



## Rapport Technique

# PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE ET FÉCONDITÉ AU NIGER

Améliorer l'accès aux contraceptifs de longue durée au Niger pour une efficacité d'action sur la fécondité.

# Sommaire

<b>1.</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>6</b>
	3.1. DONNÉES .....	6
	3.2. ANALYSES .....	7
<b>4.</b>	<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>7</b>
	4.1. SERVICES DE SOINS REPRODUCTIFS AU NIGER .....	7
	4.1.1. Types de services de soins reproductifs fournis au Niger .....	7
	4.1.2. Choix de la méthode .....	8
	4.2. PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE AU NIGER .....	8
	4.2.1. Niveaux et tendances de la prévalence contraception .....	8
	4.2.2. Contraception différentielle .....	9
	4.2.3. Demande satisfaite par la planification familiale moderne .....	12
	4.2.5. Effets de la COVID19 (mesures restrictives) sur l'utilisation de la planification familiale .....	13
	4.2.6. Caractéristiques des femmes utilisatrices des méthodes modernes .....	13
	4.2.7. Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne au Niger .....	14
	4.2.7.1. Selon les caractéristiques de la femme .....	14
	4.2.7.2. Selon les caractéristiques du ménage .....	15
	4.3. FÉCONDITÉ AU NIGER .....	17
	4.3.1. Niveaux et tendances de la fécondité .....	17
	4.3.2. Fécondité différentielle .....	17
	4.3.3. Déterminants de la fécondité .....	20
	4.3.3.1. Selon les caractéristiques de la femme .....	20
	4.3.3.2. Selon les caractéristiques du ménage .....	20
	4.4. CAS PARTICULIER DES ADOLESCENTES .....	22
<b>5.</b>	<b>DISCUSSION DES RÉSULTATS</b> .....	<b>24</b>
	5.1 NIVEAU DES INTERVENTIONS DE SANTE DE LA REPRODUCTION AU NIGER .....	24
	5.2. CONTRACEPTION : NIVEAUX, TENDANCES, INÉGALITÉS ET DÉTERMINANTS AU NIGER .....	24
	5.3. FÉCONDITÉ : NIVEAUX, TENDANCES, INÉGALITÉS ET DÉTERMINANTS AU NIGER .....	25
<b>6.</b>	<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>26</b>
	<b>BIOGRAPHIE</b> .....	27

# Liste Graphiques

<b>GRAPHIQUE 1</b> : DISPONIBILITE DES METHODES CONTRACEPTIFS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES AU NIGER EN 2021 .....	7
<b>GRAPHIQUE 2</b> : POURCENTAGE DE FEMMES EN UNION SELON LEUR DEGRE D'ACCORD AVEC LES DECLARATIONS AU NIGER EN 2021.....	8
<b>GRAPHIQUE 3</b> : ÉVOLUTION DU TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE MODERNE (TPCM) AU NIGER, DE 1992 A 2021 .....	8
<b>GRAPHIQUE 4</b> : DISTRIBUTION (EN %) DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES CHEZ LES FEMMES EN UNION AU NIGER, DE 1992 A 2021 .....	9
<b>GRAPHIQUE 5</b> : ÉVOLUTION DES INEGALITES DU TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE MODERNE (TPCM) CHEZ LES FEMMES EN UNION SELON LE NIVEAU D'EDUCATION DE LA FEMME AU NIGER, DE 1992 A 2021 .....	10
<b>GRAPHIQUE 6</b> : ÉVOLUTION DES INEGALITES DU TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE MODERNE (TPCM) CHEZ LES FEMMES EN UNION SELON LE GROUPE D'ÂGE AU NIGER, DE 1992 A 2021 .....	10
<b>GRAPHIQUE 7</b> : ÉVOLUTION DES INEGALITES DU TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE MODERNE (TPCM) CHEZ LES FEMMES EN UNION SELON LE NIVEAU DE VIE DU MENAGE AU NIGER, DE 1998 A 2021 .....	11
<b>GRAPHIQUE 8</b> : ÉVOLUTION DES INEGALITES DU TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE MODERNE (TPCM) CHEZ LES FEMMES EN UNION SELON LE MILIEU DE RESIDENCE AU NIGER, DE 1992 A 2021 .....	11
<b>GRAPHIQUE 9</b> : ÉVOLUTION DES INEGALITES DU TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE MODERNE (TPCM) CHEZ LES FEMMES EN UNION SELON LA REGION AU NIGER, DE 1992 A 2021 .....	12
<b>GRAPHIQUE 10</b> : POURCENTAGE DE LA DEMANDE SATISFAITE PAR LES METHODES MODERNES AU NIGER, DE 1992 A 2021 .....	12
<b>GRAPHIQUE 11</b> : REPARTITION (EN %) DES MENAGES, DES FEMMES 15-49 ANS ET CENTRES DE SANTE SELON QUELQUES EFFETS SUBIS DUS AUX MESURES RESTRICTIVES LIEES A LA COVID-19 .....	13
<b>GRAPHIQUE 12</b> : ÉVOLUTION DE L'INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE AU NIGER, DE 1992 A 2021 .....	17
<b>GRAPHIQUE 13</b> : ÉVOLUTION DES INEGALITES DE L'INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE (ISF) SELON LE NIVEAU D'EDUCATION AU NIGER, DE 1992 A 2021 .....	17
<b>GRAPHIQUE 14</b> : ÉVOLUTION DES INEGALITES DE L'INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE (ISF) SELON LE NIVEAU SOCIOECONOMIQUE DU MENAGE AU NIGER, DE 1992 A 2021 .....	18
<b>GRAPHIQUE 15</b> : ÉVOLUTION DES INEGALITES DE L'INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE DE LA FEMME AU NIGER, DE 1992 A 2021 .....	18
<b>GRAPHIQUE 16</b> : ÉVOLUTION DES INEGALITES DE L'INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE (ISF) SELON LA REGION AU NIGER, DE 1992 A 2021 .....	19
<b>GRAPHIQUE 17</b> : ÉVOLUTION DES TAUX DE FECONDITE DES ADOLESCENTES AU NIGER PAR AGE, DE 1992 A 2021 .....	22
<b>GRAPHIQUE 18</b> : ÉVOLUTION DES TAUX DE FECONDITE ET DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE MODERNE CHEZ LES ADOLESCENTES AU NIGER, DE 1992 A 2021 .....	23
<b>GRAPHIQUE 19</b> : DISTRIBUTION (EN %) DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES CHEZ LES ADOLESCENTES DE 15-19 ANS EN UNION AU NIGER, DE 1992 A 2021 .....	23

## Liste Tableaux

<b>TABLEAU 1</b> : FACTEURS INFLUENÇANT L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE AU NIGER ENTRE 1992 ET 2021, ANALYSE PAR REGRESSION MULTIVARIEE .....	16
<b>TABLEAU 2</b> : FACTEURS INFLUENÇANT LA FECONDITE AU NIGER ENTRE 1992 ET 2021, ANALYSE PAR REGRESSION MULTIVARIEE .....	21

# 1. INTRODUCTION

La population du Niger a triplé entre 1988 et 2021, passant de 7,2 à 23,6 millions d'habitants (RGPH, 1988, 2001, 2012 et Projections démographiques INS, 2012-2024). Les Nations Unies estiment qu'à cette allure, la population du Niger atteindra entre 61,0 et 70,3 millions de population en 2050 (World Population Prospects, 2019). Cette forte croissance démographique est la résultante d'une fécondité élevée et stable, avec près de 7 enfants par femme au cours de cette période (EDS, 1992, 1998, 2006, 2012, ENISED, 2015 et ENAFEME, 2021). L'essentiel de la fécondité au Niger se passe dans le cadre du mariage et l'âge médian à la première union était de 16,7 ans en 2021 (ENAFEME 2021). La forte croissance démographique induit une augmentation des besoins en santé, en éducation, et en développement socio-économique beaucoup plus rapide que le gouvernement puisse satisfaire.

L'utilisation de la planification familiale (PF) reconnue pour être le principal moyen pour maîtriser la fécondité n'a pas connu d'avancée significative au Niger. Les résultats de l'EDSN-MICS IV de 2012 ont mis en évidence un faible niveau d'utilisation des contraceptifs modernes chez les femmes en union, passée de 12% en 2012 à 10% en 2021 malgré un niveau élevé de connaissance des méthodes contraceptives et la gratuité de celles-ci dans les formations sanitaires publiques depuis 2006 (Konaté, Maiga et Chen, 2014).

Avec l'élaboration du Plan d'Action National Budgétisé (PANB) 2013–2020 pour le Repositionnement de la Planification Familiale, le Niger s'est engagé depuis 8 années à améliorer l'accès aux services et à l'information

en matière de Planification Familiale. Depuis lors, des progrès significatifs ont été réalisés en matière d'accès à la contraception moderne qui est passée de 12,2% en 2012 à 18,1% en 2021. Le nouveau Plan d'action national sur la PF 2021-2025, vise à :

- Accroître la demande d'informations et de services de PF auprès des femmes dans les centres de métiers et d'apprentissage et les organisations féminines, les coopératives agricoles et surtout auprès des adolescents et des jeunes à travers les lignes vertes et dans les Centres d'éducation, de Conseils et d'Orientation pour les Jeunes en améliorant l'environnement favorable à la PF grâce à un engagement fort de l'ensemble des acteurs clés du Niger ;
- Renforcer la participation des jeunes au dialogue social et politique ;
- Garantir la couverture en offre de services de PF et d'accès aux services de qualité en renforçant la capacité des prestataires publics, privés et communautaires et en ciblant les jeunes des zones rurales et enclavées avec l'élargissement de la gamme des méthodes, y compris la mise à l'échelle des méthodes de longue durée ;
- Assurer la sécurisation des produits contraceptifs en tout temps à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et leur disponibilité par le renforcement des capacités en quantification, en planification des approvisionnements, en gestion de la chaîne d'approvisionnement et de la logistique de PF à tous les niveaux.

## 2. Objectifs

Cette étude vise à mettre en exergue les niveaux et tendances récents de la fécondité et de la prévalence contraceptive ainsi que leurs principaux déterminants.

Spécifiquement, il s'agit de :

**01**

**Identifier les facteurs et déterminants de la fécondité et de la contraception à travers une analyse approfondie des niveaux et tendances ;**

**02**

**Analyser de manière approfondie les inégalités dans l'utilisation de la Planification Familiale ;**

**03**

**Étudier les progrès réalisés dans la disponibilité et l'accessibilité des services de Planification Familiale.**



À travers une démarche analytique, cette étude va tenter de répondre aux questions de recherche ci-dessous :

1. **Quels sont les types des services en SR fournis au Niger ?**
2. **Comment l'utilisation de la PF a-t-elle évolué dans le temps ?**
3. **Comment les inégalités socio-économiques affectent-elles l'utilisation de la PF ?**
4. **Comment la fécondité a-t-elle évolué dans le temps ?**
5. **Comment les inégalités socio-économiques affectent-elles la fécondité ?**

### **3. Méthodologie**

#### **3.1. Données**

Nous avons utilisé les données de toutes les EDS du Niger (1992, 1998, 2006 et 2012), de l'Enquête National sur les Indicateurs Socio-Economiques et Démographiques (ENISED) de 2015, l'Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de moins de cinq (ENAFEME) de 2021, et les trois enquêtes PMA<sup>1</sup> (2016, 2017 et 2020-2021) (Annexe 1).

Ces enquêtes ont collecté des informations sur la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives au Niger ainsi que certaines caractéristiques des enquêtées. Elles permettent aussi de calculer l'Indice Synthétique de Fécondité<sup>2</sup> (ISF), exception faite des enquêtes PMA. Les questionnaires utilisés dans toutes ces enquêtes sont sensiblement identiques pour la section « contraception » et les caractéristiques socio-démographiques.

<sup>1</sup> PMA signifie Performance Monitoring for Action. Il s'agit d'un changement de dénomination du Projet PMA2020 (Performance Monitoring and Accountability) dû à l'intégration de l'analyse de la dynamique dans l'utilisation des méthodes contraceptives et l'orientation des utilisateurs des données à l'action.

<sup>2</sup> Il correspond au nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme à la fin de sa vie féconde, si les taux de fécondité du moment restaient invariables.

## 3.2. Analyses

Afin de déterminer les facteurs d'influence de l'utilisation de la contraception moderne et des comportements de fécondité au Niger, nos analyses ont combiné des approches descriptives et explicatives consistant à 1) évaluer la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services et des méthodes de PF au Niger et 2) retracer les tendances, les niveaux et les différences de la fécondité (ISF) et de la contraception<sup>3</sup> selon le niveau national et sous-national (région et résidence) et les autres caractéristiques socio-démographiques (âge et éducation de la femme, niveau socio-économique du ménage). Un accent particulier sera mis sur l'analyse de la santé reproductive et de fécondité des adolescentes de 15-19 ans.

Le logiciel Stata version 16 est utilisé pour l'analyse des données et la modélisation. Des analyses comparatives sur les tendances et niveaux de la fécondité et de la contraception avec les pays de la sous-région sont réalisées en utilisant les différentes enquêtes nationales de type EDS et recourant aux données de la plateforme StatCompiler (<https://www.statcompiler.com/en/>).

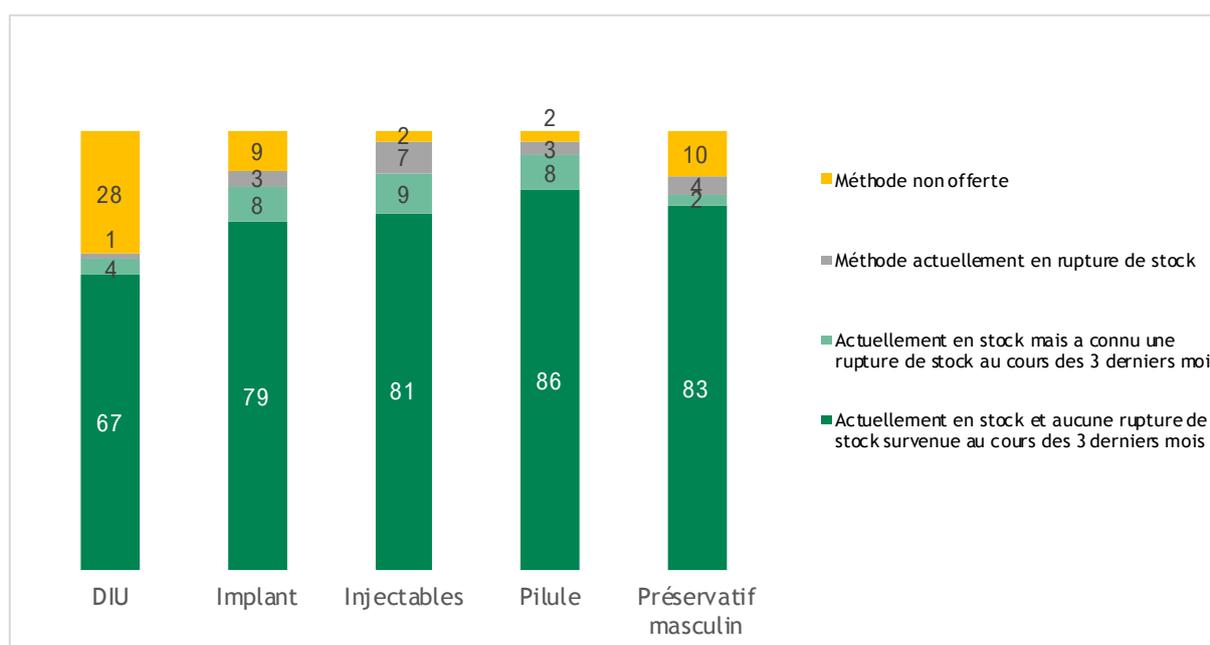
## 4. Résultats clés

### 4.1. Services de soins reproductifs au Niger

#### 4.1.1. Types de services de soins reproductifs fournis au Niger

L'offre des méthodes de planification familiale semble avoir connu globalement une augmentation progressive entre 2016 et 2021 (voir annexe 14) dans les formations sanitaires publiques principalement. Selon les résultats de l'enquête PMA de 2020/2021, au moins deux tiers d'entre elles disposaient de stocks de produits contraceptifs et n'avaient pas connu de rupture dans les trois derniers mois précédents l'enquête. La pilule reste la méthode la plus disponible dans les centres de santé publics (86%). Le DIU est le contraceptif le moins offert dans les centres de santé publics (67%) (graphique 1).

**Graphique 1** : Disponibilité des méthodes contraceptifs dans les formations sanitaires publiques au Niger en 2021



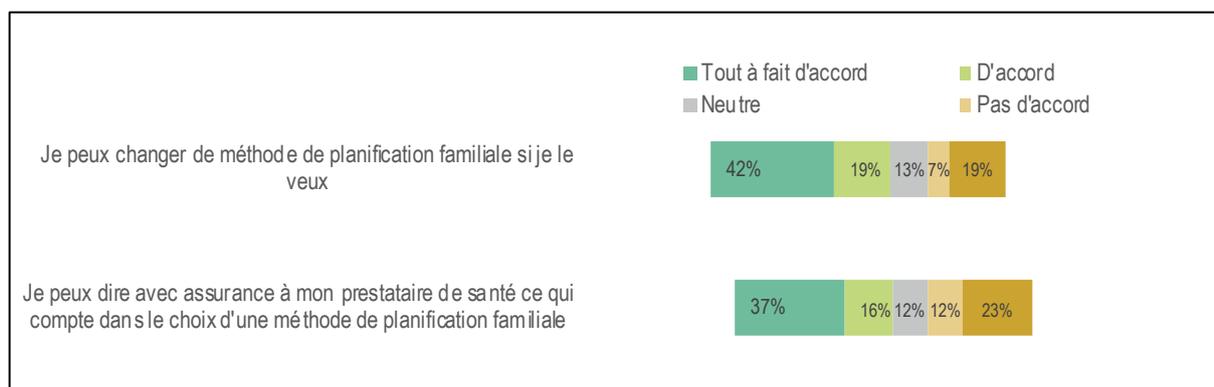
Source : PMA 2020-2021

<sup>3</sup> Cet indicateur sera analysé à travers l'utilisation actuelle de la contraception moderne ou prévalence contraceptive moderne.

## 4.1.2. Choix de la méthode

En 2021, 53% de toutes les femmes en union (d'accord et tout à fait d'accord) ont estimé être capables de déclarer avec assurance à leur prestataire ce qui compte dans le choix d'une méthode PF et 61% d'entre elles, estiment qu'elles peuvent changer de méthode lorsqu'elles le désirent (PMA, 2020-2021).

**Graphique 2** : Pourcentage de femmes en union selon leur degré d'accord avec les déclarations au Niger en 2021



Source : PMA 2020-2021

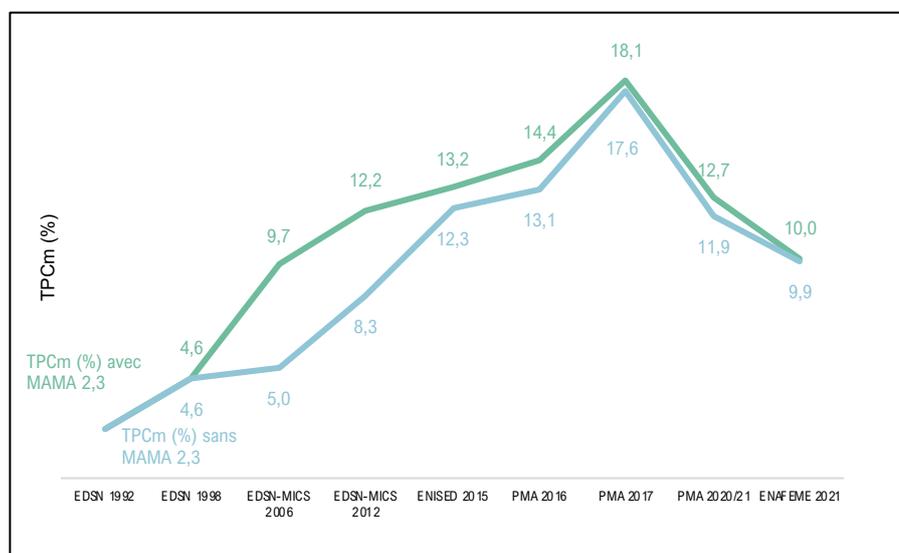
## 4.2. Prévalence contraceptive au Niger

### 4.2.1. Niveaux et tendances de la prévalence contraception

Depuis 1992, le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) chez les femmes en union a connu une augmentation régulière passant de 2,3% en 1992 à 18,1% en 2017. En 2021, le TPCm a chuté de 8,1 points de pourcentage (de 18,1% à 10%). Le contexte de la COVID19 pourrait en partie être à la base de cette baisse.

Par ailleurs entre 2006 et 2016, et particulièrement depuis 2012, la méthode MAMA représente une part importante de la prévalence contraceptive. En effet, avant 2012, la méthode MAMA était considérée comme une méthode traditionnelle. Toutefois, l'effet de cette méthode semble s'être estompé après 2016.

**Graphique 3** : Évolution du taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) au Niger, de 1992 à 2021

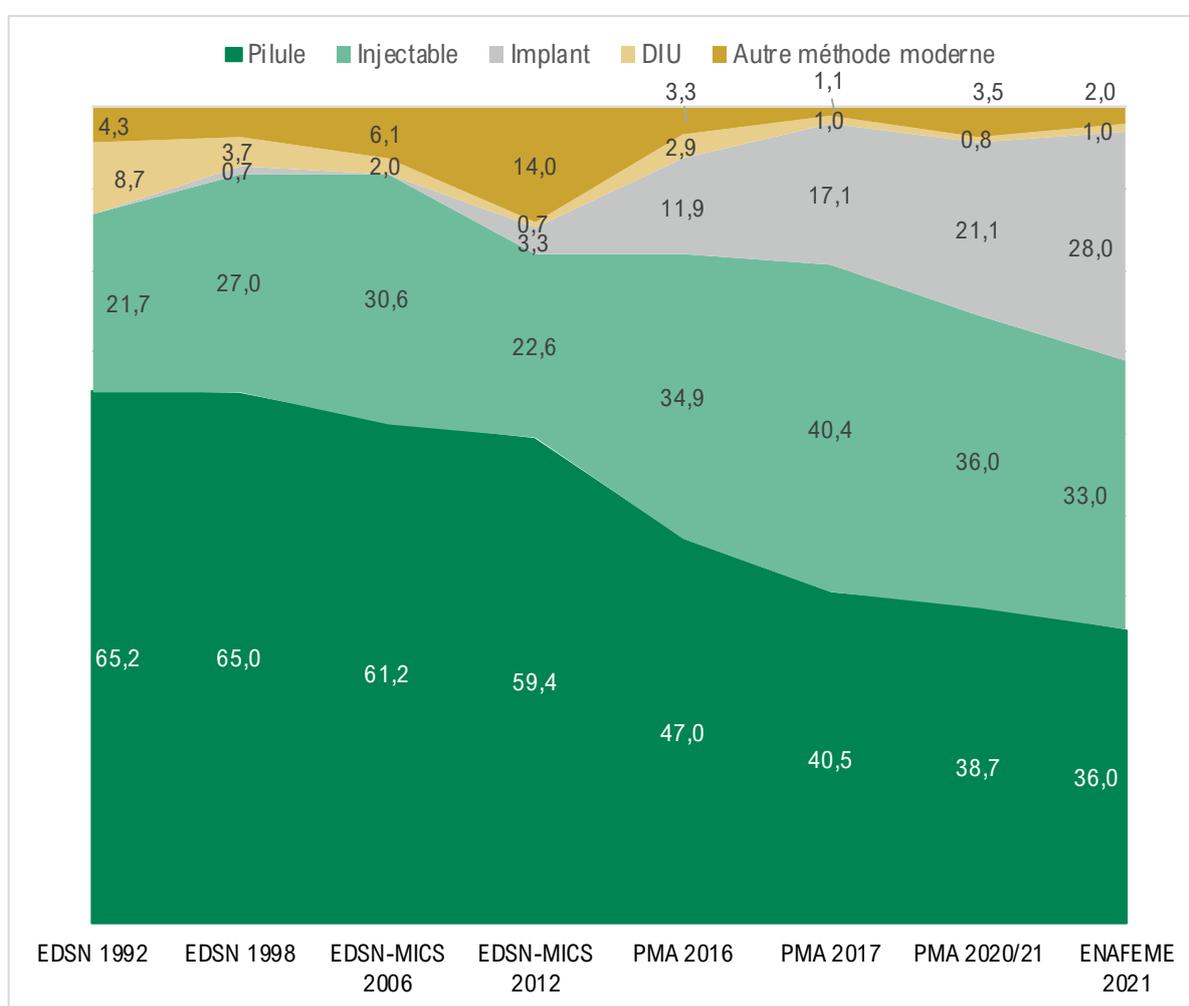


Source : EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

Malgré la baisse du TPCm observée entre 2017 et 2021, on note une transition des utilisatrices des pilules (une méthode à courte durée d'action) vers les implants et les dispositifs intra-utérins (DIU). Ces dernières sont considérées comme des méthodes de longue durée, qui offrent non seulement une durée d'efficacité plus longue, mais aussi sont caractérisées par un taux d'efficacité élevé et une action minimale de la part de l'utilisatrice. Le taux de prévalence contraceptive des Méthodes à Longue Durée d'Action (MLDA), principalement l'implant et le DIU, a multiplié de près de 10 fois entre 1992 et 2021, passant de 0,3% à 2,9% (Annexe 2).

Au regard de la popularité croissante de ces deux méthodes, une priorisation des stratégies pour rendre les MLDA plus disponibles dans les formations sanitaires pourrait encore encourager les femmes à les utiliser à travers aussi la formation du personnel chargé de l'insertion et du retrait de ces méthodes.

**Graphique 4 : Distribution (en %) des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en union au Niger, de 1992 à 2021**



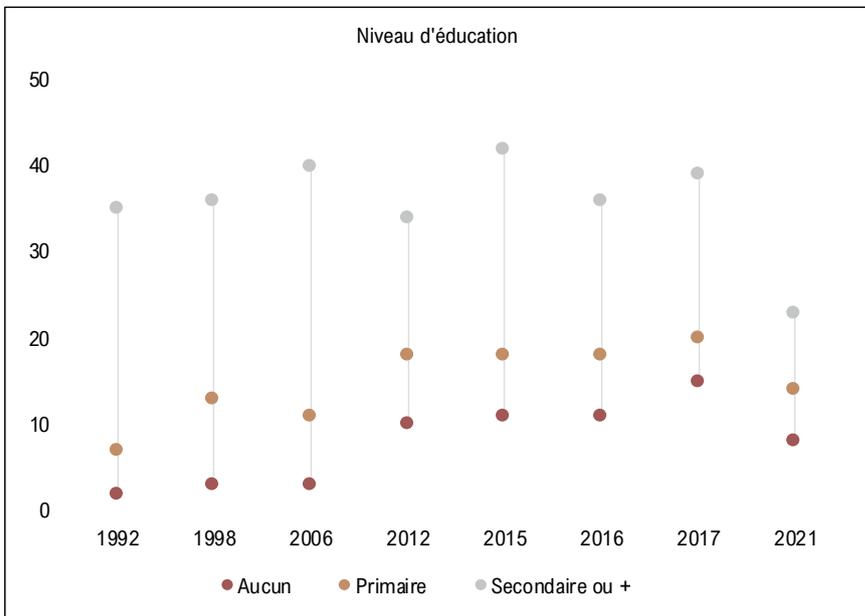
Source : EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

### 4.2.2. Contraception différentielle

La prévalence contraceptive moderne est nettement plus élevée chez les femmes en union de niveau d'éducation secondaire ou supérieure comparées aux femmes du niveau primaire ou sans éducation. Les écarts d'inégalités sont restés presque constants entre 1990 et 2006. La prévalence est particulièrement faible chez les femmes sans éducation, passant de 2% en 1992 à 3% en 2006. L'écart entre ces femmes et celles avec un niveau supérieur est de 40 points de pourcentage en

1992 et de 50 points en 2006. Depuis 2006, ces écarts se sont réduits progressivement, du fait d'une augmentation progressive du TPCm chez les femmes sans éducation et de niveau d'éducation primaire, passant de 2% à 15% et 7% à 20% entre 1992 et 2017, respectivement. Entre 2017 et 2021, la baisse du TPCm a particulièrement affecté les femmes de niveau d'éducation supérieure et par conséquent ces écarts se sont considérablement réduits. Le TPCm étant passé de 44% à 23% et de 15% à 8% chez les femmes de niveau d'éducation supérieure et sans éducation, respectivement.

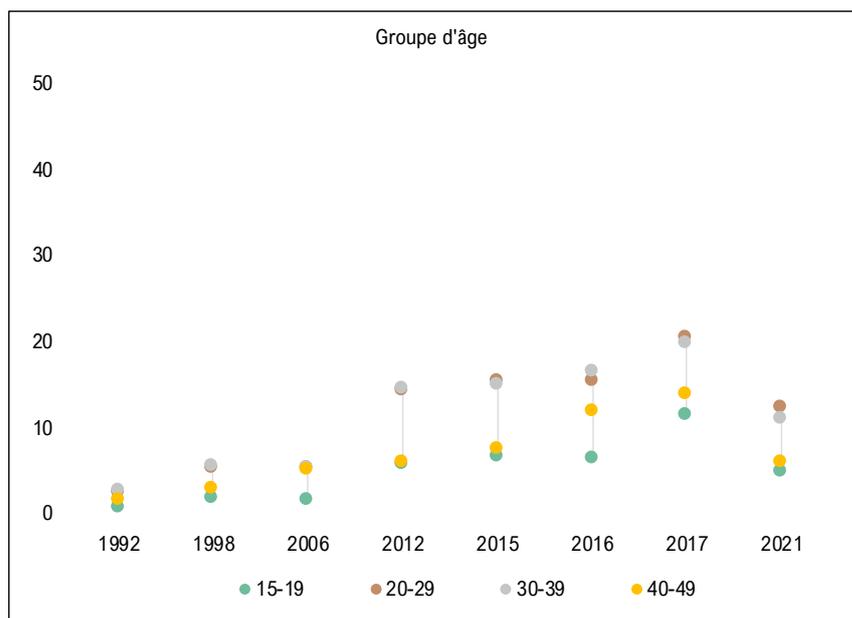
**Graphique 5** : Évolution des inégalités du taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) chez les femmes en union selon le niveau d'éducation de la femme au Niger, de 1992 à 2021



Source : EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

La prévalence contraceptive moderne a connu une augmentation progressive chez les femmes en union, quel que soit le groupe d'âge. De moins de 5% en 1992, elle a atteint 22% chez les femmes d'âge 35-39 ans, 12% chez les adolescentes de 15-19 ans et seulement 15% chez les femmes plus âgées de 45-49ans en 2017. Depuis 2017, elle a également connu une baisse de près de moitié chez les femmes, quel que soit le groupe d'âge. Cependant, on note que les écarts d'inégalités entre les adolescentes (15-19 ans) et les femmes âgées de 30-39 ans par exemple sont restés constants dans les années 1990, mais ils se sont accrus à partir de 2006 principalement.

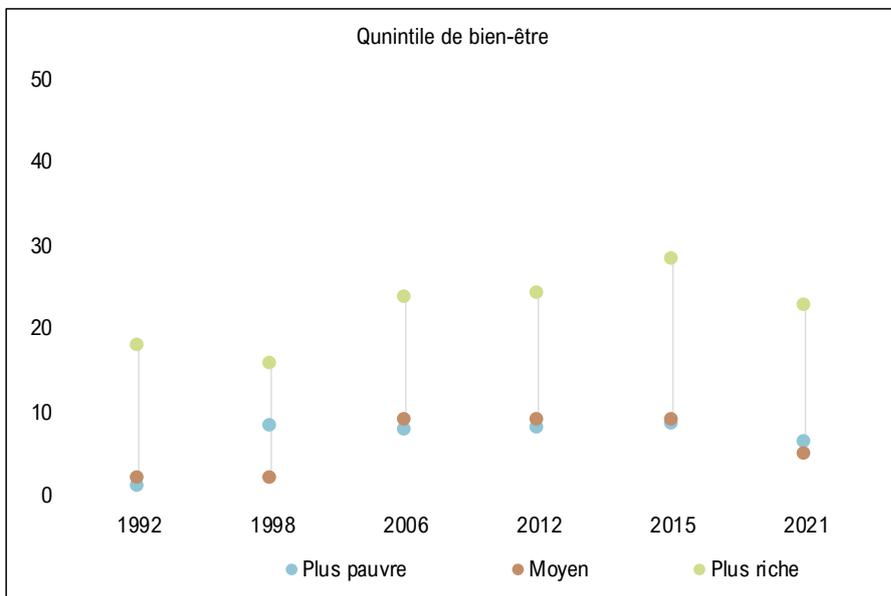
**Graphique 6** : Évolution des inégalités du taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) chez les femmes en union selon le groupe d'âge au Niger, de 1992 à 2021



Source : EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

La prévalence contraceptive moderne est nettement plus élevée dans les ménages très riches, quelle que soit l'année, par rapport aux ménages très pauvres. Les plus riches se démarquent largement des très pauvres ou moyens, avec un écart généralement stable de 15 points de pourcentage entre 1998 et 2012. De 2006 à 2021, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes a connu une augmentation progressive quel que soit le niveau de vie du ménage. Par conséquent, les écarts d'inégalités sont restés constants durant cette période.

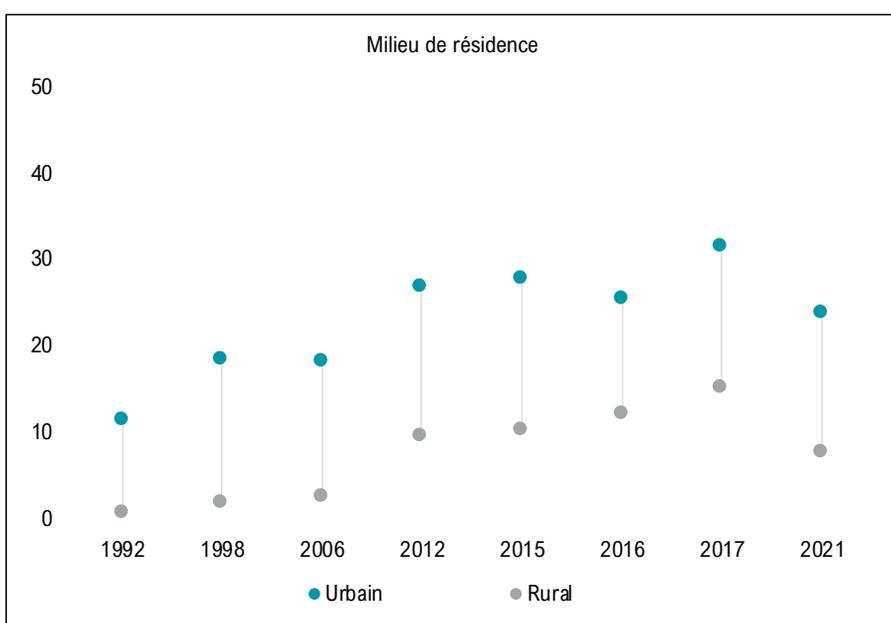
**Graphique 7** : Évolution des inégalités du taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) chez les femmes en union selon le niveau de vie du ménage au Niger, de 1998 à 2021



Source : EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

La prévalence contraceptive moderne est nettement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, quelle que soit l'année, avec un écart constant d'environ 15 points de pourcentage. De 1992 à 2012, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes a connu une augmentation progressive en milieu urbain avant de connaître une baisse qui a continué jusqu'en 2021. Par contre, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes a connu une faible augmentation progressive en milieu rural durant toute la période d'étude (1992-2021). Par conséquent, les écarts d'inégalités sont restés constants durant la période 1992-2021.

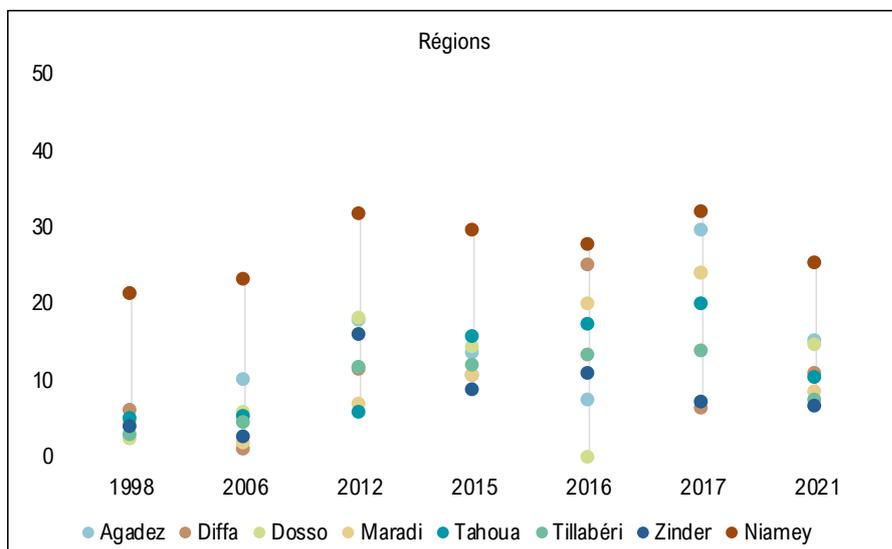
**Graphique 8** : Évolution des inégalités du taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) chez les femmes en union selon le milieu de résidence au Niger, de 1992 à 2021



Source : EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

Suivant les régions, Niamey se distingue nettement des autres, par une plus grande prévalence contraceptive moderne qui est passée de 17,3% en 1992 à 31,8% en 2012 pour baisser à 25,4% en 2021. Dans la même période, Maradi a la plus faible prévalence contraceptive moderne qui est passée de 2% en 1992 à 7% en 2012 et seulement à 8% en 2021. Dans l'ensemble, entre 1992 et 2021, le TPCm a augmenté progressivement dans toutes les régions. Par conséquent, les écarts d'inégalités sont restés constants durant cette période.

**Graphique 9 :** Évolution des inégalités du taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) chez les femmes en union selon la région au Niger, de 1992 à 2021



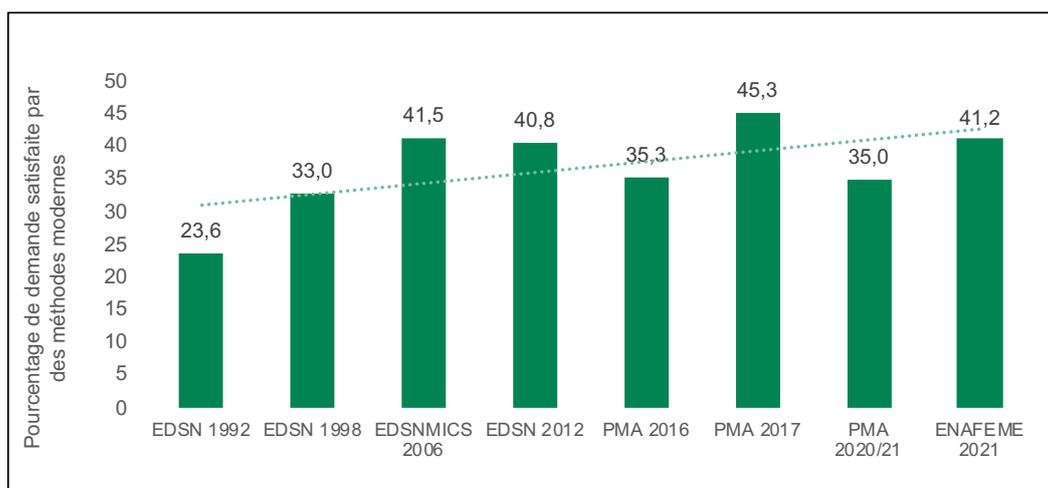
Source : EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

**Note :** les régions d'Agadez et Tahoua d'une part et de Diffa et Zinder d'autre part, étaient jumelées dans les enquêtes démographiques et de santé de 1992 et 1998.

### 4.2.3. Demande satisfaite par la planification familiale moderne

La demande totale en PF est définie comme la part des femmes utilisant des méthodes modernes parmi toutes les femmes utilisatrices de contraception ou souhaitant espacer ou limiter ou éviter les grossesses ou naissances. Cet indicateur a connu une nette augmentation, passant de 24% en 1992 à 42% en 2006, avant d'être à 41% en 2021.

**Graphique 10 :** Pourcentage de la demande satisfaite par les méthodes modernes au Niger, de 1992 à 2021



Source : EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

## 4.2.5. Effets de la COVID19 (mesures restrictives) sur l'utilisation de la planification familiale

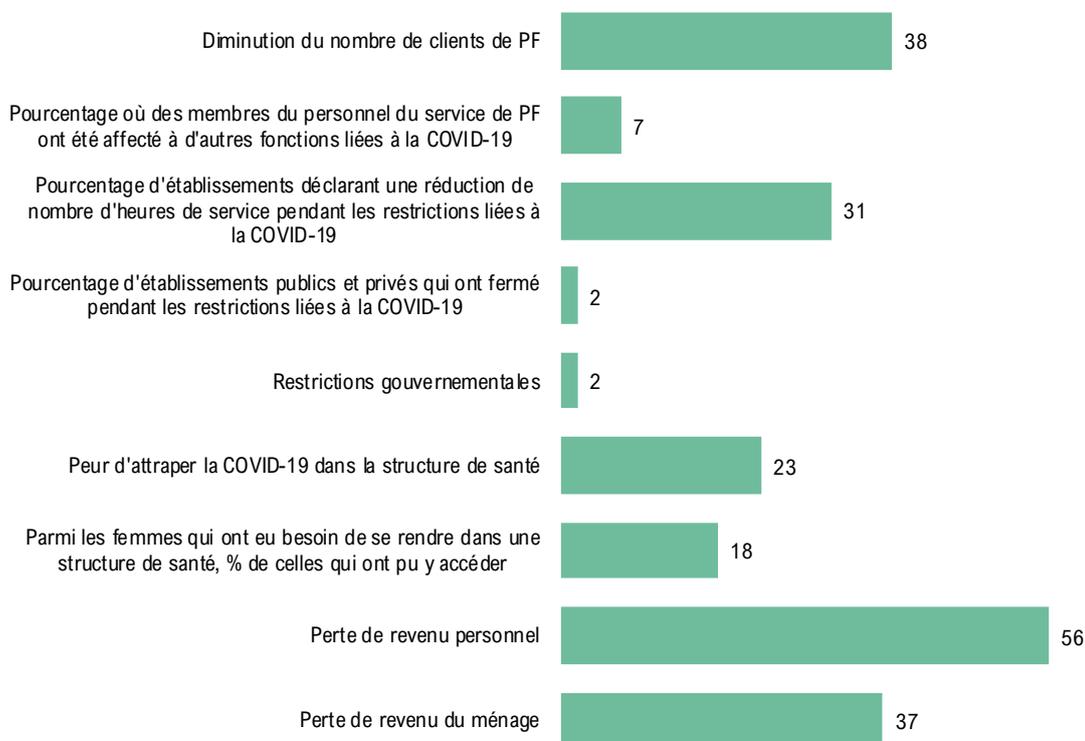
L'enquête de PMA (2020-2021) a entre autres porté sur les éventuels effets des mesures restrictives liées à la COVID19 sur l'utilisation des services de santé en général et ceux de la PF en particulier.

Les mesures restrictives mise en œuvre ont eu pour effet immédiat d'entraîner une perte de revenu des ménages et des individus. En effet, 37% des ménages et 56% des individus ont enregistré une perte totale ou partielle de leurs revenus (PMA 2020/21).

Dans l'ensemble, 18% des femmes ont eu besoin de se rendre dans une structure de santé pour des soins durant les restrictions liées à la COVID-19 mais n'ont pas pu y accéder. Cette proportion atteint 31% dans le groupe d'âge de 15-19 ans et moins de 18% dans les groupes d'âges plus âgés. Parmi l'ensemble des femmes qui ont besoin de recourir à une structure de santé pendant les restrictions liées à la COVID-19, 23% n'ont pu s'y rendre de peur d'attraper la COVID-19 et dans 2% des cas, cela fait suite aux restrictions de l'Etat.

Au niveau des formations sanitaires, environ 2% ont été fermées pour des raisons liées à la COVID-19 et jusqu'à 31% d'entre elles, ont diminué le nombre d'heures de service par jour. En outre, 7% des centres de santé ont dû affecter le personnel dédié à la PF à d'autres tâches en raison de la pandémie. A la suite des mesures restrictives liées à la COVID-19, près de deux centres de santé sur cinq ont enregistré une baisse de fréquentation de la part des clients de la PF.

**Graphique 11** : Répartition (en %) des ménages, des femmes 15-49 ans et centres de santé selon quelques effets subis dus aux mesures restrictives liées à la COVID-19



Source : EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

## 4.2.6. Caractéristiques des femmes utilisatrices des méthodes modernes

Aux femmes utilisant une méthode moderne au moment des enquêtes, plusieurs questions ont été

posées pour saisir les différents épisodes précédents d'utilisation de la contraception dans les 5 dernières années sans arrêt et sur leur parité actuelle. L'interruption dans l'utilisation d'une méthode peut donner lieu à l'utilisation d'une autre méthode ou non, à une envie de tomber enceinte ou à l'occurrence d'une grossesse.

Ainsi, dans l'ensemble, la durée d'utilisation d'une méthode de contraception sans interruption varie entre 10 et 11 mois chez les femmes utilisant une méthode de courte durée au moment de l'enquête. Les femmes utilisant une méthode moderne de longue durée au moment de l'enquête, ont des épisodes d'utilisation relativement plus longs, variant entre 16 et 35 mois.

Il faudra aussi noter que les femmes qui utilisent actuellement une méthode de longue durée ont déjà eu plus d'enfants à la première utilisation que celles qui utilisent une méthode de courte durée.

De même, de 1992 à 2012, la parité moyenne des femmes utilisatrices des méthodes modernes de longue durée était plus élevée que celles des femmes utilisatrices des méthodes moderne de courte durée. Cependant en 2021, la situation semble s'être inversée puisque que les femmes utilisatrices des méthodes de longue durée avaient en moyenne 3,6 enfants contre 4,1 enfants pour les femmes utilisatrices des méthodes de courte durée. Ce changement pourrait s'expliquer par une part de plus en plus importante de jeunes femmes qui ont recours aux méthodes longues durée.

#### **4.2.7. Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne au Niger**

Toutes choses étant égales par ailleurs, et quelle que soit la période considérée, la parité, l'éducation, l'âge et l'occupation de la femme, l'éducation de son conjoint, le niveau socioéconomique du ménage, la région et la résidence influent significativement sur l'utilisation de la contraception moderne au Niger durant la période 1992-2021.

##### **4.2.7.1. Selon les caractéristiques de la femme**

La parité atteinte et le niveau d'éducation ont un effet positif sur l'utilisation de la contraception. Effet, entre 1990 et 2019, pour chaque augmentation d'une unité additionnelle d'enfants de la femme en union, l'utilisation de la contraception moderne augmente significativement de 13% par an (odd=1,13). Ce coefficient est de 2% lorsque le niveau d'éducation augmente.

Aussi, les femmes les plus âgées ont plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive que les adolescentes. L'utilisation de la contraception moderne est, à chaque année d'enquête considérée, 1,91 fois plus élevée chez les femmes de 20-29 ans par rapport aux femmes de moins de 20 ans. Par contre en 2012, les femmes de 40-49 ans avaient 66% de chance de moins d'utiliser une méthode contraceptive par rapport aux femmes de moins de 20 ans.

Par ailleurs, l'utilisation de la contraception moderne est, entre 2012 et 2015, significativement plus élevée chez les femmes cadres par rapport aux femmes sans occupation. A titre illustratif, en 2015, une femme cadre avait 2,35 fois plus de chance d'utiliser la contraception qu'une femme sans occupation.

En outre, les résultats montrent globalement une influence positive du niveau d'éducation du conjoint sur l'utilisation des méthodes contraceptives au cours de la période 1992-2021. Ainsi, en 1992, une femme dont le conjoint avait un niveau primaire avait 81% de chance de plus de recourir à une méthode contraceptive que celle dont le conjoint n'avait aucun niveau. Cette proportion de chance additionnelle est de 80% pour les femmes dont les conjoints ont atteint le niveau secondaire ou plus.

Il faut noter que même si l'influence du niveau d'instruction du conjoint est restée positive dans la période, elle a baissé dans l'ensemble puisque qu'en 2021, les chances additionnelles des femmes dont les maris avaient un niveau primaire ou au moins secondaire sont passées respectivement de 58% et 46% par rapport à celles dont les conjoint n'avaient aucun niveau.

#### 4.2.7.2. Selon les caractéristiques du ménage

L'effet des conditions de vie des ménages est quelque peu mitigé par les données du Niger au fil du temps. En effet, en 1992, 1998 et en 2021, on note que le niveau d'utilisation la contraception moderne augmente à mesure que son niveau de vie s'améliore. Cette observation est valable lorsque la femme vient d'un ménage appartenant au moins au deuxième quintile du bien-être.

Ainsi, les femmes vivant dans les ménages plus aisés (cinquième quintile) avaient deux (2) fois plus de chance d'utiliser la contraception que les femmes des ménages pauvres.

S'agissant du lieu de résidence, il y a des différences significatives entre les femmes urbaines et rurales en matière de planification familiale selon les données de 1992 à 2015. Ainsi, en moyenne sur la période, les femmes rurales avaient 39% de chance en moins que les femmes urbaines d'utiliser une méthode contraceptive. Cet écart s'est sensiblement réduit au fil du temps pour devenir non significatif en 2021.

Les disparités régionales en matière de planification familiale restent instables selon les années. Toutes choses étant égales par ailleurs, les femmes vivant dans les régions d'Agadez, Tahoua, Tillabéri et Niamey avaient plus de chance d'utiliser une méthode de contraception moderne que celles de la région de Maradi. En 2021, seules les femmes de la région de Dosso avaient significativement plus de chances d'utiliser la contraception moderne que les femmes de Maradi.

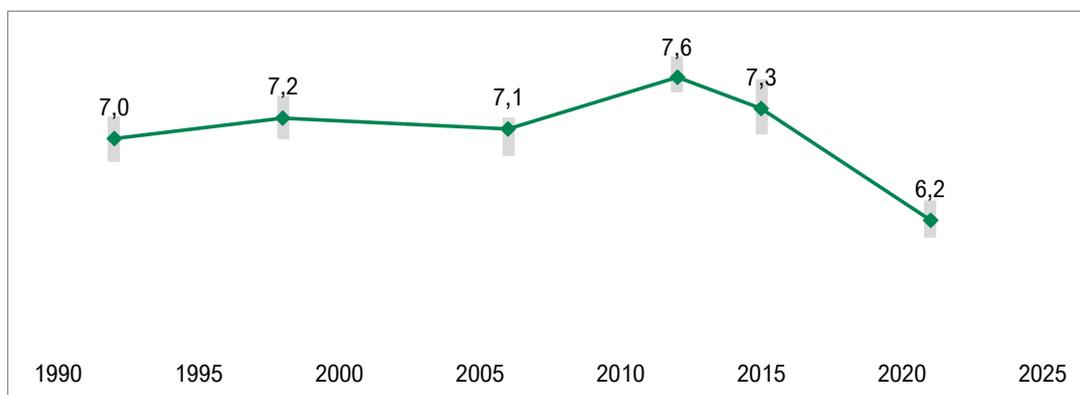


## 4.3. Fécondité au Niger

### 4.3.1. Niveaux et tendances de la fécondité

L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est resté stable avec en moyenne 7 enfants par femme entre 1992 et 2015, avant de connaître une baisse significative en 2021 où il est estimé à 6,2 enfants par femme en 2021.

Graphique 12 : Évolution de l'indice synthétique de fécondité au Niger, de 1992 à 2021

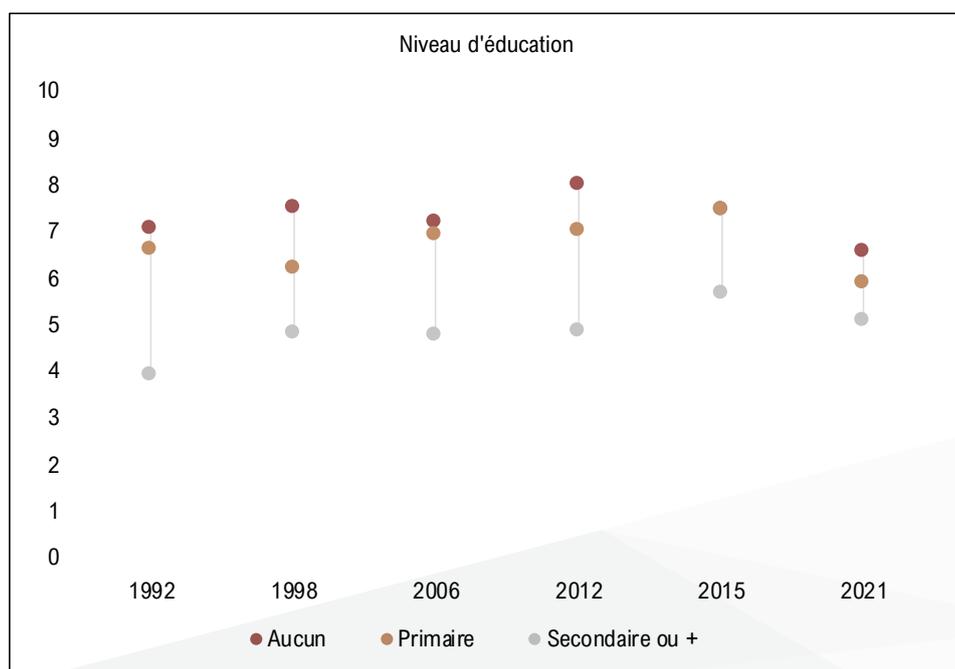


Source : EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

### 4.3.2. Fécondité différentielle

La fécondité est plus faible chez les femmes de niveau d'éducation secondaire ou supérieure comparées aux femmes sans éducation. Cependant, de 1992 à 2021, l'ISF a légèrement augmenté chez les femmes de niveau d'éducation secondaire ou plus, passant de 4 à 5 enfants par femme entre 1992 et 2021. Dans la même période, l'ISF a connu une stagnation chez les femmes sans éducation et chez les femmes de niveau d'éducation primaire (environ 8 et 7 enfants par femmes entre 1992 et 2015, respectivement). En 2021, l'ISF a également connu une baisse de plus d'un enfant par femme chez les femmes sans éducation (1.4 enfant par femme) et les femmes de niveau d'éducation primaire (1.1 enfant par femme). Par conséquent, les écarts d'inégalités se sont principalement réduits durant la dernière décennie.

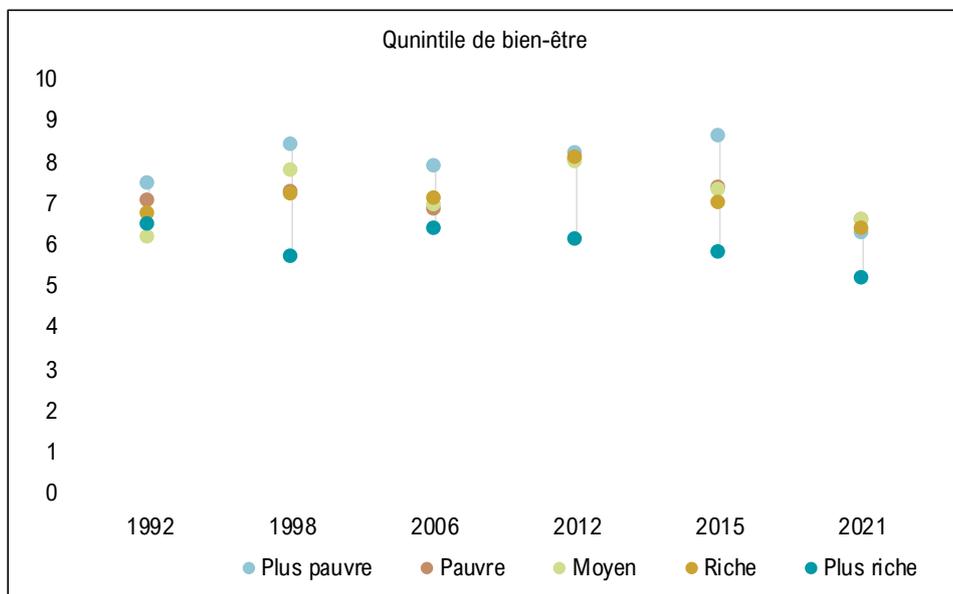
Graphique 13 : Évolution des inégalités de l'indice synthétique de fécondité (ISF) selon le niveau d'éducation au Niger, de 1992 à 2021



Source : EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

La fécondité est plus faible chez les femmes vivant dans les ménages plus riches comparés aux femmes vivant dans les ménages plus pauvres. Cependant, de 1992 à 2015, l'ISF est resté stable aux alentours de 6 enfants par femme dans les ménages plus riches et à près de 8 enfants par femme dans les ménages plus pauvres. En 2019-2021, l'ISF a également connu une baisse d'environ un enfant par femme dans les ménages plus riches et de deux enfants par femme dans les ménages plus pauvres. Par conséquent, les écarts d'inégalités se sont fortement réduits durant la dernière période.

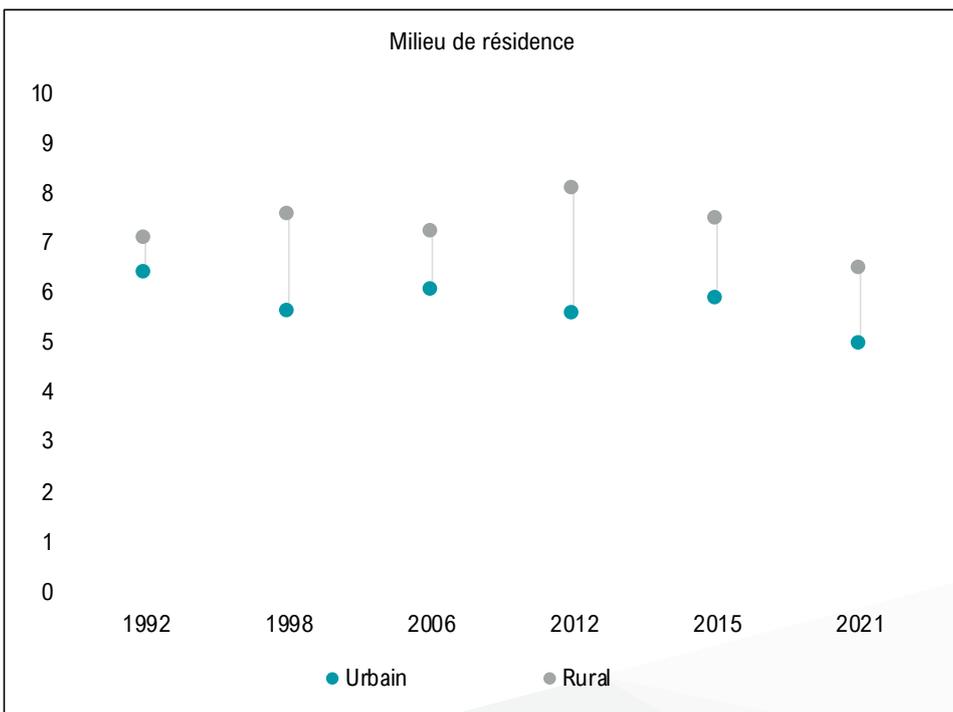
**Graphique 14 :** Évolution des inégalités de l'indice synthétique de fécondité (ISF) selon le niveau socioéconomique du ménage au Niger, de 1992 à 2021



**Source :** EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

La fécondité est plus faible chez les femmes vivant en milieu urbain par rapport aux femmes vivant dans en milieu rural. De 1992 à 2021, la fécondité a connu une baisse progressive quel que soit le milieu de résidence de la femme. Elle est passée de 6.8 à 5.0 enfants par femme en milieu urbain et de 7.5 à 6.5 enfants par femme en milieu rural. Par conséquent, les écarts d'inégalités se sont maintenus durant cette période.

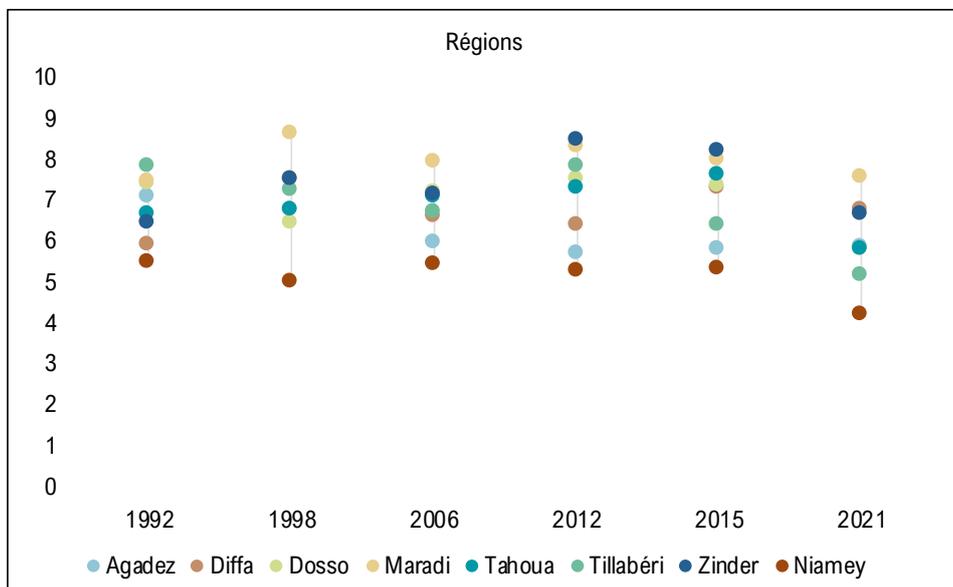
**Graphique 15 :** Évolution des inégalités de l'indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence de la femme au Niger, de 1992 à 2021



**Source :** EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

Suivant les régions, Niamey se distingue nettement des autres par une plus faible fécondité qui est restée stable entre 1992 et 2015, avec environ 5 enfants par femme, avant de baisser à 4 enfants par femme en 2021. Dans la même période, Maradi a la plus forte fécondité qui est restée à 8 enfants par femme, avant de baisser faiblement en 2021 (moins d'un enfant par femme). Dans l'ensemble, les écarts d'inégalités sont restés constants durant cette période.

**Graphique 16** : Évolution des inégalités de l'indice synthétique de fécondité (ISF) selon la région au Niger, de 1992 à 2021



Source : EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)



### 4.3.3. Déterminants de la fécondité

Les déterminants de la fécondité au Niger entre 1992 et 2021 sont analysés en utilisant la modélisation des comportements des femmes. Toutes choses étant égales par ailleurs et quelle que soit la période considérée, l'éducation, le groupe d'âge, l'âge à la première naissance et l'occupation de la femme, l'éducation de son conjoint, le niveau socioéconomique du ménage, la région et le milieu de résidence influent significativement sur la fécondité au Niger.

#### 4.3.3.1. Selon les caractéristiques de la femme

Comme constaté dans les analyses descriptives, le niveau d'éducation de la femme influe légèrement mais de manière significative sur sa fécondité de 1992 à 2021. En effet, plus le niveau d'instruction d'une femme est élevé, elle aura en moyenne 2% de risque en moins d'avoir une naissance que celle qui n'a aucun niveau. En outre, lorsque le conjoint d'une femme a fréquenté l'école jusqu'au niveau secondaire ou plus, elle a 9% moins d'enfants que celle dont le conjoint est sans éducation.

Aussi, l'âge à la première maternité joue un rôle important dans l'explication de la fécondité d'une femme. Quelle que soit l'année considérée, une femme qui a eu son premier enfant entre 15-19 ans a environ 14% de risque en moins d'avoir une naissance par rapport à celle qui a eu son premier enfant avant 15 ans. Ce risque est réduit de 37% lorsqu'elle la première naissance est intervenue au moins à 20 ans.

Les résultats confirment que les femmes monogames ont moins d'enfants que celles qui sont situation de polygamie pour la période de 2012 à 2021. Ainsi, une femme polygame a entre 2% et 4% plus de risque d'avoir une naissance que celle qui est monogame.

Par ailleurs, la prévalence contraceptive, surtout moderne, semble réduire significativement le risque d'avoir une naissance additionnelle. Durant toute la période, les femmes qui utilisent la contraception moderne ont en moyenne 7% plus d'enfants que les femmes qui ne l'utilisent aucune méthode.

#### 4.3.3.2. Selon les caractéristiques du ménage

L'impact des conditions de vie du ménage sur la fécondité des femmes n'est vérifié que jusqu'en 2006. A partir de cette année, aucune différence significative n'a été relevée entre les femmes vivant dans les ménages très pauvres et les autres. Il convient de préciser que même durant les années où l'effet des conditions de vie du ménage sur la fécondité était significatif, les différences étaient relativement légères. En effet, en 2006, une femme vivant dans un ménage aisé (cinquième quintile) a 5% moins d'enfants que celle qui vit dans un ménage très pauvre (premier quintile).

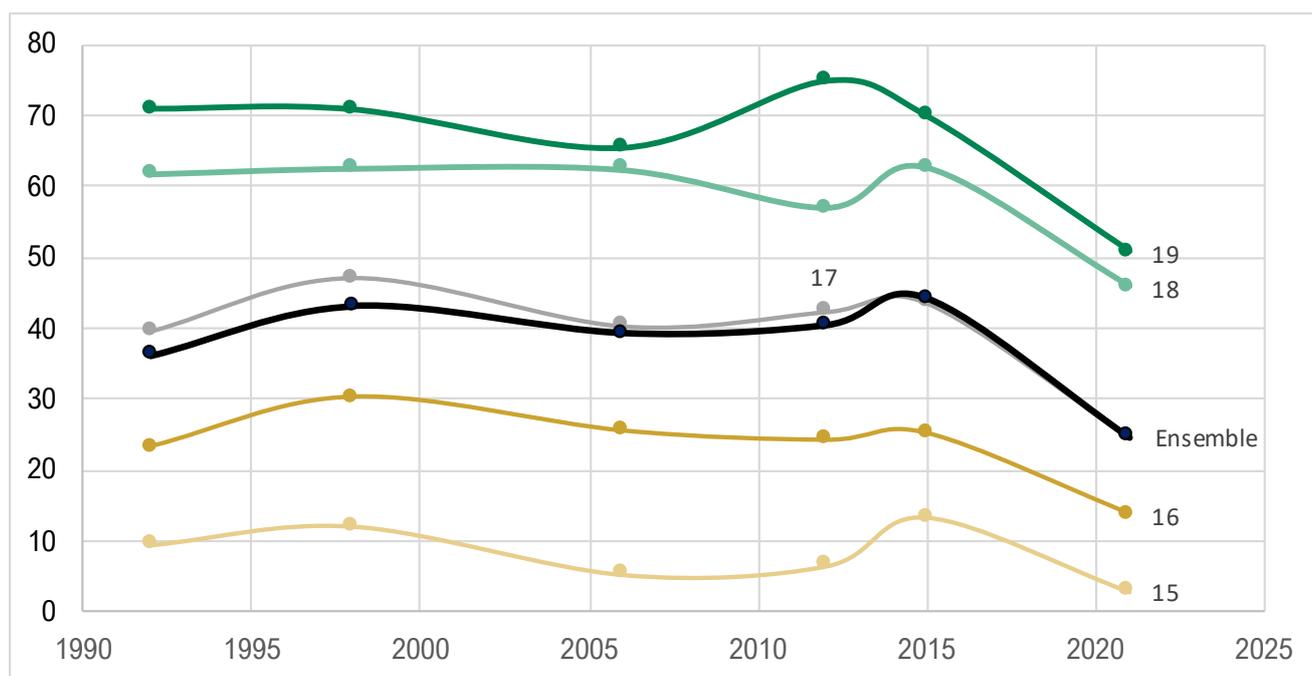
Les résultats du modèle montrent que le milieu de résidence a une influence positive sur la fécondité. Les femmes rurales ont en moyenne 3% plus d'enfants que les femmes urbaines entre 1992 et 2021.



## 4.4. Cas particulier des adolescentes

Au Niger, les adolescentes de 15-19 ans représentent environ 10% de l'effectif de la population féminine selon les résultats du quatrième RGPH de 2012. Il existe encore des défis majeurs pour rendre les services PF disponibles pour cette partie de la population. En effet, la proportion des adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréative est passée de 36% en 1992 à 25% en 2021. Cette baisse est aussi reflétée à chaque âge.

Graphique 17 : Évolution des taux de fécondité des adolescentes au Niger par âge, de 1992 à 2021

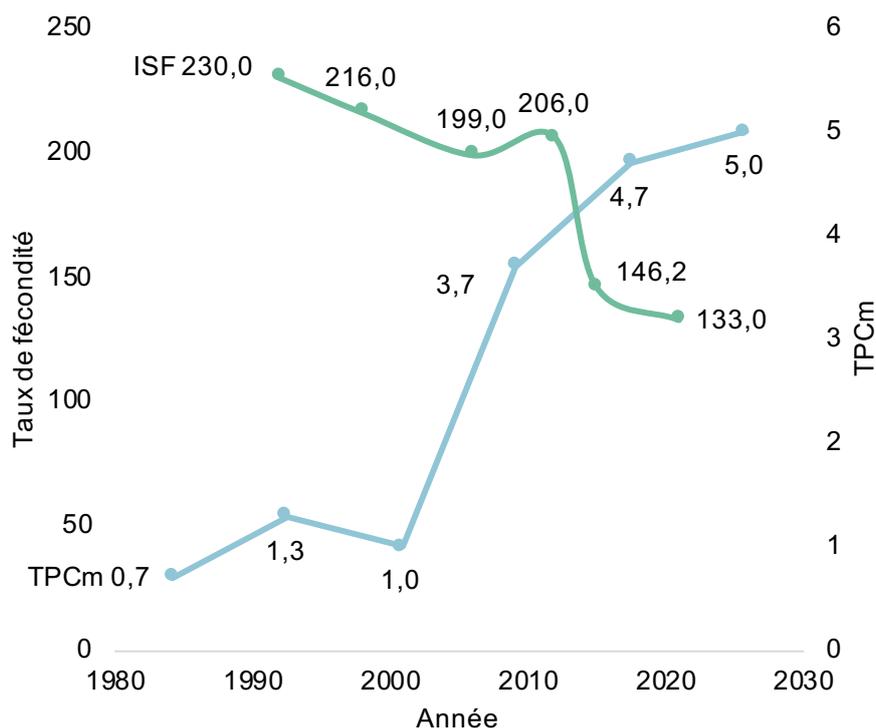


Source : EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

En effet, seulement 0.7% des femmes de 15 à 19 ans en union utilisaient une méthode contraceptive moderne en 1992. Ce pourcentage est passé de 3% en 2006 à 5,9% en 2012 et à 5% en 2021 (ENAFEME 2021).

Chez les adolescentes, la fécondité était en baisse progressive depuis 1992. Cette baisse a été plus sensible entre 2012 et 2015 où le taux spécifique était passé de 206 enfants pour 1000 femmes à 146 enfants pour 1000 femmes. Durant la même période, le TPCm était globalement en augmentation continue. En 2021, 1000 adolescentes ont en moyenne 133 enfants et 5% de prévalence contraceptive moderne.

**Graphique 18 :** Évolution des taux de fécondité et de prévalence contraceptive moderne chez les adolescentes au Niger, de 1992 à 2021

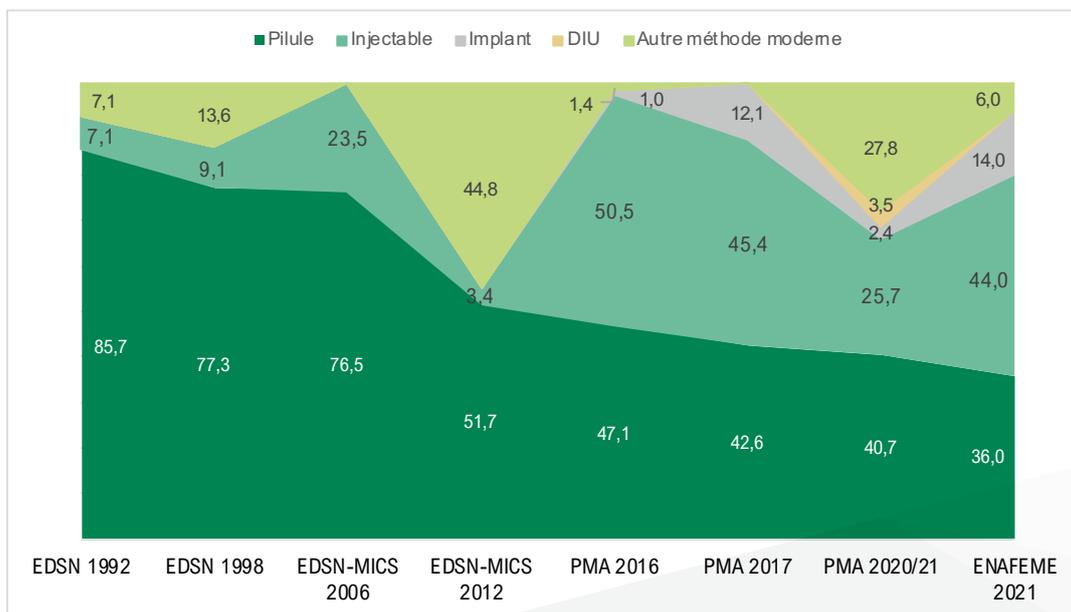


Source : EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

Comme pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans en union, la pilule reste la méthode contraceptive moderne la plus utilisée par les adolescentes de 15-19 ans. Toutefois, l'utilisation de la pilule est en baisse depuis 1992. Elle représentait 85,7% des méthodes modernes en 1992 et seulement 36% en 2021.

Les méthodes modernes dont l'utilisation s'est accrue entre 1992 et 2021 sont principalement les injectables et les implants. Ainsi, la transition dans l'utilisation des méthodes relativement plus efficaces semble être plus rapide chez les adolescentes.

**Graphique 19 :** Distribution (en %) des méthodes contraceptives modernes chez les adolescentes de 15-19 ans en union au Niger, de 1992 à 2021



Source : EDSN (1992, 1998), EDSN-MICS (2006, 2012), ENISED (2015), PMA (2016, 2017, 2020/2021), ENAFEME (2021)

## 5. Discussion des résultats

### 5.1 Niveau des interventions de santé de la reproduction au Niger

La Santé de la Reproduction (SR) au Niger jouit d'importantes opportunités tant politiques que financières. L'offre est présente en grande partie dans les services publics et dans certaines formations sanitaires privées.

Cependant, même si au plan de politique (disponibilité des produits, gratuite des produits et services, formation) et des recherches dans le domaine, les interventions sur la santé de la reproduction en particulier sur la planification familiale et la fécondité, ont acquis un statut d'interventions susceptibles de contribuer significativement aux efforts du développement national au Niger, de nombreux défis les tirent actuellement vers le bas. Au nombre de ces défis, la croissance de la proportion des adolescentes chaque année au regard du poids cumulé des personnes de moins de 15 ans. Cela exerce chaque année une forte pression sur le peu d'infrastructures sanitaires, éducatives, culturelles et sociales existantes. Dans ces situations, il est nécessaire d'accroître les investissements dans ce secteur ne serait-ce pour maintenir inchangés les niveaux des indicateurs de la planification familiale.

Certains aspects liés à la demande des services SR constituent des freins à leurs utilisations, notamment :

- les tabous autour de la sexualité en général (pesanteurs socioculturelles) et de la planification familiale ;
- l'absence d'un consensus national entre les divers groupes de pression en présence (pouvoirs publics, leaders coutumiers, chefs religieux, etc...) sur l'idée même de la SR chez les jeunes et adolescents, ainsi que sur la priorité qui devrait lui être donnée dans les programmes de formation et d'apprentissage.

Malgré ces difficultés susmentionnées, il existe de nombreuses opportunités pour promouvoir la SR au Niger, notamment la volonté politique clairement affichée en la matière, la grande disponibilité des partenaires techniques et financiers à accompagner les interventions et l'implication de plus en plus perceptible des organisations, associations et mouvements des adolescents et jeunes dans la promotion de la SR.

### 5.2. Contraception : niveaux, tendances, inégalités et déterminants au Niger

Les différents résultats ont mis en évidence certaines situations dont il convient d'analyser les mécanismes afin de mieux guider les actions à venir.

Les analyses ont confirmé l'importance de l'éducation de la femme et de son conjoint sur l'utilisation des méthodes modernes contraceptives.

Les femmes instruites connaissent le mieux l'importance de la planification familiale, enseignée dans les établissements scolaires. Elles pourraient de ce pas facilement faire le choix de la méthode appropriée. Les conjoints instruits sont ouverts aux discussions dans le couple notamment celles portant sur le nombre d'enfants à avoir, les dépenses du ménage et l'utilisation de la planification familiale.

Le lien positif entre la parité atteinte et l'utilisation de la contraception s'expliquerait par un désir avoir un nombre d'enfants de « sécurité » avant la première utilisation. Ce nombre varie de 2,2 enfants en milieu urbain à 3 enfants en milieu rural (PMA, 2020/21). Ainsi donc, les femmes ayant atteint ce seuil de sécurité utilisent plus les méthodes contraceptives modernes pour essentiellement espacer les naissances par rapport aux jeunes qui ne l'ont pas encore atteint.

Les conditions de vie des ménages affectent l'utilisation des méthodes contraceptives dans la mesure où les femmes vivant dans les ménages aisés pourraient faire face plus rapidement aux coûts directs (dans le cas des centres de santé privés) ou indirectes. En effet, même si dans les normes, la planification familiale est gratuite au Niger dans les services publics, il n'en demeure pas que l'existence des coûts indirectes (coûts de transport, coût de consultation, coût du carnet, etc.) capables de décourager les femmes issues des ménages pauvres.

En ce qui concerne le lieu de résidence (région et milieu), les différences constatées proviendraient d'une plus grande disponibilité d'infrastructures sanitaires dans les grandes agglomérations et en particulier en milieu urbain. Les femmes urbaines ont accès à une plus grande offre des produits contraceptifs, en quantité et en qualité avec moins de problème d'accessibilité géographique. A cela s'ajouteraient des différences culturelles entre milieux et les régions de résidences.

### 5.3. Fécondité : niveaux, tendances, inégalités et déterminants au Niger

Le niveau de fécondité diminue avec le niveau d'instruction de la femme et de son conjoint. Plus une femme se consacre à ses études, plus elle reporte l'âge à la première union et à la maternité dans un contexte de fécondité dite « légitime ». Ses aspirations quant aux choix de carrière sont très rarement compatibles avec une fécondité élevée. L'autonomie plus importante des femmes instruites, liée à un plus grand pouvoir de décision, à plus de contacts avec le monde extérieur, une meilleure communication entre époux et la moindre importance des enfants comme source de sécurité réduiraient la demande d'enfant et favoriserait l'accès à la contraception (Jejeebhoy, 1998). De même, les conjoints instruits sont ouverts aux discussions dans le couple notamment celles portant sur le nombre d'enfants à avoir et ont des attentes moins élevées par rapport à la fécondité.

Par ailleurs, l'âge à la première maternité qui est un déterminant proche de la fécondité joue un rôle important dans l'explication de la fécondité d'une femme. Grâce à l'éducation ou l'occupation, si une femme reporte sa première maternité, elle diminue le risque d'avoir une descendance nombreuse. Le relèvement de l'âge à la première maternité réduit la période d'exposition au risque de tomber enceinte chez les femmes. Cela aura comme corollaire, une baisse de la fécondité.

Il faut noter que le Niger avec l'appui des partenaires techniques (UNFPA et Banque Mondiale notamment), a mis en place depuis quelques années un ensemble de mesure visant non seulement à inciter les parents à retenir le plus longtemps les adolescentes à l'école (les bourses d'études offertes, internats ou tutorats, etc.) mais aussi en sensibilisant les adolescentes sur la santé sexuelle et reproductive à travers des formations dans le cursus scolaire et dans les écoles dites « espaces sûrs ».

Les résultats confirment que les femmes issues de foyers monogames ont moins d'enfants que celles qui sont situation de polygamie. Cela proviendrait de la concurrence potentielle entre épouses sur l'héritage. En effet, le partage de l'héritage étant lié au nombre d'enfants, cela pourrait augmenter leur désir d'enfants. Ce résultat est l'opposé de celui obtenu par Ladoux et Van De Walle (2003) au Sénégal. Selon ces auteurs, la fécondité des femmes est plus faible dans les unions polygames que dans les unions monogames.

Par ailleurs, l'utilisation de la contraception moderne permet de contrôler le nombre des naissances à avoir en espaçant l'intervalle entre naissances et/ou en limitant les naissances. Toutefois, la faible influence de la planification familiale s'expliquerait par le fait qu'au Niger, les méthodes contraceptives les plus utilisées sont celles de courte durée moins efficaces et la planification familiale est utilisée lorsque la femme a déjà un nombre relativement important d'enfants.

## 6. Conclusion et recommandations

Le Niger est toujours parmi dans les pays considérés à forte fécondité : l'ISF est resté stable à plus de 7 enfants par femme entre 1992 et 2015 avant de baisser à 6 en 2021. Il semblerait alors que le pays est rentré dans une phase de transition de la fécondité. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les progrès récents réalisés dans la baisse de la fécondité.

L'augmentation progressive à partir de 2012 de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes relativement plus efficaces, a probablement joué un rôle déterminant dans la baisse de la fécondité. Cependant, il faut noter que les inégalités sociales, économiques, démographiques et de résidence persistent toujours dans l'utilisation des méthodes contraceptives modernes relativement plus efficaces et par conséquent de la fécondité.

Afin de maintenir et surtout renforcer les progrès récents en matière de fécondité et de l'utilisation contraceptive :

- **Le Niger devrait accroître les investissements pour atteindre plus de femmes socialement et géographiquement défavorisées pour une utilisation optimale des méthodes contraceptives modernes ;**
- **Au regard de leur impact sur la fécondité, les méthodes de longue durée doivent être vulgarisées partout au Niger, adapter les programmes de planification familiale à l'évolution de la gamme des produits les plus performants mais aussi et surtout, de s'adapter à leur clientèle**
- **et s'intéresser davantage aux jeunes et adolescents ;**
- **Intensifier les séances de sensibilisation à l'endroit des adolescents et des jeunes tout en impliquant les leaders communautaires et les ulémas ;**
- **Consolider les acquis en matière de la scolarisation de la jeune fille à travers les campagnes de sensibilisation à l'endroit des parents et les aides financières pour le maintien des filles à l'école (bourses d'étude, internats, etc.) ;**
- **Relever l'âge au premier mariage et à la première maternité, réduit la période d'exposition au risque de tomber enceinte chez les femmes. Cela aura comme corollaire, une baisse de la fécondité ;**
- **De renforcer le dispositif de collecte de données et surtout l'assurance qualité en général, sur la fécondité et l'utilisation de la planification familiale au Niger. Les données montrent certaines irrégularités qui pourraient être imputables à la collecte.**



## Bibliographie

Attama, Sabine, Michka Seroussi, Alichina Idrissa Kourguéni, Harouna Koché et Bernard Barrém. (1998), « *Enquête Démographique et de Santé, Niger 1998* ». Calverton, Maryland, U.S.A. : Care International/Niger et Macro International Inc.

Institut National de la Statistique (INS) et Utica, (2021), « *Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de moins de 5 ans* ».

Institut National de la Statistique et AFRISTAT (2019), « *Enquête Régionale Intégrée sur l'Emploi et le Secteur Informel, 2017* ». Rapport final. Niamey, Niger et Bamako, Mali : INS et AFRISTAT.

Institut National de la Statistique (INS), (2016), « *Annuaire statistique 2011-2015* ». Edition 2016.

Institut National de la Statistique (INS) et ICF International, (2013), « *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2012* ». Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.

Institut National de la Statistique (INS), (2012), « *résultats globaux définitifs du Quatrième (4ème) Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGP/H) de 2012* ».

Institut National de la Statistique (INS) et ICF International, (2007), « *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2006* ». Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.

Jejeebhoy, Shireen J. (1998), « *Wife-beating in rural India: A husband's right? Evidence from survey data* ». Economic and Political Weekly 33(15): 855–862.

Konaté, M. K, M. Maiga et A. Chen., (2014), « *Repositionnement de la planification familiale au Niger : la délégation des tâches* ». Washington, DC : Futures Group, Heath Policy Project.

Ministère de la Santé Publique, (2012), « *Promotion du Paquet Minimum d'Activités de la Case de Santé* ».

Shoumaker B. (2001), « *Analyses multi-niveaux des déterminants de la fécondité : théories, méthodes et applications au Maroc rural* ».

Solène Lardoux, Etienne Van de Walle (2003), « *Polygamie et fécondité en milieu rural sénégalais* ». INED Éditions « Population » 2003/6 Vol. 58 | pages 807 à 836. ISSN 0032-4663

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, Online Edition. Rev. 1



---

## Cet Rapport Technique a été réalisée par :

Almamy Malick **KANTÉ**, *JHU* : akante1@jhu.edu

Ibrahim **MAAZOU**, *INS* : irmaaz81@yahoo.fr

Sokhna **THIAM**, *APHRC* : sthiam@aphrc.org

Mahamadou **ALZOUMA**, *INS* : alzoumamohamed92@yahoo.fr

Design diagramme :

Emma **Williams**

Design et Mise en page :

Bill Clinton **Sambou**

Review :

Roland **MADY**

