
SMN	Santé maternelle et néonatale
SR	Santé de la Reproduction
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
UNFPA	Fond des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
IST	Infection Sexuellement Transmissible
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## Définitions

Anténatal / prénatal	Période avant la naissance
Décès maternel/ mort maternelle	Décès d'une femme enceinte ou décès survenu dans les 42 jours après sa terminaison par une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés.
Fécondité	Aptitude à procréer, indice synthétique de fécondité = nombre moyen d'enfants par femme.
Mortalité infanto juvénile	Nombre de décès survenant entre la naissance et cinq ans.
Postnatal / Post-partum	Après l'accouchement.
Séroprévalence	Taux de prévalence d'une maladie décelée par un test sanguin plutôt que par un test de salive, d'urine ou d'autres substances.
Taux de Natalité	Nombre de naissances par rapport à l'effectif moyen de la population durant une période donnée
Taux de Morbidité	Nombre de personnes ayant été malades, toutes causes confondues, par rapport à l'effectif moyen de la population. On parle de morbidité spécifique selon la maladie.
Taux de Mortalité	Nombre de décès par rapport à l'effectif de la population.
Taux de Mortalité infantile	Nombre de décès d'enfants (nés vivants) de moins d'un an par rapport au nombre de naissances durant la même période.
Taux de Mortalité néonatale	Nombre de décès infantiles de moins de 28 jours (à l'exclusion des enfants mort-nés) divisé par le nombre de naissances multiplié par 1000.
Ratio de Mortalité maternelle	Nombre de décès maternels sur 100 000 naissances vivantes.

## *Introduction*

Depuis 2001, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) sont devenus le principal cadre de référence pour l'élaboration et l'évaluation des stratégies internationales et nationales de développement.

Le Niger, comme de nombreux autres pays en voie de développement, a élaboré des stratégies nationales de réduction de la pauvreté inspirées des OMD. Les donateurs bilatéraux et multilatéraux ainsi que les organisations des Nations Unies (ONU) ont, quant à eux, mis l'atteinte des OMD dans leurs priorités programmatiques et orientent de plus en plus de fonds vers des programmes ayant pour objet d'atteindre les OMD notamment au Niger.

Bien que les OMD soient devenus un élément incontournable des politiques d'aide au développement, il y a plusieurs thèmes contribuant pourtant de manière importante à la réduction de la pauvreté qui n'ont pas trouvé toute la place qu'ils méritent dans ce cadre. C'est le cas de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive (SSR) d'ici 2015, résultant du Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), qui n'a pas été repris en tant qu'objectif lors de l'élaboration des OMD. Cette absence a eu pour effet d'affaiblir la mise en œuvre des engagements politiques pris dans le Programme d'Action de la CIPD. Il en résulte que l'accès à la SSR n'a pas été inséré de manière systématique dans les priorités de l'aide internationale ou des politiques gouvernementales.

Suite au Sommet Mondial de 2005 où les pays membres des Nations Unies ont fait part des progrès réalisés pendant cinq ans en vue de la réalisation des OMD, l'importance de l'accès à la SSR a été mise en avant aboutissant à la création d'une nouvelle cible sur l'accès universel aux services de SSR d'ici à 2015.

L'insertion de cette nouvelle cible : « l'accès universel à la SSR » est un élément majeur car l'atteinte de celle-ci contribuera à la réalisation de la plupart des autres OMD.

Il sera donc nécessaire que des efforts de plaidoyer soient développés pour que le Niger intègre rapidement cette nouvelle cible dans ses stratégies de réduction de la pauvreté et mette tout en œuvre pour qu'elle soit appliquée de manière effective dans ses programmes dans l'ensemble du pays.

Ce document a pour but de servir d'appui aux stratégies de plaidoyer qui seront nécessaires afin que cette nouvelle cible soit prise en considération et mise en œuvre au Niger tant par les décideurs politiques, les partenaires techniques et financiers, les leaders communautaires, les chefs coutumiers et religieux que les organisations de la société civile.

A cette fin, cette publication rappelle le contexte des OMD élaborés en 2001, les progrès réalisés lors du Sommet Mondial de 2005 en matière de santé et droits sexuels et reproductifs, et insiste sur l'impact et l'importance de garantir une bonne SSR pour toute la population afin d'atteindre les OMD de manière durable au Niger.

Le document se divise en cinq parties :

***I - Un aperçu des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et de leur contexte ;***

***II- Les OMD et la SSR ;***

***III- La situation au Niger en matière de politique de SSR ;***

***IV- Les liens entre la santé sexuelle et reproductive et les OMD au Niger ;***

***V- Les stratégies pour promouvoir l'insertion effective de la SSR dans les OMD au Niger.***

Nous espérons que cette publication sera utile à toutes les personnes et organisations mobilisées pour que le droit à l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive devienne une réalité au Niger et que cela soit intégré de manière effective dans les programmes tendant à atteindre les OMD.

# I- Un aperçu des Objectifs du Millénaire pour le Développement et de leur contexte



*“Nous ne ménagerons aucun effort pour délivrer nos semblables – hommes, femmes et enfants – de la misère, phénomène abject et déshumanisant qui touche actuellement plus d’un milliard de personnes.*

*Nous sommes résolus à faire du droit au développement une réalité pour tous et à mettre l’humanité entière à l’abri du besoin.”*

*“En conséquence, nous décidons de créer – aux niveaux tant national que mondial – un climat propice au développement et à l’élimination de la pauvreté.”*

Déclaration du Millénaire- Paragraphes 11 et 12

## *1.1- La Déclaration du Millénaire*

A l’aube du nouveau Millénaire, les hauts représentants de tous les pays membres du système des Nations Unies se sont réunis lors du **Sommet du Millénaire** qui a eu lieu aux Nations Unies en septembre 2000.

L’objectif de ce Sommet était d’aborder ensemble les défis auxquels le monde était confronté au seuil du XXI<sup>e</sup> siècle, dans les domaines des droits humains, du développement économique et social, et de la paix, et d’adopter d’un commun accord des engagements nationaux qui visent la recherche de solutions globales vis-à-vis de ces défis.

Les engagements politiques de tous les pays présents ont été consignés dans **la Déclaration du Millénaire (2000)**, un document à caractère politique qui fait état des intentions et de la volonté de coopération des gouvernements signataires, dans une série de domaines dont il a été jugé qu’ils constituaient des grandes priorités globales. Ces domaines comprennent l’éradication de la pauvreté et de la faim dans le monde d’ici à 2015, l’analphabétisme, la discrimination à l’égard des femmes, la mortalité infantile, la mortalité et la morbidité maternelle, l’épidémie du VIH et le SIDA, ainsi que la dégradation de notre planète et de ses ressources naturelles.

***La République du Niger était représentée à ce Sommet et a cosigné la Déclaration du Millénaire, prenant ainsi un engagement formel vis-à-vis des autres Nations et de ses propres citoyens de tout mettre en œuvre pour éradiquer la pauvreté et améliorer les conditions de vie de la population Nigérienne d’ici à 2015.***

## *I.2 - La feuille de route contre la pauvreté et l'inégalité*

Une année après la signature de cet engagement par 189 pays, le Secrétariat Général des Nations Unies a placé cette déclaration politique dans un cadre d'action concret, mesurable et avec un délai de mise en oeuvre. Le document intitulé **Feuille de route pour l'application de la Déclaration du Millénaire (2001)** détermine les stratégies à adopter pour accomplir les engagements inscrits dans la Déclaration du Millénaire afin de progresser vis à vis de la sécurité humaine et le développement durable par le biais entre autres de l'éradication de la pauvreté, la protection de l'environnement et la protection des personnes les plus vulnérables.

Elaborée avec la contribution de la Banque Mondiale, du Fonds Monétaire International et de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Economique, et d'autres agences multilatérales de développement, **la Feuille de route pour l'application de la Déclaration du Millénaire** définit ce que nous connaissons aujourd'hui comme **les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)** et le délai nécessaire pour les atteindre : l'année 2015.

L'articulation des engagements internationaux assumés par les pays, avec des **objectifs concrets, mesurables et avec des délais d'exécution définis**, donne une opportunité de plus aux citoyens de chaque pays d'exiger la mise en oeuvre réussie de ces priorités par leurs Etats. De même, elle offre des **mécanismes de suivi et exige de rendre des comptes exacts** concernant les efforts déployés par chaque Etat pour atteindre les objectifs pour lesquels ils se sont engagés lors du Sommet du Millénaire.

### ***1.3 - Les Objectifs du Millénaire pour le Développement***

Les OMD sont la **transposition concrète et mesurable des principaux engagements politiques pris par les pays dans la Déclaration du Millénaire** pour mettre fin à la pauvreté extrême et l'inégalité dans le monde.

Ces objectifs au nombre de huit sont :

**Objectif 1. Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim ;**

**Objectif 2. Assurer l'éducation primaire pour tous ;**

**Objectif 3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ;**

**Objectif 4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;**

**Objectif 5. Améliorer la santé maternelle ;**

**Objectif 6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ;**

**Objectif 7. Assurer un environnement durable ;**

**Objectif 8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.**

Avec la définition de ces huit objectifs, le Système des Nations Unies fait des efforts pour inciter et exiger l'application urgente des mesures nationales visant à faire face aux thèmes et défis les plus prioritaires que nous examinerons en détail par la suite.

***Les OMD constituent un plan d'action, concret et mesurable fondé sur des engagements politiques, et visant à réduire la pauvreté et l'inégalité.***

Comme l'a souligné Kofi Annan, ancien Secrétaire Général des Nations Unies, lors du lancement de la campagne du Millénaire en octobre 2002 : « **Ce n'est pas aux Nations Unies que les OMD sont atteints, ils doivent l'être dans chaque pays grâce aux efforts communs des gouvernements et des peuples.** »

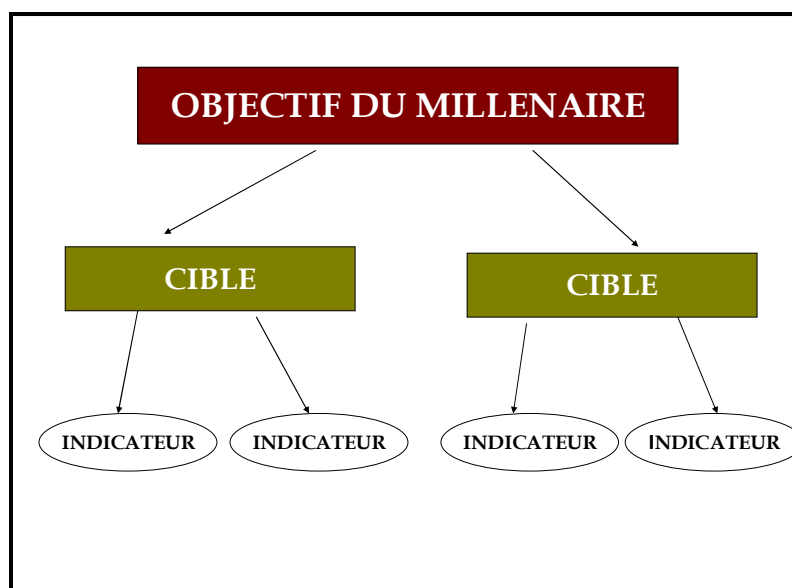
**C'est pourquoi, en tant que citoyens, citoyennes, organisations de la société civile, organismes et représentants de l'Etat, nous avons le droit et le devoir de connaître, promouvoir et exiger le déploiement d'actions, l'attribution de ressources et d'investissements, ainsi que la définition de programmes et mécanismes d'Etat qui conduisent à construire des sociétés plus équitables et justes.** A cet effet, il est important de connaître les OMD et les mécanismes établis pour les mettre en œuvre et les atteindre.

## I.4- Les cibles et indicateurs des OMD

Pour assurer le suivi de la mise en œuvre et l'atteinte de ces objectifs, des **cibles et indicateurs** ont été définis. Avec l'établissement d'un mécanisme de mesure des progrès réalisés, nous pouvons éviter que les déclarations de bonne intention des Etats restent des simples déclarations.

Chacun des objectifs se décline en :

- Une ou plusieurs **cibles** précisant de manière concrète l'objectif. Ces cibles sont spécifiques, quantifiables et par conséquent mesurables. Lors de l'établissement des OMD, **18 cibles** avaient été arrêtées.
- Chaque cible se décline elle-même en **indicateurs** quantitatifs permettant de mesurer les progrès accomplis dans la réalisation de cette cible entre 1990 (l'année de référence qui a été retenue) et 2015. **48 indicateurs ont été initialement retenus.**



Il faut noter que les pays n'ont pas nécessairement repris l'ensemble des cibles et indicateurs proposés pour mesurer la réalisation des OMD. **Dans le cas du Niger, seuls 13 des 18 cibles, et 14 des 48 indicateurs ont été, à ce jour, retenus par le gouvernement.** Vous trouverez en annexe 2, la liste des cibles et indicateurs retenus par le Niger. Ces cibles ont été choisies par le gouvernement après un diagnostic des problèmes jugés prioritaires et auxquels le Niger doit trouver des solutions pour accomplir son développement.

## *I.5- Les objectifs et leurs cibles*

### **Objectif 1. Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim**

#### ***Cible 1.***

Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour.

#### ***Cible 2.***

Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim.

### **Objectif 2. Assurer l'éducation primaire pour tous**

#### ***Cible 3.***

D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires.

### **Objectif 3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes**

#### ***Cible 4.***

Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et en tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.

### **Objectif 4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans**

#### ***Cible 5.***

Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

### **Objectif 5. Améliorer la santé maternelle**

#### ***Cible 6.***

Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le ratio de mortalité maternelle.

### **Objectif 6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies**

#### ***Cible 7.***

D'ici à 2015 avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle.

**Cible 8.**

D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

**Objectif 7. Assurer un environnement durable****Cible 9.**

Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales.

**Cible 10.**

Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement de base.

**Cible 11.**

Réussir d'ici à 2020 à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis.

**Objectif 8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement****Cible 12.**

Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des règles, prévisible et non discriminatoire.

**Cible 13.**

S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés.

**Cible 14.**

Répondre aux besoins particuliers des petits États insulaires en développement.

**Cible 15.**

Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement, par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme.

**Cible 16.**

En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile.

**Cible 17.**

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

**Cible 18.**

En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient à la portée de tous,

## ***1.6- Pourquoi ces huit objectifs?***

**Les huit objectifs ont été choisis pour être facilement compréhensibles et acceptables par tous.** Bien que non élaborés par les gouvernements eux-mêmes, les OMD tirent leur légitimité de la Déclaration du Millénaire et des différents accords et consensus acceptés au niveau international, au cours des années 1990, lors de plusieurs conférences gouvernementales internationales telles que:

- le Sommet sur le Développement Social (Copenhague, 1995) ;
- la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes (Pékin, 1995) ;
- la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Le Caire, 1994) ;
- la Conférence Mondiale sur les Droits de l'Homme (Vienne, 1993)
- le Sommet de la Terre (Rio de Janeiro, 1992) ;
- la Convention relative aux droits de l'enfant (New York, 1989).

Depuis leur définition en 2001, **les OMD sont devenus le cadre de référence des programmes de développement internationaux.** C'est la raison pour laquelle les pays contributeurs, les agences multilatérales de coopération pour le développement, les fondations publiques et privées, et d'autres agents clefs en matière de financement des processus de développement, travaillent sur l'harmonisation de leurs priorités avec les OMD, et assument ainsi leur responsabilité conjointe pour atteindre ces objectifs.

Malgré leur contribution et importance équivalente pour parvenir à la réduction de la pauvreté et au respect universel des droits humains, tous les différents accords internationaux des années 1990 n'ont pas été inclus de la même manière dans le schéma des OMD. Il en est ainsi du Programme d'Action de la **Conférence Internationale sur la Population et le Développement** (CIPD) dont les engagements en matière de santé sexuelle et reproductive n'ont été repris que partiellement lors de l'élaboration des OMD.

En effet, la complexité des concepts de SSR a donné lieu à un défi pour intégrer ces thèmes dans le cadre du développement. Il s'agit de thèmes sensibles et très ancrés dans les cultures, les différentes idéologies de chaque pays et dans les institutions sociales. De même, les changements comportementaux liés à la SSR sont difficiles à évaluer à court terme et ils impliquent des changements culturels et/ou démographiques. Pour toutes ces raisons, **l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, dans sa globalité, n'a pas initialement été inclus dans le schéma des OMD.**

## II. Les OMD et la santé sexuelle et reproductive

### II.1- Définition de la santé sexuelle et reproductive :

#### II-1-1- La définition internationale issue de la CIPD

Lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994 (également dénommée Conférence du Caire), 179 pays participants, dont le Niger, sont parvenus à un accord sur la nécessité de s'assurer que l'**accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive** soit un **droit humain** devant être protégé et promu jusqu'à ce qu'il soit pleinement respecté.

Assurer le droit à l'accès universel des services de SSR signifie que les Etats garantissent que **toutes les personnes** (hommes ou femmes, jeunes ou adultes) **ont le droit de bénéficier de :**

- Informations, conseils, services et mise à disposition de méthodes de **contraception** y compris les méthodes de contraception d'urgence ;
- **Services de santé maternelle** de qualité (soins prénatals, soins lors de l'accouchement et du post-partum, soins obstétriques d'urgence) ;
- Accès aux **services d'avortement sans risques**, dans le respect du cadre légal du pays, et **des soins post avortement** de qualité ;
- Prévention, traitement et **soins des infections sexuellement transmissibles**, y compris le VIH et le SIDA ;
- **Education** et informations complètes en matière de **sexualité**.

***La santé reproductive est un état de bien-être physique, mental et social et n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, en ce qui concerne tous les aspects de l'appareil reproductif et toutes ces fonctions et processus.***

***Les individus peuvent alors avoir une vie sexuelle satisfaisante et sûre et la possibilité, ainsi que la liberté de décider s'ils souhaitent ou non avoir des enfants, à quel moment et à quel intervalle.***

***Les hommes et les femmes ont droit à l'information, à l'accès et au choix de méthodes de maîtrise de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, et à l'accès à des soins de santé permettant une grossesse et une naissance sans risques.***

Programme d'action de la CIPD

La Conférence du Caire a non seulement défini un droit à la santé sexuelle et reproductive mais a proposé comme but de parvenir à un monde où **tous les individus auraient accès à une information et à des services complets en matière de SR durant tout le cycle de vie, d'ici 2015.**

**« Les Etats devraient prendre toutes les mesures appropriées pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, un accès universel aux services de santé, y compris ceux qui ont trait à la santé en matière de reproduction, qui comprend la planification familiale et la santé en matière de sexualité. »**

**L'accès aux services de SR est un droit humain de base car « Tout couple et individu a le droit de décider librement et en toute responsabilité, du nombre de ses enfants, du moment et de l'espacement de leur naissance, et de disposer de l'information et des moyens voulus en la matière ».**

Principe 8 du Programme d'Action de la CIPD



## II.1-2 - La définition de la SSR retenue au Niger

Suite à la CIPD, le Niger a défini la santé de la reproduction en 1994 et l'a légèrement amendée dans la loi N°2006-16 du 21 juillet 2006 sur la Santé de la reproduction au Niger.

La définition nouvellement retenue est :

« Par santé de la reproduction, on entend le **bien être général** tant physique que mental et social de la personne humaine **pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement** et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. » (Article 1)

« Par services de santé en matière de reproduction, on entend l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. Cette expression vise également la santé en matière de sexualité qui consiste à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseil et soins relatifs à la procréation et aux infections sexuellement transmissibles. » (Article 1)

La loi précise que les soins et services de santé de la reproduction visent notamment:

- L'orientation, la communication pour un changement de comportement, la recherche, les moyens, les méthodes et de manière générale tous les services en matière de planification familiale, de santé sexuelle et de la reproduction ;
- L'éducation et les services relatifs aux soins prénatals, à l'accouchement sans risques et aux soins postnatals en particulier l'allaitement maternel, les soins dispensés aux nourrissons et soins obstétricaux d'urgence ;
- La prévention de l'avortement et les moyens de faire face aux conséquences de cette pratique;
- Le traitement des affections de l'appareil génital ;
- Le traitement et la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH/SIDA ;
- Les soins et services sur toutes autres conditions de la santé en matière de reproduction.

## *II.2- Pourquoi donner la priorité à la SSR dans les stratégies de réduction de la pauvreté ?*

Ainsi que nous le verrons plus en détail dans les sections suivantes, les mauvaises conditions de santé sexuelle et reproductive peuvent être à la fois causes et conséquences de la pauvreté.

Actuellement, il existe une grande insuffisance d'accès à la SSR et les décès et incapacités liés à une mauvaise santé reproductive représentent près de 20% du fardeau total de la maladie dans le monde. Ce pourcentage est encore plus élevé en Afrique, notamment parmi les populations les plus vulnérables et appauvries. Ces personnes ont moins accès aux informations et aux services de SSR que les personnes plus aisées. De fait, elles courent de forts risques en matière de reproduction, un taux de fécondité plus élevé et une proportion élevée de grossesse parmi les adolescentes et des forts taux de mortalité et morbidité maternelle. Tout cela contribue à enfermer beaucoup de familles dans le cercle de la pauvreté.

C'est pour cette raison, qu'au-delà de la reconnaissance du statut de la SSR en tant que droit, lors de la Conférence du Caire, la plupart des pays participants ont accepté le principe que garantir l'accès à ces services de santé sexuelle et reproductive contribue de manière essentielle à **la réduction de la pauvreté**, et à **l'amélioration de la qualité de vie des personnes**, de leurs familles et communautés.

Les OMD étant le cadre privilégié pour les stratégies d'aide au développement et de réduction de la pauvreté, il était essentiel que la santé sexuelle et reproductive soit prise en compte dans l'intégralité de ses aspects dans les OMD.

*« Les Objectifs du Millénaire pour le Développement ne peuvent être atteints, (...) si l'on ne répond pas de manière déterminée aux questions de population et de santé reproductive. Cela signifie des efforts plus grands pour promouvoir les droits des femmes, et un investissement plus important en matière d'éducation et de santé, y compris la santé reproductive et le planning familial »*

Kofi Annan  
Ancien Secrétaire Général des Nations Unies

### *II.3- Intégrer la SSR, dans son ensemble, dans l'agenda des OMD*

Lors de leur établissement en 2001, certains aspects de la santé sexuelle ont été repris dans les OMD. Il s'agit des aspects faisant l'objet d'un consensus international telles que la santé maternelle et la lutte contre le SIDA. Ces deux aspects ont été pris en considération dans le cadre de l'Objectif 5 sur la santé maternelle, et de l'Objectif 6 sur la lutte contre le SIDA.

D'autres éléments essentiels, faisant pourtant partie intégrante de la santé sexuelle et reproductive ont été initialement exclus des OMD, essentiellement parce que, en dépit des engagements pris lors de la CIPD, ils continuent de faire l'objet de vifs débats socioculturels et religieux tant entre les pays qu'au sein même des pays. Il en est ainsi de :

- **L'accès aux informations, conseils et méthodes de contraception** y compris la contraception d'urgence, qui n'a été inclus dans aucun objectif ou cible à atteindre et n'a été repris que partiellement en tant qu'indicateur par le biais du taux d'utilisation des contraceptifs (un des indicateurs de l'objectif 6).
- **L'accès aux services d'avortement sans risques** (dans le respect du cadre légal de chaque pays) **et de soins post-avortements.**
- **L'accès aux informations et à l'éducation sexuelle**, surtout pour les jeunes et adolescents n'a pas été repris du tout dans les OMD.

**Cette inclusion partielle et fragmentée de l'objectif de garantie de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive a empêché que celui-ci soit considéré prioritaire dans les grands programmes d'aide internationale et dans de nombreuses politiques nationales de développement.**

C'est pour y remédier que, suite à l'élaboration de ces huit objectifs en 2001, Family Care International aux côtés d'autres organisations Internationales et de plusieurs pays, a plaidé pour l'insertion globale de la SSR dans les stratégies de lutte contre la pauvreté.

**« Les services de santé en matière de reproduction  
ne sont pas seulement désirables en eux-mêmes et par eux-mêmes – ils le sont certainement  
–  
mais ils sont aussi des outils absolument essentiels à l'allègement de la pauvreté  
et en particulier à la réalisation des OMD, cadre international global des tentatives visant à  
alléger les souffrances des plus pauvres dans le monde »**

Jeffrey D. Sachs, Conseiller spécial du Secrétaire général sur les OMD  
3 décembre 2002

## *II.4- Renouveau des engagements internationaux en faveur de la SSR*

### **II.4.1- Conférence internationale des parlementaires sur la population (Strasbourg, 2004)**

En octobre 2004, lors du dixième anniversaire de la CIPD, des responsables du monde entier, dont 130 parlementaires de 90 pays, se sont réunis pour examiner les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la CIPD. Dans leur appel à action, les parlementaires ont convenu que le programme du Caire était essentiel pour réaliser les OMD. Ils se sont engagés à faire tout leur possible pour qu'un neuvième Objectif, fondé sur le Programme d'action de la CIPD, soit ajouté à ce plan de lutte contre la pauvreté.

*« Nous, parlementaires venus du monde entier, réunis (...) pour réaffirmer et approfondir l'engagement que nous avons pris (...) en 2002 de mobiliser les ressources nécessaires et de créer l'environnement politique propice à la réalisation des objectifs du Programme d'action de la CIPD. Nous réaffirmons notre engagement en faveur du développement durable et de ses trois piliers: la croissance économique, le progrès social et la protection de l'environnement. Nous affirmons que l'application du Programme d'action de la CIPD et son examen après cinq ans sont essentiels pour atteindre les OMD ».*

### **II.4.2- Sommet Mondial de 2005**

Lors du **Sommet Mondial de 2005** qui a eu lieu au siège des Nations Unies en septembre 2005, **les Etats-membres de l'ONU** ont présenté leurs rapports sur les progrès réalisés depuis 2001 pour atteindre chacun des huit OMD, et ils **ont réaffirmé** à cette occasion, **leur engagement vis à vis de ces objectifs**. Lors de l'examen des progrès accomplis, les stratégies définies dans le but d'atteindre les OMD d'ici 2015 ont été analysées et revues.

Suite au plaidoyer de nombreux pays, des parlementaires, et des organisations internationales, telles que FCI, **le document final du Sommet Mondial de 2005**, qui comprend l'engagement politique renouvelé de tous les pays signataires face aux OMD, a intégré la recommandation et l'engagement **d'inclure l'objectif d'accès universel à la SR dans les stratégies nationales définies pour atteindre les huit OMD**.

*“Nous, chefs d'État et de gouvernement, nous nous engageons: à assurer à tous, d'ici à 2015, l'accès à la médecine procréative, (...), en intégrant cet objectif dans les stratégies de réalisation des objectifs de développement convenus sur un plan international, y compris ceux de la Déclaration du Millénaire, en vue de réduire la mortalité liée à la maternité, d'améliorer la santé maternelle, la mortalité infantile, de promouvoir l'égalité des sexes, de combattre le VIH/Sida et d'éliminer la pauvreté.”*

Document final - Sommet Mondial de 2005 -Paragraphe 57(g)

## *II.5- Engagement régional en matière de SSR*

### **II.5.1 La déclaration de Bamako ou l'appel pour l'engagement en faveur de la santé maternelle et néonatale (2001)**

Lors d'un forum régional sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'ouest et centrale, organisé les 7 et 8 mai 2001, sous l'égide du gouvernement du Mali et en collaboration avec l'OMS, l'UNFPA et l'UNICEF, les Premières dames de huit pays Africains ont fait une déclaration appelée « vision 2010 ». Cette déclaration appelle à réduire la mortalité maternelle et néonatale de 50% et de réduire la morbidité maternelle et néonatale de 30% entre 2001 et 2010.

Cette « Vision 2010 » entend réaliser ces objectifs en s'appuyant sur les stratégies suivantes :

- Plaider pour l'affectation des ressources financières et humaines adéquates pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- Impliquer les familles, les communautés et les parlementaires dans tout le processus visant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale pour assurer la durabilité et l'efficacité ;
- Solliciter l'appui des chefs d'Etats et de gouvernements, des pouvoirs publics, des organisations internationales et non gouvernementales pour la réalisation de la Vision 2010 ;.

En 2005, lors du forum de suivi de la mise en œuvre de cette stratégies à Cotonou, il a été constaté que les comités de suivis, malgré leur importance pour assurer le suivi de la réalisation des 20 indicateurs retenus en 2001, n'étaient pas mis en place dans près de la moitié des pays membres de la « Vision 2010 ».

### **II.5.2-La reconnaissance du droit à la SSR dans les Chartes de l'Union Africaine**

A coté des engagements internationaux, et de l'appel en faveur de la santé maternelle et néonatale, les chefs d'Etats et de Gouvernements de l'Union Africaine ont eux-mêmes insisté sur la nécessité de garantir l'accès aux services de santé reproductive.

Ainsi, le **Protocole** à la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples **relatif aux droits des femmes en Afrique**, adopté à Maputo en 2003, précise en son article 14, que « les Etats doivent assurer le respect et la promotion des droits de la femme à la santé, y compris la SSR. Le protocole précise explicitement que ce droit inclus « le droit d'exercer un contrôle sur leur

fécondité, le libre choix des méthodes contraceptives, le droit de se protéger des IST y compris le VIH/Sida. »

De même, la **Charte Africaine de la Jeunesse**, adoptée en juillet 2006 à Banjul, inscrit l'accès à l'éducation en matière de SSR ainsi que l'accès aux services de SSR comme l'un des éléments incontournables de promotion et de protection des droits des jeunes. Cette charte stipule en son article 13, qu'il faut « développer les aptitudes à la vie permettant de se comporter et d'agir efficacement dans la société comprenant des domaines tels que le VIH/SIDA, la santé de la reproduction, la prévention (...) et des pratiques culturelles dangereuses pour la santé des jeunes filles et jeunes femmes, et qui doivent faire partie des programmes éducatifs... » ; et en son article 16 qu'il faut « garantir l'accès facile et équitable des jeunes aux services liés à la santé de la reproduction incluant les services relatifs à la contraception et aux services avant et après accouchements. »

### **II.5.3 - Plan d'Action de Maputo (septembre 2006) : Engagement régional pour donner la priorité à la SSR**

Au delà de ces accords régionaux, et suite au sommet mondial de 2005, les ministres de la santé de l'Union Africaine se sont réunis en session spéciale, du 18 au 22 septembre 2006, afin de parvenir à un consensus sur une approche unifiée des droits et prestations de services de santé en matière de SSR et de lutte contre le VIH/SIDA. A l'issue de cette session, ils ont entériné un Plan d'Action pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la Promotion des Droits et de la Santé en matière de Sexualité et de Reproduction en Afrique entre 2007 et 2010.

Dans ce plan d'action, les gouvernements présents reconnaissent que les pays Africains ne pourront pas atteindre les OMD s'ils ne prennent pas en considération la SSR de leurs populations. En conséquence, ce plan vise à amener le continent Africain vers l'objectif de l'accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction d'ici 2015.

Le plan d'action, qui s'appuie sur la définition de la santé reproductive telle que définie par la CIPD, établit un plan à court terme (2007-2010) en se focalisant sur les activités suivantes :

- ⇒ intégration des services de SSR dans les services de soins primaires ;
- ⇒ réorientation de la planification familiale ;
- ⇒ les services en faveur des jeunes ;
- ⇒ lutte contre l'avortement à risque ;
- ⇒ l'accouchement sans risque ;
- ⇒ la mobilisation des ressources ;
- ⇒ la sécurité des produits de santé ;
- ⇒ le suivi et l'évaluation.

Ce plan reconnaît les caractéristiques propres à chaque pays et est suffisamment flexible pour pouvoir s'adapter à chaque pays. Toutefois, par ce plan d'action, les gouvernements africains ont réaffirmé leur engagement à promouvoir l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

## **II.6- Une nouvelle cible sur la SSR dans les OMD**

Faisant **suite au Sommet Mondial de 2005**, le 2 octobre 2006, l'Assemblée Générale des Nations Unies a pris note du rapport du Secrétaire Général des Nations Unies (« Dans une plus grande liberté : développement, sécurité et respect des droits de l'homme pour tous ») préconisant la **création de quatre nouvelles cibles dont l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et l'accès universel au traitement du VIH/Sida.**

Suite à cette Assemblée Générale, et sur instruction du Secrétariat Général, un groupe d'experts inter agences s'est réuni en novembre 2006 puis en mars 2007 à New York pour discuter des nouveaux indicateurs accompagnant les quatre nouvelles cibles. Ils ont proposé quatre nouveaux indicateurs en matière de santé sexuelle et reproductive, qui devraient être revus et finalisés lors d'une réunion du Conseil Economique et Social des Nations Unies (ECOSOC) au cours de l'année 2007.

Ainsi, les propositions sont :

- L'inclusion d'un indicateur sur les **besoins non satisfaits en matière de planification familiale** ;
- L'insertion sous l'OMD 5 de l'indicateur du **taux de contraception**, actuellement inscrit sous l'OMD 6 ;
- L'ajout d'un indicateur sur la proportion de **fertilité due aux adolescents** (15 à 19 ans) ;
- Enfin, l'ajout d'un indicateur sur le **taux de couverture en consultation anténatale.**

**Les pays sont encouragés à intégrer les nouvelles cibles dans leurs stratégies nationales et à utiliser dès à présent ces indicateurs, aux côtés des autres indicateurs déjà retenus, afin d'assurer le suivi des OMD au niveau national.**

# III. La situation au Niger en matière de politique de SSR

## III.1- Les engagements internationaux

A l'instar des autres nations, la participation du Niger à la définition et la mise en oeuvre des agendas internationaux en vue de l'amélioration des conditions de vie et de santé des citoyens, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, montre l'intérêt particulier que les autorités nigériennes accorde à ce volet.

Ainsi, le Niger a participé et adhéré aux principales conventions internationales qui ont servi de fondements aux OMD et qui sont mentionnées dans les premiers chapitres de ce document. De même, le Niger a adopté les différents textes internationaux et régionaux en matière de santé et droits sexuels et reproductifs, au premier rang desquels la CIPD et le Plan d'Action de Maputo de septembre 2006.

Il faut aussi noter l'adoption avec réserves de la CEDEF, Convention contre toutes formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée au niveau international en 1979. Le Niger a adopté la CEDEF par ordonnance 99-30 du 13 août 1999, mais avec des réserves concernant l'égalité des femmes et des hommes en matière des droits à la succession, la modification des schémas de comportement socioculturel, le droit de choisir sa résidence et son domicile qui ne concerne que les femmes célibataires, les droits et responsabilités au cours du mariage et de sa dissolution, le choix du nombre d'enfants ainsi que de son nom de famille.

## III.2 - Les principales politiques nationales et lois en matière de SSR

### **III.2.1- La Constitution de la République du Niger**

La Constitution du 9 août 1999 en reconnaissant un droit général à la santé, induit la reconnaissance du droit à la santé sexuelle et reproductive, comme une composante à part entière de la santé des personnes. Ainsi, la Constitution stipule en son Titre II : Des Droits Et Devoirs De La Personne Humaine et Article 11 que « Chacun a droit à la vie, à la santé, à la sécurité, à l'intégrité physique et mentale, à l'éducation et à l'instruction dans les conditions définies par la loi ».

### **III.2.3- Décret n° 2005- 316/PRN/MSP/LCE du 11 novembre 2005 et son arrêté d'application du 27 janvier 2006**

Ce décret, accordant aux femmes la gratuité des prestations liées aux césariennes fournies par les établissements de santé publique, devrait contribuer à réduire très significativement le problème d'accessibilité financière des formations sanitaires offrant les services obstétricaux et

néonataux dus non seulement à la pauvreté de la population mais aussi, et surtout, à l'inexistence d'une stratégie nationale de protection sociale en matière de santé.

### III.2.4- La Loi sur la Santé de la Reproduction (21 juin 2006)

Grâce à cette loi, le Niger dispose pour la première fois d'un cadre légal pour les activités de santé de la reproduction.

Cette loi stipule en son article 2 que « Tous les individus sont égaux en droit et en dignité en matière de santé de la reproduction. **Le droit à la santé de la reproduction est un droit universel fondamental** garanti à tout être humain, tout au long de sa vie, en toute situation et en tout lieu ». Cette loi crée une obligation pour l'Etat d'adopter et mettre en oeuvre le programme national de santé de la reproduction.

### III.2.5- La Stratégie de Réduction de la Pauvreté (2002 puis 2007)

La SRP réaffirme que « la réalisation des OMD » requiert des investissements par :

- Des interventions directes (santé maternelle et infantile, prévention et traitement du VIH Sida...)
- Des interventions indirectes permettant d'évaluer les coûts systémiques, notamment la gestion du système et l'amélioration de la qualité des soins.

En 2002, le Niger, conformément à ses engagements internationaux, a élaboré un Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté, en prévoyant une stratégie sectorielle pour la santé. Cette stratégie de réduction de la pauvreté a été révisée lors de l'atelier national de validation du 10 au 12 avril 2007. La version finale devrait être officialisée prochainement.

### III.2.6- Plan de Développement Sanitaire (2005)

En se basant sur le Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DSRP), le Niger a adopté, en conseil des ministres, en février 2005, un plan de développement sanitaire (PDS) pour la période 2005-2009. Ce plan constitue le cadre de référence pour les interventions dans le secteur de la santé du Niger pour les cinq années à venir.

Le PDS a réservé une place de choix à la promotion de la SSR en retenant comme objectif général de « contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile en améliorant l'efficacité et la qualité du système de santé à partir des potentialités actuelles. » De plus, renforcer les activités de santé de la reproduction fait parti des huit objectifs spécifiques mentionnés dans ce plan.

### III.2.7- Le Programme National de Santé de la Reproduction (2005)

Pour concrétiser les objectifs politiques du PDS, le ministère de la santé publique a confié à un comité technique national multisectoriel appuyé par des experts internationaux la mission d'actualiser et de finaliser le projet de Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) élaboré en 2000.

Ce Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) a été adopté en 2005 pour la période 2005-2009 et complète le PDS. Il s'inscrit dans le cadre des engagements pris par le Niger pour l'atteinte des OMD, le Plan d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD + 10).

Il a pour objectifs généraux d'accélérer la baisse de la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale ; de contribuer à la maîtrise de la croissance démographique par la promotion de la planification familiale ; de promouvoir la SSR des jeunes et des adolescents ; et de contribuer à maintenir une séroprévalence du VIH inférieure à 1%.

### III-2-8- La politique Nationale en matière de Population (2006)

La Déclaration de la Politique Nationale en matière de Population, adoptée en février 2006, pour la période 2007-2015 découle de la déclaration de politique générale du gouvernement de 2005. Cette déclaration, qui adopte quatre programmes prioritaires, **reconnait expressément que la SSR permettra d'atteindre les objectifs de développement du Niger.**

*L'objectif global des initiatives qui vont être prises est de contribuer à la réduction de la pauvreté grâce, à l'acquisition d'une mentalité et de comportements reproductifs aptes à induire au sein des populations une augmentation significative de l'utilisation de la contraception et une réduction des mariages précoces.*

*Ces comportements permettront d'enclencher un ralentissement progressif de la croissance démographique du pays*

*Pour atteindre cet objectif global, le gouvernement entend garantir d'ici 2015, à tous ceux qui le souhaitent, l'accès à des services de proximité en santé de la reproduction sûrs, efficaces, abordables et acceptables et tout mettre en œuvre afin que l'utilisation de méthodes de contraception augmente d'au moins un point de pourcentage par an dès 2007*

### **III.2.9- Feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (2006)**

Cette feuille de route est un nouveau canevas pour l'accélération de la réduction maternelle. Elle poursuit en fait le même objectif général que la « Vision 2010 » à savoir réduire de 75% le ratio de mortalité maternelle et de 50% le taux de mortalité néonatale d'ici 2015. La mise en œuvre de cette feuille de route s'appuie sur les programmes existants, notamment le PDS et le PNSR, dans un cadre de mise en œuvre au niveau central, régional, sous régional et au niveau des centres de santé intégré (CSI) avec le concours des partenaires, de la société civile, des ONG et des communautés.

La première phase de cette feuille de route s'inscrit dans le cadre du PDS 2005-2009.

Cette feuille de route retient les objectifs spécifiques suivants :

- Offrir des soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE) de qualité dans toutes les formations sanitaires publiques et privées ;
- Offrir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) de qualité dans les 146 CSI type II ;
- Offrir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) de qualité dans 70% des hôpitaux de district ;
- Amener 80% des femmes enceintes à avoir recours aux soins obstétricaux et néonataux.

### **III.3 Autres documents de plaidoyer en faveur de la SSR**

Pour appuyer son plaidoyer en faveur de la SSR, la société civile peut utiliser, en plus de la présente publication, deux autres documents de plaidoyer élaborés avec l'appui de l'UNFPA en 2005.

#### **III.3.1- Argumentaire islamique sur l'équité de genre (2005)**

Cet argumentaire élaboré par le Ministère de la Promotion de la femme et de la protection de l'enfant à travers l'Initiative Genre au Niger et le soutien du Fonds des Nations Unies pour la Population – UNFPA- est un outil de plaidoyer qui démontre les Droits de la femme en islam, mais aussi que la planification familiale est prônée par l'islam.

### III.3.2- Guide sur la Santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents (es) et équité de genre en islam (2005)

Il s'agit aussi d'un document de plaidoyer élaboré par le Ministère de la Jeunesse et de l'Insertion professionnelle des Jeunes à travers « l'Initiative Jeunes » et l'appui de l'UNFPA.

Ce guide a été préparé pour être utilisé par les leaders religieux qui ont un grand rôle à jouer dans la société. Il s'agit d'un cadre idéal pour la diffusion des principes de l'Islam et des informations scientifiques sûres relatives aux IST/VIH/SIDA en vue de sensibiliser les communautés musulmanes.

\*\*\*\*\*

**Tous ces plans et politiques qui vont en faveur de la SSR devraient contribuer à atteindre les OMD à condition toutefois que les services chargés de leurs mises en place disposent des crédits et personnels nécessaires pour les appliquer réellement. Il est donc important d'assurer un suivi de la mise en œuvre effective de ces politiques en s'assurant que le gouvernement et les Partenaires Financiers (bilatéraux ou multilatéraux) y affectent les budgets nécessaires, que les autorités locales l'intègrent de manière prioritaire dans leurs actions, que les communautés soutiennent ce programme.** En effet, ainsi que précisés dans la section suivante de ce document, les liens entre SR et les OMD sont si étroits, que la réalisation pleine et entière de la politique en matière de santé sexuelle et reproductive est une condition incontournable de l'atteinte des OMD au Niger.

Le rôle de la société civile et les ONG est de participer à la mise en œuvre à travers le plaidoyer, le renforcement du partenariat avec les différentes parties prenantes, la mise en œuvre au niveau communautaire, la participation à la planification, la formulation, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation des programmes en faveur de la SSR.

***La Société Civile du Niger doit se mobiliser pour s'assurer que le gouvernement nigérien adopte rapidement la nouvelle cible sur « l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive » aux côtés des 13 cibles déjà retenues par le Niger et réaffirme ainsi fortement son engagement à mettre en œuvre de manière effective l'ensemble des politiques en matière de santé sexuelle et reproductive.***

### III.4 - Les ressources allouées à la SSR

Au Niger, le financement du secteur de la santé provient essentiellement de quatre sources : l'Etat et les collectivités territoriales, le secteur privé, les communautés et, surtout, les coopérations bilatérales et multilatérales.

Toutefois, l'Etat reste le principal bailleur. Ainsi, entre 1994 et 2004, l'Etat nigérien a accordé environ 6% de son budget à la santé, dont seule une partie revient à la santé sexuelle et reproductive. D'autre part, entre 2001 et 2004, il n'y avait pas de programme national spécifique à la santé sexuelle et reproductive

Par contre, sur la base des informations disponibles la dépense globale de santé est estimée en 2003, à environ 38,518 milliards de Fcfa soit 3 355,75 FCFA par habitant ou 5,72 \$US (au taux d'échange 1\$=586,6 FCFA). Elle représente 2,71% du Produit Intérieur Brut. Même si le montant consacré par habitant a été légèrement augmenté en 2004 (voir encadré), cette dépense reste très largement insuffisante pour répondre aux besoins.

Il est très difficile de donner une idée exacte du budget alloué à la SSR, car il n'y a pas de ligne budgétaire spécifique dans le budget de l'Etat.

Le budget accordé à la SSR est englobé dans le budget général du Ministère de la Santé Publique. Il est donc difficile de savoir combien seront exactement affectés à la mise en œuvre des plans de SSR.

*En 2004, le Niger a consacré environ 7,82US\$ (soit 3910 CFA) par personne et par an pour les dépenses publiques de santé\*. (OMS un aperçu sur le Niger, 2006) Seule une partie de ces dépenses est consacrée à la SSR.*

\*La commission Macroéconomie et Santé a estimé en 2001 que les pays en développement devraient dépenser au moins 30 à 40 US\$ pour assurer les services de santé essentiels.

Pour couvrir l'ensemble des activités prévues dans le PNSR, le PNSR chiffre à plus de 21,7 milliards CFA le budget nécessaire à sa mise en œuvre en 5 ans. La Feuille de route sur la réduction de la mortalité maternelle estime, quant à elle, que coût de la mise en œuvre de sa première phase est de : 48 milliards CFA.

On peut noter dans le budget 2007, la création d'une ligne budgétaire qui doit être consacrée à la prise en charge des frais liés à la gratuité des soins aux femmes et enfants de 0 à 5 ans. Neuf (9) milliards ont été budgétés par la DSR à cet effet ; le gouvernement n'a accordé que trois (03) milliards de francs CFA (JO du 27 décembre 2006). A l'heure actuelle, l'Agence française de développement (AFD) a également octroyé un milliard et demi (1,5 milliards). Les financements complémentaires sont donc toujours en attente.

Sur le plan institutionnel, il existe au sein du Ministère de la Santé, la Direction de la SR, et en 2004, une section SR a été créée à l'institut de santé publique (ISP) de Niamey pour assurer la formation continue des personnels de santé en matière de SSR .

## IV. Les liens entre la SSR et les OMD au Niger

### IV.1- Objectif 1: Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim

#### CONTEXTE GENERAL

Face à l'insuffisance **d'information et d'éducation en matière de SSR**, les familles les plus pauvres ont moins de possibilités d'**identifier des opportunités** de vie meilleure. La plus grande **différence entre les familles pauvres et les familles riches** ne réside pas dans leur taille idéale de la famille, mais plutôt dans la **capacité à concrétiser leurs préférences en terme de reproduction**. L'accès à la **planification familiale** est fondamental pour permettre aux personnes de décider librement de la taille de leurs familles. Lorsqu'elles peuvent faire ce choix, les **familles ont tendance à mieux pouvoir subvenir à leurs propres besoins** (alimentation, soins, éducation, etc.).

D'autre part, **les mauvaises conditions de SSR ont des effets négatifs sur la situation économique des personnes**, des familles et des communautés, car elles entraînent la diminution de la productivité des individus et leur participation au monde du travail. Par exemple, les maternités précoces perpétuent le cycle de pauvreté. Elles interrompent souvent la scolarisation des adolescentes, limitant en conséquence les opportunités d'emploi des femmes et réduisant les possibilités d'améliorer leur bien-être et celui de leurs familles.

De même, les coûts liés au traitement et aux soins administrés pour des maladies sexuelles et reproductives peuvent sérieusement amputer les revenus familiaux déjà minimes et exacerber la pauvreté.

***Les mauvaises conditions de santé sexuelle et reproductive sont autant la conséquence que la cause de la pauvreté et de la faim.***

#### SITUATION AU NIGER

Le Niger connaît une croissance démographique rapide qui pose d'importants défis. Le maintien du taux annuel de croissance démographique (actuellement 3%), compromettra tous les efforts de développement qui seront entrepris dans les années à venir. De 3 millions en 1960, l'effectif de la population est passé à presque 13 millions en 2006. **Le déséquilibre entre la croissance démographique et la croissance économique contribue à amplifier la pauvreté** en limitant les possibilités de dégager les ressources nécessaires à la satisfaction des besoins essentiels (santé, éducation, alimentation, habitat, eau potable.)

Malgré cela, du fait de comportements pronatalistes, de mariages et grossesses précoces, de la pauvreté mais également d'une faible accessibilité des services de planification familiale, le taux de prévalence contraceptive demeure faible. En 2006, une femme sur dix a déclaré utiliser une méthode contraceptive. Seules 5% des nigériennes utilisent une méthode contraceptive moderne et 6% utilisent les méthodes traditionnelles. (EDSN/MIC III 2006)

L'accès à des prestations de SSR des adolescents est limité, entraînant des risques de grossesses non désirées et d'avortements clandestins.

***Au Niger, 63% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, avec moins de 1\$ par jour (environ 500CFA).***

***Dont 4 sur 5 vivent en milieu rural et 3 sur 4 sont des femmes au foyer et des inactifs.***  
*Rapport national sur les progrès vers les OMD*

## IV.2- Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous

### CONTEXTE GENERAL

L'éducation scolaire des jeunes et notamment des filles est fondamentale car cela **influe positivement sur la santé** des adolescents et adolescentes, notamment leur santé sexuelle;

- les jeunes qui ont reçu une éducation sont plus enclins à **retarder leur entrée dans la vie sexuelle**, et à mieux maîtriser leur sexualité en négociant des rapports sains **réduisant ainsi leur exposition au risque de grossesses non désirées ou d'infection au VIH** ;
- les femmes qui ont été scolarisées ont de **plus faibles taux de fécondité** et sont plus à même de prendre soins de leurs grossesses et de leurs bébés, **réduisant** en conséquence **les risques de mortalité maternelle et infantile**.

En intégrant dans les programmes scolaires, des cours **d'éducation sexuelle complets, précis et sensibles aux questions du genre**, on donne une occasion aux jeunes d'être formés à la SSR et d'être davantage préparés pour prendre soin de leur santé et la protéger, et éviter les risques d'infections sexuellement transmissibles et/ou de grossesses non désirées.

*« Nous connaissons tous les avantages sociaux qui découlent de l'éducation des filles – meilleurs revenus familiaux, mariages plus tardifs, réduction des taux de fécondité, diminution des taux de mortalité infantile et maternelle, enfants et familles mieux nourris et en meilleure santé, meilleurs choix et opportunité dans la vie pour un plus grand nombre de femmes, dont meilleures chances de se protéger elles-mêmes contre le VIH/Sida »*

*Thoraya Ahmed Obaid  
Directeur exécutif UNFPA*

### LA SITUATION AU NIGER

**La scolarité permet aux femmes d'être plus à même de choisir leur vie féconde.**

**Les mariages et grossesses précoces entraînent souvent la fin des études** pour les jeunes filles.

- Au Niger le taux brut de scolarisation est de 50% (2003-2004) selon la Direction Générale de la statistique.
- **Au Niger, en 1998, 59,9 % des femmes de 15 à 19 ans étaient déjà mariées. Ce taux atteint 70,3% dans les zones rurales.** (UNICEF 2005) Selon l'article 144 du code civil Nigérien, l'âge requis pour se marier est de 15 ans pour la femme et 18 ans pour l'homme. Cependant, ni la coutume, ni la loi coranique n'ont prévu un âge précis pour se marier, il est généralement fait référence à la puberté.
- Lorsqu'on interroge les femmes nigériennes sur le nombre idéal d'enfants qu'elles désirent avoir, on constate une différence significative entre celles qui ont suivi une scolarité et celles qui n'ont pas été à l'école. **Ainsi, pour les femmes ayant suivi une scolarité jusqu'au secondaire ou plus le nombre idéal d'enfant est de 5,2. Ce nombre idéal est de 8,6 pour les femmes n'ayant pas été scolarisées.** (EDS 1998)

**En 2005, au Niger, seuls 41% des enfants étaient à l'école primaire, dont 46,9% de garçons et 35,6% de filles**

### IV.3- Objectif 3: Promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomie de la femme

#### CONTEXTE GENERAL

L'absence d'égalité entre les sexes et d'autonomie des femmes exposent ces dernières à davantage de risques d'être en **mauvaise santé sexuelle et reproductive**. Ainsi, par exemple, les femmes victimes de violences encourrent plus de risques d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH. Elles encourrent aussi plus de risques lors de leur grossesse d'avoir des accouchements prématurés et des risques de fausses couches. Or, selon l'OMS, entre 10% et 70% des femmes à travers le monde ont souffert au moins une fois dans leur vie de violences physiques ou sexuelles commises par leur partenaire. (OMS, Rapport mondial sur la violence et la santé, 2002)

D'un autre côté, **l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive peut contribuer à l'émancipation des femmes :**

- en améliorant leur capacité à prendre des décisions au sein du foyer et de la communauté ;
- en facilitant leur accès aux ressources familiales et communautaires ;
- en les aidant à s'insérer de manière productive dans le marché du travail ;
- et permettant leur participation aux différents processus politiques et sociaux dans des conditions égalitaires.

***Pour renforcer l'autonomie des femmes il est essentiel de protéger leurs droits humains, y compris leurs droits reproductifs, et de leur garantir une bonne santé sexuelle et reproductive.***

#### LA SITUATION AU NIGER

**Les grossesses précoces et les mutilations génitales féminines ont des conséquences néfastes sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes femmes.**

- En 1998, le nombre de femmes nigériennes ayant subi une mutilation génitale était estimé à 5%. (EDS/MICII 1998) Depuis 2003, la loi 2003-025 introduit dans le code pénal nigérien une disposition qui considère comme un **crime le fait de pratiquer des mutilations génitales féminines.**
- **L'âge moyen au mariage est de 16.6 ans pour les filles et de 23.4 ans pour les garçons.** (UNFPA Niger country profile 2005)

**« Le renforcement des moyens d'action et de l'autonomie des femmes et l'amélioration de leur condition sur les plans politique, social, économique et sanitaire constituent en soi une fin de la plus haute importance.**

(...)

**Il est indispensable que la femme et l'homme participent et collaborent tous deux pleinement dans le cadre de la vie productive et de la procréation et partagent notamment la charge de prendre soin des enfants et de les élever et de contribuer à l'entretien du ménage. »**

CIPD, 1994

## ***IV.4 -Objectif 4: Réduire la mortalité infantile***

### **CONTEXTE GENERAL**

La plupart des interventions efficaces pour améliorer la santé maternelle s'avèrent également adaptées pour réduire les taux de mortalité parmi les nouveaux-nés:

- les soins prénataux,
- les soins qualifiés à l'accouchement,
- les soins postnataux pour les mères et les nouveaux-nés ;
- une alimentation adéquate, y compris les compléments nutritionnels ;
- l'accès aux services de santé de base.

De même, la planification familiale, ou l'absence de celle-ci a un impact direct sur la mortalité infantile.

Ainsi, selon l'OMS, le risque de décès des jeunes enfants augmente de près de 50 % si l'intervalle entre deux naissances est inférieur à deux ans.

Enfin, il a été constaté que le risque de mortalité est plus élevé chez les enfants nés d'une grossesse non désirée que les enfants souhaités.

***La santé infantile est très étroitement liée à la santé et au bien-être des mères.***

***La plupart des décès de nouveaux-nés sont associés avec un bas niveau d'éducation, une nutrition inadéquate, et une mauvaise santé des mères.***

***La plupart des interventions efficaces pour réduire la mortalité infantile nécessitent d'améliorer également la santé des mères***

### **LA SITUATION AU NIGER**

Les bébés de mères adolescentes ont deux fois plus de risques de mourir avant leur premier anniversaire que ceux des femmes entre 20 et 39 ans.

- **Au Niger, 43% des jeunes filles entre 15 et 19 ans ont déjà commencé leur vie féconde (mère ou enceinte) (EDS/MICII 1998)**

La proportion des **femmes qui souhaitent espacer leur prochaine naissance** a légèrement augmenté **entre 1998 et 2006 passant de 45,6% à 48,8%** (EDSN MICIII 2006)

Les soins maternels, notamment l'assistance qualifiée lors de l'accouchement, ont un impact direct sur la mortalité infantile. **Or, au Niger,**

***En 2005 au Niger, la mortalité infantile des enfants de moins de 1 an est de 150/1000.***

(UNICEF-En bref : Niger)

## IV.5- Objectif 5: Améliorer la santé maternelle

### CONTEXTE GENERAL

Pour chaque femme qui meurt des suites d'une grossesse ou accouchement, 30 autres souffrent de maladies à effets prolongés, comme les fistules. Les risques associés à la grossesse et à l'accouchement augmentent face à l'insuffisance d'émancipation, d'éducation et d'accès aux ressources économiques parmi les femmes, de même que la malnutrition et les lourdes charges de travail physique durant la grossesse.

La plupart des décès maternels pourraient être évités si des services de santé maternelle de bonne qualité, incluant des soins prénataux et postnataux, les soins qualifiés à l'accouchement ainsi que les soins obstétricaux d'urgence, sont garantis.

La prévention des grossesses non désirées et la prestation des services d'avortements sans risques – dans le respect de la loi– et des services de soins post-avortement permettraient de réduire les mortalités maternelles et les risques liés aux avortements clandestins.

De même, l'existence des services de planification familiale de qualité, les conseils et les informations adéquats, pourrait réduire d'un tiers environ, les niveaux de mortalité et de morbidité maternelle.

---

*Près de 20 millions de femmes souhaiteraient pouvoir utiliser les moyens de contraception pour espacer ou limiter les naissances, ne peuvent le faire car elles n'ont pas accès aux informations, à l'éducation et aux conseils donnés en matière de planning familial.*

### LA SITUATION AU NIGER

Toutes les femmes et plus précisément les adolescentes, et celles ayant de faibles revenus doivent avoir accès :

- à l'éducation en santé sexuelle et reproductive ;
- aux services de planification familiale pour éviter les grossesses non désirées et à haut risque qui sont entre autres les causes de la mortalité maternelle.
- **En 2000, la mortalité maternelle au Niger était la plus élevée du monde à 1 600 pour 100 000 naissances vivantes** (OMS fact sheet 2006)
- **En 2006, seuls 17.2 % des accouchements ont eu lieu avec l'assistance de prestataires de soins qualifiés.** (EDSN/MICIII 2006)
- Plus de 200 cas de fistules obstétricales sont recensées chaque année dont 58% surviennent lors de la première grossesse. (UNFPA, Campaign to end fistula, fact sheet 2005)

*Dans le monde, une femme meurt chaque minute des complications liées à la grossesse, l'accouchement ou le post-partum. De fait, de tous les indicateurs de santé, les statistiques de mortalité maternelle sont ceux qui reflètent le plus de disparité entre le monde en développement et le reste du monde. Dans les pays les moins avancés, une femme sur 17 meurt de ce type de complications comparé à 1 femme sur 4000 dans les pays industrialisés.*

## **IV.6- Objectif 6: Combattre le VIH/SIDA, la malaria, et les autres maladies**

### **CONTEXTE GENERAL**

Au moment où le VIH et le SIDA et les mauvaises conditions de SSR représentent plus d'un quart de la charge globale des maladies, la séparation entre politiques, programmes et services de VIH et le SIDA et ceux portant sur la santé sexuelle et reproductive, a un effet négatif sur les efforts entrepris pour trouver une solution à ces questions.

Actuellement, près de la moitié des 40 millions de personnes qui vivent avec le VIH sont des femmes, de même que 62% des personnes âgées de 15 à 24 ans qui sont infectées.

Les femmes et les filles sont sur le plan biologique, plus vulnérables à l'infection au VIH que les hommes et les garçons ; ce risque est accentué par les inégalités entre les genres, la pauvreté et la violence. A titre d'exemple, le manque d'émancipation des femmes et des filles limite leur capacité à négocier l'utilisation de préservatifs avec leurs partenaires.

La malaria a, elle aussi, un impact fort sur la santé reproductive, En effet, le risque d'infection est accentué chez la femme enceinte dont l'immunité est affaiblie par la grossesse. Or, le paludisme augmente le risque d'avortement spontané, de naissances prématurées (8 à 36% des naissances prématurées en Afrique sont dues à la malaria) et de petits poids de naissance (8 à 14% des petits poids de naissance sont dus au paludisme) (données OMS « Cadre stratégique pour la prévention et la lutte contre le paludisme pendant la grossesse dans la Région Africaine », 2005).

### **LA SITUATION AU NIGER**

**L'éducation à la santé sexuelle et reproductive** ainsi que l'accès à des services de santé reproductive permettent de donner, notamment aux adolescents, aux jeunes et aux femmes, **les capacités de se protéger efficacement contre le VIH.**

- **Au Niger, environ 83,1% des femmes ont entendu parler du VIH contre 94,2% des hommes (EDSN 2006)**
- **Seules 36,6% des femmes croient en l'existence d'un moyen d'éviter le VIH (EDSN 2006)**

Au Niger, la malaria est l'une des principales causes de mortalité et de morbidité avec une moyenne de 850 000 cas par an. (OMS Niger country brief 2006)

**Bien que le taux de séroprévalence du Niger reste l'un des plus bas d'Afrique, à 0,7% en 2006 (EDSN/MICIII 2006) le manque d'information sur le VIH et comment s'en protéger accroissent les risques d'infection par le virus.**

***La plupart des infections à VIH sont d'origine sexuelle et la vulnérabilité des jeunes est très liée à leur comportement sexuel et à leur capacité à se protéger.  
Le manque d'information, l'accès difficile aux structures de conseil, de dépistage et de soin, les mariages précoces, les comportements sexuels à risques et l'exploitation sexuelle sont des facteurs déterminants de l'exposition des jeunes au risque de VIH.***

***La SSR des jeunes est un enjeu de développement majeur.***

# V. Stratégies pour promouvoir la SSR dans le cadre des OMD au Niger

## V.1- Les raisons du plaidoyer

Malgré les efforts déployés par les autorités pour faire face aux nouveaux impératifs afin d'assurer aux populations nigériennes une plus grande couverture sanitaire en matière de SSR, il reste encore beaucoup à faire.

Ainsi que l'on vient de le voir, les défis actuels en matière de SSR sont multidimensionnels et risquent de menacer les stratégies de réduction de la pauvreté dans leur ensemble : Ainsi :

- **Au plan démographique**, le taux de croissance démographique (3,3%) est l'un des plus élevés au monde avec un dédoublement de la population à des périodes rapprochées. Les jeunes, âgés de moins de 15 ans représentent 50% de la population. Cette large partie de la population va bientôt rentrer dans la vie sexuelle et reproductive, ce qui va accroître de manière importante les besoins en matière de services de SSR adéquates et de qualité. Cela va sans doute accentuer les problèmes actuels d'accès aux services de SSR.
- **Au plan sanitaire**, une faible couverture sanitaire de 49,8% engendrant notamment:
  - un fort taux de mortalité infantile;
  - un taux élevé de mortalité maternelle ;
  - un faible taux de prévalence contraceptive ;
  - un faible accès aux services de santé particulièrement les services de la SSR.

Malgré tous ces besoins, les dépenses publiques de santé consacrées à la SSR sont encore insuffisantes et loin de couvrir les besoins sanitaires des citoyens.

Face à ces grands défis, il sera donc nécessaire que des **actions de plaidoyer** soient entreprises au niveau national pour une large mobilisation des acteurs clés afin que **la nouvelle cible de l'accès à la SSR soit prise en compte dans la SRP**.

Au delà de la simple référence formelle à la cible dans les stratégies d'atteinte des OMD, il faudra **se mobiliser pour faire de cette cible une réalité**, notamment par des actions de plaidoyer pour que des crédits adéquats soient affectés aux politiques de SSR afin qu'elles puissent être effectivement appliquées. De même, au niveau régional et local, des actions de plaidoyer seront nécessaires pour que la mise en œuvre des programmes de SSR soit considérée prioritaire.

## V.2- La définition du plaidoyer

« Le plaidoyer est un **processus** mené par un groupe d'individus ou d'organisations, à l'aide de techniques d'influence, **pour obtenir un soutien à une cause**, à un programme ou à la résolution d'un problème, un changement d'ordre politique, législatif ou programmatique, **de la part de personnes, groupes ou institutions ayant un pouvoir de décision, de facilitation ou de nuisance** »

UNFPA.

A la différence de la mobilisation communautaire et des techniques d'information, d'éducation et de communication (IEC), le plaidoyer se concentre davantage sur les décideurs que sur la communauté elle-même. La population ou la communauté peut être mobilisée pour venir en appui du plaidoyer, dont elle est d'ailleurs généralement le bénéficiaire à terme, mais les changements souhaités par le plaidoyer se concentrent sur les politiques, les programmes, les allocations de ressources plutôt que sur le changement de comportement de la communauté elle-même.

## V.3 Les groupes cibles

La prise en compte et la mise en œuvre de l'insertion de la nouvelle cible et des nouveaux indicateurs de la SSR dans les stratégies pour l'atteinte des OMD/SRP au Niger doit être la responsabilité de toute la société nigérienne et des partenaires au développement:

- **Le gouvernement** qui doit mettre en place des politiques conformes aux engagements internationaux qu'il a pris et en garantir le financement indispensable pour les rendre effectives ;
- **Les parlementaires** qui doivent agir pour la promotion et le vote de législations contribuant à donner toute place à la santé sexuelle et reproductive dans la réalisation des OMD et doivent voter les crédits nécessaires à leurs mises en œuvre ;
- **Les gouverneurs, les préfets et les élus locaux** des 8 régions du Niger qui doivent veiller à mettre en place, de manière effective, des programmes en matière de santé reproductive ;
- **les ONG, les leaders de la société civile, les leaders communautaires, les chefs religieux** et les citoyens qui doivent suivre et plaider pour le respect des engagements pris par le gouvernement;

- **les partenaires au développement** (agences des Nations Unies, donateurs multilatéraux et bilatérales, etc) qui doivent appuyer les capacités nationales et le dialogue politique sur ce sujet qui est parfois sensible, et soutenir financièrement des programmes renforçant les services de santé reproductive, ou pour financer des actions de plaidoyers en la matière.

### V.4 Les stratégies de plaidoyer

AXES	ACTIONS	ACTEURS	CIBLES DU PLAIDOYER
<b>Vulgarisation et appropriation au Niger des OMD et de la nouvelle cible sur la SSR</b>	Initier des rencontres d'information et de sensibilisation sur la nouvelle cible	OSC Gouvernement PTF Média	Gouvernement Parlementaires Gouverneurs, Préfets Elus locaux OSC Leaders communautaires Chefs religieux PTF
<b>Diffusion de documents de plaidoyer</b>	Créer un cadre d'information, d'échange et de concertation des OMD/SSR	OSC Gouvernement PTF Média	Gouvernement Parlementaires Gouverneurs, Préfets Elus locaux OSC Leaders communautaires Chefs religieux PTF
	Elaborer des supports appropriés à la vulgarisation de la nouvelle cible		
<b>Mobilisation des ressources en faveur de la nouvelle mise en oeuvre effective de la cible</b>	Planifier les activités de plaidoyer (plan d'actions)	OSC Gouvernement PTF Média	Gouvernement Parlementaires Gouverneurs, Préfets Elus locaux Leaders communautaires Chefs religieux PTF
	Adresser des requêtes à l'endroit des partenaires		
<b>Suivi et évaluation</b>	Mettre en place un organe de suivi évaluation des actions en faveur de la SSR	OSC Gouvernement PTF Média	Gouvernement Parlementaires Gouverneurs, Préfets Elus locaux OSC Leaders communautaires Chefs religieux PTF

## *Conclusion*

La santé sexuelle et reproductive reste un problème de santé publique majeur au Niger, et ce malgré des efforts déjà entrepris par le gouvernement nigérien en la matière depuis une dizaine d'année. L'actuelle faiblesse de l'accès des populations nigériennes à des services et informations en matière de SSR n'est pas uniquement un problème de santé, elle risque également de compromettre tous les efforts entrepris par le Niger pour réduire la pauvreté et atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

C'est pour cette raison qu'il est nécessaire que le Niger intègre la nouvelle cible d'accès universel à la SSR, à coté des 13 cibles déjà retenues. A cette fin, la société civile doit se mobiliser et mettre en place des actions de plaidoyer visant à l'intégration de la cible et à la mise en œuvre effective des politiques pour y parvenir.

En adoptant cette cible, et les indicateurs permettant d'en mesurer le suivi de sa réalisation, le gouvernement du Niger réaffirmera fortement sa volonté d'apporter à toute sa population un accès aux services et informations en matière de santé sexuelle et reproductive, et s'engagera à renforcer ses efforts pour que cette cible devienne une réalité à l'horizon 2015.

# *Annexe 1 - Bibliographie*

## **A. Informations générales**

1. *Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la sante en matiere de sexualite et de reproduction en Afrique*, Maputo, Union Africaine, septembre 2006  
[http://www.africa-union.org/root/au/Conferences/Past/2006/September/SA/Maputo/doc/fr/Working\\_Fr/Plan\\_of\\_Action\\_2007.pdf](http://www.africa-union.org/root/au/Conferences/Past/2006/September/SA/Maputo/doc/fr/Working_Fr/Plan_of_Action_2007.pdf)
2. *Charte africaine de la jeunesse*, Banjul, Union Africaine, juillet 2006  
[http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/African\\_Youth\\_Charter\\_fr.pdf](http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/African_Youth_Charter_fr.pdf)
3. *Document final du Sommet Mondial 2005*, New York, ONU, octobre 2005,  
[http://www.unfpa.org/icpd/docs/2005summit\\_fre.pdf](http://www.unfpa.org/icpd/docs/2005summit_fre.pdf)
4. *Cadre stratégique pour la prévention et la lutte contre le paludisme pendant la grossesse dans la Région Africaine*, Brazzaville, OMS, 2005  
[http://www.afro.who.int/malaria/publications/malaria\\_in\\_pregnancy\\_french\\_092005.pdf](http://www.afro.who.int/malaria/publications/malaria_in_pregnancy_french_092005.pdf)
5. *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, OMS, 2002  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/591.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/591.pdf)
6. « Road Map towards the Implementation of the United Nations Millenium Declaration » (*La feuille de route pour l'application de la déclaration du millénaire*), New York, Secrétaire Général des Nations Unies, septembre 2001  
<http://www.un.org/documents/ga/docs/56/a56326.pdf>
7. *La déclaration du millénaire*, New York, ONU, septembre 2000  
<http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/559/52/PDF/N0055952.pdf?OpenElement>
8. Programme of Action, (*Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*), Le Caire, CIPD, 1994  
<http://www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=275>
9. *Convention contre toutes formes de discriminations à l'égard des femmes*, CEDEF, 1979  
<http://www.un.org/french/womenwatch/cedaw/convention.html>
10. *Choix publics, décisions privées : la santé sexuelle et reproductive et les objectives du millénaire pour le développement*, Stan Bernstein avec la collaboration de Charlotte Juul Hansen, Millennium Project 2006  
[http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/pdfs/pub\\_pdfs/mdg\\_exec\\_sum\\_fr.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/pdfs/pub_pdfs/mdg_exec_sum_fr.pdf)
11. Site web sur les OMD : <http://www.un.org/french/millenniumgoals>
12. Site web sur le Sommet Mondial de 2005 : <http://www.un.org/french/summit2005>
13. Site web sur le programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIDP) : [http://www.unfpa.org/french/icpd/icpd\\_poa.htm](http://www.unfpa.org/french/icpd/icpd_poa.htm)
14. Site web sur le suivi de la CIPD : <http://www.countdown2015.org/Home.aspx>
15. Sur les OMD et la SSR : vous pouvez télécharger les fiches d'informations créées par FCI  
<http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/pdfs/MDG-cards-FR.pdf>
16. Sur la campagne du millénaire, campagne internationale menée pour promouvoir les OMD (en anglais seulement) <http://www.millenniumcampaign.org/site/pp.asp?c=grKVL2NLE&b=138312>

17. Sur la campagne du millénaire OMD à l'attention des jeunes :  
<http://cyberschoolbus.un.org/mdgs/french/index.asp>
18. Sur la fistule obstétrique, *Campaign to end fistula fact sheet*, UNFPA, 2006  
<http://www.fistules.org/index.htm>

## **B- Informations relatives au Niger**

1. *Constitution nigérienne* promulguée par décret du 9 août 1999  
<http://www.assemblee.ne/texteslegaux/cons99.htm>
2. *Rapport du Niger sur la CEDEF*, Nations Unies, novembre 2005  
[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0ac7e03e4fe8f2bdc125698a0053bf66/681d0edfd9bf3881c125722600400180/\\$FILE/N0561939.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0ac7e03e4fe8f2bdc125698a0053bf66/681d0edfd9bf3881c125722600400180/$FILE/N0561939.pdf)
3. *Comptes nationaux de sante, exercices 2002-2003*, Niger, juin 2005  
[http://www.who.int/nha/country/Niger-Comptes\\_Nationaux\\_de\\_la\\_sante-Rapport-final.pdf](http://www.who.int/nha/country/Niger-Comptes_Nationaux_de_la_sante-Rapport-final.pdf)
4. *Rapport national sur les progrès vers les OMD*, Niger, 2003  
<http://www.pnud.ne/omdniger2003.pdf>
5. Sur les progrès réalisés par le Niger en matière d'OMD, vous pouvez consulter régulièrement le site du PNUD Niger : <http://www.pnud.ne>
6. Sur les résultats du Niger aux indicateurs des OMD :  
<http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/Data.aspx?cr=562>
7. Sur l'enquête Démographie et de Santé au Niger :  
[http://www.measuredhs.com/pubs/pub\\_details.cfm?ID=140&ctry\\_id=29&SrchTp=ctry](http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=140&ctry_id=29&SrchTp=ctry) (A ce jour, seuls les résultats de 1998 sont disponibles, ceux de 2006 devraient être disponibles très prochainement)
8. Sur des informations générales sur les OMD et la santé au Niger  
[http://www.unicef.org/french/infobycountry/niger\\_statistics.html](http://www.unicef.org/french/infobycountry/niger_statistics.html) ou  
[http://www.afro.who.int/home/countries/fact\\_sheets/niger.pdf](http://www.afro.who.int/home/countries/fact_sheets/niger.pdf)  
<http://www.who.int/countries/ner/fr/>
9. Sur les ressources consacrées à la santé,  
[http://www.who.int/countryfocus/resources/ccsbrief\\_niger\\_ner\\_06\\_fr.pdf](http://www.who.int/countryfocus/resources/ccsbrief_niger_ner_06_fr.pdf)  
[http://www.izf.net/izf/EE/pro/niger/5020\\_sante.asp](http://www.izf.net/izf/EE/pro/niger/5020_sante.asp)

## Annexe 2 - Indicateurs sélectionnés pour atteindre les OMD au Niger

Objectif	Cibles	Indicateurs sélectionnés pour le Niger	Référence		
			Année référence et source	Niveau référence	Niveau 2015
1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim	Réduire la proportion de la population entre 1990 et 2015 dont le revenu est inférieur à 1 US\$ par jour	Proportion de la population vivant avec moins de 1 US\$ par jour	1994, Enquête Budget Consommation	63%	31,5%
	Réduire la proportion de la population qui souffre de la faim	Taux d'enfant de moins de 3 ans présentant une insuffisance pondérale	2000, EDSN et MICS	40%	20%
2. Assurer une éducation primaire pour tous	Donner à tous les enfants (garçons et filles) les moyens d'achever un cycle d'études primaires	Proportion d'écoliers achevant la 5 <sup>ème</sup> année du primaire	2001 DSRP	24,5%	100%
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	Eliminer les disparités entre les sexes dans le primaire d'ici 2005 et à tous les niveaux d'enseignement d'ici 2015	Rapport filles/garçons dans le primaire, secondaire et supérieur	2000, DSRP	39,5%	100%
4. Réduite la mortalité des enfants de moins de 5 ans	Réduire de 2/3 entre 1990 et 2015 le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	2000, MICS	280‰	94‰
5. Améliorer la santé maternelle	Réduire de ¾ entre 1990 et 2015 le taux de mortalité maternelle	Ratio de mortalité maternelle	2000, MICS	7‰	3‰
6. Combattre le VIH/SIDA et les autres maladies	Arrêter la propagation du VIH/SIDA et inverser la tendance actuelle pour 2015	Taux de prévalence du VIH.	2001, DSRP	0,87%	0,8%
	Maîtriser le paludisme et inverser la tendance actuelle pour 2015	Taux de mortalité lié au paludisme	2000, Enquête OMS-PNLP	35%	17%
7. Assurer un environnement durable	Intégrer les principes du DHD aux politiques nationales de développement	Superficie des terres protégées pour préserver la biodiversité	2000	6,6%	-
	Réduire de moitié la proportion de la population qui n'a pas accès à l'eau potable d'ici 2015	Proportion de la population ayant accès à l'eau potable	2000, DSRP	52%	80%
	Améliorer sensiblement d'ici 2015 la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	Proportion de la population avec un meilleur accès à l'assainissement	2000 MICS	20%	-
		Proportion de la population ayant un accès à un logement décent	2001, RGP/H	27,5%	-
8. Partenariat mondial pour le développement	S'attaquer aux besoins des PMA	Proportion de l'APD pour les services sociaux et les infrastructures de base	2000, DSRP	16,5%	20%
	Viabilité de la dette	APD fournie au titre de l'allègement de la dette	2000, DSRP	157 Mds CFA	180 Mds CFA

Extrait du rapport national sur les progrès vers les OMD au Niger, 2003