

Planification familiale et politique de la santé de la reproduction à l'épreuve de la croissance démographique au Niger

Résumé

Le développement des services de santé de la reproduction de qualité a toujours fait de la planification familiale l'un des axes stratégiques de ses plans. En 2006, le Niger s'est doté d'une loi sur la Santé de la Reproduction (N°2006-16 du 21 juillet). Cette loi, consacre la reconnaissance des droits reproductifs mais seulement pour les couples légalement mariés et à des fins d'espacement des naissances. Malgré tous les efforts consentis par l'Etat nigérien et ses partenaires, force est de constater que les progrès en matière de la planification familiale et de santé de la reproduction restent mitigés. Pour comprendre et expliquer cet état de fait, la méthodologie utilisée dans cette recherche, outre la recherche documentaire, est essentiellement qualitative à travers l'observation et l'administration des guides d'entretiens auprès des acteurs stratégiques. Les résultats de la recherche ont d'abord permis d'identifier les engagements internationaux et nationaux en matière de la planification familiale et de la santé de reproduction. En plus, ces résultats montrent qu'il existe une certaine rivalité entre les acteurs sur les mêmes champs d'interventions. Aussi, les motivations des acteurs à vouloir clamer la paternité de quelques résultats probants sont vives. Cette compétition et la coexistence des activités des différents acteurs font l'objet de plusieurs critiques de la part d'autres acteurs notamment ceux issus du milieu scolaire et les conséquences issues des comportements restent presque inchangées.

Mots clés : Niger, planification familiale, santé de la reproduction, politiques de population, acteurs.

Abstract

The development of reproductive health services quality has always made family planning one of the strategic axes of its plans. In 2006, Niger adopted a law on reproductive health (No. 2006-16 of July 21). This law enshrines the recognition of reproductive rights but only for legally married couples and for birth spacing purposes. Despite all the efforts made by the Niger government and its partners, it is clear that progress in family planning and reproductive health remains with remarkable results. To understand and explain this situation, the methodology used in this research, in addition to documentary research, is essentially qualitative through the administration of interview guides. The results of the research first made it possible to identify international and national commitments in terms of family planning and reproductive health. In addition, these results show that there is a kind of rivalry between actors in the same fields of intervention. Also, the motivations of the actors in terms of claiming paternity of some convincing results are real. This competition and coexistence of the activities of the different actors attracts several criticisms from other actors, particularly those from the school, and the consequences resulting from the behaviors remain almost unchanged.

Key words: Niger, family planning and reproductive health, population policies, actors.

Introduction

46 Depuis son accession à l'indépendance, outre les politiques de population qui incluent dans
47 leurs objectifs les questions relatives à la planification familiale et celle de la santé de
48 reproduction, le Niger a connu quatre (4) plans quinquennaux de développement sanitaire à
49 savoir les PDS 1994-2000, 2005-2009, 2011-2015 et 2016-2021. C'est ainsi que le
50 développement des services de la santé de reproduction de qualité a toujours fait de la
51 planification familiale l'un des axes stratégiques de ces plans. La loi N°2006-16 du 21 juillet
52 reconnaît le droit à la santé de la reproduction comme un droit universel fondamental dont
53 aucun individu ne peut être privé (Article 2). Elle indique que :

54 Les couples et les individus ont le droit de décider librement et avec discernement des
55 questions ayant trait à la santé de la reproduction dans le respect des lois en vigueur, de
56 l'ordre public et des bonnes mœurs, mais la loi précise que (seuls) « les couples légalement
57 mariés peuvent décider librement et avec discernement de l'espacement des naissances et de
58 disposer des informations nécessaires pour ce faire » (Article 3).

59 Puis, s'adressant à nouveau aux couples légalement mariés, la loi leur reconnaît « *le droit de*
60 *procréer et de le faire aussi souvent et aussi peu souvent qu'ils le désirent* » (article 4). Au
61 total, cette loi consacre la reconnaissance des droits reproductifs mais seulement pour les
62 couples légalement mariés et à des fins d'espacement des naissances. Cette volonté de l'Etat
63 est accompagnée par des déclinaisons d'objectifs y afférents à la promotion de la planification
64 et de la santé de la reproduction dans les différentes politiques de population du Niger :
65 politiques de population (1992, 2007, 2019), politiques de la jeunesse (2011-2015, 2016-
66 2020), politique de genre (2008, 2017) et les politiques économiques et sociales (2002-2006,
67 2008-2012, 2012-2015 et 2015-2021).

68 Malgré tous les efforts consentis par l'Etat nigérien et ses partenaires, force est de constater
69 que les progrès en matière de la planification familiale et de la santé de la reproduction restent
70 mitigés. Selon les estimations des Nations Unies, la prévalence contraceptive au Niger se
71 situerait à 15,3%, 24,6% et 44% en 2030 respectivement pour les variantes basse, médiane et
72 haute. Cette trajectoire, si elle se réalisait, permettrait d'atteindre seulement l'objectif de 50%
73 de prévalence à l'horizon 2035, objectif retenu dans la Politique Nationale de Population de
74 2019. C'est pourquoi, l'objectif de cette recherche, contrairement aux études portant sur les
75 comportements de la population, est de dresser un état de lieu de la mise en œuvre des
76 différentes politiques en lien avec la planification familiale et de la santé de la reproduction.
77 Pour ce faire, la méthodologie utilisée essentiellement qualitative inclut la recherche
78 documentaire et l'administration des guides d'entretiens auprès des acteurs stratégiques. Cette
79 méthode a permis un enchaînement logique pour comprendre les tenants et les aboutissants
80 des différents programmes et politiques en général en rapport avec la planification familiale,
81 de la santé de la reproduction (politiques de population, de genre, de santé etc....) et les
82 tendances actuelles du niveau d'acceptabilité de ces pratiques reproductives à travers un
83 aperçu schématique de l'évolution de la population nigérienne.

84 **1. Démarche méthodologique**

85 La méthodologie utilisée dans cette recherche revêt un caractère multidimensionnel. Elle part
86 de l'exploitation documentaire aux entretiens qualitatifs individuels. Pour ce qui est de la
87 recherche documentaire, elle s'est fondée sur l'analyse secondaire à partir des données
88 existantes dont celles des recensements généraux de la population, des Enquêtes
89 Démographiques et de la Santé réalisées au Niger (EDSN) et d'autres enquêtes de couverture
90 nationale, des documents de politiques de population et des données actualisées concernant le
91 Niger sur le site des Nations Unies. C'est une sorte de revue documentaire concernant la
92 question de la planification et de la santé de la reproduction. Cette genèse documentaire a
93 permis de dresser une cartographie des politiques de la santé en général et celle de la

94 planification familiale et de la santé de la reproduction en particulier, ainsi que les objectifs
 95 visés par l'Etat nigérien. Quant aux entrevues, elles ont été réalisées auprès des acteurs clés de
 96 la planification familiale et de la santé de la reproduction. Les données sont tirées d'une
 97 enquête qualitative conduite auprès d'un échantillon de 100 principaux acteurs. Les réponses
 98 des acteurs enquêtés relevant des structures étatiques, des partenaires au développement et de
 99 la société civile ont permis de constituer un répertoire des acteurs. Les thématiques abordées
 100 concernent l'identification des acteurs, les champs et les contenus de leurs domaines
 101 d'intervention, leurs stratégies d'intervention sur le terrain, la coordination des activités et les
 102 perceptions des acteurs enquêtés sur la politique de la planification familiale et de la santé de
 103 la reproduction au Niger. Ceci a enfin permis de dresser un bilan de la situation de la
 104 planification familiale et de la Santé de la reproduction au niveau national. Les données
 105 recueillies ont permis de représenter l'évolution de la population nigérienne. Les acteurs
 106 concernés par l'entretien individuel sont consignés dans le tableau qui suit.

107 **Tableau 1: les acteurs concernés par l'enquête de terrain**

Structures	Lieu de résidence	Nombre
Ministère de la population	Niamey	10
Ministère de promotion de la femme et de protection de l'enfant	Niamey	10
Ministère de la santé publique	Niamey	10
ANBEF	Zinder	10
AMINA SUTURA	Maradi	10
UNFPA	Maradi	10
PSI (<i>PSI Family Services</i>)	Niamey	10
Direction nationale de la planification familiale	Niamey	10
Centre national mère et enfant	Niamey	10
Centre de formation professionnelle en santé	Niamey	10
Total		100

108 *Source : données de terrain, février 2021.*

109 2. Résultats de la recherche

110 L'essentiel des résultats obtenus concernent la planification familiale, la santé de la
 111 reproduction, la fécondité, les différents acteurs impliqués, le système de coordination et
 112 l'évolution de la population nigérienne.

113 2.1. Genèse des Politiques de la planification et de la santé de la reproduction

114 Depuis le milieu des années 1990, le Ministère de la santé a élaboré quatre (4) plans
 115 quinquennaux de développement sanitaire à savoir les PDS 1994-2000, 2005-2009, 2011-
 116 2015 et 2016-2021.

117 Le PDS 2005-2009 avait prévu de renforcer les activités de planification familiale au travers
 118 d'un Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR, 2005-2009). Il s'est fixé
 119 quatre (4) objectifs généraux dont celui consistant à contribuer à la maîtrise de la croissance
 120 démographique par la promotion de la planification familiale. Pour promouvoir la PF, trois (3)
 121 principales actions ont été envisagées à savoir l'assurance de la disponibilité des méthodes

122 modernes de la contraception, la promotion de l'utilisation de la contraception auprès de la
123 population et l'assurance d'une gestion adéquate des services PF. Le PDS 2011-2015 avait
124 aussi défini des priorités d'intervention en vue de promouvoir l'offre de services de
125 planification familiale dans le système de santé à savoir :

- 126 • l'assurance de la disponibilité des intrants PF (contraceptifs, matériels PF, etc.) ;
- 127 • l'intégration de la PF dans le Paquet Minimum d'Activités des cases de santé ;
- 128 • la distribution des contraceptifs à base communautaire (DBC) ;
- 129 • le renforcement de la distribution des contraceptifs à grande échelle y compris par le
130 marketing social ;
- 131 • l'IEC en faveur de la PF –SR – Questions populations ;
- 132 • la réalisation des activités SR/PF en stratégie mobile et avancée.

133 Le PDS 2016-2021 a repris les mêmes priorités en entreprenant des actions telles que :

- 134 • le renforcement de la disponibilité et de la capacité opérationnelle en PF dans les
135 formations ;
- 136 • le renforcement de l'information, de l'éducation et de la communication dans le
137 domaine de la PF ;
- 138 • le renforcement de la distribution à base communautaire des intrants de la PF.

139 Le Plan d'Action 2012-2020 pour la Planification Familiale se fixait un objectif général et un
140 objectif spécifique. Son objectif général était de contribuer à la réduction de la mortalité
141 maternelle et infantile au Niger. Son objectif spécifique était de rehausser la prévalence
142 contraceptive de 16% en 2010 à 25% en 2015, et à 50% en 2020 (un objectif excessivement
143 ambitieux).

144 Il faut mentionner enfin l'adoption en 2006 par le Niger d'une loi sur la Santé de la
145 Reproduction (N°2006-16 du 21 juillet). Le décret d'application de cette loi quelque peu
146 oubliée est paru en 2019 (Décret n°2019-408/PRN/MSP). Il est nettement moins restrictif que
147 la loi de 2006. Il stipule, en effet, à son titre 2 consacré à la contraception que :

148 par contraception il faut entendre l'ensemble des moyens et méthodes médicaux ou non mis à
149 la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de
150 façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, d'espacer les naissances,
151 d'avoir le nombre désiré d'enfants au moment voulu.

152 **2.2. Acteurs intervenant dans le domaine de la PF et de la SR au Niger**

153 La triangulation des données collectées montrent qu'il existe une panoplie d'acteurs qui
154 interviennent en matière de la planification familiale et de la santé de la reproduction au
155 Niger. Cette analyse s'est concentrée sur une liste non exhaustive, mais essentielle pour
156 retracer la cartographie de ces acteurs. L'un dans l'autre, ces acteurs peuvent être catégorisés
157 en deux groupes : les acteurs sur le terrain et les acteurs qui financent les activités. Aussi, le
158 fond des entretiens effectués avec les acteurs enquêtés permet-il de dépasser cette
159 classification. L'importance accordée aujourd'hui à la question de la PF et à celle de la SP par
160 les autorités politiques, sous l'impulsion des partenaires au développement, suscite un grand
161 engouement des ONG internationales et locales et des acteurs de la société civile. La chaîne
162 d'acteurs inclut, outre les autorités politiques représentées par les ministères, les organismes
163 internationaux et les groupes communautaires. De façon spécifique, quatre (4) grands groupes
164 d'acteurs ont été identifiés suite à l'agrégation des résultats obtenus.

165 **2.2.1. L'Etat**

166 A travers l'Etat, plusieurs institutions du secteur public sont impliquées dans la gestion de la
167 planification familiale et de la santé de la reproduction. Parmi ces institutions publiques on
168 comptait, au début 2021, les ministères en charge de : la santé, la population, la protection de
169 la femme et de l'enfant, la question de la jeunesse et l'enseignement secondaire. Chacun de
170 ces acteurs joue son rôle qui est relayé par les institutions déconcentrées conformément aux
171 missions qui leur sont confiées. Ces acteurs sont donc sur le terrain et au niveau central dans
172 la conception des stratégies. Ils jouent le rôle de contrôle pour s'assurer que les activités des
173 partenaires étatiques et non étatiques respectent les politiques et les directives nationales. Ils
174 assurent, de même, le suivi et la coordination des activités en collaboration avec les autres
175 acteurs. Les propos d'un acteur responsable d'un service illustrent cela :

176 Notre rôle principal est de contrôler les actions menées par les partenaires. Certes, nos
177 services déconcentrés travaillent vaillamment dans le domaine de la planification familiale et
178 de la santé de reproduction dans toutes les régions. Nous, nous avons également un dispositif
179 de suivi dans ce sens au niveau de ces services déconcentrés. Mais ici au niveau central, nos
180 activités s'intéressent essentiellement à la coordination, au suivi et à la recherche des
181 financements conformément aux directives de nos différentes politiques, programmes et
182 stratégies en la matière (un responsable du ministère de la santé, entretien réalisé en
183 février 2021).

184 Les acteurs œuvrant dans le domaine de l'éducation coordonnent les activités pédagogiques
185 de l'enseignement de programmes relatifs à la planification familiale et la santé de la
186 reproduction. Les interviews réalisées font cas de l'appui de l'UNFPA dans l'enseignement
187 des modules de la planification familiale en économie familiale (EF), en Science de la Vie et
188 de la Terre (SVT) et en géographie. C'est dans ce sens que certains acteurs enquêtés parlent
189 également de l'existence des points focaux d'une initiative appelée « santé scolaire ». En plus
190 des activités de suivi et de coordination, les acteurs relevant du secteur public notamment les
191 ministères mènent des activités de sensibilisation sur la SR et la PF à l'endroit des agents de
192 l'Etat (agents de santé, enseignants, cadres de jeunesse et sports...) et des acteurs
193 communautaires. Des acteurs interviewés se félicitent de l'environnement scolaire résultant de
194 cette initiative et notent que le changement des comportements est déjà appréciable compte
195 tenu de la bonne perception de la question de la planification familiale par les acteurs.

196 **2.2.2. Les partenaires au développement**

197 Dans tous les entretiens effectués, ces acteurs semblent être très actifs dans le cadre de la
198 planification familiale. Ils sont sur le terrain, au niveau de la conception et jouent les rôles
199 techniques et financiers. Ils contribuent, de ce fait, à garantir la redevabilité de tous les acteurs
200 impliqués dans la mise en œuvre des politiques. Ces acteurs contribuent au renforcement des
201 capacités des agents de l'Etat et soutiennent financièrement les ONGs intéressées par la
202 question de la planification familiale et de la santé de la reproduction. Il faut noter que les
203 activités menées ou parrainées par les partenaires techniques et financiers ciblent des zones
204 d'intervention bien spécifiées et souvent pendant une période déterminée. Tous ces acteurs
205 interviennent dans le domaine de la planification familiale ou de la santé de reproduction sur
206 les mêmes zones avec souvent des approches quelque peu différentes ; ce qui suscite de fortes
207 rivalités et de réclamation de paternité des actions menées. Les profils des partenaires sont
208 variés ainsi que ceux des acteurs bénéficiaires.

209 **2.2.3. Les organisations de la société civile**

210 On entend par organisation de la société civile toute structure non étatique à but non lucratif
211 œuvrant dans le cadre de la défense des droits de l'homme et/ou du développement à l'échelle
212 locale, nationale et/ou internationale. Leurs actions sont menées dans des domaines différents
213 y compris celui de la santé. Leur implication s'est renforcée depuis 2011, avec l'implication

214 du Niger dans le partenariat de Ouagadougou qui engage les acteurs de la société civile dans
215 le positionnement de la planification familiale en Afrique de l'Ouest. C'est dans ce sens que
216 les associations nationales et internationales sont impliquées dans plusieurs programmes et
217 politiques de la planification familiale et de santé de la reproduction. Selon plusieurs
218 enquêtés, le fondement de leur implication trouve son explication dans les multiples
219 résistances de la population cible face à certaines méthodes et stratégies de planification
220 familiale qui paraissent, aux yeux des usagers, attentatoires aux valeurs religieuses et
221 socioculturelles. Pour convaincre et gagner la confiance des bénéficiaires, les organisations de
222 la société civile déjà connues ont été appuyées par les partenaires afin d'atteindre l'objectif
223 fixé.

224 Nous menons des activités concernant la planification familiale depuis les années 2000.
225 Nous rencontrons des difficultés pour passer les messages compte tenu de l'environnement
226 socioculturel complexe. Nous avons senti de plus en plus la nécessité d'impliquer toutes les
227 couches sociales. Ce qui fait qu'aujourd'hui les acteurs de la société, les leaders religieux
228 sont impliqués dans nos activités. En plus de ces acteurs, nous avons sur l'ensemble du pays
229 des centaines de relais communautaires. Cette approche à caractère participatif nous a aidé à
230 progresser même si les défis restent énormes (un responsable de l'ANBEF de Zinder,
231 février 2021).

232 Ces acteurs de la société civile font des activités de plaidoyer au niveau communautaire pour
233 rendre l'environnement favorable à la réception des messages. Ainsi, les acteurs locaux sont
234 impliqués (conseils des jeunes, associations des SCOUTs Niger, infirmeries scolaires,
235 GUS/growth up smart, femmes lumières, jeunes champions...) parmi lesquels les leaders
236 religieux sont cités dans les entretiens effectués. Ces derniers facilitent la communication
237 entre les bénéficiaires du programme et les agents de terrain. Les leaders religieux ayant
238 accepté de prêcher en faveur de la planification familiale insistent sur les conséquences
239 d'avoir une famille nombreuse en lien avec les capacités économiques de sa prise en charge.
240 Une dimension qui cadre avec l'esprit de la politique nationale de population de 2019 qui met
241 en avant les avantages de la famille moins nombreuse. Outre les leaders religieux, les chefs
242 traditionnels se sont ainsi alignés à ces objectifs.

243 Mais les missions assignées aux OSC sont nombreuses. Elles interviennent à tous les niveaux
244 des programmes d'interventions en matière de planification familiale et de santé de
245 reproduction. En plus de l'accompagnement des acteurs étatiques dans le cadre de
246 l'élaboration des plans d'actions, de manuels, de suivi, de coordination, certaines OSC
247 participent à l'appui technique et financier de l'Etat. Elles conduisent aussi l'encadrement des
248 hommes et des femmes afin de les amener à acquérir des connaissances et des compétences en
249 matière de planification familiale et de santé de la reproduction. La question de la
250 planification familiale occupe ainsi une place de choix dans les assemblées thématiques dans
251 les villages et visites à domicile.

252 ***2.2.4. Les centres d'enseignement public et privé en santé***

253 Les acteurs de ce domaine comprennent les écoles de formations professionnelles en santé.
254 Ces institutions assurent déjà des formations dans le domaine de la santé de la reproduction et
255 l'enseignement de modules sur la planification familiale. La mise en œuvre des politiques et
256 stratégies d'interventions inclut, de facto, ces institutions au centre des actions à entreprendre
257 en vue d'améliorer leur efficacité. Ils bénéficient de l'appui de partenaires financiers et des
258 ONGs intervenant dans le domaine en matériels didactiques et en infrastructures. Ils œuvrent,
259 en plus de la formation des étudiants dans le cadre de la formation continue, à la
260 sensibilisation et à l'encadrement des agents de santé. Les centres de formations sont au cœur
261 de toutes les réformes en matière de planification familiale et surtout en santé de la
262 reproduction où les filières y afférentes sont créées. C'est à l'image des écoles de formation

263 en santé que les « écoles des maris » sont créées dans les villages afin d'étendre les activités
264 de formation et de sensibilisation au niveau local où les écoles de formation formelles
265 n'existent pas. Ce mécanisme est une stratégie novatrice développée par le Fonds des Nations
266 Unies pour la Population (UNFPA) pour impliquer les hommes dans la promotion de la santé
267 de la reproduction et favoriser un changement de comportement au niveau communautaire
268 (Issa et Oumarou, 2020, p. ?).

269 Par ailleurs, l'ONG « Marie Stopes » a ouvert un centre de planning familial à Maradi en
270 2017 afin de contribuer à l'extension de l'usage de la PF. C'est un centre stratégiquement
271 placé dans une région où la fécondité est (avec la région de Zinder) la plus élevée au Niger
272 (8,4 enfants par femme en 2012). Ce centre a été créé dans le cadre du plan national de
273 repositionnement de la planification familiale 2013-2020. Il est devenu aujourd'hui l'un des
274 prestataires des services de santé sexuelle et reproductive les plus importants au Niger.

275 En définitive, tous ces acteurs interagissent pour mener des activités diverses soit dans le
276 domaine de la planification familiale, soit dans le domaine de la santé de reproduction ou les
277 deux à la fois.

278 **2.3. Coordination des activités de la PF et de la SR au Niger**

279 Les informations collectées auprès des différents acteurs enquêtés montrent qu'il existe
280 plusieurs mécanismes de coordination. De ce fait, il y a une certaine rivalité entre les acteurs
281 sur les mêmes champs d'interventions. Au cours des entretiens effectués, on a détecté ainsi
282 les motivations des acteurs à vouloir clamer la paternité de quelques résultats probants. Cette
283 compétition et la coexistence des activités des différents acteurs attirent plusieurs critiques de
284 la part d'autres acteurs notamment ceux issus du milieu scolaire. Certaines méthodes et
285 démarches engagées semblent n'avoir pas eu le consentement d'autres partenaires. On peut
286 rappeler, à ce sujet, les vives réactions de certains leaders religieux lorsque les cours en
287 éducation sexuelle ont été initiés au Niger en 2010. Cette démarche a été considérée comme
288 une sorte d'incitation à la débauche par beaucoup de Nigériens. Dans ce sens, en 2014, le
289 ministère de l'enseignement secondaire en collaboration avec d'autres partenaires a engagé
290 des campagnes de sensibilisation dans le domaine de la planification familiale et de la santé
291 de la reproduction, mais cette initiative a très vite entraîné une mise en garde des autorités au
292 plus haut sommet de l'Etat. Pourtant, un mécanisme de suivi, de coordination et de contrôle
293 semble avoir été mis en place au ministère de la santé publique en partenariat avec les autres
294 ministères impliqués et de certains partenaires. Cet état de fait est relaté par cet agent d'une
295 ONG dans les propos ci-dessous :

296 Nous menons des activités dans le domaine de la planification familiale depuis longtemps en
297 collaboration avec le Ministère de la santé publique et nos partenaires. Mais nous constatons
298 qu'aujourd'hui, le domaine est bondé de plusieurs acteurs dont les ONGs nationales et
299 internationales. Cette rivalité est certainement due non seulement à la volonté de l'Etat
300 nigérien de réduire la fécondité, mais aussi au fait que ces activités mobilisent de l'argent.
301 Beaucoup de ces acteurs sont en train de faire des bilans positifs de leur gestion alors qu'ils
302 ont commencé les activités il y a juste 2 à 3 ans. Ce qui montre que nos activités sont mal
303 coordonnées à tous les niveaux (Agent d'une ONG, entretien réalisé le 11 février 2024
304 à Niamey).

305 Le problème de coordination des activités dans le domaine de la planification familiale est
306 évoqué dans plusieurs documents. Cette préoccupation ressort bien dans un document portant
307 sur la cartographie des acteurs impliqués dans l'éducation de la santé reproductive des jeunes
308 au Niger commanditée par l'OMS et le ministère de la santé publique en décembre 2020. Ce
309 rapport soulève l'absence d'un pôle unique de guidance et de coordination des activités de la
310 planification familiale des jeunes et des adolescents. Ce document soutient aussi que les

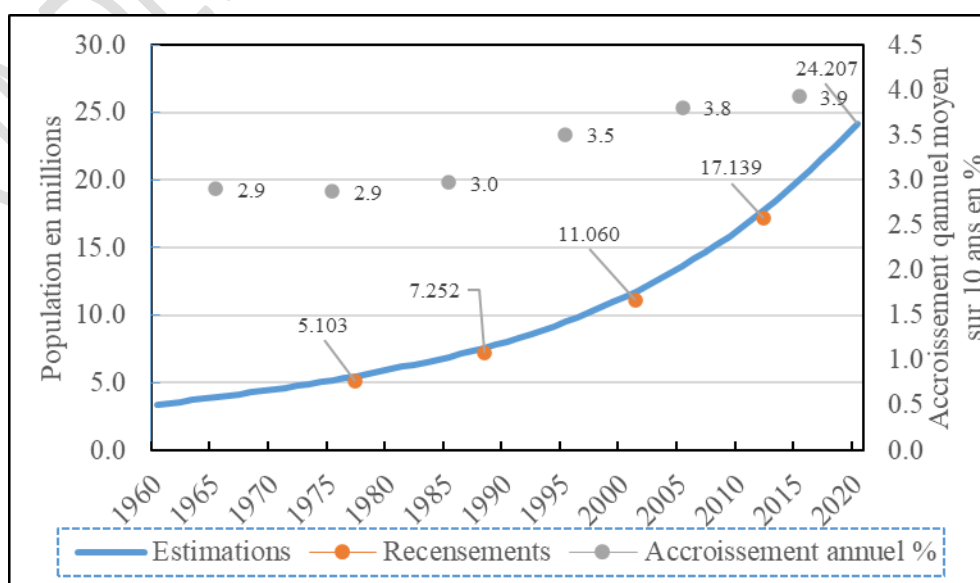
311 multiples interventions menées ont déjà produit des résultats souvent mitigés et des
 312 controverses, ce qui complique actuellement certaines actions compte tenu du contexte
 313 socioculturel nigérien hostile à certaines pratiques. Entre autres, on peut citer l'exemple de
 314 l'initiative dite « écoles des maris » qui est fondée sur l'idée selon laquelle les hommes sont
 315 incontournables dans la gestion de la fécondité et s'imposent dans les processus décisionnels,
 316 ce qui aurait produit des « effets pervers » selon la logique de R. Boudon (1975) confirmant
 317 ainsi que le rapport de genre est toujours en faveur des hommes, ce qui est un fait réel dans la
 318 société nigérienne. Ainsi, l'approche « école des maris » serait contraire à la politique du
 319 genre, à son objectif premier, qui cherche à « instaurer un environnement institutionnel,
 320 socioculturel, juridique et économique favorable à la réalisation de l'équité et de l'égalité de
 321 chances et d'opportunités entre les hommes et les femmes, les filles et les garçons au Niger ».
 322 Le deuxième objectif de la politique de genre cherche aussi à « assurer l'intégration effective
 323 du genre en tant que variable dans l'analyse de la planification ». C'est pourquoi le rapport ci-
 324 dessus invite l'Etat à définir le point d'ancrage institutionnel le plus approprié afin de mettre
 325 fin à la rivalité actuelle entre les institutions pour des objectifs pourtant communs.

326 Nous faisons toujours des remarques dans le sens d'améliorer l'efficacité du Groupe de
 327 Travail Technique de la santé de reproduction de même que ses sous thématiques pour
 328 permettre de mieux coordonner et superviser régulièrement la mise en œuvre du programme
 329 PF qui regroupe plusieurs acteurs. Nos préoccupations sont prises en compte, mais à chaque
 330 plan d'action les mêmes problèmes sont toujours soulevés. Ce qui montre, en réalité, la
 331 mauvaise foi des responsables en charge de cette question d'y mettre fin. Je dirais que cette
 332 question de coordination est banalisée à tout point de vue sans vous cacher la vérité (Agent
 333 du Ministère de la santé, entretien réalisé le 11 février 2024 à Niamey).

334 La description de la situation de coordination des activités de la planification familiale qui
 335 vient d'être présentée ne remet pas en cause l'existence du cadre formel. Les informations
 336 narratives et documentaires collectées critiquent le système de fonctionnement de
 337 coordination appelé Groupe de Travail Technique. C'est un groupe interministériel parrainé
 338 par le ministère de la santé publique qui a la charge de cette coordination et du suivi des
 339 activités menées. En conséquence, les résultats des efforts fournis dans le cadre de la PF et de
 340 la SR sont encore très insuffisants.

341 2.4. Aperçu de l'évolution de la population nigérienne malgré les politiques de 342 la PF et la SR

343 **Graphique 1: Évolution de la population du Niger de 1960 à 2020**



352 *Sources : 1) United Nations, 2019, 2) INS Recensements de la population.*

353 Le premier recensement général de la population date de 1977. Il a constitué la principale
354 source de données sur l'état et la structure générale de la population nigérienne jusqu'en 1988,
355 date du deuxième recensement général de la population. Ce recensement a été suivi par celui
356 de juin 2001, puis par celui de décembre 2012. Ces recensements interviennent pour actualiser
357 les données et pour corriger les projections intercensitaires faites sur la base d'hypothèses qui
358 doivent nécessairement être révisées périodiquement.

359 Le recensement de 1977 a permis de mettre à jour les projections faites pour le Niger par les
360 Nations unies sur la base des données de l'enquête démographique de 1960 qui avait estimé
361 alors la population à environ 3 240 000 habitants. Ensuite, le croît de la population du Niger a
362 suivi une allure exponentielle pour atteindre un effectif de 5, 103 millions habitants en 1977,
363 puis 7, 252 millions en 1988, 11,060 millions en 2001 et 17, 139 millions en 2012
364 (Graphique 1). Ainsi, en l'espace d'environ 50 ans (1960 à 2012), la population du Niger a
365 quintuplé alors que 40 ans en arrière, de 1920 à 1960¹, elle ne s'était accrue que de 1,8 fois
366 (DSD, 1991). Par ailleurs, l'Institut National de la Statistique (INS) estimait la population du
367 Niger en 2020 à 23,193 millions d'habitants et les Nations unies à 24,207 millions, soit dans
368 les 2 cas plus de 7 fois la population de 1960 (United Nations, 2019).

369 La population nigérienne croît ainsi de façon exponentielle qui est l'allure la plus rapide de la
370 croissance d'une population. En effet, cette population a augmenté très rapidement au rythme
371 moyen annuel d'environ 3,3% pendant 24 ans (1977 à 2001). Puis cette croissance a connu
372 une accélération entre les recensements de 2001 et 2012, le taux d'accroissement annuel
373 moyen étant passé de 3,3% à 3,9%. Le maintien d'une telle croissance entraînerait un
374 doublement de la population du Niger tous les 18 ans.

375 **3. Discussions**

376 Le nœud du débat de cette analyse peut s'articuler autour des perceptions des autorités sur les
377 questions de population parmi lesquelles celles concernant la fécondité et la planification
378 familiale depuis 1976, et les réalités constatées. Ainsi, on constate qu'en 1976, les autorités
379 nigériennes sont satisfaites de l'évolution du taux de fécondité sans avoir les données précises
380 sur l'état de la population du pays (Nations unies, 2021, p. ?). Mais la réalisation du premier
381 recensement général de la population en 1977, dont les résultats ne sont diffusés qu'en 1984,
382 apporte une connaissance plus précise sur les différentes dimensions de la population et
383 permet aux autorités de prendre conscience de l'importance du niveau de fécondité et de la
384 croissance démographique rapide du pays. Depuis lors, la position des autorités sur les
385 questions de fécondité a changé. En février 1985, le Chef de l'Etat, le Général Seyni
386 Kountché, lors d'une de ses tournées à l'intérieur du pays, s'est prononcé à Matamèye, sur les
387 questions de population et développement en ces termes : « une série de questions se posent à
388 nous : comment mettre en adéquation la santé familiale et le développement, la croissance
389 économique et la croissance démographique ? »

390 Ensuite, les autorités ont exprimé, en diverses occasions, leurs préoccupations en matière de
391 population et développement : en 1987, le Chef de l'Etat, le Général Ali Saibou, en 1993, le
392 Premier Ministre, Monsieur Mahamadou Issoufou, en 2005, le Premier Ministre, Monsieur
393 Hama Amadou Chef du Gouvernement, en 2011, le Premier Ministre, Chef du Gouvernement
394 Monsieur Brigi Rafini, puis à partir de 2011, le Président de la République Monsieur
395 Mahamadou Issoufou. En 2019, dans un entretien accordé au journal « Jeune Afrique »
396 numéro double 3057-3058, le président Mahamadou Issoufou a abordé de façon claire et
397 précise, les enjeux liés à la transition démographique du Niger en déclarant :

¹ Annuaire statistique, « Séries longues de 1991 »

398 la population du Niger double tous les dix-huit ans. Nous sommes 22 millions en 2019, à ce
399 rythme nous serons 45 millions en 2037. En 2050, ce pays sera le plus peuplé d'Afrique de
400 l'Ouest après le Nigeria ! Ce n'est pas gérable, il faut inverser la tendance. La réduction du
401 taux de natalité doit impérativement accompagner celle du taux de mortalité. Sur ce point, le
402 processus de renaissance culturelle doit permettre aux Nigériens de prendre conscience de
403 cette situation, de changer de comportement, de réduire le nombre de naissances et de les
404 espacer.

405 Eu égard à ce qui précède, ces différentes déclarations des autorités politiques se sont
406 traduites par des actions concrètes notamment l'élaboration et la mise en œuvre d'une
407 Déclaration Générale de Politique Nationale de Population (DGPNP) pour la période 1992-
408 2005, puis d'une autre déclaration couvrant la période 2007-2018 et enfin d'une Politique
409 Nationale de Population (PNP) adoptée en août 2019, couvrant la période 2019-2035. Pour
410 dire qu'en réalité, les positions des différents gouvernements nigériens sont favorables à la
411 théorie de Malthus qui prône l'incompatibilité entre la croissance démographique et le
412 développement économique, même si Marx le contredit en indiquant qu'il n'existe pas une loi
413 universelle de la population. En tout cas, leurs engagements et déterminations ne sont jamais
414 contredits en matière de la croissance de la population. Pourtant, sur la scène politique, les
415 idéologies diffèrent les unes des autres. Ces positions dictées par les institutions des Nations
416 Unies seraient les conditions d'obtention des prêts pour limiter la pauvreté à partir de la
417 réduction démographique (B. Hartmann, 1995; T. Locoh et Y. Makdessi, 2000), d'où
418 véritablement la question de conviction quant aux engagements pris se pose. Les autorités
419 sont-elles réellement convaincues des engagements pris vis-à-vis des partenaires ?

420 Cette question paraît facile à répondre mais dans les faits difficilement justifiable. Il est
421 indéniable que des pesanteurs socioculturelles et religieuses sont une entrave à la pratique de
422 la planification familiale et, par conséquent, à la réduction de la fécondité au Niger, comme le
423 montrent plusieurs recherches y afférentes (A Sounaye., A Diarra., I. Younoussi, 2017 ; H.
424 Issaka Maga. (1996) ; I. Issa, I. Oumarou, 2020), mais les politiques de population sont
425 souvent aussi contradictoires. Cette remarque est aussi validée par P. Malcolm et *al.* (2012, p.
426 43) qui voient, dans les principes des axes définis par les différentes politiques, des
427 oppositions notoires :

428 Deux grandes options un peu contradictoires existent pour ralentir la croissance
429 démographique rapide. L'une met l'accent sur l'amélioration socioéconomique, dans
430 laquelle beaucoup voient la clé du déclin de la fécondité. L'autre consiste à accorder une
431 plus grande importance à la limitation des naissances.

432 En plus de la mauvaise coordination critiquée par les agents eux-mêmes, on constate que les
433 motivations des autorités sont souvent d'une ambition extrême eu égard aux réalités
434 socioculturelles et religieuses du pays. Si depuis 1984, le président Kountché parle du lien
435 entre démographie, croissance économique et développement, c'est que ses propos coïncident
436 avec la sortie de la Conférence de Mexico où les débats étaient contradictoires. Au Niger, le
437 débat sur la question de la population, surtout en ce qui concerne la planification familiale,
438 est interprété de plusieurs manières (les religieux, l'explication moderne et celle
439 traditionnelle se contredisent). Mais la majorité des points de vue convergent vers la
440 théorisation anthropologique de J. Caldwell (1982) cité par Leridon (2012) qui porte sur le
441 postulat qu'une descendance nombreuse n'est pas toujours un désavantage, même sur un plan
442 strictement économique. Dans les sociétés africaines traditionnelles, par exemple, les enfants
443 et les jeunes adultes contribuent aux ressources de la famille, le pouvoir étant entre les mains
444 des hommes plus âgés. En plus, l'enfant fait l'honneur de ses parents. Ces réalités ne
445 signifient pas pour autant que les politiques de population notamment celles liées à la
446 planification familiale n'ont pas agi sur la fécondité au Niger, mais son effet au cours de

447 plusieurs années reste insignifiant (J.F. May et J-P. Guengant, 2020). C'est ce que les
448 conclusions de l'analyse de H. Issaka Maga. et J-P. Guengant (2016) ont également justifié.

449

Conclusion

450 Les résultats de la recherche ont d'abord permis d'identifier les différentes politiques
451 nationales en matière de la planification familiale et de la santé de reproduction. C'est
452 pourquoi, tout en critiquant les approches des politiques de population de 1992 (l'objectif de
453 réduction de fécondité n'est pas atteint, il était de 7 enfants en 2006) et en 2012 (et la
454 croissance de la population était de 3,9%), la PNP 2019 matérialise cet engagement en
455 inscrivant la question de la « capture de dividende démographique » au centre de ses
456 préoccupations. Par ricochet, cette politique inscrit aussi la politique nationale du genre 2018-
457 2022 qui permet pleinement l'atteinte de ce dividende démographique à travers
458 l'autonomisation des femmes. Les autres résultats issus des données documentaires et
459 empiriques montrent que dans le cadre du « Partenariat de Ouagadougou » visant à accélérer
460 la mise en œuvre de stratégies de planification familiale dans neuf pays francophones
461 d'Afrique de l'Ouest, un « Plan d'action 2012 – 2020 » pour la planification familiale au
462 Niger a été adopté par le Ministère de la Santé Publique (MSP) en juin 2012.

463 Cette analyse s'est concentrée sur une liste non exhaustive, mais essentielle pour retracer la
464 cartographie de ces acteurs et leurs conceptions actuelles de la planification au Niger. Ces
465 acteurs peuvent être catégorisés en deux groupes : les acteurs sur le terrain et les acteurs qui
466 financent les activités.

467 Les informations collectées auprès des différents acteurs enquêtés montrent qu'il existe
468 plusieurs mécanismes de coordination. De ce fait, il y a une certaine rivalité entre les acteurs
469 sur les mêmes champs d'interventions. Au cours des entretiens effectués, on a détecté ainsi,
470 les motivations des acteurs à vouloir clamer la paternité de quelques résultats probants. Cette
471 compétition et coexistence des activités des différents acteurs attire plusieurs critiques de la
472 part d'autres acteurs notamment ceux issus du milieu scolaire. Certaines méthodes et
473 démarches engagées semblent n'avoir pas eu le consentement d'autres partenaires. On peut
474 rappeler, à ce sujet, les vives réactions de certains leaders religieux lorsque les cours en
475 éducation sexuelle ont été initiés au Niger en 2010. Cette démarche a été considérée comme
476 une sorte d'incitation à la débauche par beaucoup de Nigériens. Pourtant, un mécanisme de
477 suivi, de coordination et de contrôle semble avoir été mis en place au ministère de la santé
478 publique en partenariat avec les autres ministères impliqués et de certains partenaires.

479 Références bibliographiques

480 Association Nigérienne pour le Bien-Etre Familial (ANBEF), (2016) : Plan stratégique 2016-
481 2019,, Niamey, 62 p.

482 BONNET Doris, et GUILLAUME Agnès, (1999) : *La Santé de la reproduction. Concept et*
483 *acteurs*. Paris, IRD, équipe de recherche Transition de la fécondité et santé de la reproduction,
484 documents de recherche, 8, nbre de p. ?.

485 DSD,1991, Annuaire Statistique « Séries longues », ORSTOM-Niamey, 4 p.

486 HARTMANN Betsy, 1995, *Reproductive Rights and Wrongs. The Global Politics of*
487 *Population Control and Contraceptive Choice*. Boston, South End Press.

488 INS, 2015, Recensement General de la Population et de l'Habitat 2012, état et structure de la
489 population du Niger ; 88 p.

490 ISSA Issoufou et OUMAROU Issoufou, 2020), « Ecole des maris », une contribution à la
491 santé maternelle, infantile et à la promotion du genre dans la ville de Zinder au Niger, *revue*
492 *ASSEMPE, IREEP*, Université Felix Houphouet Boigny, pp. 75-83.

493 ISSAKA MAGA Hamidou, 1996, Les variations socio-économiques et culturelles de la
494 fécondité au Niger, Thèse de doctorat (PH. D), collection de thèses et mémoire sur sahel,
495 Montréal, Université de Montréal, Département de Démographie, 275p.

496 ISSAKA MAGA Hamidou. et GUENGANT Jean-Pierre, 2016, Countries with Very Slow or
497 Incipient Fertility Transitions, 18p. (<https://www.researchgate.net/publication/>).

498 LOCOH Thérèse, et MAKDESSI Yara, 2000, « Politique de population et baisse de la
499 fécondité en Afrique subsaharienne », dans Patrice VIMARD et Benjamin ZANOU.
500 *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*. Paris, L'Harmattan,
501 collection Populations : 263-296.

502 MALCOLM Potts, VIRGINIA Gidi, MARTHA Campbell et SARAH Zureick, 2012, Niger :
503 trop peu, trop tard, Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique.

504 MAY J.F et GUENGANT Jean-Pierre, 2020, Démographie et émergence économique de
505 l'Afrique Subsaharienne, Académie Royale de Belgique, Collection l'Académie en poche,
506 vol.134.

507 SOUNAYE Abdoulaye., DIARRA Aissa., YOUNOUSSI Issa, 2017, Étude socio-
508 anthropologique sur les déterminants des politiques de population au Niger, LASDEL, études
509 et travaux N°123, 89p.

510 United Nations, 2019, United Nations, Department of Economic and Social Affairs,
511 Population Division (2019). World Population Prospects 2019

512 United Nations, 2021, Department of Economic and Social Affairs, Population Division
513 (2021). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2021

514

515