

**REPUBLIQUE DU NIGER**

*Fraternité - Travail - Progrès*



\*\*\*\*\*

**MINISTRE DE LA POPULATION**

**POLITIQUE NATIONALE  
DE POPULATION  
2019-2035**

*Une parenté responsable avec des enfants bien portants, une jeunesse bien formée pour un Niger prospère*

*Adoptée en conseil des Ministres le 23 août 2019*

## TABLE DES MATIERES

<b>SIGLES</b> .....	<b>1</b>
<b>PRÉFACE</b> .....	<b>1</b>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>I. CONTEXTE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION</b> .....	<b>4</b>
I.1. CONTEXTE INTERNATIONAL ET RÉGIONAL .....	4
I.2. CONTEXTE NATIONAL.....	6
<b>II. ANALYSE DE LA SITUATION SOCIODÉMOGRAPHIQUE, ÉCONOMIQUE ET POLITIQUE AU NIGER</b> .....	<b>7</b>
II.1. POIDS DE LA DÉMOGRAPHIE ET DYNAMIQUE ÉCONOMIQUE ET SOCIALE .....	7
II.1.1. <i>Conséquences économiques et environnementales</i> .....	7
II.1.2. <i>Conséquences en matière de protection sociale</i> .....	8
II.1.3. <i>Conséquences sur la santé</i> .....	8
II.1.4. <i>Conséquences sur l'éducation</i> .....	9
II.1.5. <i>Conséquences sur l'emploi</i> .....	10
II.1.6. <i>Conséquences sur la condition féminine</i> .....	11
II.2. CONTEXTE POLITIQUE .....	11
II.2.1. <i>La Politique Nationale de Population de 1992</i> .....	12
II.2.2. <i>Déclaration du Gouvernement en matière de Politique de Population 2007</i> .....	12
II.2.3. <i>Contraintes et enseignements dans la mise en œuvre des précédentes politiques</i> .....	13
II.2.4. <i>Politiques et programmes en Santé de la Reproduction</i> .....	14
II.2.5. <i>Vision Niger 2035</i> .....	15
II.3. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE.....	16
II.3.1. <i>Une répartition inégale de la population sur le territoire</i> .....	16
II.3.2. <i>Une population très jeune</i> .....	17
II.3.3. <i>Les femmes : faible pouvoir de décision</i> .....	17
II.3.4. <i>Les adolescentes : mariages et grossesses précoces</i> .....	18
II.3.5. <i>Une fécondité élevée à tous les âges</i> .....	19
II.3.6. <i>Un désir d'enfants toujours très fort</i> .....	20
II.3.7. <i>Une faible utilisation de la contraception, surtout pour espacer les naissances</i> .....	21
II.4. ATTEINDRE LE DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE .....	22
II.4.1. <i>Le concept de dividende démographique</i> .....	22
II.4.2. <i>L'économie générationnelle</i> .....	23

II.4.3.	<i>Le modèle « Dividende Démographique »</i> .....	25
II.4.4.	<i>Anticiper le futur grâce aux projections démographiques</i> .....	26
II.4.5.	<i>Conditions pour bénéficier du premier dividende démographique</i> .....	29
II.4.6.	<i>Quel dividende démographique pour les familles ?</i> .....	29
<b>III.</b>	<b>ELÉMENTS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION</b> .....	<b>30</b>
III.1.	FONDEMENTS ET PRINCIPES DIRECTEURS .....	30
III.1.1.	<i>Fondements</i> .....	30
III.1.2.	<i>Principes Généraux</i> .....	32
III.1.3.	<i>Principes directeurs</i> .....	32
III.2.	ORIENTATIONS STRATÉGIQUES .....	32
III.2.1.	<i>Vision</i> .....	32
III.2.2.	<i>Objectifs</i> .....	32
III.2.3.	<i>Résultats attendus</i> .....	33
III.2.4.	<i>Axes stratégiques</i> .....	33
<b>IV.</b>	<b>DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI/ÉVALUATION</b> .....	<b>36</b>
IV.1.	PARTIES PRENANTES DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PNP .....	36
IV.2.	COORDINATION.....	38
IV.3.	SUIVI-EVALUATION .....	38
IV.3.1.	<i>Fondements du suivi et de l'évaluation</i> .....	38
IV.3.2.	<i>Dispositif de suivi -évaluation</i> .....	38
IV.4.	MOBILISATION DES RESSOURCES.....	40
<b>V.</b>	<b>ANALYSE ET GESTION DES RISQUES</b> .....	<b>40</b>
V.1.	RISQUES LIÉS À LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION .....	40
V.2.	STRATÉGIES DE GESTION DES RISQUES .....	40
<b>CONCLUSION</b>	.....	<b>41</b>

## SIGLES

SIGLE	SIGNIFICATION
<b>BM</b>	Banque Mondiale
<b>CEDAW/CEDAF</b>	Convention des Nations Unies pour l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes
<b>CESOC</b>	Conseil Economique et Social
<b>CILSS</b>	Comité inter-État de lutte contre la sécheresse au Sahel
<b>CDPH</b>	Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées
<b>CIPD</b>	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
<b>CTIP</b>	Comité Technique interministériel sur la Population
<b>CONAPO</b>	Commission Nationale de la Population
<b>CREFAT</b>	Centre de Recherche en Economie et Finance Appliquées de Thiès
<b>DGPP</b>	Déclaration du Gouvernement en matière de Politique de Population
<b>DSRP</b>	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
<b>ECVMA</b>	Enquête Nationale sur les Conditions de Vie des Ménages et de l'Agriculture
<b>EDSN</b>	Enquête Démographique et de Santé au Niger
<b>ENISED</b>	Etude Nationale d'Evaluation des Indicateurs Socio-Economiques et Démographiques
<b>GCI</b>	Global Competitiveness Indicators
<b>HCCT</b>	Haut-Commissariat aux Collectivités Territoriales
<b>IEC/CCC</b>	Information, Education et Communication pour le changement de comportement
<b>INS</b>	Institut National de la Statistique
<b>ISF</b>	Indice Synthétique de Fécondité
<b>MAMA</b>	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
<b>MDSPPF</b>	Ministère du Développement social, de la Population et de la Promotion de la Femme
<b>MSP</b>	Ministère de la Santé publique
<b>NTA</b>	National Transfer Accounts
<b>ODD</b>	Objectifs de Développement Durable
<b>OMD</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>ONDD</b>	Observatoire National du Dividende Démographique
<b>ONG</b>	Organisations Non Gouvernementales
<b>PAIP</b>	Plan d'Action et d'Investissements Prioritaires
<b>PAP</b>	Programme d'Actions Prioritaires
<b>PDES</b>	Plan de Développement Economique et Social
<b>PDS</b>	Plan de Développement Sanitaire
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PMA</b>	Performance Monitoring and Accountability
<b>PNG</b>	Politique Nationale de Genre
<b>PNP</b>	Politique Nationale de Population
<b>PRODEM</b>	Projet Démographique Multisectoriel
<b>PSEF</b>	Plan Sectoriel de l'Education et de la Formation
<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>RGP/H</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>SDDCI</b>	Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive
<b>SDRP</b>	Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté
<b>PF/SSRD</b>	Planification Familiale/Santé Sexuelle et Reproductive et Droits
<b>SWEDD</b>	Sahel Women Empowerment and Demographic Dividend
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>UA</b>	Union Africaine

## Préface

La présente politique nationale de population qui regroupe l'ensemble des mesures prises et projetées par le Niger en matière de planification, programmation et de gestion de sa population a pour objectif ultime de tendre vers un bien-être commun.

Son élaboration intervient dans un contexte caractérisé par l'adoption de l'Agenda 2063 de l'Union Africaine et des Objectifs de Développement durable (ODD) 2030 qui prônent une conception profondément novatrice du développement. Les objectifs 1 à 5 des ODD sont notamment axés sur le respect des principes d'égalité et de dignité des personnes auxquels nous sommes profondément attachés.

Ainsi, notre politique de population a mis l'accent sur des actions qui favorisent une profonde transformation structurelle du pays à l'effet de créer les conditions de la capture du dividende démographique. A travers cette vision, le Gouvernement nigérien entend agir significativement sur le taux de croissance démographique afin de mettre en adéquation la constitution des familles avec leurs aspirations légitimes à vivre décemment.

L'approche développée dans cette politique qui milite en faveur de la promotion d'un développement social suppose que des efforts concomitants soient mis sur l'amélioration de la fourniture des services sociaux de base (santé et éducation), de la protection sociale, du cadre de vie (eau et assainissement), mais également de la promotion du genre, des droits humains et de la jeunesse.

Dans la pratique, notre politique de population s'appuiera sur les structures ministérielles qui auront à charge de mettre en œuvre les plans d'actions pluriannuels associés, en cohérence avec le cadre de référence de notre pays : la vision de la Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) 2035 et le Plan de Développement Economique et Social (PDES) 2017-2021.

A cet effet, le Gouvernement invite tous les services à respecter l'exigence dans la mise en œuvre des différentes activités. Garantir l'équilibre entre Population et Ressources nous permettra de réduire les coûts liés aux soins de santé et les charges éducatives. En réduisant le nombre de personnes dépendantes, le cadre du bonus démographique élargira nos possibilités d'emploi, de logement, d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de protection sociale des populations. La capture de ce dividende jouera donc un rôle important dans la diminution de la pauvreté et l'amélioration des conditions de vie des populations nigériennes.

Il est établi que la non-maîtrise de la fécondité contribue à priver une grande partie de la population nigérienne des bénéfices du progrès économique et social. Et pourtant, comme le stipule notre vision Niger 2035, il nous faudra, assoir une politique de population pouvant insuffler une dynamique de transformation sociale qui inclue équitablement les hommes et les femmes pour un changement profond de leurs aspirations et rôles au sein des familles et des communautés.

Sous la conduite du Ministère de la Population, et d'une façon participative ayant garanti la transparence, les experts issus de nos différentes administrations, nos partenaires techniques et financiers et les organisations de la société civile, ont contribué par leurs analyses pertinentes et précieuses à la finalisation de ce document.

Je voudrais aussi faire ressortir le rôle déterminant joué par le Fonds des Nations Unies pour la Population et la Coopération Luxembourgeoise relatif au concours financier et technique fournis et qui méritent toute notre reconnaissance. J'en profite également pour lancer un vibrant appel à l'ensemble

des partenaires techniques et financiers en leur demandant de nous accompagner dans la mise en œuvre de cette politique.

Je souhaite que les Nigériens dans leur ensemble s'approprient des objectifs et stratégies de cette politique qui est la leur. De leur engagement, adhésion et désir de changement dépendra le succès de la mise en œuvre de cette politique.

**SE M. BRIGI RAFINI**  
**Premier Ministre, Chef du Gouvernement**

## Avant-Propos

Avec l'adoption des objectifs de développement durable (ODD), les instances internationales ont voulu placer les questions de croissance de la population au cœur de la problématique du développement humain et durable. Le Niger s'est engagé à agir en conséquence pour domestiquer au mieux l'évolution de sa population. Dans cette Politique Nationale de Population, l'orientation principale est d'opérer une transformation profonde de la structure de la population en vue de la reconvertir en un véritable bonus démographique.

Faudrait-il le rappeler, c'est la clairvoyance de Son Excellence, le Président de la République du Niger, qui a permis à l'Union Africaine d'ériger la quête du dividende démographique comme une priorité continentale. Ainsi la réunion des Chefs d'Etat et de gouvernements africains, au cours de la 26<sup>ème</sup> session ordinaire de la Conférence de l'Union à Addis-Abeba, à consacrer comme directive de l'année 2017 le thème de : « *tirer pleinement profit du dividende démographique en investissant dans la jeunesse* ». L'élaboration de la présente politique entre dans le cadre de cette directive.

Telle qu'impulsée au plus haut par SEM le Président de la République, notre pays a opté pour la conception d'une politique qui articule un dispositif de capture du dividende démographique conforme à nos exigences socioculturelles et à nos priorités politiques. Cela suppose une mise en œuvre axée sur de fortes mesures d'investissements dans la santé et dans l'éducation, surtout des filles, des jeunes et des groupes sociaux désavantagés. Nous entendons par là et de façon inclusive, relever les défis de la maîtrise de la croissance rapide de notre population en l'associant à l'accroissement du niveau d'éducation, de formation professionnelle et technique de la population. Nos priorités sont également portées sur la création massive d'emplois décents et le développement de l'entrepreneuriat

Cependant, le défi reste toutefois incontournable et mérite une attention toute particulière. C'est ce qui explique que dans le cadre de la mise en œuvre de notre politique, nous allons développer des actions ciblées en vue de favoriser un changement social et de comportement en matière de santé de la reproduction, en s'appuyant sur une véritable mobilisation sociale qui requiert l'adhésion de la population. Les leaders coutumiers et religieux ainsi que la société civile seront largement impliqués dans ce processus, de même que les femmes dont l'autonomisation est hautement stratégique à l'agenda de développement de notre pays. Pour mieux cibler nos véritables priorités et faciliter l'appropriation par tous les acteurs concernés, les grandes orientations de cette politique ont été partagées avec les plus hautes autorités de l'Etat, les services ministériels, les autorités coutumières et religieuses, les partenaires au développement, les organisations de la société civile et les ONG, dans une démarche participative et inclusive.

La clé de la réussite de cette politique réside toutefois dans la qualité du dispositif de Suivi/Evaluation des interventions. Eu égard à cela, le modèle de mise en œuvre choisi bâti autour du principe de redevabilité a pu établir un rapport harmonieux avec toutes les parties prenantes. Une importance capitale est ainsi accordée à la gestion efficace des actions et des activités pour que le bien-être économique et social des citoyens soit une réalité. Le plan d'action de mise en œuvre constituera le cadre pratique de réalisation des orientations de cette politique.

Cher-e-s concitoyen-n-es, je vous invite tous et toutes à contribuer à l'objectif de faire de notre population un atout de développement.

**Dr Amadou Aïssata Issa Maïga**  
**Ministre de la Population**

## **Introduction**

Depuis quatre décennies (1977-2017), le Niger connaît une hausse fulgurante de sa population qui se trouve aujourd'hui multipliée par quatre avec un taux d'accroissement annuel de 3,9% par an (RGPH, 2012). Malgré ses potentialités en ressources naturelles divers, l'économie du pays est tributaire aux aléas climatiques et aux cours des matières premières (pétrole, uranium, or, etc.). Une telle configuration freine les perspectives de développement soutenu et durable du pays dans. Cela se reflète sur l'évolution très fluctuante de son taux de croissance économique au gré de la pluviométrie et de conjoncture internationale.

Par ailleurs, aucune stratégie de développement à long terme ne peut se baser sur des revenus fluctuants et dont la disponibilité n'est pas infinie. Aussi, cette économie s'avère peu créatrice d'emplois dans un contexte de hausse continue de la main d'œuvre. Des stratégies n'ont cependant pas manquées pour assurer un meilleur contrôle de l'évolution rapide de cette population. Etant conscient de ce problème, le Gouvernement a développé dès 1984 des services de Planification Familiale, intégrés progressivement aux services de santé maternelle et infantile et a adopté des textes régissant les services essentiels de contraception. En 1990, il mettra en place un Comité Technique Interministériel sur la Population (CTIP) en charge de l'élaboration de la première politique Nationale de Population (PNP, 1992) du pays.

Bien qu'ambitieuse, la PNP 1992 n'avait pas permis d'intégrer suffisamment les variables démographiques dans les politiques, programmes et plans sectoriels occultant ainsi le caractère transversal d'une telle politique. Treize ans après son adoption, les caractéristiques de la population du Niger étaient restées inchangées. L'Etat s'est alors engagé en 2007 dans une nouvelle stratégie en élaborant une Déclaration Générale de Politique de Population (DGPP, 2007). La mise en œuvre de la DGPP a souffert de la persistance des valeurs pronatalistes.

Tirant les enseignements de ces échecs successifs, l'Etat s'engage véritablement à faire de sa population un atout économique. Pour en faire un bonus démographique, la nouvelle politique de population dont les contours sont dressés ici sert de boussole à cette nouvelle stratégie.

Après avoir précisé le contexte international, régional et national (I) et analysé le poids de la démographie dans les secteurs, le contexte politique et la situation démographique du pays (II), il est mis en exergue les conditions de la capture du dividende démographique (III). A l'issue de la mise en évidence des fondements et principes autour desquels seront bâtis cette politique (IV), les orientations stratégiques (vision, objectifs et stratégies) de cette politique sont passées en revue (V). Pour finir, le rapport présente successivement le dispositif de coordination et de suivi et évaluation (VI), la mobilisation du financement (VII) de cette politique et l'analyse et la gestion des risques (VIII).

## **I. Contexte de la politique nationale de population**

### **I.1. Contexte international et régional**

La plupart des pays en développement ont eu à mettre en œuvre une politique nationale de population (PNP) au cours de ces trente dernières années. Pour tous, le but était de résoudre les problèmes démographiques qui constituent un frein au développement économique et social.

En pratique, la première génération de PNP a surtout mis l'accent sur la maîtrise de la fécondité et la diminution de la morbidité et de la mortalité. Les actions majeures ont porté sur le développement de programmes de planification familiale et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA. Ces initiatives ont été accompagnées de stratégies d'amélioration de la condition féminine, de promotion de l'éducation et de l'emploi des jeunes, de formation en démographie et dans

les sciences connexes et, aussi, d'intenses campagnes d'Information, d'éducation et de communication (IEC) en matière de population.

La seconde génération des PNP est née à la suite de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire (CIPD, 1994). La priorité a été portée sur la promotion des droits de la personne, notamment les questions de santé de la reproduction et de la planification familiale.

Au regard de l'évolution des statistiques actuelles, on observe une réelle progression de ces droits dans de nombreuses régions du monde. La fécondité est en baisse continue dans le monde et la constitution d'une descendance réduite est de plus en plus de rigueur (UNFPA-SWOP, 2018). D'après les projections des Nations Unies, le niveau de fécondité devrait poursuivre sa baisse et s'établir à moins de 5 enfants par femme dans tous les pays à l'horizon 2050. La part de l'Afrique subsaharienne dans la population mondiale devrait passer de 17 % en 2017 à 26 % en 2050.

Les problèmes de population perdurent cependant dans certains pays. Cela s'explique généralement par l'impossibilité des personnes à décider librement et consciemment de la constitution de leur descendance car leurs droits sont peu ou pas respectés.

Les pays à forte fécondité concernent généralement les pays d'Afrique subsaharienne (plus de 4 enfants par femme). Sur les 43 pays qui affichent un indice synthétique de fécondité d'au moins quatre enfants par femme, 38 se trouvent en Afrique (UNFPA-SWOP, 2018). Dans cette partie du monde, les droits fondamentaux en matière de santé de la reproduction sont souvent bafoués. A cela s'ajoutent des situations de précarités sociales et des problèmes d'accès à l'éducation, aux services de santé, des inégalités de genre et la problématique du mariage des enfants (grossesse précoce).

Dans certains pays du monde, on note cependant une tendance timide à la baisse de la fécondité. Il s'agit souvent de pays ayant bénéficié de l'introduction de programmes de planification familiale. La fécondité reste élevée et stable dans ceux qui sont confrontés à des phénomènes de conflits ou de crises économiques. A contrario, d'autres pays connaissent une réelle et forte baisse de leur fécondité. Entamé dans les années 1960-1980 à nos jours, on trouve dans ce groupe de pays à revenu intermédiaire les pays d'Amérique latine, bien qu'étant encore en situation de pauvreté. Les pays à faibles niveaux de fécondité sont constitués en particulier des pays plus développés (Asie, Europe et Amérique du Nord).

Une dynamique favorable à une baisse forte et soutenue de la fécondité est aujourd'hui relevée dans les pays où les niveaux d'éducation et de revenu sont importants et au sein desquels il existe des avancées majeures en matière de droits reproductifs des femmes. Les écarts observés entre les grandes zones géographiques s'expliquent, aussi, par les difficultés liées à l'accès aux services de santé de qualité (frein à la pratique contraceptive) et aux méthodes de contraception. Ces manquements contribuent à maintenir un niveau encore élevé de la mortalité des enfants, ce qui renforce davantage la propension des familles à accroître leur descendance par mesure de sécurité.

Le désir d'enfant est plus élevé en Afrique subsaharienne que dans toute autre région du monde. Les femmes de 15 à 49 ans déclarent un nombre idéal moyen d'enfants souhaité compris entre 3,6 (Rwanda) et 9,5 (Niger). Seules les femmes des pays comme le Kenya (3,9), le Malawi (3,9) et le Rwanda (3,6) souhaitent avoir moins de quatre enfants. Les hommes mariés ont généralement un désir d'enfants plus élevé que leurs consœurs mariées.

Depuis que le concept de droits reproductifs a été reconnu au plan mondial, la fécondité ne baisse que dans les pays où les femmes ont acquis les capacités et les connaissances pour réaliser leur désir de contrôle de leur vie procréative. Force est donc de reconnaître que le niveau de fécondité est clairement associé aux respects des droits en matière de reproduction. Ces droits sont aussi inhérents à ceux relatifs à la santé, à l'éducation, à un revenu décent, à la liberté de choisir et à l'absence de discrimination, notamment de genre. Connaître et jouir pleinement de ces droits favorise l'épanouissement des femmes. Dans les pays où ces droits ne sont pas effectivement reconnus, les

problèmes de maîtrise de la fécondité sont présents, ce qui annihile les efforts des gouvernements en matière de développement socio-économique.

## **I.2. Contexte national**

La population du Niger était de 3,2 millions en 1960<sup>1</sup>. Elle est estimée à 21,5 millions d'habitants en 2018<sup>2</sup>. Cette multiplication par plus de six de la population nationale depuis l'indépendance a eu des conséquences multiples sur la vie des Nigériens.

D'une part l'augmentation de la production nationale a été insuffisante par rapport à l'augmentation rapide de la population. Le revenu par an et par habitant du Nigérien est donc aujourd'hui inférieur à ce qu'il était au début des années 1960, malgré les performances économiques récentes du pays. D'autre part l'espace rural s'est densifié. La population urbaine a été multipliée par 12. Au prix de gros efforts, la couverture sanitaire du pays et l'état de santé de la population se sont sensiblement améliorés. Le nombre d'enfants scolarisés a considérablement augmenté. Globalement, les besoins essentiels de la population sont loin d'être tous satisfaits, notamment le besoin d'emploi des jeunes de plus en plus nombreux à se présenter sur le marché du travail.

Conscients de cette situation, les gouvernements successifs du Niger ont adopté et mis en œuvre depuis les années 1980 plusieurs politiques et programmes dans le domaine de la population et de la santé de la reproduction, afin que la croissance démographique soit en adéquation avec la croissance économique. C'est ainsi qu'ont été adoptées en 1992 une Déclaration de Politique Nationale de Population, puis en 2007 une Déclaration du Gouvernement en matière de Politique de Population.

Les succès les plus notables enregistrés concernent la réduction rapide de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, la faible prévalence du VIH/SIDA, et la diminution significative des mariages avant 15 ans qui n'a malheureusement pas conduit à une diminution équivalente de la fécondité des adolescentes. Il faut noter aussi l'adoption en 2006 d'une loi sur la santé de la reproduction. Toutefois, les résultats escomptés en termes de maîtrise de la croissance démographique n'ont pas été atteints. Au contraire, le nombre moyen d'enfants par femme est resté supérieur à sept, et la croissance de la population s'est accélérée au lieu de diminuer, pour atteindre 3,9% par an entre les recensements de 2001 et 2012. Cette situation a conduit à une augmentation considérable des besoins sociaux auxquels les autorités et les familles ont eu de plus en plus de mal à faire face.

Tenant compte des leçons du passé et des nouveaux défis auxquels le pays est confronté, le gouvernement a décidé d'adopter une nouvelle politique de population en l'inscrivant pleinement dans la SDDCI - 2035, le PDES 2017-2021 et le Programme de Renaissance Acte II 2016-2021, ainsi que dans le cadre des ODD 2030 et de l'Agenda 2063 : « l'Afrique que nous voulons » de l'Union Africaine.

Cette nouvelle politique, grâce à la sensibilisation de la population pour qu'elle adopte des comportements sexuels et reproductifs responsables, vise à éliminer le nombre de maladies et de décès évitables de mères et d'enfants, ainsi qu'à maîtriser la fécondité, et donc à accélérer le processus de transition démographique. Ceci aidera à mieux mettre en adéquation la croissance démographique avec les possibilités économiques du pays, afin de garantir une augmentation substantielle du niveau de vie et de la qualité de vie des Nigériens. La maîtrise de la fécondité, en réduisant les charges qui pèsent actuellement sur l'Etat et les familles, permettra de dégager des moyens supplémentaires pour former les jeunes de 15 à 30 ans et de constituer ainsi le capital humain de qualité dont le pays a besoin. Ainsi seront créées les conditions pour que le Niger puisse bénéficier à terme du Dividende Démographique grâce à une population en meilleure santé et productive.

---

<sup>1</sup> Annuaire Statistique, « Séries longues », Direction de la Statistique et de la Démographie, édition 1991

<sup>2</sup> Projections INS, 2018.

La mise en œuvre de cette politique sera guidée par les principes suivants :

- le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, y compris le droit à la vie,
- le respect de la dignité humaine,
- l'égalité et l'absence de discrimination sur la base du sexe, de l'âge, du handicap, ou des croyances et pratiques sociales, culturelles et religieuses ;
- la reconnaissance de la famille comme unité de base de la société ;
- l'affirmation des droits fondamentaux de tous les couples et individus d'être informés et de décider librement de manière consciente et responsable du nombre de leurs enfants dans l'intérêt de ces derniers ;
- la reconnaissance de la nécessité de faire progresser l'équité et l'égalité entre les sexes, d'autonomiser les femmes, et d'éliminer toutes les formes de discriminations et de violences à leur égard ;
- la reconnaissance de la nature multisectorielle des problèmes de population ; ;

## **II. Analyse de la situation sociodémographique, économique et politique au Niger**

### **II.1. Poids de la démographie et dynamique économique et sociale**

#### **II.1.1. Conséquences économiques et environnementales**

La croissance démographique soutenue de plus de 3% par an en moyenne du pays depuis son indépendance ne s'est pas accompagnée d'une amélioration du niveau de vie de la population. Certes le produit intérieur brut (PIB) a été multiplié par 4,1 entre 1960 et 2017, mais du fait de la multiplication par plus de six de la population au cours de la même période, la Banque Mondiale (BM) estime que le PIB par tête du Niger est aujourd'hui d'environ un tiers inférieur à ce qu'il était en 1960 (BM, 2018).

La reprise de la croissance économique depuis 2010, qui s'est traduite par une augmentation moyenne du PIB de 6,2 % par an entre 2010 et 2017, a permis une augmentation remarquable du PIB de 50% au cours de cette période. Cependant, la croissance démographique étant de 3,9% par an, le PIB par tête du pays n'a augmenté que de 2,2% par an en moyenne depuis 2010. Ce qui signifie que la croissance démographique a absorbé les deux tiers des richesses créés par la croissance économique retrouvée du pays.

Les performances très irrégulières de l'économie nigérienne au cours des 60 dernières années sont le résultat de plusieurs facteurs : instabilité politique (jusque dans les années 1990 puis à nouveau en 2009-2010), politiques économiques longtemps inadaptées, conséquences négatives des programmes d'ajustement structurel, volatilité des cours des matières premières sur les marchés internationaux (de l'uranium, et plus récemment du pétrole) et aussi l'importance du secteur informel dans l'économie. L'augmentation récente des richesses créées a certes permis une réduction de la pauvreté dont l'incidence est passée de 48% en 2011 à 45% en 2014 selon la définition nationale retenue. Cependant, celle-ci concerne encore près de la moitié de la population, et la pauvreté multidimensionnelle (qui mesure l'importance de diverses privations) est encore plus élevée puisqu'elle concernerait 81% de la population.

La pauvreté touche davantage le milieu rural qui regroupait 84% de la population en 2012, que le milieu urbain. La forte pression démographique qu'a connue le monde rural s'est accompagnée d'une augmentation des superficies cultivées, mais sans augmentation des rendements, d'un abandon progressif de la jachère et d'une dégradation de superficies cultivables (Guengant et Banoïn, 2003). De fait, l'agriculture et l'élevage qui contribuent à la moitié du PIB, restent largement de type extensif,

alors que l'espace disponible correspondant aux pratiques traditionnelles anciennes se rétrécit. C'est ainsi que sous l'effet des facteurs suivants : variations de la pluviométrie, archaïsme des pratiques culturelles et d'élevage, mauvaise organisation des marchés, et augmentation rapide des besoins alimentaires du fait de la croissance de la population, le pays a connu depuis l'indépendance plusieurs épisodes de pénuries alimentaires plus ou moins sévères, que la mise en œuvre de l'initiative 3N (Les Nigériens Nourrissent les Nigériens) entend éliminer.

L'augmentation encore plus rapide de la population de Niamey qui est passée de 60 000 habitants en 1960 à 1,02 million selon le RGP/H-2012, et des autres villes du pays, a créé de nouveaux besoins en infrastructures, alimentation en eau, assainissement, traitement des déchets ménagers, qu'il n'a pas été possible de satisfaire entièrement.

### **II.1.2. Conséquences en matière de protection sociale**

Cette pauvreté sévit dans un contexte de forte vulnérabilité et de faible protection sociale. Selon les données du BIT, la couverture sociale (le pourcentage de la population bénéficiant en 2017 de socles ou de systèmes de protection sociale au Niger) était de 20,6%. Cette proportion concerne à la fois des personnes non vulnérables et des personnes vulnérables.

Le pourcentage de personnes vulnérables couvertes par un système de protection sociale, n'est globalement que de 16,4%<sup>3</sup>, mais cette proportion varie d'un groupe à l'autre. Par exemple, les enfants ne sont couverts qu'à 4% et les personnes âgées à 6%. Avec le maintien d'une forte croissance démographique, le nombre de personnes vulnérables risque fort de s'accroître, même si leur pourcentage diminue ; ce qui pourrait compromettre l'atteinte de la cible ODD 1.3 qui consiste à faire en sorte, qu'une part importante des pauvres et des personnes vulnérables bénéficie d'une protection sociale en 2030.

### **II.1.3. Conséquences sur la santé**

Au cours des 60 dernières années, les autorités ont dû également faire face à l'augmentation considérable des besoins en santé de la population. Les programmes et politiques mis en place ont eu une certaine efficacité. Ainsi le nombre moyen d'années vécues par les Nigériens (ou espérance de vie à la naissance) est passé de moins de 40 ans dans les années 1960 et 1970, à 44 ans en 1990, puis à 62 ans en 2016<sup>4</sup>, suite notamment à la baisse rapide de la mortalité des enfants de moins de 5 ans qui a été quasiment divisée par trois depuis 1990 pour atteindre 126 pour 1000 en 2015 (ENISED, 2015).

La mise en place en 2006 de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans a contribué à améliorer encore davantage le suivi des femmes enceintes, la prise en charge des accouchements, et le suivi vaccinal et nutritionnel des jeunes enfants. Toutefois, la persistance de taux élevés de mortalité maternelle et de mortalité des enfants, et de pourcentages importants d'enfants souffrant de retard de croissance est imputable à la qualité de services de santé, particulièrement en milieu rural, mais aussi à l'importance des grossesses à risques associées au maintien d'une fécondité élevée.

Une grossesse à risques est une grossesse qui fait courir des risques à la santé de la mère et de l'enfant à naître. Il s'agit de grossesses chez des mères très jeunes ou relativement âgées, avec des antécédents obstétricaux liés à des grossesses nombreuses et/ou rapprochées, ou encore de grossesses chez des mères souffrant d'une maladie chronique (comme le diabète, l'hypertension artérielle, etc.). Ces grossesses doivent donc être suivies de près, davantage que les autres grossesses.

---

<sup>3</sup> Banque Mondiale indicateurs de développement, Niger, mise à jour du 14 novembre 2018

<sup>4</sup> Note sur la fiche de suivi des indicateurs sociaux au Niger, INS 2018.

Les enquêtes « Démographiques et de santé » (EDS) définissent pour les naissances survenues au cours des 5 années précédant l'enquête, les naissances issues de grossesses à risques comme étant :

1. des naissances de mères ayant accouché avant 18 ans (naissances trop précoces),
2. des naissances survenues moins de 24 mois après l'accouchement précédent (naissances trop rapprochées),
3. des naissances de mères ayant accouché après 35 ans (naissances trop tardives),
4. des naissances de mères ayant déjà accouché d'un enfant de rang quatre ou plus (naissances trop nombreuses).

Les grossesses et les naissances de rang 2, 3, ou 4 chez les mères âgées de plus de 18 ans et de moins 35 ans au moment de l'accouchement sont considérées comme ne présentant pas *a priori* de risques particuliers. Avec cette définition, selon les résultats de l'EDSN de 2012, 83% des naissances au Niger sont issues de grossesses à risques, dont 51% avec des risques multiples et 32% avec un seul risque.

L'accent mis sur les urgences obstétricales dans les structures sanitaires se justifie par l'importance de ces « quatre trop ». Mais, ces programmes sont coûteux et leur efficacité trouve ses limites dans l'ampleur et la multiplicité des risques encourus par les femmes. Le succès des efforts pour réduire la mortalité maternelle et infantile passe donc nécessairement par la réduction des risques, c'est-à-dire par l'adoption de nouveaux comportements en matière de maîtrise de la fécondité (éviter les grossesses précoces, rapprochées, tardives, et/ou trop nombreuses).

Au total, le maintien d'une fécondité élevée et l'importance du nombre d'enfants et des grossesses à risques font que, selon l'OMS, 63% des décès au Niger étaient dûs en 2016 à des causes largement évitables : maladies infectieuses, suivi prénatal et prise en charge des accouchements insuffisants et malnutrition. Pourtant, l'augmentation du nombre de personnes d'un certain âge va se traduire dans les années à venir par des besoins croissants pour la prévention et le traitement des maladies non-transmissibles : accidents cardio-vasculaires, diabète, cancers etc. Ce qui nécessite déjà et nécessitera encore plus dans le futur des moyens qui risquent de faire défaut si l'essentiel des dépenses de santé continue à être consacré à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Ceci est d'autant plus vrai que le Niger n'a consacré entre 2011 et 2015 que 5 à 6% de son budget à la santé, très loin de l'engagement pris par les gouvernements africains à Abuja en 2000, d'allouer au moins 15% de leurs budgets nationaux au secteur de la santé.

#### **II.1.4. Conséquences sur l'éducation**

Les autorités ont également eu à faire face à la croissance continue des effectifs à scolariser, réduisant ainsi les efforts d'amélioration des taux de scolarisation au primaire comme au secondaire. Le nombre d'enfants à scolariser au primaire (âgés de 7 à 12 ans) a été multiplié par près de 5 entre 1970 et 2015 et le taux brut de scolarisation est passé de 12% au début des années 1970 à 74% en 2015, soit une multiplication par six. Les effectifs scolarisés au primaire ont donc été multipliés par près de 30 depuis 1970. Les effectifs scolarisables au secondaire (âgés de 13 à 19 ans) ont été multipliés par 4 entre 1970 et 2015 et le taux brut de scolarisation est passé de 1% au début des années 1970 à environ 20% en 2014/15 (29,6% au secondaire 1 et seulement 7% au secondaire 2)<sup>5</sup>. Au total les effectifs scolarisés au secondaire ont été multipliés par 80 environ depuis 1970.

Malgré ces efforts colossaux qu'il faut saluer, associés à une mobilisation exceptionnelle en faveur de l'éducation pour tous, la scolarisation universelle n'est pas encore atteinte au Niger et le niveau d'éducation de la population en âge de travailler reste bas. Selon le RGP/H de 2012, seulement 30% des Nigériens de plus de 15 ans (39% des hommes et 22% des femmes) savent lire et écrire dans une langue quelconque. Parmi les 15-24 ans, les entrants sur le marché du travail, ce pourcentage est de 40% (49% pour les hommes et 32% pour les femmes).

---

<sup>5</sup> MES, Annuaire statistiques 2016.

De fait, la croissance exceptionnelle des effectifs scolarisés au primaire, au secondaire, mais aussi au supérieur s'est accompagnée d'une dégradation de la qualité de l'enseignement, le système scolaire n'arrivant plus à gérer les flux massifs d'élèves à tous les niveaux. Le Niger consacre pourtant une part importante de son budget à l'éducation, de l'ordre de 16 à 18% entre 2011 et 2015 (TBS<sup>6</sup>, 2016). Mais, du fait de l'importance des enfants de 7 à 12 ans, près de la moitié de ces dépenses vont à l'éducation primaire.

Les défis liés à l'éducation et à l'amélioration du capital humain du pays sont donc considérables. Il faudra à la fois atteindre la scolarisation universelle, augmenter les taux de passage au secondaire, retrouver une qualité acceptable des enseignements avec suffisamment d'enseignants qualifiés à tous les niveaux, afin de réduire les redoublements et les abandons, éliminer les disparités de scolarisation en défaveur des filles, et consacrer davantage de moyens à l'enseignement secondaire, technique et professionnel et aux filières techniques de l'enseignement supérieur. Ces défis seront d'autant plus difficiles à relever si le nombre d'enfants à scolariser continue d'augmenter aussi rapidement que par le passé.

### **II.1.5. Conséquences sur l'emploi**

L'une des conséquences les plus lourdes de la forte croissance démographique passée est l'arrivée d'un nombre croissant de jeunes Nigériens à la recherche d'emplois « décents ».

Les nouveaux arrivants sur le marché du travail, âgés de 15 à 24 ans, se répartissent entre les diverses catégories existantes, c'est-à-dire l'emploi formel, l'emploi informel, le chômage mais aussi l'inactivité subie qui méritent chacune une attention particulière.

Au cours des dernières décennies, l'incapacité du secteur moderne à créer un nombre suffisant d'emplois face à une demande croissante alimentée par la forte croissance démographique, s'est traduite par un développement rapide des activités informelles et de l'emploi informel, d'une augmentation du chômage et d'un « exode » plus ou moins long et important. Le secteur informel occupe donc depuis un certain temps déjà une place importante dans l'économie nigérienne, puisque selon les données dont on dispose, il contribuait en 2015 à 64% du PIB total du pays et à plus de 90% des emplois<sup>7</sup>, si on inclut les emplois agricoles.

Selon l'Enquête sur les conditions de vie des ménages et l'Agriculture (ECVMA), le taux de chômage en 2014, était de 17% contre 13% en 2011.

Mais, à côté des jeunes chômeurs, on compte une proportion non négligeable de jeunes inactifs « ni en emploi, ni en éducation, ni en formation ». Il s'agit dans la plupart des cas de jeunes en situation de vulnérabilité, appartenant à des groupes à risques qui méritent une attention particulière.

Les données du RGP/H de 2012 donnent pour une population totale de 17,1 millions, 4,4 millions de personnes de 15 à 64 ans occupées (ayant un emploi), dont 1,3 million de travailleurs familiaux. Parmi les personnes ayant un emploi, 3,5 millions le sont dans le secteur de l'agriculture et de l'élevage.

L'ajustement à cette situation de sous-emploi (qui comprend donc le sous-emploi des personnes occupées, le chômage proprement dit et l'inactivité subie) se fait de manière différente selon les zones de résidence. En milieu rural, l'insertion sur le marché du travail se fait massivement, faute de choix, par l'acceptation d'emplois mal rémunérés dans le secteur de l'agriculture et de l'élevage. La situation est différente en milieu urbain où les possibilités de soutien aux jeunes chômeurs et autres inactifs sont plus importantes d'où des possibilités d'ajustement au marché du travail plus ouvertes. Mais, rester en chômage en attente de l'emploi désiré, grâce à l'appui de parents ou de proches, n'est pas

---

<sup>6</sup> TBS : Tableau de bord social

<sup>7</sup> INS, Comptes rapides de la Nation 2017

donné à tous. Enfin, l'inactivité suppose autant que le chômage, un support familial ou des revenus qui peuvent aussi provenir d'activités illicites.

Du fait de la forte croissance démographique passée, les futurs entrants sur le marché du travail, soit les 15 à 24 ans, sont déjà tous nés et leur nombre va doubler d'ici 2035. Ce n'est qu'après 2035, que leur progression pourrait éventuellement être moindre, à condition que l'augmentation du nombre annuel de naissances entre 2015 et 2035 se ralentisse.

### **II.1.6. Conséquences sur la condition féminine**

La forte fécondité des Nigériennes leur laisse peu de temps pour avoir une activité économique rémunératrice. Elle est aussi le reflet de leur statut dans la société.

La plupart des femmes nigériennes, notamment en milieu rural, exercent en plus de leurs activités domestiques, une activité économique, généralement dans l'agriculture. Selon les résultats de l'EDSN de 2012, seulement un quart des femmes de 15 à 49 ans ont déclaré avoir exercé une activité contre rémunération en argent ou contre rémunération en argent et/ou en nature au cours des 12 derniers mois et au moment de l'enquête. En fait, ces chiffres sous-estiment la réalité, car les activités dans l'agriculture sont mal appréhendées. La plupart des femmes (85%) ont déclaré avoir décidé seules de l'utilisation de cette rémunération, qu'elles pensent inférieure à celle de leur conjoint.

Dans la majorité des cas les femmes ne possèdent pas de maison (61%<sup>8</sup>), ni de terres (64%). Cependant, les terres qu'elles cultivent leur sont généralement attribuées selon des règles coutumières (comme c'est aussi généralement le cas pour les hommes en milieu rural). Et seulement 22% des femmes ont déclaré posséder une maison avec quelqu'un d'autre (généralement le conjoint) et 14 % ont déclaré posséder seule une maison.

Par ailleurs, la forte progression démographique contribue à accentuer les inégalités de genre. Cette inégalité des femmes par rapport aux hommes est mesurée par « l'indice d'inégalité de genre », qui est un indice composite variant de 0 à 1, mesurant le déficit de progrès résultant d'inégalités dans les trois dimensions suivantes du développement humain : santé reproductive (taux de mortalité maternelle et taux de fécondité des adolescentes), autonomisation (% de femmes au parlement et % de femmes ayant suivi un enseignement secondaire ou supérieur), et marché du travail (taux d'activité des femmes dans la population active). Le rapport 2016 du PNUD, donne pour le Niger en 2015 un indice d'inégalité de genre très élevé de 0,695; ce qui le place avec le Tchad au 157ème rang sur les 159 pays classés, après le Mali (0,689) mais devant le Yémen (0,767) qui a l'indice d'inégalité de genre le plus élevé du monde.

## **II.2. Contexte politique**

Il y a une trentaine d'années, son Excellence le Président Seyni Kountché, dans un discours prononcé à Matamèye en 1985, posait déjà clairement la question du « comment mettre en adéquation la santé familiale et le développement, la croissance économique et la croissance démographique ? ». Et il ajoutait : « notre taux de croissance démographique est sans commune mesure avec notre croissance économique ». Il appelait par ailleurs la société nigérienne à se libérer des pesanteurs socio-éducatives, du fatalisme, de l'absentéisme et des fuites de responsabilité qui font obstacle à son épanouissement et à son équilibre (Barrère et al. 1998). Ce discours faisait suite à la création en 1984

---

<sup>8</sup> EDSN-IV 2012

d'un Centre National de Santé Familiale. Il a été suivi en 1988 par la création au sein du Ministère de la Santé d'une Direction de la Planification Familiale.

### **II.2.1. La Politique Nationale de Population de 1992**

Les travaux du Comité Technique Interministériel sur la Population (CTIP) mis en place en 1990, ont conduit en 1992 à la première Politique Nationale de Population (PNP) du pays adopté sous forme de loi (MDSPPF, 1992), et à la création d'une Commission Nationale de la Population (CONAPO) dépendant du Ministère du Développement Social, de la Population et de la Promotion de la femme. La PNP de 1992 se fixait comme objectif la maîtrise de la croissance démographique et des flux migratoires, et l'adéquation entre croissance démographique et développement économique. L'augmentation du taux de prévalence contraceptive, aussi bien en zone urbaine que rurale, figurait parmi les divers objectifs spécifiques retenus, mais sans objectif chiffré.

En pratique, la PNP de 1992 s'appuyait sur une série de programmes d'actions et d'investissements prioritaires, lesquels programmes devaient comporter plusieurs volets liés en particulier à la morbidité et à la mortalité, à la fécondité et à la planification familiale, à la migration, à l'urbanisation et à l'aménagement du territoire. Aucun objectif chiffré n'était retenu.

La réduction escomptée de la fécondité n'a pas eu lieu, le nombre moyen d'enfants par femme restant supérieur à 7 en 2006. Par contre, l'utilisation de la contraception, toutes méthodes confondues, a augmenté passant de 4,4% en 1992 à 11,2% en 2006, un niveau qui restait cependant très faible.

Des résultats positifs ont été enregistrés concernant la mortalité des enfants, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans passant de 318‰ en 1992, à 198‰ en 2006 et 127‰ en 2012. En revanche, la mortalité maternelle n'a pratiquement pas baissé puisqu'elle est passée de 652 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1992, à 648 en 2006.

La Politique Nationale de Population de 1992 n'a pas réussi non plus à ralentir la croissance démographique. Au contraire, la population a continué de croître rapidement, passant selon les recensements, de 7,2 millions en 1988 à 11,1 millions en 2001 et à 17,1 millions en 2012 ; ce qui correspond à des taux d'accroissement intercensitaire moyen de 3,3 % par an entre 1988 et 2001 et de 3,9% par an entre 2001 et 2012.

### **II.2.2. Déclaration du Gouvernement en matière de Politique de Population 2007**

La « Déclaration du Gouvernement en matière de Politique de Population » (DGPP)<sup>9</sup>, adoptée en Conseil des Ministres en février 2007, a remplacé la politique de 1992. Elle a été complétée par un plan d'actions de mise en œuvre et par un document sur les stratégies d'interventions couvrant la période 2007-2015. La DGPP de 2007 entendait « contribuer à la réduction de la pauvreté grâce à l'acquisition d'une mentalité et de comportements reproductifs aptes à induire au sein des populations une augmentation significative de l'utilisation de la contraception et une réduction des mariages précoces ». Grâce à la mise en œuvre de quatre programmes prioritaires, la DGPP de 2007 visait à atteindre en 2015 les quatre résultats suivants : avoir 15 à 20 % des couples utilisant une méthode efficace d'espacement de naissance ; avoir réduit d'un tiers la proportion des mariages précoces, avoir renforcé la pratique de l'allaitement maternel prolongé, et avoir réduit de sept à cinq le nombre moyen d'enfants par femme, et de 3,3 % à 2,5 % le taux de croissance annuel de la population.

Contrairement à la PNP de 1992, la DGPP s'appuyait sur des objectifs bien quantifiés. Un accent particulier était mis sur la pratique contraceptive mais à des fins d'espacement des naissances. Elle

---

<sup>9</sup> « Déclaration du gouvernement en matière de politique de population » Ministère de la Population et de l'Action sociale, Niamey, 2007.

intervenait également dans un contexte de mise en œuvre d'une nouvelle stratégie de réduction de la pauvreté en 2007. L'objectif de maîtrise de la croissance démographique y était érigé comme l'une des conditions préalables et durables de réussite des interventions des programmes à exécuter.

Pour conduire cette politique, le Ministère de la Population et des Réformes Sociales d'antan avait défini des stratégies et un plan d'actions pour la période 2007-2015. Mais à nouveau les résultats fixés n'ont pas été atteints. En effet, la prévalence contraceptive des femmes en union pour toutes les méthodes est passée de 11,2% en 2006 à 13,9% en 2012 (mais à seulement 10% si on exclut la MAMA<sup>10</sup>, allaitement exclusif jusqu'à 6 mois souvent confondu avec l'allaitement maternel simple). L'objectif de réduction d'un tiers la proportion des mariages des adolescentes de 15 à 19 ans n'a pas été atteint. L'âge médian à la première union des femmes de 25-49 ans était estimé à 15,7 ans en 2012 contre 15,5 ans en 2006. Cela a contribué en partie au maintien de la fécondité au-dessus de 7 enfants par femme. La conséquence de ces résultats est l'absence de réduction de la croissance de la population à 2,5% en 2015.

### **II.2.3. Contraintes et enseignements dans la mise en œuvre des précédentes politiques**

L'un des problèmes majeurs dont a souffert la mise en œuvre de la PNP de 1992 a été l'absence de politique globale de développement économique et social au cours des années 1990 ; imputable entre autres à l'instabilité politique, à la crise économique et aux programmes d'ajustement structurel. De plus, l'engagement des autorités sur les questions de population est resté timide jusqu'en 2010. Par ailleurs, le Programme d'Actions et d'Investissements Prioritaires (PAIP) qui devait servir de cadre d'exécution et de financement de la PNP n'est intervenu que cinq ans plus tard (vers 1996).

Bien que cohérent, le montage institutionnel mis en place a été jugé peu opérationnel. Pour faciliter la mise en œuvre, il a été créé une Direction de la Population au sein du Ministère en charge des questions de population. La coordination et l'animation de toutes les activités étaient de la responsabilité de cette direction. Dans les faits, les activités de coordination, de suivi et évaluation des interventions ont été jugées peu satisfaisantes. Cela a été attribué à l'absence de mécanismes précis de coordination des différents programmes, l'absence de mesures organisationnelles pour assurer une exécution correcte des programmes par les directions techniques centrales et régionales impliquées (Harouna, 2007).

Aussi, les programmes d'intervention devant permettre d'atteindre les objectifs fixés n'ont pas fait l'objet d'une définition claire des mécanismes de coordination entre les différentes interventions des programmes.

Au total, le Ministère de la Population et de l'Action Sociale était chargé d'assurer la coordination et le suivi-évaluation de la mise en œuvre des initiatives décidées par le Gouvernement en matière de population, ceci en collaboration avec les divers ministères concernés, en particulier ceux de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant et de l'Education de Base I et de l'Alphabétisation. Le Ministère devait également s'appuyer sur un partenariat efficace et participatif avec la société civile, les communautés de base et le secteur privé. Il était également attendu une contribution importante et soutenue de l'Etat et des partenaires

---

<sup>10</sup> MAMA : (Méthode d'Allaitement maternel et de l'Aménorrhée) ou « Contraception en post-partum » est considérée aujourd'hui par certains comme une méthode moderne de contraception. Toutefois, l'efficacité de la MAMA est limitée à six mois et suppose que les trois conditions suivantes soient remplies simultanément : 1) le bébé doit avoir moins de 6 mois, 2) la mère doit être aménorrhéique (ne pas avoir revu ses règles), 3) l'allaitement doit être pratiqué à la demande jour et nuit. En fait, la MAMA est souvent assimilée et confondue avec l'allaitement.

au développement. Malgré ces dispositions, le contexte sociopolitique de l'époque et l'insuffisance de moyens n'ont pas permis au Ministère de la Population d'assurer pleinement son rôle.

En ce qui concerne la DGPP de 2007, celle-ci avait contrairement à la PNP de 1992 des objectifs quantifiés. Cependant, elle n'a pas fait l'objet d'une évaluation formelle complète. Le Projet Démographique Multisectoriel (PRODEM 2006-2011) a été réalisé dans le cadre de la DGPP. Appuyé par la Banque Mondiale, il avait pour objectif d'aider le Gouvernement du Niger à aborder les questions démographiques d'un point de vue multisectoriel et de sensibiliser la population sur les questions démographiques et de santé de la reproduction. Il était aussi censé contribuer au renforcement des capacités du pays à traiter les défis démographiques, notamment à travers la conception et la mise en œuvre d'un programme national multisectoriel. Ce projet a fait l'objet d'une évaluation finale, mais seulement en 2016.

Pour résumer, les deux politiques de Population du Niger ont été confrontées à la persistance des contraintes socioculturelles, en particulier le fort désir d'enfants et l'accent quasi exclusif mis sur l'espacement des naissances. Aussi, la prise en compte des paramètres démographiques dans les programmes et interventions en matière de développement n'a pas été effective.

#### **II.2.4. Politiques et programmes en Santé de la Reproduction**

Le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2009 (MSP, 2005), comme le Programme National de Santé de la Reproduction 2005-2009, se fixaient comme objectif d'atteindre 15% de prévalence contraceptive et ce, dès 2009. Toutefois, le Plan Stratégique de Sécurisation des Produits PNSSPSR 2007-2010, n'a retenu qu'un objectif de réduction des besoins non satisfaits, et la Feuille de Route pour accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Niger (2006-2015) n'a retenu aucun objectif concernant la contraception. Quant à la seconde « Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté » 2008-2012 (SDRP)<sup>11</sup>, elle ambitionnait de faire du Niger « un pays émergent, bâti sur une économie dynamique », et elle exprimait clairement la volonté politique de maîtriser la forte croissance démographique du pays, en retenant l'objectif de la DGPP de 2007 d'arriver à 5 enfants par femme en 2015.

Dans l'ensemble, la planification familiale occupe une bonne place dans les politiques publiques depuis une trentaine d'années, mais les résistances à son adoption bien qu'atténuées, persistent. Pourtant, le Niger a adopté en 2006 une loi sur la santé de la reproduction (loi N 2006-16 du 21 juillet) reconnaissant à tous le droit à l'information et à l'éducation concernant les avantages, les risques et l'efficacité de toutes les méthodes de régulation des naissances (Article 5). Cependant, la loi précise que (seuls) « les couples légalement mariés peuvent décider librement et avec discernement de l'espacement des naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire » (Article 3). On notera, outre la restriction de cet article aux couples mariés, l'accent exclusif mis sur l'espacement des naissances et l'absence de mention sur la liberté de choisir le nombre d'enfants souhaités.<sup>12</sup>

Le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015 (MSP, 2011), entendait poursuivre le développement des services en Santé de la Reproduction (SR) à travers des paquets d'interventions concernant en particulier la planification familiale et la santé des adolescents et des jeunes (SAJ). Il était indiqué ainsi que l'extension des services passerait essentiellement par l'intégration effective de la planification familiale dans le paquet minimum d'activités dans toutes les formations sanitaires publiques et privées, la promotion de la distribution des contraceptifs à grande échelle et à base

---

<sup>11</sup> République du Niger, 2007 : Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté 2008-2012, Niamey, (sur le Programme spécial du président, voir page 21).

<sup>12</sup> « Rapport 2013 sur les droits de l'homme-Niger ». Country Reports on Human Rights Practices for 2013, United States Department of State • Bureau of Democracy, Human Rights and Labor.

communautaire. Le PDS 2011-2015 entendait également contribuer à la création d'un environnement favorable à l'utilisation de la planification familiale à travers la promotion d'activités de Communication pour le Changement de Comportement (CCC). L'objectif retenu était d'arriver à un taux de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes de 20% en 2014-2015 contre 5% en 2006 selon les résultats de l'EDSN 2006.

Le Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP) 2013-2015<sup>13</sup> a confirmé la volonté des autorités de maîtriser la forte croissance démographique du pays, ceci dans son axe 2 « Création des conditions de durabilité d'un développement équilibré et durable ». Il retenait quatre programmes directement inspirés de la DGPP de 2007 qui visaient à : 1) rendre l'utilisation des services de proximité en santé de la reproduction effective, 2) augmenter la prévalence contraceptive moderne 3) réduire les mariages précoces et 4) maintenir la durée moyenne de l'allaitement maternel à 21 mois. L'objectif retenu était d'arriver à une prévalence contraceptive moderne de 25% en 2015. Cet objectif correspondait en fait à la cible 5b des Objectifs du millénaire, rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015, c'est à dire à la satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale estimés à 25% lors de l'EDSN de 2006.

Enfin, dans le cadre du « Partenariat de Ouagadougou »<sup>14</sup> visant à accélérer la mise en œuvre de stratégies de planification familiale dans neuf pays francophones d'Afrique de l'Ouest, un « Plan d'action 2012 – 2020 » pour la planification familiale au Niger a été adopté par le Ministère de la Santé Publique (MSP) en juin 2012<sup>15</sup>. Ce plan vise au travers diverses actions à passer d'une prévalence contraceptive moderne estimée à 16% en 2010 à 25% en 2015 et à 50% en 2020 (objectif impossible à atteindre puisque la demande exprimée en planification familiale n'était que de 30% en 2012). Le coût de ce plan extrêmement ambitieux, estimé à 64 milliards de Francs CFA était censé permettre de couvrir les besoins en contraception moderne de 850 000 femmes en 2015 et d'environ 2 millions de femmes en 2020.

Afin de mobiliser les ressources nécessaires pour ce plan, une « Journée de plaidoyer et de mobilisation des ressources en faveur de la planification familiale au Niger » présidée par le Chef de Gouvernement a été organisée à Niamey en février 2013. Par ailleurs, le « Forum National sur les questions de Population » qui s'est tenu à Niamey du 25 au 28 mars 2014, a rappelé dans ses recommandations la nécessité de mettre en œuvre le Plan de Planification Familiale 2012-2020, la nécessité de mettre fin au mariage des enfants et d'éviter les grossesses non désirées chez les adolescentes.

Dans la foulée de ce forum, le Président de la République, S.E.M Mahamadou Issoufou a déclaré à l'occasion d'une visite à Maradi les 13-14 mai 2014 : « Nous devons procréer de manière responsable, c'est-à-dire avec la pleine conscience que nous avons le devoir de nourrir, d'éduquer, de soigner les enfants que nous mettons au monde »<sup>16</sup>.

## **II.2.5. Vision Niger 2035**

Tirant les leçons successives de sa longue expérience en matière de planification de développement, le Gouvernement nigérien a récemment défini son nouveau cadre de développement intitulé « Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive - SDDCI-Niger 2035 ». Représentant

---

<sup>13</sup> Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté 2013-2015, 278 pages

<sup>14</sup> « Qu'est-ce que le partenariat de Ouagadougou ? » Suite à la conférence « *Conférence Population, planification familiale et développement* ; l'urgence d'agir » qui s'est tenue à Ouagadougou en février 2011.

<sup>15</sup> « Planification Familiale au Niger : Plan d'action 2012 – 2020 ». Ministère de la Santé publique Direction Générale de la Santé de la Reproduction - Direction de la Santé de la Mère et de l'enfant. Niamey, juin 2012, 23 pages.

<sup>16</sup> « Limitation des naissances au Niger, les organisations musulmanes disent non » 19 mai 2014.

la vision prospective de développement du pays pour les vingt prochaines années, ce document sert de boussole à toutes les politiques publiques du pays. Ainsi, il y est décliné une vision ci-après : « un pays uni, démocratique et moderne, paisible, prospère et fier de ses valeurs culturelles, sous-tendu par un développement durable, éthique, équitable et équilibré dans une Afrique unie et solidaire ».

Au plan stratégique, le pays mise sur la sécurisation du territoire national, la modernisation de l'Etat et le développement de son capital humain. Egalement, les autorités voudraient transformer économiquement le monde rural et renforcer le secteur privé. Au cœur de cette politique, figure également l'affirmation de la nécessité d'accélérer le processus de transition démographique du pays.

Dans la vision 2035, les autorités souhaitent mettre en adéquation le taux de croissance de la population du pays avec ses capacités économiques. Pour atteindre cet objectif, il est prévu d'organiser d'intenses campagnes d'information et d'éducation à l'endroit des populations en vue de modifier les comportements et normes sociales concernant la taille de la famille idéale. Cela devrait en particulier se traduire en 2035 par une forte utilisation des méthodes de contraception moderne, un maintien important des filles à l'école et une réduction remarquable des mariages d'enfants (avant 18 ans). En conséquence, le pays devrait voir le taux de croissance de la population annuel baisser en-dessous de 3% et la taille de sa population s'établir autour de 40 millions d'habitants.

Le pays attend de la baisse du taux de croissance démographique d'importantes économies dans les finances publiques du fait d'une baisse significative des coûts liés aux soins de santé maternelle et infantile et aux charges éducatives.

Pour atteindre ces résultats, les orientations de la SDDCI 2035 sont traduites en plans d'actions à moyen terme à travers des plans nationaux et sectoriels de développement. Le premier cadre décliné à moyen terme est le Plan de Développement Economique et Social (PDES) 2017-2021. La PNP est alignée à la SDDCI pour garantir la cohérence dans la mise en œuvre des politiques et stratégies de développement.

## **II.3. Situation démographique**

### **II.3.1. Une répartition inégale de la population sur le territoire**

La forte croissance démographique passée s'est traduite par une augmentation continue de la densité de la population qui s'établit en 2012 à 13,5 habitants au km<sup>2</sup>. Mais avec une superficie de 1,267 million de km<sup>2</sup>, la majeure partie du territoire national est désertique et peu habitée. Ainsi, en 2012 plus de 80% de la population vivait dans cinq régions : Dosso, Maradi, Tillabéri, Zinder et Niamey qui totalisent une superficie de 328 924 km<sup>2</sup>, soit 26 % du territoire. Ces régions sont situées dans la bande sud du territoire national, la plus propice aux activités agro-pastorales. En 2012, des densités d'environ 100 habitants au km<sup>2</sup> ou plus ont été relevées dans plusieurs départements comme par exemple à Aguié, Madarounfa, Guidan Roumdji dans la région de Maradi, et à Matamèye dans la région de Zinder. Compte tenu de la qualité variable des sols, de l'irrégularité des pluies et des techniques culturales traditionnelles, il va être de plus en plus difficile de produire localement les quantités de céréales suffisantes pour nourrir convenablement les populations de ces départements, si celles-ci continuent de doubler tous les vingt ans.

Il faut noter que ces densités démographiques, élevées pour le Sahel, conduisent à une surexploitation des terres et donc à leur dégradation. Aussi, elles accélèrent le déboisement, le bois restant la principale source d'énergie pour la cuisson des aliments au Niger. L'extension des superficies cultivées est également source de conflits entre agriculteurs ainsi qu'entre agriculteurs et éleveurs.

### **II.3.2. Une population très jeune**

La croissance exceptionnelle de la population du Niger est le résultat du maintien sur plusieurs décennies d'une fécondité élevée (aujourd'hui la plus forte du monde) et d'une baisse assez rapide de la mortalité. Le solde migratoire annuel étant quasiment nul (- 0,03%)<sup>17</sup>, la migration ne joue qu'un rôle marginal dans la dynamique démographique du pays. Le Niger en est donc au tout début de sa transition démographique, qu'on peut définir comme le passage de niveaux de mortalité et de fécondité élevés, non maîtrisés à des niveaux plus faibles maîtrisés, comme c'est le cas aujourd'hui dans les pays dits développés, les pays émergents, et de nombreux pays en développement.

Dans ce contexte, l'accroissement naturel de la population s'est accéléré passant de 2,9% au début des années 1960 à 3,9% en 2012, provoquant un rajeunissement de la population. Non seulement le nombre de jeunes de moins de 15 ans entre 1960 et 2015 a été multiplié par six mais son pourcentage dans la population totale est passé de 48% en 1960 à 51% en 2012<sup>18</sup>. Parallèlement, si le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus a été multiplié par plus de 10, son pourcentage dans la population totale n'est que de 3%. Le nombre moyen d'enfants par couple étant d'environ 7, les enfants d'aujourd'hui sont ainsi trois fois plus nombreux que leurs parents. Même si dans l'avenir ils ont moins d'enfants que leurs parents, ils vont donc constituer du fait de leur nombre un frein au ralentissement de la croissance démographique du pays.

Une autre conséquence de la dynamique démographique passée est l'augmentation des taux de dépendance démographique, défini conventionnellement comme le rapport entre le nombre de dépendants de moins de 15 ans et de 65 ans et plus et le nombre d'actifs potentiels âgés de 15 à 64 ans. Ce taux est passé en effet de 98 en 1960 à 119 pour 100 actifs potentiels (ou 1,19 dépendant par actif potentiel) en 2015. Il est aujourd'hui environ deux fois moindre dans les pays émergents. Il est toutefois préférable d'utiliser le taux de dépendance économique ou le rapport entre le nombre de personnes à charge quel que soit leur âge et le nombre d'actifs occupant un emploi rémunérateur (en sont exclus les travailleurs familiaux). Selon les résultats du RGP/H 2012, le taux de dépendance économique au Niger était alors de 4,4, soit presque 4 fois le taux de dépendance démographique (1,19).

### **II.3.3. Les femmes : faible pouvoir de décision**

Le maintien d'une fécondité forte au Niger peut s'expliquer en partie par le faible pouvoir de décision en matière de procréation et au sein du ménage en général. En effet, les résultats de l'EDSN de 2012 indiquent clairement que c'est l'homme qui décide. La décision finale est prise dans plus des trois quarts des cas par l'homme en ce qui concerne les soins de santé de la femme et les achats importants du ménage, et même dans 60% des cas en ce qui concerne les visites de la femme à sa famille. Seulement 4% des femmes ont déclaré prendre seules leurs décisions concernant leurs propres soins de santé, et seulement dans 18% des cas cette décision est prise conjointement par l'homme et la femme. Par contre, dans près de trois cas sur quatre (73%) les hommes prennent seuls leurs décisions concernant leurs propres soins de santé.

La violence conjugale constitue aussi un frein à l'épanouissement des femmes. Des questions ont été aussi posées en 2012 aux hommes et aux femmes sur les raisons justifiant que le mari frappe sa conjointe. Cinq raisons ont été retenues : le fait que la femme brûle la nourriture, qu'elle argumente

---

<sup>17</sup> Nations Unies (par an).

<sup>18</sup> Enquête démographique 1960, RGP/H 2012

avec son mari, qu'elle sorte sans lui dire, qu'elle néglige les enfants, et/ou qu'elle refuse d'avoir des rapports sexuels. Les résultats de l'EDSN de 2012 indiquent que les violences conjugales sont toujours largement admises par les femmes, puisque 60% d'entre elles ont déclaré trouver normal qu'un mari batte sa femme pour au moins l'une des cinq raisons retenues. Les pourcentages d'acceptation de la violence conjugale les plus élevés cités par les femmes concernent le refus d'avoir des rapports sexuels et le fait d'argumenter avec le mari. Mais, le pourcentage d'acceptation globale de la violence conjugale a diminué de 70% à 60% entre les EDSN de 2006 et 2012. De manière intéressante, les mêmes questions ont été posées aux hommes en 2012. Contre toute attente, les hommes ont été deux fois moins nombreux que les femmes (27 %) à penser qu'il était justifié de battre sa femme pour au moins l'une des cinq raisons retenues. La première raison citée par les hommes est le fait que sa femme argumente avec lui (20 %), suivie par le fait qu'elle sorte sans le lui dire, ou qu'elle néglige les enfants (16% dans les deux cas), puis le fait qu'elle refuse d'avoir des rapports sexuels (14 %), et enfin qu'elle brûle la nourriture (9 %).

Ces résultats indiquent clairement qu'il reste encore beaucoup à faire pour que les femmes puissent prendre avec leur conjoint, ou par elles-mêmes, les décisions qui les concernent directement. La place des femmes au sein du ménage et dans la société reste au Niger un enjeu de pouvoir entre hommes et femmes, et aussi entre générations, à la croisée des chemins entre tradition et modernité. Ceci s'exprime entre autres par les préférences élevées en matière de fécondité. C'est ainsi que selon les résultats de l'EDSN de 2012, les femmes en union de 15 à 49 ans qui n'avaient pas encore d'enfants et constituées majoritairement de jeunes, donnaient un nombre idéal d'enfants de 8,8 contre 10,6 chez les hommes en union également sans enfants.

#### **II.3.4. Les adolescentes : mariages et grossesses précoces**

La fécondité élevée du Niger est souvent expliquée par la précocité des mariages et des premiers rapports sexuels. Les données disponibles à ce sujet révèlent en fait une réduction importante des mariages très précoces (mariages d'enfants). Parmi les femmes âgées de 20-24 ans, 28 % ont déclaré en 2012 avoir été mariées avant 15 ans contre 50 % en 1992, et 76 % avant 18 ans en 2012 contre 84 % en 1992. Mais, malgré ces avancées, trois Nigériennes sur quatre restent exposées au risque d'une grossesse trop précoce (avant 18 ans) mettant en danger leur vie et celle de leurs enfants.

La diminution des mariages précoces s'est traduite par une augmentation modeste, d'un an environ, de l'âge auquel la moitié des femmes (ou âge médian) est mariée. L'âge médian au premier mariage reste ainsi de 16 ans en 2012 pour l'ensemble du pays, et de près de 20 ans à Niamey. Il était de 15,7 ans parmi les femmes non scolarisées, mais de 21,7 ans, soit six ans de plus, chez les jeunes femmes ayant un niveau d'éducation secondaire (EDSN 2012). Les hommes, eux, se marient beaucoup plus tard, et on note une évolution vers des mariages plus tardifs. En 2012, 65 % d'entre eux ont déclaré avoir été mariés avant 25 ans, et l'âge médian au premier mariage des hommes était de 25 ans, soit neuf ans de plus que celui des femmes. Ces écarts sont le reflet de normes sociales solidement ancrées, et de la faiblesse du pouvoir de décision des femmes concernant leur entrée en union et le choix de leur conjoint. En effet, nombre de « mariages d'enfants » sont motivés par la peur du déshonneur d'une grossesse hors mariage, mais aussi, pour des raisons matérielles.

Parallèlement à la diminution des mariages très précoces, on a observé une diminution de la proportion des filles ayant des enfants ou enceintes à 15 ans qui est passée de 9,6% en 1992 à 6,6 % en 2012. Mais, pour les autres âges, les proportions sont en augmentation, sauf pour les filles de 18 ans. Ainsi, le pourcentage de filles ayant des enfants ou enceintes à 17 ans, c'est-à-dire avant leur 18<sup>e</sup> anniversaire, était de 42 % en 2012. Or, on considère que ce n'est qu'à 18 ans que la majorité des jeunes femmes ont achevé un degré de maturité physique suffisant pour avoir des enfants. Enfin à 19 ans, c'est-à-dire avant leur 20<sup>e</sup> anniversaire, trois jeunes femmes sur quatre (75 %) avaient déjà un ou plusieurs enfants ou étaient enceintes de leur premier enfant, ce qui est l'un des pourcentages les plus élevés au monde.

Au total, les taux de fécondité des jeunes femmes de 15 à 19 ans (c'est-à-dire le pourcentage de naissances parmi ces dernières) sont restés quasiment les mêmes pour l'ensemble du pays au cours des 20 dernières années. Certes, ils ont franchement diminué en milieu urbain, mais ils ont légèrement augmenté en milieu rural où ils sont plus du double des taux urbains.

Les taux plus faibles chez les adolescentes urbaines peuvent s'expliquer par le fait qu'elles sont davantage scolarisées que les adolescentes rurales, et aussi par le fait qu'elles sont moins susceptibles d'être victimes d'un mariage précoce, leurs parents étant eux-mêmes plus éduqués et plus aisés que les parents des jeunes filles rurales. Malgré ces différences et le recul encourageant des « mariages d'enfants », il reste encore beaucoup à faire pour réduire les taux de fécondité des adolescentes du Niger.

### **II.3.5. Une fécondité élevée à tous les âges**

La fécondité reste élevée à tous les âges de la vie féconde des femmes au Niger. Le taux de fécondité le plus élevé est celui des femmes de 20 à 24 ans, suivi du taux de fécondité des femmes de 25 à 29 ans et du taux de fécondité des femmes de 30 à 34 ans. Ces taux de fécondité sont tous les trois supérieurs au taux de fécondité des adolescentes.

Le cumul des taux de fécondité par âge entre 15 et 49 ans, conduit pour toutes les enquêtes réalisées au Niger, depuis la première enquête démographique de 1959-1960 jusqu'à l'ENISED de 2015, à plus de 7 enfants par femme en moyenne. Cet indicateur, qui reflète la fécondité au moment des enquêtes, est appelé Indice Synthétique de Fécondité (ISF). Il varie bien sûr selon le milieu de résidence, les régions, le niveau d'éducation des femmes etc.

En 2012, l'ISF était ainsi de 8,1 en milieu rural, contre 5,6 en milieu urbain. Par région, les ISF les plus élevés étaient, toujours en 2012, ceux enregistrés dans les régions de Zinder (8,5), Maradi (8,4), et de Tillabéri (7,9). Les plus faibles étaient ceux des régions de Niamey (5,3), d'Agadez (5,7) et de Diffa (6,4). Dans les autres régions, Tahoua et Dosso, les ISF étaient respectivement de 7,3 et de 7,4. Enfin, avec un ISF de 8, les femmes n'ayant pas été scolarisées avaient en moyenne 3 enfants de plus que celles ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus dont l'ISF était de 4,9. Et, les femmes les plus pauvres avaient en moyenne 2 enfants de plus : 8,2 enfants, que les femmes les plus aisées qui en avaient 6,1.

Malgré ces différences non négligeables (de trois enfants par femme entre les femmes rurales et urbaines et entre les femmes non scolarisées et les femmes les plus éduquées), la fécondité au Niger reste élevée dans quasiment tous les milieux, comparativement à ce qu'on observe aujourd'hui dans les pays émergents et dans la plupart des pays en développement, où elle se situe au niveau national entre deux et trois enfants par femme en moyenne.

En fait, dans le contexte nataliste du Niger, la maîtrise de la fécondité est essentiellement assimilée à l'espacement des naissances. C'est ainsi qu'avec les taux de fécondité observés en 2012, les femmes rurales ont en moyenne un enfant à 20 ans, cinq enfants entre 20 et 35 ans, et deux enfants supplémentaires entre 35 et 50 ans, soit huit enfants au total. A Niamey, seulement la moitié des femmes ont au moins un enfant à 20 ans, puis près de quatre enfants entre 20 et 35 ans, et un autre enfant après 35 ans, ce qui donne 5,3 enfants au total.

Ce modèle de fécondité, qui a peu changé au cours des 20 dernières années, est très différent de ceux observés aujourd'hui dans nombre de pays en développement, comme par exemple au Bangladesh, pays musulman, classé comme le Niger dans le groupe des Pays les Moins Avancés. Selon les résultats de l'EDS réalisée dans ce pays en 2014, 60% des femmes en moyenne avait déjà un enfant à 20 ans, puis 1,5 enfant entre 20 et 35 ans, mais seulement 0,2 enfant entre 35 et 50 ans, ce qui donne un ISF de 2,3 enfants par femme. Cela signifie qu'au Bangladesh, les mariages et les maternités y sont toujours relativement précoces, que l'espacement entre le premier, le deuxième, et éventuellement un 3<sup>ème</sup> voire un 4<sup>ème</sup> enfant se produit surtout entre 18 et 35 ans. Au-delà de 35 ans, les femmes de

ce pays estiment devoir s'occuper de leurs enfants déjà nés et choisissent de ne plus contracter de grossesses pour être en mesure de travailler.

### **II.3.6. Un désir d'enfants toujours très fort**

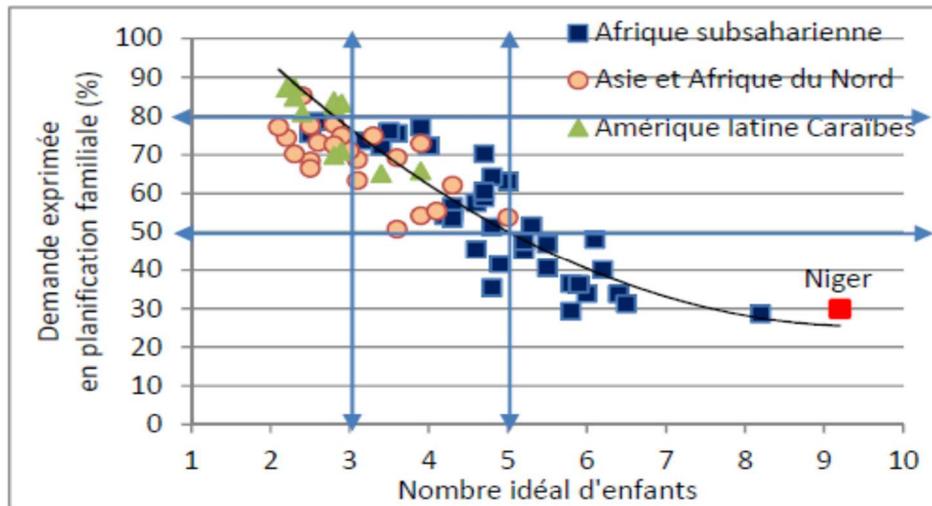
Le maintien tout à fait particulier dans le monde actuel d'une fécondité supérieure à sept enfants par femme au Niger est le résultat de plusieurs facteurs. Le premier de ces facteurs est le fort désir d'enfants que l'on peut apprécier par le nombre idéal moyen d'enfants. Ainsi, le nombre idéal moyen indiqué par les femmes de 15 à 49 ans lors de l'EDSN de 2012 était de 9,2 enfants, et de 10,9 enfants pour les hommes de 15 à 59 ans. Cet idéal était également élevé, de 8,3 enfants, chez les jeunes femmes de 15-24 ans. Il en était de même parmi les jeunes femmes ayant un niveau d'études secondaires et plus qui indiquaient en 2006 un idéal moyen de 6,5 enfants. A titre de comparaison, le nombre idéal moyen indiqué par les jeunes femmes de 15 à 24 ans était de 2,8 enfants en Egypte en 2014, de 2,6 enfants en 2004 au Maroc, de 2 enfants au Bangladesh en 2014, et de 2,3 enfants en Afrique du Sud en 1998.

La conséquence de ce fort désir d'enfants est logiquement la faiblesse de la demande en contraception c'est-à-dire en planification familiale. Selon l'EDSN de 2012, seulement 30% des nigériennes en union exprimaient alors un besoin en contraception. Cette faible proportion est confirmée par les résultats de l'ENISED de 2015 qui indiquent que seulement 13,4% des femmes de 15 à 49 ans utilisaient une méthode quelconque de contraception, et que seules 21,4% des non utilisatrices avaient l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans l'avenir.

Deux femmes nigériennes sur trois n'expriment donc aucun besoin en contraception. Parmi les raisons de ce désintérêt, si on exclut les femmes non mariées, veuves et divorcées, plus de la moitié des femmes, 57% ont indiqué vouloir un enfant, 14% que la contraception/planification familiale était interdite par leur religion, 10% ont mentionné l'opposition de leur mari, 8% ont dit ignorer l'existence des méthodes contraceptives, 2 % ont invoqué l'inaccessibilité des services, et le reste, soit 9% ont donné d'autres raisons.

Ces données pointent le fait que la faible utilisation de la contraception au Niger est d'abord imputable à la faiblesse de la demande qui est liée à des habitudes culturelles. Les données croisant la demande en planification familiale et le nombre idéal d'enfants tirées de 71 EDS récentes dans le monde indiquent assez clairement à ce sujet, qu'une demande de 50 à 80% est associée à un nombre idéal de 3 à 5 enfants. Ces données indiquent aussi que la satisfaction des droits sexuels et reproductifs, qui correspond en gros à une demande exprimée par 70 à 90% des femmes en union (les 10 à 30% restant étant les femmes qui légitimement désirent avoir des enfants), est associée à un nombre idéal de trois enfants ou moins.

**Figure 1 : Demande en planification familiale et nombre idéal moyen d'enfants chez les femmes en union dans 71 pays en développement.**



Source: Guengant 2017, *Africa's Population History, Current Status, and Projections*

### II.3.7. Une faible utilisation de la contraception, surtout pour espacer les naissances

La faiblesse de la demande en contraception au Niger est logiquement associée à sa faible utilisation. Selon l'EDSN de 2012, 13,9% des femmes de 15 à 49 ans en union utilisaient alors une méthode quelconque de contraception, et 12,2% une méthode moderne (y compris la MAMA c'est-à-dire l'allaitement exclusif pendant les six mois qui suivent l'accouchement). Cette prévalence reste faible. Dans les pays émergents et dans de nombreux pays en développement, entre 60% et 85% des femmes en union utilisent aujourd'hui une méthode contraceptive. De ce fait, ces pays ont réalisé ce qu'on a appelé la « révolution contraceptive », c'est-à-dire le passage de taux de prévalence contraceptive de 10 à 20% à plus de 60% en 30-40 ans avec des augmentations moyennes annuelles de l'ordre de 1,5 point par an, contre moins de 0,5 point par an au Niger entre les EDSN 2006 et 2012.

Toutefois, l'utilisation de la contraception moderne semble avoir quelque peu progressé ces dernières années. Elle est passée en effet chez l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans de 11,0% en 2012 selon l'EDSN, à 12,1% en 2015 selon l'ENISED et à 15,2% en 2017 selon l'enquête PMA 2020. Chez les femmes en union de 15 à 49 ans, l'utilisation de la contraception moderne serait passée de 12,2% en 2012 selon l'EDSN à 18,1% en 2017 selon l'enquête PMA 2020. Mais, les méthodologies de ces enquêtes étant différentes, il est difficile d'en tirer des conclusions définitives. On notera cependant que la demande exprimée en contraception parmi les femmes mariées était de 30% en 2012 selon l'EDSN, alors que l'enquête PMA 2020 donne une demande de 40% en 2017, ce qui reste toujours faible.

L'enquête PMA 2020 confirme néanmoins que la contraception est perçue au Niger comme un moyen d'espacer les naissances. En effet, les besoins non satisfaits exprimés qui concernent 21% des femmes en union en 2017, sont à 89% des besoins en espacement et à 11% des besoins pour l'arrêt, des pourcentages quasi identiques à ceux trouvés en 2012. Dans la plupart des pays d'Amérique latine, d'Asie et d'Afrique du Nord, la demande en planification familiale est en gros de 20 à 40% pour l'espacement et de 60 à 80% pour l'arrêt.

Au total la satisfaction des besoins exprimés en planification familiale au Niger progresse et elle est estimée à 47% en 2017. Mais la demande reste faible et la contraception est vue essentiellement comme un moyen, à travers l'espacement des naissances, de réaliser un nombre idéal d'enfants élevé

pendant toute la durée de la vie féconde des femmes. Assurer la qualité des services et satisfaire les besoins non satisfaits exprimés est certes important. Mais, une nigérienne sur deux, voire deux nigériennes sur trois n'expriment toujours aucun besoin en contraception. Le niveau de fécondité dépendant largement du nombre d'enfants souhaité par les femmes et de leur utilisation de méthodes contraceptives pour atteindre ce nombre, il est donc difficile de fixer à priori un ISF à atteindre au Niger à un horizon donné.

La maîtrise de la fécondité, qui est l'un des objectifs de la SDCCI Niger 2035 et de la nouvelle politique de population, requiert d'abord une diminution du nombre idéal d'enfants. Cette diminution permettant de le ramener à 4 enfants par femme en 2035 doit aller de pair avec une forte augmentation de la demande en contraception qui doit être pour moins de 50% une demande en espacement et avec une hausse de l'utilisation de la contraception. Parallèlement, il conviendrait de viser à réduire le pourcentage d'adolescentes mariées de 15-19 ans, par exemple de 61% en 2012 à 40,0% en 2035. La SDDCI 2035, indique à ce sujet plusieurs objectifs à atteindre qui sont repris dans cette politique de population.

La maîtrise de la croissance démographique qui passe par la maîtrise de la fécondité constitue donc au Niger un défi de taille. Le relever suppose des changements radicaux de comportements et que le Niger s'engage sur la voie d'une « révolution contraceptive ». Cette dernière a été réalisée dans les pays émergents et dans de nombreux pays musulmans. Ceci grâce à un fort engagement des autorités publiques, des organisations de la société civile, des autorités coutumières et religieuses, combiné à d'intenses opérations de plaidoyer et de sensibilisation en faveur des droits sexuels et reproductifs et des avantages d'une famille moins nombreuse. Cette situation doit toutefois s'accompagner d'investissements massifs dans les programmes de planification familiale, les initiatives pour la survie de la mère et de l'enfant, l'éducation et l'émancipation des femmes.

## **II.4. Atteindre le dividende démographique**

### **II.4.1. Le concept de dividende démographique**

Le mécanisme qui a conduit divers pays émergents notamment en Asie à bénéficier d'un dividende démographique, est décrit ci-après.

La baisse de la mortalité des enfants conduit d'abord à de fortes augmentations du nombre de jeunes, ce qui est toujours le cas au Niger. Puis, lorsque la fécondité baisse, le nombre de naissances se stabilise ou décroît, et il y a relativement moins d'enfants à charge. Parallèlement, la population en âge de travailler augmente plus vite, et si le nombre de personnes ayant un emploi et leurs revenus augmentent, le revenu par habitant augmente également. Les personnes ayant un emploi, et les gouvernements peuvent alors libérer des ressources pour investir dans le développement économique. Cette période de baisse continue des taux de dépendance ouvre alors une « fenêtre d'opportunité démographique » d'une cinquantaine d'années qui permet de bénéficier, sous conditions, d'un « premier dividende démographique ». Puis, si les actifs qui arrivent à l'âge de la retraite disposent de pensions de retraite et ont accumulé un capital (biens et ressources financières), au cours de leur vie, et que ces moyens sont investis dans l'économie locale, alors un « second dividende démographique » est envisageable. Mais, cela est peu probable en Afrique en général et au Niger en particulier compte tenu du poids du secteur informel dans les économies africaines et de la faiblesse, voire de l'absence de ressources de la plupart des personnes âgées.

La Banque mondiale a réalisé en 2016, une classification des pays du monde selon la possibilité qu'ils ont eu, peuvent, ou pourraient bénéficier du premier dividende démographique en fonction de leur niveau de fécondité et de leur revenu par habitant. Dans ce classement le Niger fait partie avec 33 autres pays d'Afrique subsaharienne du groupe des pays dits « pré dividende », où la baisse de la

fécondité est lente et reste supérieure à quatre enfants par femme, et le PIB par tête peu élevé. Mais, avec l’amorce puis l’accélération de la baisse de la fécondité et le maintien d’une forte croissance économique, il est possible d’envisager que le Niger commence à bénéficier d’un dividende démographique dès les années 2030.

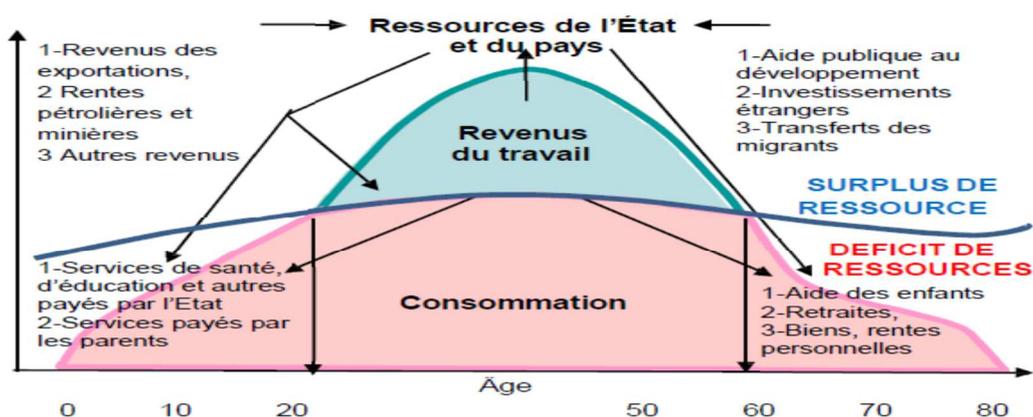
#### II.4.2. L'économie générationnelle

Grâce au projet régional d'autonomisation des femmes et dividende démographique au Sahel (PRAF/DD-SWEDD)<sup>19</sup>, le Niger a engagé une série d'études en vue de documenter les conditions de capture du dividende démographique. Pour ce faire, le pays a eu recours notamment au modèle du « National Transfer Accounts » (NTA) et aussi au modèle « Dividende Démographique » (DemDiv).

Le modèle NTA s'appuie sur « l'économie générationnelle » que l'on peut résumer de la manière suivante. Dans chaque société, au cours d'une vie, comme à un moment donné, c'est au travers des transferts qui s'opèrent entre ceux qui travaillent et qui consomment moins que ce qu'ils produisent (les actifs réels), et ceux qui consomment plus que ce qu'ils produisent (les enfants, les jeunes, les adultes inactifs, et les personnes âgées), que l'on explique l'impact de l'évolution des structures par âge sur l'économie et la possibilité de bénéficier du premier, puis d'un second dividende démographique (Figure 2)

La méthodologie des Comptes de Transferts Nationaux ou *National Transfer Accounts* (NTA) a été développée pour un certain nombre de pays développés et en développement, dont le Niger dans le cadre du Projet SWEDD. C'est un modèle d'économie générationnelle permettant de mesurer les flux économiques entre les groupes d'âge d'une manière qui soit compatible avec les comptes économiques nationaux. L'objectif de cette méthode est d'améliorer les connaissances sur « l'économie générationnelle », afin de mieux comprendre comment la croissance démographique et l'évolution des structures par âge influencent la croissance économique, l'équité entre les sexes et l'équité intergénérationnelle, les finances publiques, et d'autres variables macro-économiques. Ce modèle permet ainsi de mesurer la façon dont chaque groupe d'âge produit, consomme, partage et épargne. Ceci en distinguant deux types de flux : les transferts entre groupes d'âge, et l'utilisation des actifs accumulés au cours de la vie (Figure 2).

Figure 2 : Schéma du cycle de vie économique et des transferts correspondants

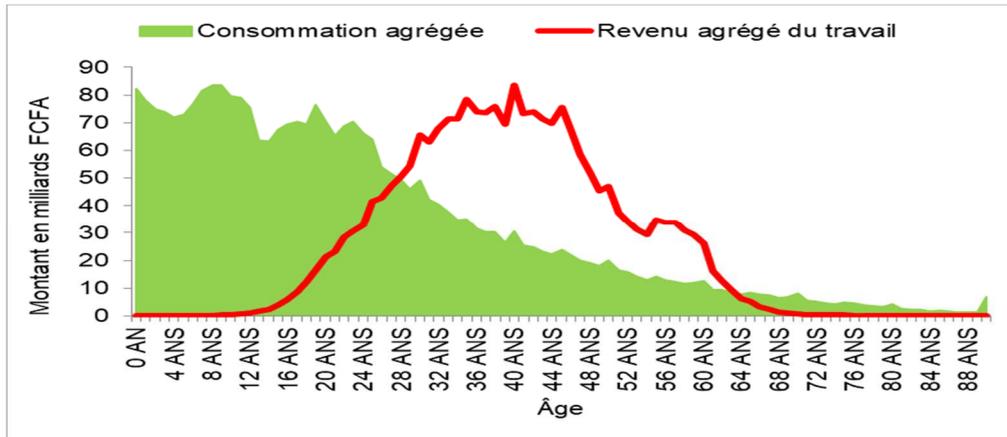


Source : adapté de « Consumption and Labor Income Profiles Release, Consumption and Labor Income profiles for 23 NTA countries » National Transfer Accounts 2012 : Understanding the generational economy.

<sup>19</sup> Ce travail a été effectué grâce à l'appui technique du Centre de Recherche en Economie et Finance Appliquées de Thiès (CREFAT)

Les montants agrégés des revenus du travail et de la consommation obtenus pour le Niger en 2014, illustrent bien la part considérable de l'utilisation par les jeunes des revenus des actifs. Ce qui est bien sûr une conséquence de leur importance dans la population, mais aussi de la concentration aux jeunes âges des dépenses, publiques et privées, en santé et en éducation (Figure 3).

**Figure 3 : Profil agrégé par âge du revenu du travail et de la consommation**



Source : Profil DD, SWEDD 2016

Le modèle NTA développé pour le Niger a estimé ainsi que la consommation publique agrégée en santé qui s'élevait à 50,6 milliards de FCFA en 2014, a bénéficié pour moitié (51%), aux enfants de moins de 14 ans. Les jeunes de 15 à 34 ans ont bénéficié de 30% du total, et les adultes de 35 ans et plus de 19%. La consommation privée agrégée en santé était estimée à 51,5 milliards de FCFA en 2014, soit quasiment le même montant que la consommation publique, ce qui reflète le fait qu'en l'absence de couverture médicale universelle, une part importante des dépenses de santé est prise en charge par les patients eux-mêmes ou leurs proches. La tranche d'âge de 0 à 14 ans, les enfants, a bénéficié de 35% du montant total, les 15 à 34 ans de 37%, et les adultes de plus de 34 ans de 28%.

Concernant l'éducation, le modèle NTA Niger a estimé la consommation publique en éducation en 2014 à 71,2 milliards de FCFA. Les enfants de 3 à 14 ans ont bénéficié de 84 % de ce montant, et les jeunes de 15 à 34 ans de 16%. Quant aux dépenses privées agrégées en éducation, elles ont été estimées à 143,7 milliards de FCFA, soit deux fois plus que les dépenses publiques. Les enfants de 3 à 14 ans ont bénéficié de 26% de ce total, et les jeunes de 15 à 34 ans de 74%, ce qui reflète les dépenses plus importantes que les parents doivent consacrer à l'éducation lorsque leurs enfants sont dans un établissement secondaire ou supérieur, et aussi un recours non négligeable à l'enseignement privé lorsque les parents en ont les moyens.

La consommation publique totale hors santé et éducation a été estimée en 2014 à 481,5 milliards de FCFA. A nouveau, les enfants de 0 à 14 ans ont bénéficié de plus de la moitié, 52%, de ce total, les jeunes de 15 à 34 ans ont bénéficié de 29%, et les adultes de 35 ans et plus de 19%. La consommation privée hors santé et éducation est considérable. Elle a été estimée en effet à 2188,2 milliards de FCFA en 2014. La tranche d'âge de 0 à 14 ans (les enfants) a bénéficié de 34% de ce montant, les 15 à 34 ans de 40%, et les adultes de plus de 34 ans de 26%.

La somme de ces consommations publiques et privées conduit au constat suivant. Les dépenses en santé et en éducation qui pèsent lourdement sur le budget de l'Etat et celui des familles ne représentent finalement que 11% de la consommation totale, ce qui est peu pour avoir un capital humain de qualité. Les autres dépenses qui couvrent l'alimentation, l'habillement, le logement, le transport etc. représentent donc 89% de l'ensemble des consommations. Mais, lorsqu'on répartit

le total des consommations publiques et privées par grands groupes d'âges, on trouve que 38% concernent les moins de 15 ans, 39% les 15 à 34 ans, et 23% les 35 ans et plus. Au total 77% des dépenses publiques et privées concernent donc les enfants et les jeunes. Certes, investir dans la jeunesse, c'est investir dans l'avenir. Mais la part importante des dépenses consacrée aux enfants et aux jeunes au Niger, près de 80%, laisse peu de moyens à l'Etat et aux familles pour des investissements productifs, ou pour l'amélioration de l'habitat et du bien-être des familles.

### II.4.3. Le modèle « Dividende Démographique »

Le modèle « Dividende Démographique » dit DemDiv publié fin 2014 (Moreland S. et al.) est un modèle qui comprend un sous-modèle démographique et un sous-modèle économique. Le sous-modèle démographique qui sous-tend la structure de l'ensemble du modèle, projette la mortalité infantile, les taux de dépendance, le niveau de fécondité, la taille et la structure de la population, ainsi que l'espérance de vie à la naissance. Les résultats de ces projections sont ensuite intégrés dans le sous-modèle économique qui comprend trois équations décrivant la formation du capital humain, la croissance de l'emploi, et la productivité globale des facteurs<sup>20</sup> comme fonction de la structure par âge et des autres variables économiques et sociales. Les deux composantes du modèle interagissent entre elles sur 50 ans, période de la projection, pour décrire les effets combinés des changements dans les deux sous-modèles pour aboutir à une projection du PIB et du PIB par tête.

Les données entrées dans le sous-modèle démographique (Moreland et al., 2014) : éducation des filles (espérance de vie scolaire), taux de prévalence de la contraception (moderne et traditionnelle), infécondité ou insusceptibilité post-partum<sup>21</sup>, permettent de créer des projections démographiques par les déterminants proches de la fécondité. Dans DemDiv, l'ISF est la résultante non seulement des trois déterminants proches retenus, mais aussi du niveau d'éducation des femmes de 25 ans et plus qui sert à estimer le pourcentage des femmes en union. DemDiv tient compte aussi de l'impact positif de la maîtrise progressive de la fécondité sur la diminution des grossesses à risques et de la mortalité des enfants, ce qui se traduit par une augmentation de l'espérance de vie à la naissance des femmes.

Les variables et données utilisées dans le sous-modèle économique ont été sélectionnées après analyse de la base de données du Forum économique mondial (*World Economic Forum*) qui sert à calculer l'Indice Global de Compétitivité (*Global Competitiveness Index ou GCI*). Cette base de données contient pour quelques 150 pays plus d'une centaine d'indicateurs regroupés en 12 piliers d'importance variable selon les pays. Finalement cinq variables ont été retenues : trois concernent la qualité des institutions publiques, l'ouverture commerciale, et l'utilisation des technologies de l'information et de la communication, et deux autres variables concernent la flexibilité du marché du travail et l'efficacité du marché financier.

Comme tout modèle, DemDiv a ses limites. En particulier, il s'appuie sur des relations statistiques qui sous-tendent les équations comportementales (par exemple, la productivité globale des facteurs, l'emploi, l'investissement et la mortalité infantile) estimées à partir de données transversales internationales. Ces relations statistiques peuvent changer avec le temps et ne pas être applicables à tous les pays. Aussi, il projette de manière linéaire, l'évolution des variables du modèle entre l'année de départ et l'année finale sur 50 ans. Toutefois, DemDiv permet de se faire une idée de l'importance possible du dividende démographique en comparant les résultats obtenus pour 1) un « scénario

---

<sup>20</sup> La productivité globale des facteurs PGF ou rapport de la valeur de la production (quantité produite) à la valeur totale des moyens de production utilisés (travail et capital) est une mesure de l'efficacité de la combinaison de divers facteurs, en fait de tout ce qui n'est pas imputable au simple accroissement des facteurs de production.

<sup>21</sup> L'infécondité post-partum ou insusceptibilité post-partum, est l'impossibilité pour une femme d'être enceinte pendant la période qui suit la naissance, soit parce qu'elle allaite et que son cycle menstruel n'est pas rétabli, soit parce que le couple s'abstient de rapports sexuels un certain temps après l'accouchement.

économique » donnant la priorité uniquement à la maximisation de la compétitivité économique du pays, 2) un « scénario économique et éducation » donnant la priorité à la maximisation de la compétitivité économique du pays et à d'importants investissements dans le domaine de l'éducation, et 3) un « scénario économique, éducation et planification familiale » dans lequel ces trois domaines sont hautement et également prioritaires. Le dividende démographique est alors estimé comme la différence entre le « scénario économique » et le « scénario économique, éducation et planification familiale ».

L'application de DemDiv faite dans le cadre du projet SWEED, confirme que c'est bien la combinaison d'actions prioritaires simultanées dans les domaines de l'économie, de l'éducation et de la planification familiale qui permet d'avoir entre 2012 et 2052 l'augmentation la plus rapide du PIB total et du PIB par tête. L'hypothèse faite concernant la planification familiale vise une prévalence de la contraception en 2052 de 60%, ce qui combinée avec les autres hypothèses (éducation et économie), conduit à un ISF en 2052 de trois enfants par femme.

#### **II.4.4. Anticiper le futur grâce aux projections démographiques**

De nouvelles projections démographiques ont été élaborées dans le cadre de la préparation de cette nouvelle politique de population. Leur objectif n'est pas de se substituer aux projections nationales de l'INS, mais seulement, compte tenu des nouvelles données disponibles, de mettre à jour les projections utilisées dans le cadre de la préparation de la SDDCI Niger -2035.

Ces projections sont, comme celles élaborées pour la SDDCI Niger -2035, de type aide à la décision, basées pour la fécondité sur ses cinq déterminants proches (1-mariage ou le fait d'être en union, 2-infécondité ou insusceptibilité post-partum, 3-avortement, 4-stérilité, et 5-utilisation de la contraception). Ce type de projections permet ainsi de déterminer quels pourraient être les niveaux de fécondité selon les hypothèses retenues pour ses déterminants et non en fonction de son évolution passée ou d'un niveau fixé à priori.

Les projections ont été réalisées à l'aide du logiciel SPECTRUM version 5,72 (2018). Elles ont été testées sur la période 2015-2065 (proche de l'horizon 2063 de l'Agenda de l'Union Africaine), mais seuls les résultats pour la période 2015-2035 sont présentés ici. Les hypothèses qui ont été retenues sont les suivantes :

- Population de départ par sexe et par âge : 19, 125 millions au 1<sup>er</sup> juillet 2015, telle qu'estimée par l'INS à partir des résultats du RGP/H de 2012 ;
- Mortalité : à partir de l'estimation de l'INS de l'espérance de vie à la naissance en 2015 de 61,5 ans, hypothèse de poursuite de son augmentation selon le modèle de progression retenu par la Division de la population des Nations unies dans leurs projections 2017 ;
- Migrations internationales : solde migratoire négatif d'environ moins 6 000 personnes par an, de 2015 à 2035, comme l'hypothèse retenue dans les projections 2017 des Nations unies ;
- Fécondité : niveau de fécondité de départ en 2015, 7,3 enfants par femme soit l'ISF donné par l'ENISED 2015.

La fécondité étant considérée ici comme une variable dépendante de ses déterminants proches, les hypothèses retenues à leur sujet sont les suivantes :

- Stérilité : hypothèse du maintien de 2010 à 2035 du taux de stérilité primaire (ou pourcentage de femmes de 45 à 49 ans n'ayant jamais eu d'enfants) donné par l'EDSN de 2012 soit 1,6% ;
- Avortements provoqués : aucune hypothèse (cependant le modèle SPECTRUM estime que ceux-ci pourraient représenter 32% des grossesses non planifiées) ;

- Durée de l'infécondité ou l'insusceptibilité post-partum : hypothèse d'une diminution de 14,0 mois en 2015 (14,3 en 2012 selon l'EDSN) jusqu'à 10 mois en 2035, compte tenu des évolutions observées au Niger et dans les autres pays de la sous-région ;
- Pourcentage de femmes en union de 15 à 49 ans : hypothèse d'une diminution du pourcentage de femmes en union de 86,5% en 2015 selon l'ENISED à 75% en 2035, en nous appuyant sur une analyse de l'évolution du pourcentage de femmes en union de chaque groupe d'âge, et en supposant une baisse du pourcentage des adolescentes de 15-19 ans en union de 62% en 2012 à 40% en 2035 ;
- Contraception ; deux hypothèses :
  - 1<sup>ère</sup> hypothèse : passage d'une utilisation de la contraception par les femmes de 15 à 49 ans en 2015 de 13,4% selon l'ENISED, à 20% en 2020, 32% en 2025, 42% en 2030, et 50% en 2035 ;
  - 2<sup>ème</sup> hypothèse : augmentation lente de l'utilisation de la contraception par les femmes de 15 à 49 ans de 13,4% en 2015, de 0,5 point de pourcentage par an, selon les tendances passées, ce qui conduit à une utilisation de la contraception par les femmes de 15 à 49 ans en 2035 de 23,5%.

A partir de là, deux scénarios ont été retenus :

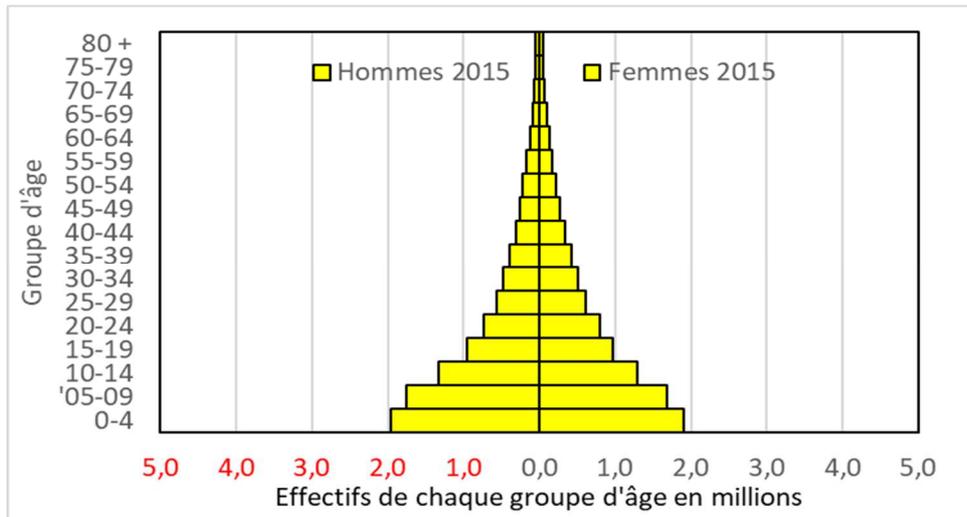
- un scénario renaissance (ou encore émergence) qui suppose un changement rapide des comportements, comme dans la SDDCI ;
- un scénario tendanciel, qui reprend les mêmes hypothèses que précédemment pour la mortalité, les migrations internationales, la stérilité et les avortements ; mais qui maintient à leurs niveaux de 2015, la durée de l'infécondité post-partum et le pourcentage de femmes en union, et adopte la 2<sup>ème</sup> hypothèse d'augmentation lente de l'utilisation de la contraception.

A l'horizon 2035, les résultats sont plus ou moins contrastés selon les variables considérées. On constate que la population du Niger va continuer à augmenter fortement. Elle pourrait se situer entre 37,4 millions selon le scénario renaissance et 42,6 millions selon le scénario tendanciel. En clair, à cause des trois facteurs suivants : le niveau actuel toujours élevé de la fécondité, le temps nécessairement long d'augmentation de la prévalence de la contraception et l'extrême jeunesse de la population, on doit s'attendre d'ici 2035 à un doublement de la population auquel il faudra faire face.

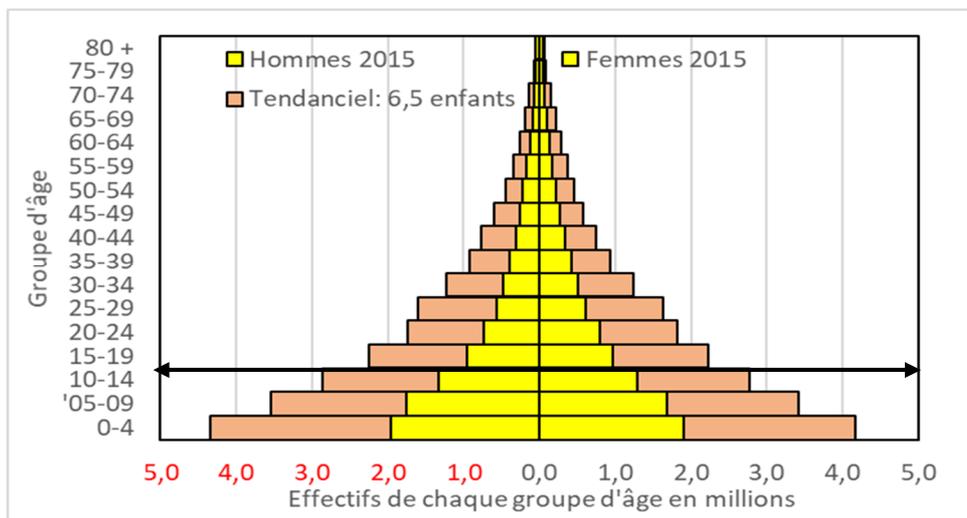
Mais, l'essentiel n'est pas là. Il est d'abord dans les différences entre les ISF et les taux de croissance de la population en 2035. En effet, avec le scénario renaissance, l'ISF en 2035 est de 4,2 enfants par femme contre 6,2 enfants avec le scénario tendanciel. Le taux de croissance de la population en 2035 est de 2,7% avec le scénario renaissance, mais de 3,9 % avec le scénario tendanciel, c'est-à-dire qu'il n'y a pas dans ce cas de ralentissement de la croissance démographique. Ensuite la maîtrise progressive de la fécondité permet au nombre de naissances annuelles de se stabiliser plus ou moins en 2035 autour de 1,2 million, contre 1 million environ en 2018. Par contre avec le scénario tendanciel le nombre de naissances double quasiment d'ici 2035 pour atteindre alors 1,9 million. La stabilisation progressive des naissances avec le scénario renaissance s'inscrit progressivement avec le temps dans la structure par âge (Figure 3), et conduit à une diminution du taux de dépendance démographique qui s'établit en 2035 à 84 dépendants pour 100 actifs potentiels de 15 à 64 ans, alors qu'avec le scénario tendanciel ce taux reste de 108, avec donc toujours plus de dépendants que d'actifs potentiels.

En un mot, le scénario renaissance en amorçant une transformation de la structure par âge plus favorable à l'économie trace effectivement la voie vers l'émergence et une capture assez rapide du dividende démographique, ce qui n'est pas le cas avec le scénario tendanciel. Il constitue donc une référence pour la fixation des objectifs de la nouvelle politique nationale de population.

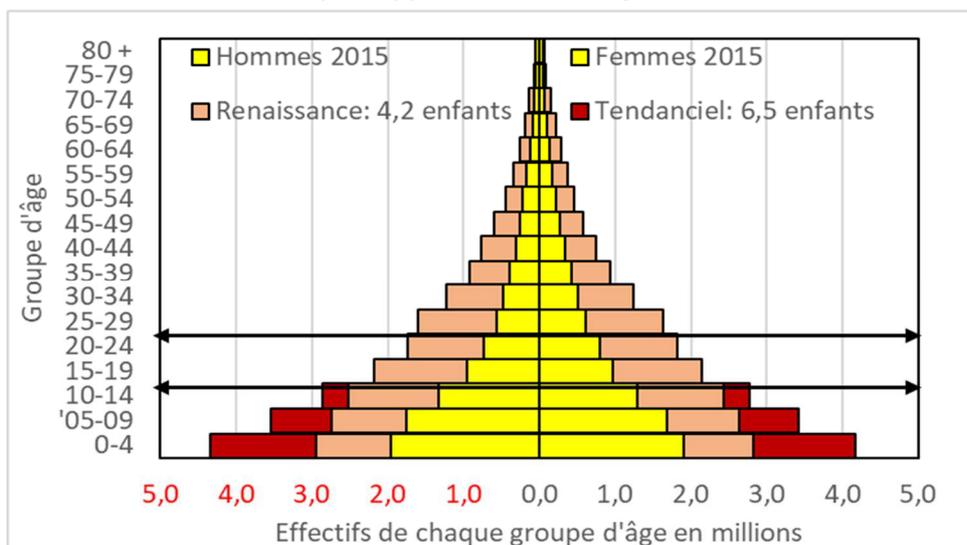
**Figure 1 : Pyramide des âges en 2015 du Niger**



**Figure 2 : Scénario Tendanciel : Pyramide des âges en 2015 et 2035 du Niger**



**Figure 3: Pyramide des âges Scénario Renaissance, différence avec le Scénario Tendanciel en 2035, par rapport à 2015 du Niger**



#### **II.4.5. Conditions pour bénéficier du premier dividende démographique**

Le processus conduisant au dividende démographique peut être décrit comme suit : en stabilisant le nombre de naissances et des jeunes enfants, une maîtrise rapide de la fécondité permet de réduire en particulier les dépenses en santé et en éducation induites auparavant par l'augmentation continue du nombre des naissances et des jeunes. Le « gain » correspondant doit être alors correctement utilisé. Il s'agit du gain résultant de la différence entre les bases des pyramides des âges, évoquée précédemment. En effet, une maîtrise rapide de la fécondité et les changements de structure par âge qui l'accompagnent ne conduisent à une accélération de la croissance économique et au développement que :

1. si l'augmentation de la population d'âge actif se traduit par une augmentation de la main-d'œuvre employée ;
2. s'il y a une diminution du ratio de dépendance économique ;
3. si le « gain » créé est bien utilisé, c'est-à-dire investi dans des activités productives et créatrices d'emplois et dans l'amélioration du capital humain.

Ainsi, l'accélération de la croissance économique et de l'augmentation des revenus des ménages induits par la transition démographique, c'est-à-dire la « capture » du dividende démographique n'est pas automatique. Elle suppose la mise en œuvre simultanée et coordonnée de plusieurs politiques et programmes. L'analyse des expériences en Asie de l'Est et ailleurs souligne à ce sujet l'importance de plusieurs facteurs (Mason A., 2003), mais en particulier la mise en œuvre de politiques et programmes visant à :

1. accélérer la transition démographique, condition initiale nécessaire au changement de la structure par âge et donc à la diminution des taux de dépendance ;
2. améliorer la qualité du capital humain (en santé, éducation et formation professionnelle) ;
3. accroître l'épargne, les investissements publics et privés; et les performances économiques ;
4. créer suffisamment d'emplois productifs et rémunérateurs, notamment pour les jeunes ;
5. créer un environnement politique, juridique et institutionnel adéquat permettant aux investisseurs et à tous les acteurs économiques d'opérer dans des conditions satisfaisantes.

Parmi ces priorités l'accélération de la transition démographique n'est pas encore engagée au Niger. Les taux de dépendance démographique et économique y restent élevés, ce qui freine l'augmentation mécanique du PIB par tête résultant de la diminution du nombre de dépendants. Par ailleurs, si l'amélioration des indicateurs de santé et l'augmentation des taux de scolarisation est en cours, il reste encore beaucoup à faire, notamment pour améliorer la qualité de l'éducation à tous les niveaux, étendre la formation professionnelle et arriver à des niveaux d'éducation et de formation correspondant aux besoins du marché du travail. Par ailleurs, l'économie n'est pas encore assez diversifiée et reste donc vulnérable aux chocs extérieurs, et le marché du travail n'est pas en mesure aujourd'hui d'absorber les nombreux jeunes qui arrivent sur le marché. Enfin, si la gouvernance et l'environnement des affaires se sont effectivement améliorés ces dernières années, les efforts dans ce sens doivent être poursuivis.

#### **II.4.6. Quel dividende démographique pour les familles ?**

Les études publiées sur le dividende démographique au cours des 15 dernières années, sont surtout de type macro-économique, et elles parlent peu des avantages que les familles pourraient tirer de la maîtrise de leur fécondité. Pourtant le lien entre pauvreté et taille des familles est bien établi.

Tout d'abord, en dépit de la diminution récente du pourcentage de pauvres au Niger, le nombre de pauvres a augmenté du fait de la forte croissance démographique du pays. Ensuite, il a été établi que

l'ampleur de la pauvreté est liée à la taille du ménage et que la pauvreté est beaucoup plus importante parmi les familles nombreuses. Les données de ECVMA 2014 (Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages et sur l'Agriculture) ont ainsi permis d'établir que si moins d'un quart (24,2%) des personnes vivant dans des ménages de 3-5 personnes étaient « pauvres », c'était le cas de près de la moitié (46,7%) de celles vivant dans des ménages de 6-9 personnes, et de près de deux tiers (61%) des personnes vivant dans des ménages de plus de 10 personnes. Dans ce contexte, étant donné que la grande majorité des Nigériens vit dans des familles nombreuses, il paraît difficile de réduire rapidement de manière significative la pauvreté au Niger, même en période de forte croissance économique. On comprend mieux dès lors la nécessité de maîtriser la fécondité et donc la croissance démographique pour accélérer la croissance économique, réduire les inégalités, réduire la pauvreté et améliorer le bien-être des populations nigériennes.

Cette nécessité peut être illustrée de manière simple au niveau des familles en comparant par exemple deux familles de 10 personnes, l'une comprenant trois actifs qui gagnent chacun 1 000 FCFA par jour, six enfants et un aîné, l'autre comprenant six actifs gagnant chacun également 1 000 FCFA par jour, trois enfants et un aîné. Dans le premier cas, le revenu moyen par personne est de 300 FCFA par jour, et dans le second cas de 600 FCFA, soit le double. Mais pour que le nombre moins important d'enfants dans la seconde famille puisse se traduire par ce qu'on pourrait appeler un « dividende démographique familial », encore faut-il que les jeunes adultes de cette famille aient un emploi décent rémunérateur. Et aussi, dans ce cas, que le revenu supplémentaire disponible pour le ménage soit investi dans des activités génératrices de revenus supplémentaires, et non dans des dépenses ostentatoires.

Ainsi ce « dividende démographique familial » apparaît au niveau des familles comme un moyen :

- de disposer de plus de ressources pour chacun de ses enfants ;
- d'avoir plus de ressources pour l'ensemble de la famille ;
- de garantir une meilleure santé pour la mère et ses enfants ;
- de créer des conditions de vie améliorées pour la famille ;
- de contribuer au développement de leur région et du pays.

Et au total, comme un moyen de :

- diminuer les charges qui pèsent sur leur famille ;
- ne plus subir les problèmes mais de les éviter ;
- préparer un avenir meilleur pour leurs enfants.

### **III. Eléments de la politique nationale de population**

#### **III.1. Fondements et principes directeurs**

##### **III.1.1. Fondements**

Le Niger a pris d'importants engagements aux plans international et continental. Ces engagements ont été traduits au niveau national par des dispositifs législatifs et réglementaires et l'élaboration de plusieurs politiques, programmes et plans nationaux et sectoriels de développement. Cette PNP s'inscrit résolument dans le respect des engagements pris. Ainsi l'objectif de maîtrise de la croissance démographique de la PNP s'inscrit dans le respect des droits humains fondamentaux. Les principaux fondements sur lesquels s'appuie la PNP sont entre autres :

### **Au plan international :**

- Les Objectifs de Développement Durable (ODD) de 2015 pour l'horizon 2030.
- La Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH) de 2008 ;
- La Déclaration de N'Djamena sur les Politiques de Population au Sahel (Décembre 1989) adoptée par la Première Conférence sur les politiques de population dans le Sahel ;
- La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire de 1994 au Caire, et la CIPD+10 de Dakar de 2004,
- La Déclaration de Dakar/Ngor concernant la Population et la Famille en Afrique adoptée en 1992 par la Conférence Africaine sur la population et la famille, conférence préparatoire à celle du Caire de 1994 ;
- La Convention des Nations Unies pour l'Élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) de 1979.

### **Au plan continental africain :**

- la Stratégie de l'Union africaine en matière de genre 2018-2027 ;
- l'Agenda 2063 de l'Union Africaine « l'avenir que nous voulons pour l'Afrique » ;
- la vision 2020 de la CEDEAO qui intègre « la nécessité impérieuse d'encourager, de stimuler le développement économique et social des pays membres en vue d'améliorer le niveau de vie de leurs peuples » ;
- la Feuille de route de l'UA "Tirer pleinement profit du Dividende Démographique en investissant dans la jeunesse" de janvier 2016.
- la Déclaration d'Addis-Abeba sur la population et le développement en Afrique après 2014 ;
- la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relative aux droits des femmes (Protocole de Maputo, 2003) ;
- le Forum des Premières Dames d'Afrique de l'Ouest et du Centre sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (Vision 2010) de Niamey de 2001 ;
- la Conférence des Ministres du CILSS chargés des questions de Population de Ouagadougou en 1997 ;

### **Au plan national :**

- La loi sur la protection sociale du 27 avril 2018 ;
- Le Document d'Orientations Economiques DOE-2017-2019 ;
- La Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) « Niger 2035» de mai 2017 ;
- Le Plan de Développement Economique et Social – PDES 2017-2021.
- Le Plan de Développement Sanitaire – PDS 2017-2021 ;
- La Politique Nationale de Genre adoptée en 2017
- La Politique Nationale de la Jeunesse, PNJ 2016 – 2020
- La constitution de la 7<sup>ième</sup> République du 25 novembre 2010 ;
- L'ordonnance 2010-028 du 20 mai 2010 sur les règles minima de protection des personnes handicapées ;
- La loi sur la santé de la reproduction de juin 2006 ;

- La Déclaration du Gouvernement en matière de Politique de Population adoptée en 2007 ;
- La Politique Nationale de Population adoptée en 1992 ;

### III.1.2. Principes Généraux

Pour l'atteinte du dividende démographique, les principes généraux de la PNP doivent s'aligner aux politiques et programmes de développement du pays. Pour ce faire, les principes généraux suivants sont retenus :

- La prise en compte de la dynamique démographique constitue le socle de cette PNP pour aboutir à l'amélioration de la situation socioéconomique ;
- L'approche de la PNP est multisectorielle et implique tous les acteurs intervenant sur les questions de population et développement ;
- L'accès et l'utilisation des services de santé de la reproduction ;
- Le renforcement du capital humain et particulièrement le maintien des jeunes et des filles dans le système éducatif.

### III.1.3. Principes directeurs

Les principes directeurs font référence aux normes, règles et droits humains en vigueur dans le pays. Au Niger, l'essentiel des droits fondamentaux sont garantis par la Constitution à tous les citoyens :

- La Constitution de la 7<sup>ème</sup> République octroie le droit à toute personne de jouir d'un meilleur état de santé physique et morale et instruit l'État à assurer à tous, des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie (Art. 13) ;
- La constitution exige de l'Etat l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard de la femme, de la jeune fille et des personnes handicapées ainsi que des mesures de lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants dans la vie publique et privée. Il leur assure une représentation équitable dans les institutions publiques à travers la politique nationale du genre et le respect des quotas (Art. 22).

## III.2. Orientations stratégiques

### III.2.1. Vision

Dans le cadre de la SDDCI, le Niger ambitionne d'être « ***un pays uni, démocratique et moderne, paisible, prospère et fier de ses valeurs culturelles, sous-tendu par un développement durable, éthique, équitable et équilibré dans une Afrique unie et solidaire*** ».

S'inscrivant dans la philosophie de ce cadre de référence, la vision de la PNP est de « **bâtir une nation où les citoyens ont des comportements responsables vis-à-vis de leur reproduction, de leurs enfants et de tous les aspects de leur vie quotidienne** ».

### III.2.2. Objectifs

L'objectif principal de la SDDCI Niger 2035 est de « **bâtir un pays bien gouverné et pacifique ainsi qu'une économie émergente, fondée sur un partage équilibré des fruits du progrès** ».

L'objectif général de la PNP est de contribuer à la réalisation de l'objectif 3 de la SDDCI, à savoir **la maîtrise des leviers de la croissance démographique au Niger**. De manière spécifique, cette politique vise à **promouvoir la parenté responsable au sein de la population**. On entend par parenté responsable la capacité des familles à constituer leur descendance selon leurs moyens et dans l'intérêt exclusif de leurs enfants.

### III.2.3. Résultats attendus

Les principaux résultats attendus sont :

- La population est sensibilisée sur les avantages d'une famille moins nombreuse ; Cela se traduira par la réduction du nombre idéal moyen d'enfants de 9,2 pour les femmes et 10,9 pour les hommes en 2012 à environ 4 enfants en 2035.
- Les femmes et les hommes ont pris conscience de l'importance des méthodes modernes de contraception ; Ce qui fera passer la demande en contraception de 30% selon l'EDSN 2012 à 55% au moins en 2035, l'utilisation de la contraception de 12,2% selon l'EDSN-2012 à 50% en 2035, l'ISF de 7,6 enfants à environ 4 enfants par femme et la réduction des grossesses à risques de 83% selon l'EDSN 2012 à 40% en 2035.
- La qualité du capital humain est améliorée ; Cela se traduira par le passage du taux brut de scolarisation au premier cycle du secondaire de 34% en 2015-2016 à 66% en 2035-2036.
- L'autonomisation des femmes est accrue ; Cela sera mesuré par le pourcentage de femmes qui travaillent qui passera de 25% selon EDSN 2012 à 70% en 2035.

### III.2.4. Axes stratégiques

Atteindre les objectifs précités nécessite de bien définir les stratégies appropriées eu égard aux plans sectoriels déjà définis. Au plan stratégique, il s'agit ici d'identifier les programmes, les actions et les activités qui sont mis en œuvre dans le cadre des plans sectoriels. De par sa position transversale, le Ministère de la Population mettra à profit son rôle de coordonnateur du projet SWEDD et de vice-président du pôle « Transition Démographique » dans les instances de suivi du PDES pour s'assurer de la mise en œuvre effective des plans sectoriels et relever les difficultés pour trouver des solutions adéquates.

Pour atteindre les objectifs et parvenir aux résultats escomptés cette Politique Nationale de Population s'appuiera sur trois axes stratégiques :

- Axe stratégique 1 : Maîtrise de la croissance démographique
- Axe stratégique 2 : Renforcement de la qualité du capital humain
- Axe stratégique 3 : Amélioration de l'autonomisation des femmes y compris les femmes handicapées

Ces domaines stratégiques sont en interaction et agissent les uns sur les autres. Ils sont en ce sens un ensemble mutuellement dépendant, complémentaire et cohérent. C'est par conséquent à partir de ces axes stratégiques que les programmes et le plan d'actions seront élaborés.

Les stratégies et lignes d'actions qui seront développées pour parvenir aux six Objectifs spécifiques de la Politique Nationale de Population sont présentées ci-après :

## **Axe 1. MAITRISE DE LA CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE**

### **Résultat attendu 1 : La population est sensibilisée sur les avantages d'une famille moins nombreuse**

Il s'agit ici de produire des messages culturellement adaptés mettant l'accent sur la maîtrise de la fécondité à tous les âges. La mise en œuvre de la PNP s'appuiera sur des activités de plaidoyer, de communication et de sensibilisation pour que les acteurs soient plus conscients des avantages d'une famille moins nombreuse. Les actions prioritaires suivantes seront conduites :

- Impulsion d'un processus de débats participatifs autour de la responsabilité parentale face à l'avenir des enfants
- Renforcement des capacités des acteurs communautaires pour faciliter les échanges autour de la promotion de familles moins nombreuses ;
- Renforcement du partenariat avec les acteurs clés (chefferie traditionnelle, leaders religieux, élus locaux, associations, écoles de santé et les médias) pour la promotion de familles moins nombreuses ;
- Renforcement du plaidoyer auprès des décideurs pour la promotion de familles moins nombreuses

### **Résultat attendu 2 : Les femmes et les hommes ont pris conscience de l'importance des méthodes modernes de contraception**

L'accent est de renforcer les campagnes d'information, de changement de comportement et de plaidoyer vis-à-vis de la PF. Les actions prioritaires suivantes seront conduites :

- Renforcement des capacités des acteurs communautaires pour améliorer l'accès des couples et des individus à une information adaptée et aux services PF/SSRD ;
- Renforcement du partenariat avec les acteurs clés (la chefferie traditionnelle, les leaders religieux, les élus locaux, les associations, les écoles de santé et les médias) pour la promotion de la PF/SSRD ;
- Renforcement du plaidoyer auprès des décideurs pour la promotion de la PF/SSRD.

Pour faciliter l'accès à l'information et aux produits contraceptifs, les actions prioritaires porteront sur :

- Intégration de l'offre des méthodes de longue durée d'action (mise à l'échelle) et de nouvelles méthodes contraceptives dans toutes les FS ;
- Mise en place des stratégies mobiles dans toutes les régions

L'amélioration du système d'offre de services de planification familiale passe par :

- Renforcement des capacités des structures de santé pour améliorer l'offre en PF
- Dotation des formations sanitaires en personnel qualifié, suffisant et stable en mesure de prendre en charge les complications maternelles et néonatales ;
- Renforcement du marketing social auprès des hommes et les acteurs de santé communautaire dans la distribution à base communautaire des contraceptifs ;
- Amélioration de la chaîne d'approvisionnement des produits SRMINN ;
- Information et Sensibilisation des femmes sur les dangers des grossesses à risques.

## **Axe 2. RENFORCEMENT DE LA QUALITE DU CAPITAL HUMAIN**

### **Résultat attendu 3 : La qualité du capital humain est améliorée**

Il est crucial de réduire les disparités de genre en milieu scolaire. En s'appuyant sur le PSEF et la PNG, la PNP met l'accent sur l'accessibilité de l'école, la protection et le maintien des filles à l'école et l'orientation de celles déscolarisées dans la formation aux métiers.

Les actions prioritaires sont les suivantes :

- Développement de la demande sociale d'éducation ;
- Renforcement du cadre juridique et institutionnel en faveur de la protection des filles en cours de scolarité ;
- Mobilisation des communautés pour le maintien des filles à l'école et la facilitation de leur réintégration à l'école en cas d'abandon.

Il apparaît fondamental de procéder à l'amélioration de la qualité des enseignements professionnel et technique. Comme programmé dans la stratégie "Niger 2035", le PSEF ambitionne d'améliorer la qualité de l'enseignement de base et de développer les filières professionnelles, techniques et scientifiques. Les actions suivantes sont visées :

- Renforcement du cadre juridique et institutionnel en faveur des enseignements professionnel et technique ;
- Mobilisation des communautés pour le maintien des filles à l'école et facilitation de leur réintégration à l'école.

## **Axe 3. RENFORCEMENT DE L'AUTONOMISATION DES FEMMES Y COMPRIS LES FEMMES HANDICAPEES**

### **Résultat attendu 4 : L'autonomisation des femmes est accrue**

Il est ici question du développement de stratégies d'autonomisation des femmes nigériennes. Pour tirer pleinement profit du potentiel des femmes en vue de la capture du dividende démographique, la mise en œuvre de la Politique Nationale Genre (PNG 2018-2022) serait d'un grand intérêt. De plus, les actions spécifiques suivantes sont envisagées :

- Renforcement du cadre institutionnel et juridique ;
- Mise en œuvre de programmes de sensibilisation des hommes et des femmes pour l'adoption de comportements, attitudes et pratiques favorables à l'équité et l'égalité de genre ;
- Renforcement de la lutte contre les Violences Basées sur le Genre
- Implication des organisations de la société civile, les associations féminines et les ONG dans le plaidoyer pour l'amélioration du statut de la femme (éducation des filles, alphabétisation des femmes, activités génératrices de revenus, respect des droits de la femme etc.).

Rendre autonome les femmes conduit nécessairement à la promouvoir de leur accès à des emplois décentes rémunérateurs. L'accès à l'emploi des femmes est lié aux objectifs de cette politique. Par le biais de l'emploi, la femme disposera d'un revenu pour mieux prendre en charge sa santé y compris celle génésique. Les activités suivantes sont retenues :

- Renforcement des compétences des femmes en production, commercialisation et gestion entrepreneuriale pour favoriser leur professionnalisation ;
- Facilitation de l'accès au crédit et aux prêts bancaires des femmes ;
- Facilitation de l'accès des femmes aux ressources foncières.

Un des volets majeurs de cet axe est le renforcer des compétences de la main-d'œuvre et l'appui à l'emploi et à l'entrepreneuriat. Pour ce faire, les actions prioritaires seront mises sur :

- Renforcement de la compétence de la main d'œuvre féminine y compris les femmes handicapées ;
- Renforcement de l'accès des femmes au marché.

## **IV. Dispositif de mise en œuvre et de suivi/évaluation**

### **IV.1. Parties prenantes de la mise en œuvre de la PNP**

Pour mieux planifier, gérer et suivre la mise en œuvre effective de la PNP, il est indispensable de travailler en synergie et d'observer une approche concertée entre le Gouvernement et les partenaires au développement. Les parties prenantes sont essentiellement :

- Les populations elles-mêmes
- L'assemblée Nationale
- Le Gouvernement (les ministères sectoriels aux niveaux central et décentralisé) ;
- Les autres institutions de la République
- Les leaders Communautaires (chefferie traditionnelle, autorités religieuses, etc.) ;
- Les Partenaires Techniques et Financiers ;
- Les ONG et Organisations de la Société civile ;
- Les médias publics et privés.

#### **• Rôles des populations**

Les populations sont les principales bénéficiaires de la mise en œuvre de la présente politique de population. Elles jouent un rôle primordial dans la réussite ou l'échec des actions prioritaires définies.

#### **• Rôles du Gouvernement**

Les différents départements ministériels mettront en œuvre des plans d'actions sectoriels prenant en compte les différentes actions prioritaires définies par axe stratégique de la Présente Politique de Population. Ainsi, le Gouvernement aura pour rôle essentiel de :

- Adopter les plans d'action nationaux pour la maîtrise de la croissance démographique ;
- Traduire l'engagement politique par une allocation budgétaire pérenne en vue de la mise en œuvre de la PNP ;
- Mobiliser les ressources extérieures auprès des Partenaires Techniques et Financiers
- Etablir des mécanismes de supervision et de suivi participatifs réguliers ;

#### **• Rôles de l'Assemblée Nationale**

Le document de la présente politique de Population sera partagé avec les députés nationaux afin qu'ils comprennent les enjeux de développement interne des populations qu'elle veut impulser, qu'ils s'en approprient et internalisent les différentes stratégies et actions prioritaires de mise en œuvre.

L'Assemblée Nationale, à travers les députés nationaux jouera un rôle de :

- Moteur du développement endogène des populations qu'ils représentent chacun en ce qui le concerne, en impulsant un changement de comportement de ces populations
- Suivi de la mise en œuvre des différentes stratégies par le Gouvernement
- Modération dans la mise en œuvre de certaines actions définies, en tenant compte du contexte des populations ciblées.

- **Rôles des autres institutions de la République : CESOC, HCCT, MEDIATURE**

Elles auront un rôle plaidoyer auprès des populations pour la mise en œuvre des actions retenues mais aussi de suivi des actions programmées.

- **Rôles des élus locaux**

Etant donné que les élus locaux constituent des décideurs et leaders d'opinion influents capables d'appuyer les efforts de promotion de la PF/SSRD quand ils sont engagés, ils seront le relais du gouvernement au niveau local pour conduire les activités de sensibilisation/communication et de suivi de la mise en œuvre des initiatives locales.

- **Rôles des Leaders communautaires**

Les interventions de la communauté portent essentiellement sur la mobilisation sociale en faveur du changement social comportemental. Les leaders s'impliquent ainsi activement dans le processus de planification, de mise en œuvre, et de suivi-évaluation des actions de communication aux niveaux national, régional et communautaire.

- **Rôles des ONG et des organisations de la société civile**

- Appuyer le plaidoyer en faveur du changement de comportements et des droits de la femme, des jeunes et des enfants ;
- Mettre en place un partenariat avec les différentes parties prenantes pour la promotion de la parenté responsable et des droits humains ;
- Appuyer les stratégies communautaires pour la promotion d'un comportement sain pendant l'adolescence, la grossesse, l'accouchement et le postpartum ;
- S'impliquer dans la programmation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de la PNP ;
- Mobiliser et allouer des ressources pour la mise en œuvre de la PNP.

- **Rôles des médias**

Les Médias publics et privés jouent un rôle capital dans la mise en œuvre de la présente politique. En effet, ils constituent les canaux de transmission de tous les messages pour impulser un changement de comportement des populations. Ils doivent alors :

- Transmettre les bonnes informations aux populations
- Assurer la couverture audio-visuelle des événements organisés dans le cadre des activités de vulgarisation des objectifs de la PNP ;

- Diffuser les messages relatifs aux différentes activités de sensibilisation /communication ;
- **Rôles des partenaires au développement**
  - Participer à tout le processus de la mise en œuvre de la PNP ;
  - Apporter un appui technique et financier pour la mise en œuvre de la PNP ;

Le processus de programmation quinquennale au niveau des ministères sectoriels et des structures partenaires de mise en œuvre (ONG et autres) se base sur le cycle de planification nationale, notamment celui du PDES.

Par souci d'efficience et pour éviter la démultiplication des structures de pilotage, un Comité Intersectoriel de suivi de la mise en œuvre de la PNP est intégré au sein du cadre de pilotage du PDES. Un tel comité est également mis en place dans les régions où il est piloté par les responsables des services décentralisés selon le même schéma qu'au niveau national.

#### **IV.2. Coordination**

La coordination de la mise en œuvre de la PNP sera assurée par le Ministère de la Population à travers son Secrétariat Général.

A la lumière des expériences passées de mise en œuvre des politiques de population, un dispositif de suivi et évaluation opérationnel est instauré. Il s'insère dans le cadre du pilotage du PDES, notamment le pôle « transition démographique, santé, éducation et formation » dont les trois composantes (Mobilisation sociale pour un changement de comportements, Développement du Capital humain et Transition démographique) constituent le socle de ce pôle. En sa qualité de Vice-Président du pôle, le Ministère de la Population pilote un comité de suivi de la PNP élargi aux autres secteurs. **Pour être efficient, un comité similaire est envisagé aux niveaux régional, départemental, communal et local.**

#### **IV.3. Suivi-Evaluation**

##### **IV.3.1. Fondements du suivi et de l'évaluation**

L'exigence majeure du dispositif est la tenue régulière et effective des réunions de suivi des différents organes **sectoriels et à tous les niveaux de pilotage**. Basé sur les principes de l'approche axée sur les résultats, l'accent est mis sur l'élaboration systématique de revues annuelles en vue d'apprécier l'état de réalisation des activités, de documenter les écarts éventuels et de proposer les mesures correctives. Ces revues feront également l'état de réalisation des objectifs. Une évaluation globale de la PNP est conduite selon un cycle quinquennal afin de mieux orienter la programmation.

##### **IV.3.2. Dispositif de suivi -évaluation**

La Politique Nationale de Population sera mise en œuvre à travers un Plan d'Action. Elle sera évaluée tous les cinq ans et actualisée au bout de dix ans sur la base des enseignements tirés du suivi continu et de l'éclairage résultant des évaluations périodiques.

Le dispositif de suivi -évaluation sera donc l'instrument qui permettra aux parties prenantes d'apprécier le degré d'atteinte des objectifs, tout au long de la mise en œuvre de la PNP. Il donne l'occasion d'analyser l'efficacité et l'efficience des orientations stratégiques, et au besoin, de les réajuster en tenant compte des contraintes.

Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre de cette politique sont répertoriés en annexe, ainsi que le cadre des résultats à atteindre.

### **IV.3.2.1. Dispositif institutionnel**

- **Au niveau institutionnel**

Un **Conseil d'orientation stratégique** de la mise en œuvre de la PNP devrait se tenir sur une périodicité quinquennale à la suite de la production du rapport de mise en œuvre (RMO). Cette instance permet d'apprécier les résultats obtenus et, surtout, d'entériner les éventuelles réorientations stratégiques et les moyens financiers qu'elles requièrent.

Un **Comité intersectoriel** de la PNP présidé par le Premier Ministre est mis en place. Il regroupe le gouvernement, les représentants des partenaires techniques et financiers et les organisations de la société civile. Il se réunit tous les ans pour faire le bilan annuel de réalisation des activités de la PNP. Il est également chargé de se prononcer sur les recommandations stratégiques.

Une **Commission parlementaire** de la PNP est aussi installée pour avoir des retours sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la politique. Cette commission se réunira également tous les ans en session spéciale. Elle est présidée par le Président de l'assemblée nationale et le Président du réseau des parlementaires en Population et développement assure le secrétariat.

Le **Ministre en charge de la Population** est chargé de préparer et de présenter les rapports au niveau de ces différentes instances. Ce rapport s'appuiera sur les travaux de l'ONDD qui est en charge de produire, chaque année, un rapport sur chaque dimension (au nombre de 5) des indicateurs du dividende démographique ainsi que le rapport annuel de synthèse.

- **Au niveau opérationnel :**

**Les comités sectoriels** sont formés de tous les ministères dont les activités concourent à l'atteinte du dividende démographique. Ils constituent ainsi d'importants relais de vulgarisation de la PNP. Chaque comité sectoriel est présidé par le ministère de tutelle dont les activités consistent à veiller à l'effectivité de l'exécution des priorités sectorielles de la PNP. Leur redevabilité se traduira par la production de revues sectorielles sur l'état d'exécution des activités liées à l'atteinte des objectifs de la PNP (voir articulation entre PNP et PDES). Ce comité se réunit tous les 6 mois et leur secrétariat est assuré par les points focaux des ministères des pôles du PDES.

**Les Comités régionaux, départementaux, communaux et locaux exercent les mêmes attributions que les comités sectoriels. Ils sont présidés par les Gouverneurs, les préfets et les maires.** Les services décentralisés étant généralement peu dotés en ressources humaines, le Ministère de la Population prépare les réunions de concert avec les services sectoriels. Des missions ponctuelles sont organisées en amont en vue de mieux préparer ces rencontres.

La coordination et l'animation du dispositif global de S&E est assurée par le Ministère de la Population. Il doit à ce titre planifier toutes ces rencontres, les faire valider par les autorités nationales et locales ; et veiller à la tenue de toutes les rencontres en tant que responsable du Secrétariat général des Conseils présidentiel et interministériel de S&E de la PNP. Il veille également à la bonne coordination des interventions des acteurs dans la mise en œuvre des stratégies et prépare le rapport devant contribuer à la revue annuelle conjointe.

### **IV.3.2.2. Données du suivi/évaluation**

Le suivi et l'évaluation exigent l'existence d'un bon système d'information. Des outils de collecte sont élaborés et le Ministère en charge de la Population veille sur leur utilisation. Il veille également sur la complétude, la qualité et la promptitude dans la production des rapports. A travers l'ONDD, l'Institut National de la Statistiques et les points focaux NTA des secteurs sont mis à profit pour la collecte et l'analyse des données du suivi de la PNP. En sa qualité de bras technique du Système Statistique

National (SSN) et chef de file de l'unité collecte, traitement et analyse des données de l'ONDD, l'institut National de la Statistique (INS) assure la coordination de cette activité.

#### **IV.3.2.3. Principaux extrants du système du suivi et évaluation**

La mise en œuvre de la PNP est bâtie suivant le principe de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et donc le principe de redevabilité. Il y a ainsi un chiffrage systématique des objectifs attendus pour chaque horizon quinquennal. Cela permet de mieux apprécier l'état de réalisation des objectifs et ainsi assurer la réussite des stratégies retenues. Les principaux livrables attendus des acteurs sont :

- Les rapports sectoriels annuels et quinquennaux de suivi ;
- Le rapport de synthèse annuel et quinquennal de suivi ;
- Le relevé des conclusions et recommandations des réunions de suivi-évaluation à tous les niveaux, suite à l'examen des rapports de synthèse ;
- Les rapports d'évaluation quinquennaux ;
- Les rapports d'évaluation à l'horizon 2035.

La réussite de cette politique dépend largement de l'efficacité du dispositif de suivi/évaluation mis en place et de la qualité de la mise en œuvre des activités. Cela est nécessaire pour l'identification précoce des manquements et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre pour y apporter les mesures correctives adéquates.

#### **IV.4. Mobilisation des ressources**

La mise en œuvre de cette politique nécessitera des moyens importants pour atteindre les objectifs fixés. Sa réussite va ainsi dépendre largement des ressources disponibles pour sa réalisation. En plus des ressources humaines qualifiées, cette politique s'appuiera sur les politiques sectorielles et les moyens dégagés par l'Etat pour les différents domaines ayant trait aux questions de population. L'Etat devra particulièrement mettre l'accent dans les domaines clés qui accéléreront le changement de comportements des populations. Le projet SWEDD y contribue déjà de façon substantielle.

Par ailleurs, l'Etat pourra solliciter les partenaires au développement afin qu'ils soutiennent ses initiatives de développement.

## **V. Analyse et gestion des risques**

### **V.1. Risques liés à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population**

Les principaux risques à la mise en œuvre de cette PNP sont relatifs à la non-adhésion de la population, l'instabilité institutionnelle (changement de gouvernement et de priorités) et l'indisponibilité à bonne date des moyens financiers. La préoccupation fondamentale porte sur la qualité et l'effectivité de l'animation des comités sectoriels et régionaux tout au long de la mise en œuvre de la politique.

### **V.2. Stratégies de gestion des risques**

Cette politique de population ne peut réussir sans stabilité et continuité institutionnelles et que les moyens matériels, humains et financiers appropriés soient mobilisés. La stratégie "Niger 2035" engage tous les prochains gouvernements. Ainsi, les programmations budgétaires devront être reconduites voire renforcées pour garantir la mise en œuvre de toutes les activités. Des moyens financiers devront être dégagés pour faciliter l'animation des comités centraux et décentralisés en charge de la mise en œuvre de la PNP. Le gouvernement devra en l'occurrence engager tous les ministères à disposer d'un plan précis de renforcement des capacités porté sur la gestion axée sur les résultats. La formation des

cadres ministériels en juillet 2018 sur l'élaboration de projets annuels de performance (PAP) est une étape majeure de ce dispositif.

Par ailleurs, l'Etat doit mener un fort plaidoyer à l'endroit de ses partenaires au développement en vue de faciliter la mobilisation des ressources financières, indispensables à la conduite de toutes les activités. Le financement des activités prioritaires de cette politique pourrait faire l'objet d'un plan d'assistance pluriannuel signé avec les partenaires au développement.

## Conclusion

L'élaboration de cette nouvelle PNP a nécessité une mobilisation multisectorielle suivant un processus inclusif et participatif. Un comité intersectoriel d'élaboration de cette politique a été mis en place par le Ministère de la Population. Ce comité a eu à examiner les différentes activités en vue d'y apporter la qualité qui sied. Il s'agit par conséquent d'un document consensuel qui a fédéré toutes les parties prenantes.

Cette PNP reprend, dans son plan d'actions, les actions et les indicateurs clés qui nécessitent un suivi particulier. L'atteinte des objectifs de ce plan intègre toutefois toutes les autres activités des plans et programmes sectoriels de développement qui concourent directement ou indirectement à l'atteinte du dividende démographique. Le financement de cette politique devrait être assuré par l'Etat avec l'appui de ses partenaires au développement.

Les recommandations suivantes sont formulées dans la perspective de rendre effectif la mise en œuvre de la PNP :

- S'engager dans la déclaration de cette PNP à garantir son financement intégral et à sa mise en œuvre ;
- Prendre les dispositions en vue de la résorption du gap de financement et des besoins complémentaires (à la suite de l'exercice de finalisation de la feuille de route du PDES 2017-2021) ;
- Veiller à l'opérationnalisation effective du dispositif de suivi/évaluation en l'intégrant dans le cadre d'évaluation des performances des structures ministérielles ;
- Inviter les partenaires techniques et financiers à s'engager dans le financement des activités prioritaires en élaborant avec eux un plan d'appui pluriannuel ;
- Garantir le renforcement du personnel des structures de coordination et de suivi/évaluation de cette politique.

## Bibliographie

ATTAMA, Sabine, SEROUSSI Michka, KOURGUENI Alichina Idrissa, Harouna KOUCHE et Bernard BARRERE. 1998. Enquête Démographique et de Santé, Niger 1998. Calverton, Maryland, U.S.A. : Care International Niger et Macro International, 391p.

Banque Africaine de Développement –BAD-, 2018. "Perspectives économiques en Afrique 2018", Banque africaine de développement 2018, 216p.

Banque Mondiale (BM), 2018. « World Development Indicators, mise à jour du 14 novembre 2018

BARTOLOMEO Anna Di, JAULIN Thibaut et PERRIN Delphine. 2011– Profil Migratoire Niger. Consortium pour la Recherche Appliquée sur les Migrations Internationales(CARIM), Union Européenne, Février 2011, 12p.

- BARRERE M., ALICHINA KOURGUENI I., ATTAMA S., 1992. « Fécondité, planification familiale et santé de la mère et de l'enfant au Niger » - CARE International / Niger – Demographic and Health Surveys Macro International Inc. Mai 1999, 39 pages.
- GARENNE Michel, 2015. "La question du dividende démographique en Afrique au sud du Sahara, <https://www.researchgate.net/publication/311480250>, 9p.
- GUENGANT Jean-Pierre, 2015. "Émergence, transition démographique et contraception : Quels liens ? Conference Paper, Note Politique, Projet PARSS, Banque mondiale, Avril 2015, 6p.
- GUENGANT Jean-Pierre et ISSAKA MAGA Hamidou, 2015. "Bilan des d'activités de planification familiale au Niger depuis les années 1990 : Comment améliorer et étendre certains résultats obtenus ces dernières années par l'Animas-Sutura", January 2015, 106p.
- GUENGANT Jean-Pierre, 2011. "Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA, Analyse Pays Niger". 57p.
- GUENGANT J-P. et BANOIN M. : Dynamique des populations, disponibilités en terres et adaptation des régimes fonciers : le cas du Niger – FAO/ CICRED (Comité International de Coopération dans les Recherches Nationales en Démographie) - 2003
- KOURGUENI Idrissa Alichina, GARBA Bassirou et BARRERE Bernard 1992. Enquête Démographique et de Santé, Niger 1992. Calverton, Maryland, U.S.A. : Care International Niger et Macro International, 322p.
- HAROUNA Soumana, 2007. "Rapport d'évaluation de la politique nationale de population", adoptée en 1992. 37p.
- Institut National de la Statistique -INS, 2016. "Les causes et les déterminants de la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans et du maintien de la fécondité à un niveau élevé au Niger de 1992 à 2012", Mai 2016, 61p.
- Institut National de la Statistique -INS, 2018. "Fiche sur l'évolution des principaux indicateurs sociodémographiques et agrégats macroéconomiques du Niger", Institut National de la Statistique, février 2018, 6p.
- Institut National de la Statistique -INS, 2018. "Comptes économiques de la nation", Comité National de Politique Economique (CNPE), comité cadrage macroéconomique et budgétaire, février 2018.
- Institut National de la Statistique (INS) et ICF International, 2017. Résultats provisoires Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2017. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International, 17p.
- 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) et ICF International, 1993. Enquête Démographique et de Santé du Niger 1992. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International, 322p.
- ISSAKA MAGA Hamidou, 2009. "Migration au Niger, Profil National 2009". Organisation internationale pour les migrations (OIM), 172p.
- MASON A. : « Capitalizing On The Demographic Dividend », *Poverty. Achieving Equity, PDS Series*, Nber 8, UNFPA, 39-48, 2003
- Ministère de la Santé Publique -MSP-Ministère de la santé et de la Prévention, 2015. "État des lieux de la surveillance des décès maternels, les revues et la riposte". DSME/MSP/Niger, février 2015.
- Ministère de la Santé Publique -MSP, 2011. "Plan de développement sanitaire (PDS) 2011 – 2015". Ministère de la santé publique, Conseil des Ministres du 27 Janvier 2011, 124p
- Ministère du Plan, 2017. "Niger 2035 : Un pays et un peuple prospères, Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive", REPUBLIQUE DU NIGER (RN), Ministère du Plan, Janvier 2017, 113 p.
- Ministère du Développement social, de la Population et de la Promotion de la femme, 1992. « Déclaration de politique nationale de population » Direction de la population, Niamey, février 1992.

- Ministère de la Santé publique - MSP, 2012. « Planification Familiale au Niger : Plan d'action 2012 – 2020 ». Ministère de la Santé publique Direction Générale de la Santé de la Reproduction - Direction de la Santé de la Mère et de l'enfant. Niamey, juin 2012, 23 pages. <http://partenariatouaga.org/wp-content/uploads/2013/11/Niger-Plan-daction-2012-2015-PF-final-valid%C3%A9.pdf>.
- Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre les endémies, 2005. « Plan de développement sanitaire 2005-2009, Niamey, voir pages 65-66 la section « Santé de la population et planification familiale ».
- MORELAND S. LEAHY MADSEN E, KUANG B., HAMILTON M., JURCZYNSK K., BRODISH P., "Modeling the demographic Dividend: Technical Guide to the DemDiv Model", December 2014.
- PNUD, « Rapport sur le développement humain 2016. Le développement humain pour tous ». Programme des Nations Unies pour le développement, 1 UN Plaza, New York, NY 10017, USA,
- SOUMANA Harouna, 2007. "Rapport d'évaluation de la politique nationale de population", adoptée en 1992. 37p.
- SWEDD et CREFAT, 2017. "Le Dividende démographique au Niger. L'espoir est-il permis ?" Projet régional d'autonomisation des femmes et dividende démographique au sahel (PRAF/DD-SWEDD) -Niger, 6p.
- SWEDD et CREFAT, 2017. "Le Niger à l'heure du bonus démographique. A quand l'ouverture de la fenêtre ?" Projet régional d'autonomisation des femmes et dividende démographique au sahel (PRAF/DD-SWEDD) -Niger, 6p.
- SWEDD et CREFAT, 2017. "Genre et Dividende Démographique au Niger. Quand la consommation des hommes dépasse celle des femmes sur tout le cycle de vie". Projet régional d'autonomisation des femmes et dividende démographique au sahel (PRAF/DD-SWEDD) -Niger, 6p.
- SWEDD et CREFAT, 2016. "Profil du Niger sur le Dividende Démographique". Ministère de la Population, Projet régional d'autonomisation des femmes et dividende démographique au sahel (PRAF/DD-SWEDD) -Niger, 101p.
- UA, 2017. "Feuille de route de l'UA sur Tirer pleinement profit du Dividende Démographique en investissant dans la jeunesse". En réponse à la Décision de la Conférence de l'union (Assembly/AU/Dec.601 (XXVI) de janvier 2016 sur le thème de l'année 2017, 56p.
- UNFPA, 2014. "Évaluation de l'initiative « écoles des maris »", Juillet 2014, 141p.
- UNFPA, 2018. "Évaluation du 8ème programme de pays UNFPA/Niger". Période évaluée : 1er Janvier 2014 au 30 Juin 2017, Rapport provisoire d'évaluation, 92p.
- UNFPA, SWOP 2018. « Etat de la population mondiale 2018 : Le pouvoir du CHOIX : Les droits reproductifs et la transition démographique.
- World Bank Group (2016) « *Global Monitoring Report 2015/2016: Development Goals in an Era of Demographic Change* ». Washington, DC : World Bank.