UNIVERSITÉ PARIS 1
PANTHÉON SORBONNE
INSTITUT D'ÉTUDE DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

Monographies Sud-Nord
Collection de documents scientifiques
pour la valorisation des recherches sur les transformations sociétales aux Suds
ISSN 2554-3687

Monographie n° 4, mars 2017

Bilan des d'activités de planification familiale au Niger depuis les années 1990

Jean-Pierre Guengant, Hamidou Issaka Maga

La collection Monographies Sud-Nord est éditée par l'IEDES, 35 bis avenue de la Belle Gabrielle, 94 736, Nogent-sur-Marne : https://www.univ-paris1.fr/ufr/iedes/
Les documents sont consultables à l'adresse (http://iedespubli.hypotheses.org/monographies-sud-nord).
Les propositions de publication dans la collection doivent être soumises à monog@univ-paris1.fr.
Les textes peuvent être diffusés à condition de préserver leur intégralité. Toute utilisation à des fins commerciales ou publicitaires est interdite.
Les auteurs sont seuls responsables des opinions exprimées dans les Monographies Sud-Nord, en aucun cas elles ne relaient la position officielle de l'IEDES ou de l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

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 ?

Dr Jean-Pierre GUENGANT
Email : guengant@hotmail.fr et jean-pierre.guengant@ird.fr
Unité mixte de recherche *« Développement et Sociétés »* IRD/Université Paris I, Panthéon-Sorbonne, 45 bis avenue de la Belle Gabrielle, 94736 Nogent-sur-Marne cedex

Dr Hamidou ISSAKA MAGA
Email : hamaga@hotmail.com
Département de Sociologie, *Faculté des lettreset sciences humaines* (FLSH), Université Abdou Moumouni, BP 418 Niamey - Niamey Niger.

Animas-Sutura – Niger. **Email :** Animas@intnet.ne
Avenue des ZARMAKOYE ex Rue Maurice Delens, Quartier Plateau, **BP** 11738 Niamey NIGER

Pour citer cette étude : GUENGANT, Jean-Pire, ISSAKA MAGA, Hamido. *Bilan des activités de planification familial au Niger depuis les années 1990* [En ligne]. Paris : IEDES - Université Paris 1 Panthéon- Sorbonne, 2017. 84 p. (coll. Monographies Sud-Nord, n°4). Disponible sur : < http://iedespubli.hypotheses.org/monographies-sud-nord >

Les analyses et conclusions contenues dans ce document sont formulées sous la responsabilité de leurs auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue de KFW, Animas-Sutura Niger, de l'IRD, de l'université Abdou Moumouni de Niamey, ou de leurs institutions partenaires

Résumé exécutif

Les autorités nigériennes ont constamment manifesté au cours des vingt dernières années leur volonté de promouvoir l'utilisation de la contraception, d'enrayer l'épidémie du VIH/sida et d'éradiquer l'excision. De nombreux partenaires techniques et financiers sont intervenus dans ces domaines aux côtés ou en complément des activités menées par le ministère de la Santé publique. Parmi ceux-ci, l'Association nigérienne de marketing social (Animas-Sutura ou Animas) a réussi à se positionner ces dernières années comme le principal interlocuteur en matière de marketing social des produits de santé de la reproduction, ceci au travers du projet « Planning familial et prévention du sida » appuyé par la KFW depuis 2003, et aujourd'hui mis en œuvre par l'Animas.

Les quatre enquêtes démographiques et de santé (EDS) menées au Niger en 1992, 1998, 2006 et 2012 permettent d'évaluer les résultats de l'ensemble de ces activités et leur impact sur les comportements procréateurs des Nigériennes. Les enquêtes CAP menées en 2007, 2010 et 2013 permettent d'évaluer plus spécifiquement les résultats de l'Animas dans les zones où elle intervient. L'Animas a mis en effet en place des zones d'interventions intensives dans quelque 550 villages ruraux dans les régions de Maradi et de Tillabéri en 2008, puis dans la région de Tahoua en 2010. Ces zones représentent 3,5 % de la population rurale du pays, et 6 % des populations rurales des trois régions concernées.

Les interventions de l'Animas dans ces zones reposent sur plusieurs stratégies. Il s'agit en particulier de l'utilisation des médias au niveau national et local, de la distribution de ses produits (condom Foula, pilule Sutura et tablettes Aquatabs pour l'assainissement de l'eau) à travers des relais communautaires, des pairs-éducateurs, des clubs de l'Animas, des séances foraines d'animation autour de films, des fora de discussions dans les villages, ainsi que de l'implication des leaders locaux et religieux et des services de santé publique et de leurs agents au niveau local.

Le troisième exercice d'évaluation à la fin de la phase III du projet « Planning familial et prévention du sida » en 2012 s'appuie sur deux enquêtes : une enquête nationale représentative réalisée auprès des femmes et des hommes entre février et juin 2012 (EDSN-MICS 2012) et une enquête CAP réalisée en mars-avril 2013 auprès des femmes seulement, dans les zones d'interventions intensives du projet à l'aide d'un questionnaire simplifié reprenant les questions de l'EDSN-MICS 2012.

La comparaison des résultats de ces deux enquêtes permet de mesurer les performances du projet en matière de changement de comportements dans les zones d'interventions intensives du projet par rapport aux résultats observés dans l'ensemble du pays. Ceci devrait permettre d'ajuster certaines actions au cours de la phase V du projet qui a démarré en juin 2014, mais surtout de préparer la phase VI en engageant, courant 2015, une réflexion en profondeur avec les autres intervenants du secteur, sur les activités à mener et les nouvelles stratégies envisageables à partir de 2016.

Ce rapport comprend donc deux parties. La première partie dresse un bilan des activités de planification familiale depuis les années 1990 à partir de l'analyse des résultats des quatre enquêtes EDS menées au Niger de 1992 à 2012. La deuxième partie s'interroge sur : comment améliorer et étendre les résultats obtenus par l'Animas, en comparant les résultats obtenus en 2013 dans les zones d'interventions intensives du projet avec ceux observés dans le reste du pays en 2012.

BILAN DES D'ACTIVITÉS DE PLANIFICATION FAMILIALE AU NIGER DEPUIS LES ANNÉES 1990

Le contexte général

Concernant le VIH/sida, les efforts entrepris par le gouvernement et ses partenaires depuis le début des années 1990 pour contenir l'extension de l'épidémie ont non seulement atteint leur objectif, mais ils se sont aussi traduits par une diminution de moitié en une dizaine d'années de la prévalence du VIH/sida parmi la population de 15 à 49 ans. Celle-ci est passée en effet de 1 % en 2001 à 0,5 % en 2012, ce qui correspondrait à 46 000 adultes et enfants infectés. Le nombre de nouvelles infections, tous âges confondus, a également fortement diminué et serait en 2012 compris entre 1 000 et 1 800.

Des avancées notables ont été également enregistrées concernant l'éradication de l'excision, même si cette pratique concerne peu de femmes au Niger (2 % en 2012). Une loi interdisant les mutilations génitales féminines a été adoptée en 2003, et il est encourageant de constater qu'en 2012, 82 % des femmes et 91 % des hommes qui ont entendu parler de l'excision pensent qu'elle devrait disparaître. Toutefois, les données sur le statut de la femme au Niger soulignent leur dépendance économique et la

faiblesse de leur pouvoir de décision au sein du ménage et dans la société, ce qui s'exprime, entre autres, par les préférences plus élevées des hommes par rapport aux femmes en matière de fécondité.

Le Niger reste un pays majoritairement rural (cinq Nigériens sur six vivaient toujours en milieu rural en 2012) et la population rurale continue de croître d'environ 3,5 % par an. Il devrait donc rester majoritairement rural pendant encore plusieurs décennies malgré la croissance plus rapide des villes.

Avec la baisse rapide de la mortalité des enfants et le maintien d'une forte fécondité, la croissance naturelle de la population nigérienne est aujourd'hui de 4 % par an, un niveau jamais observé dans l'histoire humaine. Cette croissance exceptionnelle a eu un impact négatif sur l'élévation du niveau de vie de la population et sur le développement humain du pays. Malgré les progrès réalisés depuis 1980, l'IDH (Indice de développement humain) 2013 du Niger le plaçait au 187e rang sur 187 pays.

Dans le domaine de la santé, il faut saluer la mise en place en 2006 par le gouvernement, de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Cette mesure a permis d'améliorer le suivi des grossesses et la prise en charge des accouchements et des nouveau-nés, mais elle serait menacée aujourd'hui faute d'un financement suffisant.

Concernant l'éducation, la scolarisation au primaire n'est toujours pas universelle, et les taux de scolarisation au secondaire et au supérieur restent faibles, avec des écarts importants en défaveur des filles. Chez les jeunes de 15-24 ans, en 2012, seulement 15 % des femmes savaient lire et écrire contre deux fois plus, 35 %, chez les hommes.

La forte croissance de la population nigérienne va se poursuivre du fait de sa jeunesse et du niveau toujours très élevé de sa fécondité. La Division de la population des Nations unies anticipe ainsi une population d'au moins 40 millions d'habitants en 2035, soit le double de la population actuelle.

L'utilisation de la contraception

Les quatre enquêtes démographiques et de santé (EDS) menées au Niger en 1992, 1998, 2006 et 2012 permettent de retracer l'évolution des comportements procréateurs des femmes nigériennes.

Concernant la contraception, l'information sur l'existence de méthodes modernes de contraception s'est bien diffusée dans le pays et dans toutes les catégories de population au cours des vingt dernières années. L'utilisation de la contraception moderne parmi les femmes en union a également progressé, puisqu'elle est passée de 2,3 % en 1992 à 12,2 % en 2012, mais à 8,3 % seulement si on exclut la « MAMA » introduite comme méthode moderne pour la première fois dans l'enquête de 2012. Cela correspond à une multiplication par sept du nombre d'utilisatrices de méthodes modernes qui seraient passées de 72 000 en 1992 à 316 000 en 2012.

Toutefois, l'utilisation de la contraception au Niger en 2012 reste parmi les plus faibles du monde, de même que sa progression qui a été de + 0,55 point de pourcentage par an entre 2006 et 2012. Avec 93 % d'utilisatrices, la pilule suivie par les injectables, deux méthodes de courte durée, restaient les méthodes les plus populaires. Le secteur médical public qui servait 85 % des utilisatrices de méthodes modernes restait aussi la source principale d'approvisionnement en contraceptifs.

Les données sur le choix informé des méthodes de contraception révèlent un déficit persistant de l'information donnée aux femmes nigériennes sur leur contraception par les personnels de santé et autres prestataires. Globalement, moins de la moitié des utilisatrices ont déclaré avoir été informées de l'existence d'autres méthodes et des effets secondaires de la méthode qu'elles utilisaient, et sur ce qu'il convenait de faire en cas d'effets secondaires.

L'exposition au risque de grossesse

Les campagnes contre les mariages précoces ont eu un certain effet, puisque 28 % des femmes de 20-24 ans en 2012 ont déclaré avoir été mariées avant 15 ans, contre 50 %, deux fois plus, en 1992. Malgré cette avancée notoire, trois Nigériennes sur quatre étaient mariées avant 18 ans en 2012, et donc exposées à une grossesse précoce mettant leur santé, leur vie, et celle de leur enfant en péril.

L'âge médian au premier mariage des femmes a un peu augmenté, mais il restait de 16 ans en 2012, contre 25 ans pour les hommes dont les mariages deviennent plus tardifs. Le mariage, qui intervient donc très tôt chez les femmes, est quasi universel à partir de 20 ans, et à partir de 30 ans chez les hommes. Un peu plus d'un tiers des femmes mariées et un homme marié sur quatre vivaient en 2012 en union polygame, et ces pourcentages ont peu varié au cours des vingt dernières années. Ces unions polygames ne comptent que rarement plus de deux coépouses.

Le risque de grossesse au sein du mariage peut être atténué par l'allaitement prolongé des enfants et l'abstinence après l'accouchement. Ces deux facteurs déterminent « l'infécondité post-partum » ou l'impossibilité d'être enceinte juste après une naissance. En 2012, les mères nigériennes reprenaient leurs relations sexuelles 4,0 mois après leur accouchement, contre 4,8 mois en 1992, et le retour des

règles (qui varie en fonction de la fréquence et de l'intensité de l'allaitement au sein) intervenait aussi plus tôt. La durée moyenne de l'infécondité post-partum a ainsi diminué au Niger de 16,1 mois en 1992 à 14,7 mois en 2012. La pratique de la contraception pourrait compenser cette augmentation de l'exposition au risque de grossesse. De fait, le pourcentage des naissances intervenues moins de 24 mois après la naissance précédente a un peu diminué, de 27 % en 1992 à 23 % en 2012, mais il reste que près d'une Nigérienne sur quatre a toujours des naissances trop rapprochées à risques.

C'est dans ce contexte : faible utilisation de la contraception, mariages précoces et universels, et intervalles trop courts entre naissances, que la fécondité a augmenté au Niger de 7,1 enfants en 2006 à 7,6 enfants en 2012. Cette augmentation est marquée en milieu rural (+ 0,7 enfant), alors que la fécondité a diminué de 1,5 enfant en milieu urbain (en fait dans les zones urbaines hors Niamey), car la fécondité à Niamey est restée stable à 5,3 enfants par femme. L'hypothèse que cette augmentation récente de la fécondité est la conséquence de la gratuité des soins aux femmes enceintes et aux enfants, décidée en 2006, n'est pas à écarter. Cette mesure ne semble pas en effet avoir été accompagnée, comme elle aurait dû, par une information sur les risques associés aux grossesses nombreuses et rapprochées, et sur la planification familiale comme moyen de diminuer ces risques.

Le profil par âge de cette fécondité record s'établit comme suit : à 20 ans, les Nigériennes ont en moyenne un enfant (0,5 à Niamey et 1,2 en zone rurale) ; à 35 ans, 5,8 enfants (4,2 à Niamey et 6,1 en zone rurale) ; et à 50 ans, 7,6 enfants (5,3 à Niamey et 8,1 en zone rurale). Après 35 ans donc, les Nigériennes ont encore un enfant de plus en zone urbaine et deux enfants supplémentaires en zone rurale. L'importance de ces naissances tardives est souvent sous-estimée comparativement à l'attention portée aux naissances chez les adolescentes.

Il faut noter chez celles-ci la diminution du pourcentage de filles ayant des enfants ou enceintes à 15 ans de 9;6 % en 1992 à 6,6 % en 2012. Toutefois, cette diminution a été compensée par des augmentations à 16 ans et à 17 ans. Au total, le taux de fécondité des adolescentes de 15 à 19 ans est resté quasiment le même entre 1992 et 2012 pour l'ensemble du pays, mais ce taux a légèrement augmenté en milieu rural, et franchement diminué en milieu urbain où il est deux fois moindre.

Le nombre élevé d'enfants au Niger est le résultat des normes et valeurs de la société qui valorisent une forte descendance et les femmes ayant beaucoup d'enfants. Les nombres idéals moyens d'enfants donnés par l'ensemble des femmes de 15-49 ans sont non seulement très élevés, mais ils ont aussi augmenté d'un enfant entre 1992 et 2012. Les femmes en union donnent en 2012 un nombre idéal moyen de 9,5 enfants, et les hommes mariés de 13 enfants. Il y a certes des écarts entre femmes selon les catégories, mais on notera que les jeunes femmes de 20-24 ans ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus (peu nombreuses) ont indiqué des nombres idéals moyens de 6,5 enfants, soit trois fois les nombres idéals (de 2 à 3 enfants) donnés aujourd'hui par les jeunes femmes de la plupart des pays en développement. Finalement, le nombre de naissances non ou mal planifiées est inférieur à un enfant pour une fécondité observée proche de 8 enfants.

L'augmentation future de l'utilisation de la contraception sera largement conditionnée par la demande exprimée en planification familiale qui est la somme des besoins satisfaits (les utilisatrices d'une méthode quelconque) et non satisfaits. La demande exprimée en planification familiale a progressé au Niger de 23 % en 1992 à 30 % en 2012. Toutefois, ce niveau de demande fait partie des niveaux les plus faibles du monde, ce qui s'explique par l'importance des besoins exprimés à des fins d'espacement : 85 % du total, et du nombre idéal d'enfants très élevé donné par les femmes nigériennes, comparativement à leurs consœurs des autres pays africains.

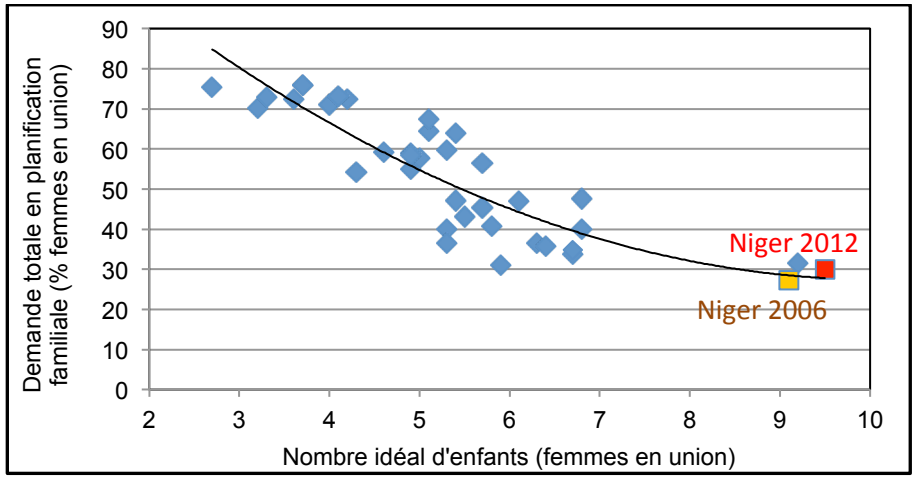


Figure 1 Demande en planification familiale et nombre idéal d'enfants chez les femmes en union dans 36 pays d'Afrique subsaharienne et au Niger en 2006 et en 2012.
Source : Enquêtes EDS, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

En fait, pour envisager une demande en planification familiale d'au moins 60 %, comme c'est le cas aujourd'hui dans la quasi-totalité des pays en développement, il faudrait que la demande soit à plus de 50 % exprimée à des fins de maîtrise de la taille de la famille (contre 15 % aujourd'hui), et que le nombre idéal d'enfants soit de l'ordre de 4 à 5 enfants, soit deux fois moins qu'aujourd'hui.

Dans les conditions actuelles, il paraît donc difficile d'atteindre une prévalence supérieure à la demande exprimée (30 %), et d'imaginer que la satisfaction des besoins exprimés entraîne une baisse de la fécondité. En effet, si la satisfaction des besoins exprimés a progressé de 19 % en 1992 à 45 % en 2012, la fécondité n'a pas diminué, mais au contraire augmenté.

Certes, près de la moitié des Nigériennes (42 %) ont exprimé en 2012 l'intention d'utiliser une contraception dans l'avenir, mais un avenir dont l'horizon temporel n'est pas précisé. On aurait donc tort de croire que cette intention se traduira par une augmentation rapide de l'utilisation de la contraception dans un futur proche. En effet, non seulement l'horizon temporel de cette intention d'utilisation n'est pas précisé, mais aussi, cette intention correspond surtout à des besoins en espacement chez des femmes dont le désir d'avoir des enfants reste très fort. Ce désir d'enfants a même augmenté depuis 1992, y compris parmi les femmes ayant déjà 6 enfants et plus. En 2012, 65 % de ces femmes souhaitaient encore avoir des enfants, contre 48 % en 1992. Et parmi les hommes ayant déjà 6 enfants ou plus, quasiment tous souhaitaient avoir d'autres enfants, puisque 2 % seulement ont déclaré ne plus en vouloir.

Finalement, la planification familiale est aujourd'hui largement acceptée au Niger, mais perçue comme équivalent à l'espacement des naissances qui « permet aux femmes de se reposer », et d'atteindre dans de meilleures conditions un nombre idéal d'enfants toujours très élevé.

COMMENT AMÉLIORER ET ÉTENDRE LES RÉSULTATS OBTENUS PAR L'ANIMAS-SUTURA ?

L'utilisation de la contraception dans les zones de l'Animas

Grâce aux actions de communication et de sensibilisation menées par l'Animas dans les zones d'interventions intensives mises en place dans les régions rurales de Maradi, Tahoua et Tillabéri, la quasi-totalité (97 %-98 %) des femmes en union de ces zones avaient entendu parler en 2013 d'au moins une méthode moderne de contraception.

Les femmes de ces zones étaient aussi beaucoup plus nombreuses à utiliser une méthode contraceptive. Dans la région de Maradi, la prévalence de la contraception moderne (MAMA exclue) était en 2013 cinq fois plus élevée dans les zones d'interventions du projet que dans l'ensemble de la zone rurale de la région en 2012 (18,1 % contre 3,5 %). Il en va quasiment de même pour la région de Tahoua (17,7 % contre 3,8 %). Par contre, dans la région de Tillabéri, la prévalence dans les zones d'interventions n'était en 2013 que de 50 % plus élevée que celle trouvée en 2012 dans l'ensemble de la zone rurale de la région.

La comparaison des prévalences trouvées en 2013 avec celles trouvées lors de l'EDS 2006 dans les trois régions d'interventions permet d'apprécier la rapidité de la progression de l'utilisation de la contraception moderne dans les zones d'interventions. Cette comparaison a permis d'estimer l'augmentation de la prévalence de la contraception moderne entre 2006 et 2013 dans les zones d'interventions de la région de Maradi à + 2,3 points de pourcentage par an, dans les zones de la région de Tahoua à + 1,8 point de pourcentage par an, et dans les zones de la région de Tillabéri à 1,5 point de pourcentage par an. Dans les trois cas, ces résultats sont remarquables et correspondent aux augmentations les plus rapides observées ces dernières années en Afrique subsaharienne. Ces augmentations sont trois à cinq fois plus rapides que celle enregistrée pour l'ensemble des zones rurales du Niger qui est de + 0,5 point de pourcentage par an.

La pilule est, comme dans l'ensemble du pays, la méthode la plus utilisée. De fait, la prévalence de l'utilisation de la pilule dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 est partout supérieure à celle trouvée en 2012 dans l'ensemble de la zone urbaine du pays (5,6 %), ce qui constitue un résultat remarquable (figure 2). La

prévalence de l'utilisation des injectables dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 est aussi plus élevée pour les régions de Maradi et de Tahoua que celle trouvée en 2012 pour l'ensemble de la zone urbaine du Niger (2,1 %). Ceci souligne la bonne acceptation de l'injectable en milieu rural et laisse augurer de bonnes possibilités d'extension de son utilisation avec l'arrivée de « Sutura Press », le nouvel injectable pour lequel l'Animas a obtenu l'autorisation d'en faire la distribution à base communautaire.

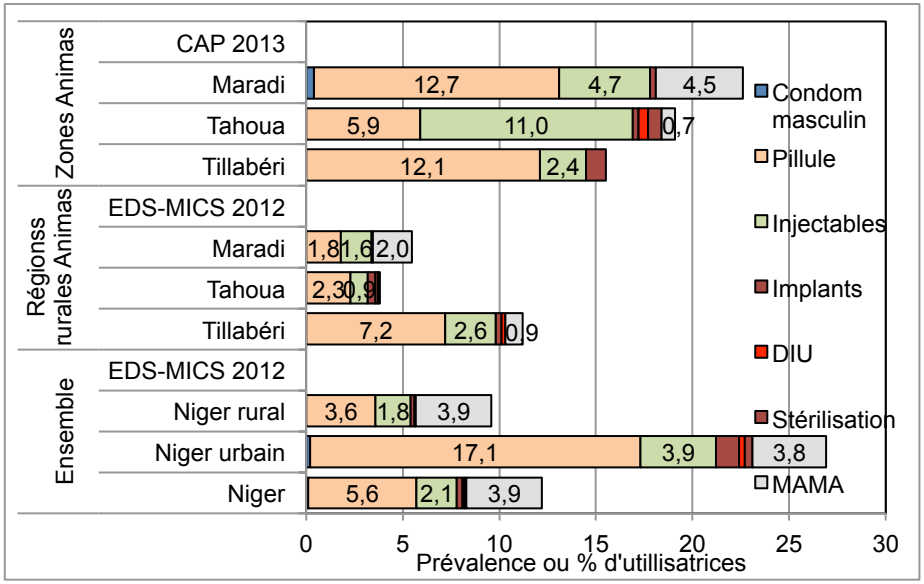


Figure 2 Prévalence totale de la contraception moderne par méthode (y compris la MAMA) parmi les femmes de 15-49 ans en union dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger en 2012
Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

D'introduction récente, l'utilisation de l'implant reste partout très faible. On notera aussi que quelle que soit la zone ou la région considérée, le préservatif masculin n'est que très marginalement mentionné par les femmes comme méthode de contraception.

L'exposition nettement plus importante des femmes des zones d'interventions aux messages sur les changements de comportements diffusés notamment par la radio nationale et les radios communautaires explique probablement en partie leur utilisation plus élevée des méthodes contraceptives modernes. Cependant, l'impact des autres canaux de diffusion de ces messages, comme les relais communautaires, les groupes d'amis, les lieux publics, et les panneaux publicitaires est peut-être au moins aussi important que l'impact des radios.

Exposition au risque de grossesse et fécondité

Comme dans l'ensemble du monde rural nigérien, le mariage des femmes est non seulement précoce, mais aussi universel dans les zones d'interventions de l'Animas.

On ne dispose pas en 2013 pour ces zones de données permettant de calculer un indice synthétique de fécondité, mais seulement de données sur le nombre moyen d'enfants nés vivants parmi les femmes en union de 15-49 ans. Les chiffres trouvés dans les zones d'interventions de l'Animas sont partout inférieurs (de 0,5 à 1 enfant) à ceux trouvés en 2012 dans l'ensemble des zones rurales des trois régions concernées (4,6 contre 5,2 pour la région de Maradi, 4,0 contre 4,5 pour la région de Tahoua, et 3,9 contre 4,8 pour la région de Tillabéri). Ils sont aussi inférieurs au nombre moyen de 4,7 enfants nés vivants trouvés en 2012 pour l'ensemble de la zone rurale du Niger.

Ces résultats ne sont pas pour autant le signe de l'amorce d'une baisse de la fécondité dans les zones d'interventions de l'Animas. En effet, les femmes en union de 15-49 ans constituent un groupe hétérogène composé de jeunes femmes qui viennent juste de commencer leur vie féconde, et de femmes plus âgées qui sont sur le point de l'achever. Si les jeunes femmes décident d'avoir autant d'enfants que leurs aînées, mais plus tard, le nombre moyen d'enfants par femme dans l'ensemble du groupe 15-49 ans est susceptible d'augmenter à nouveau. Ce phénomène est bien connu sous le nom « d'effet de calendrier ». Il convient donc d'attendre encore quelque temps et de nouvelles données pour mesurer les effets des campagnes pour le changement des comportements à la fois sur le calendrier de fécondité et le nombre d'enfants qu'auront les femmes à la fin de leur vie féconde.

Perspectives d'extension de l'utilisation de la contraception

Les nombres idéals moyens d'enfants donnés en 2013 par les femmes de 15-49 ans en union dans les zones d'interventions de l'Animas ne sont pas très différents de ceux donnés en 2012 par l'ensemble des femmes rurales du Niger (9,7 enfants). Ils sont même plus élevés dans les zones d'interventions des régions de Tahoua et de Tillabéri.

L'analyse de la répartition des nombres idéals d'enfants confirme le souhait des femmes nigériennes d'avoir un nombre élevé d'enfants, proches de ou supérieurs à 10 enfants. Comme pour la fécondité, il n'est donc pas possible de savoir si les

campagnes pour le changement des comportements procréateurs se sont déjà traduits par un changement des nombres idéals d'enfants dans les zones d'interventions de l'Animas. De toute façon, de tels changements prennent un certain temps.

Il reste vrai que la promotion de la contraception dans les zones d'interventions de l'Animas s'est traduite par une augmentation des intentions de l'utiliser, notamment dans les zones des régions de Maradi et Tahoua, où plus d'une femme sur deux a exprimé cette intention. Mais, à nouveau, cet indicateur a une signification limitée. En effet, l'augmentation des intentions d'utiliser la contraception dans un futur qui n'est pas précisé n'implique pas nécessairement un changement des normes et valeurs en matière de procréation. 100 % des femmes peuvent avoir l'intention d'utiliser la contraception, ne serait-ce qu'une fois au cours de leur vie féconde, sans changer le nombre total d'enfants qu'elles souhaitent avoir (10 enfants par exemple espacés de plus ou moins trois ans au cours des quelque trente années de leur vie féconde).

Ceci dit, le maintien jusqu'en 2015 des rythmes élevés d'augmentation annuelle de la prévalence estimés pour les zones d'interventions de l'Animas (de 1,5 à 2,3 points de pourcentage par an) devrait permettre d'y atteindre début 2016 des prévalences de contraception moderne proches de 25 %, objectif visé par le projet, et par le Plan national d'action 2012-2020 pour la planification familiale.

Cependant, l'objectif visé en 2020 de 50 % d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception paraît difficile à atteindre dans les zones d'interventions de l'Animas ; et encore plus dans l'ensemble du Niger. En effet, les prévalences atteintes en 2013 dans les zones d'interventions sont proches de la demande totale exprimée en 2012 dans les régions de Maradi et de Tahoua, mais un peu inférieures dans la région de Tillabéri. Ceci signifie que le projet a déjà plus ou moins satisfait la demande, essentiellement en espacement, dans les zones des régions de Maradi et Tahoua, et qu'il pourrait la satisfaire en une dizaine d'années dans les zones de la région de Tillabéri (Figure 3). Ensuite, en supposant que la demande exprimée pour espacer ou limiter les naissances puisse passer d'environ 30 % en 2012 à 50 % en 2020, il faudrait pour atteindre une prévalence contraceptive de 50 % en 2020 des augmentations annuelles moyennes de la prévalence de 3 à 4 points de pourcentage par an, bien supérieures à celles déjà élevées, observées pour les zones d'interventions intensives entre 2006 et 2013.

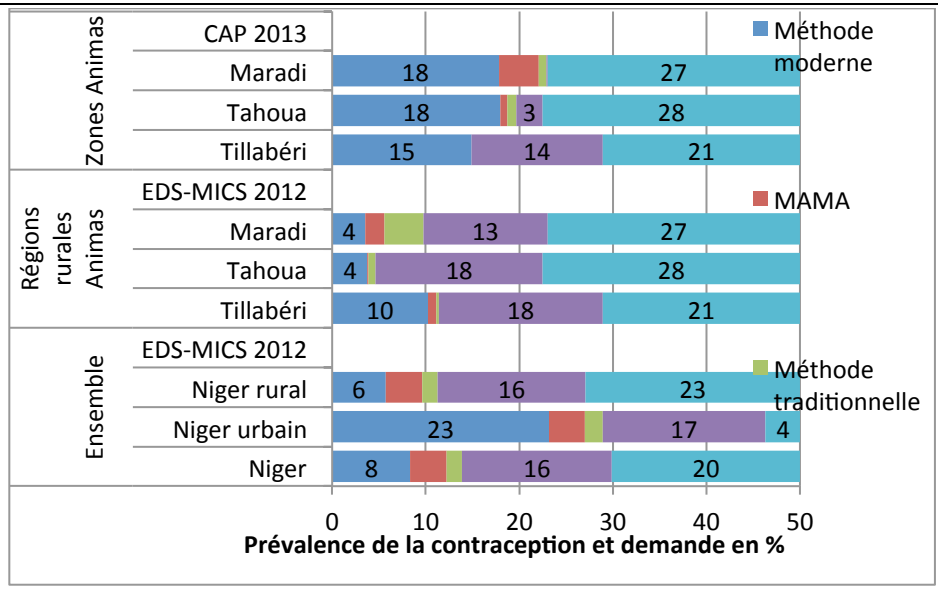


Figure 3 Prévalence de la contraception et demande exprimée restant à satisfaire dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Au total, le projet « Planning familial et prévention du sida » devrait plus ou moins atteindre son objectif de 25 % d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception fin 2015 dans ses zones d'interventions. Mais la poursuite de l'augmentation de la prévalence dans ces zones devrait être rapidement « bridée » par une demande exprimée qui reste faible et essentiellement pour des besoins d'espacement. Pour continuer à contribuer à l'augmentation de la prévalence contraceptive moderne dans le pays, le projet « Planning familial et prévention du sida » a toujours la possibilité d'étendre son modèle d'interventions actuel à d'autres zones ou régions où la demande exprimée non satisfaite reste importante. Cette démarche ne doit cependant pas exclure la recherche d'autres stratégies visant à atteindre des prévalences plus élevées, en faisant sauter le verrou que constitue actuellement la faiblesse de la demande exprimée en planification familiale.

Connaissance et attitudes vis-à-vis du VIH/sida

Grâce aux campagnes de sensibilisation de l'Animas, la connaissance du VIH/sida dans ses zones d'interventions y est aujourd'hui quasi universelle. Mais ceci n'implique pas pour autant la connaissance généralisée des moyens efficaces pour éviter de contracter la maladie. Ainsi, les pourcentages de femmes connaissant les deux moyens efficaces pour éviter de contracter le VIH/sida (se limiter à un seul partenaire non infecté et l'utilisation régulière du condom) étaient toujours loin d'être satisfaisants en 2013 dans les zones d'interventions de l'Animas, même si dans ces zones ces pourcentages (entre 50 et 70 %) étaient supérieurs à ceux trouvés en 2012 dans l'ensemble des zones rurales des trois régions concernées.

Par ailleurs, les idées erronées sur les moyens de transmission du VIH/sida sont toujours très répandues, notamment en milieu rural. Moins de 20 % des femmes vivant dans les zones d'interventions de l'Animas savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le sida et ont rejeté en même temps les deux idées erronées les plus répandues concernant la transmission du sida (par les moustiques et le partage d'un repas avec une personne infectée). La « connaissance approfondie du sida », qui est définie en ajoutant aux trois conditions précédentes le fait de savoir que pour éviter la transmission, il faut se limiter à des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et/ou utiliser régulièrement un condom, est encore plus faible et concerne dans le meilleur des cas un peu plus de 10 % des femmes rurales.

Concernant la transmission mère-enfant, en gros la moitié, voire plus, des femmes des zones d'interventions de l'Animas savent que le VIH/sida peut être transmis à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement, contre moins de la moitié des femmes de l'ensemble des zones rurales des trois régions concernées. L'information sur l'existence de médicaments spéciaux pour réduire le risque de transmission du virus pendant l'allaitement est un peu moins répandue, mais elle l'est davantage dans les zones d'interventions de l'Animas.

Enfin, la tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida est variable selon les questions posées. Dans les zones d'interventions de l'Animas, entre les deux tiers et les trois quarts des femmes ont déclaré qu'elles accepteraient de prendre soin d'un membre malade de la famille. Mais le niveau de tolérance global mesuré par l'acceptation combinée a) de prendre soin d'un membre malade de la famille, b) d'acheter des légumes frais à un marchand infecté, c) d'accepter qu'un(e) enseignant(e) infecté(e), mais non malade puisse continuer à enseigner, et d) de ne pas garder secret l'état de santé d'un membre de la famille infecté, est faible dans les zones d'interventions de l'Animas (entre 15 % et 22 %), mais à nouveau plus élevé que dans l'ensemble des zones rurales des trois régions concernées où le niveau de tolérance global n'est que de 2 à 5 %.

Globalement, les campagnes d'informations menés pour mieux faire connaître aux Nigériennes et aux Nigériens le VIH/sida, ses modes de transmission, la transmission mère-enfant, et les moyens de réduire le risque de contracter la maladie ont eu un impact certain, même si tous les messages diffusés ne sont pas encore connus par tous, loin s'en faut. La question de l'importance à accorder dans le futur à la sensibilisation sur le VIH/sida au niveau communautaire doit être cependant posée, compte tenu de la faible prévalence du VIH/sida dans le pays, et encore plus en milieu rural.

Connaissance, prévalence et attitudes vis-à-vis de l'excision

La faiblesse de la pratique de l'excision au Niger (2 % des femmes seulement ont été excisées) explique certainement pourquoi ce phénomène est globalement peu connu par les femmes rurales. Elle est plus connue dans les zones d'interventions de l'Animas, notamment dans la région de Tillabéri (à 90 %) où le pourcentage de femmes excisées est le plus important (10 % contre 2 % pour le reste du Niger). Finalement, une femme sur deux seulement dans les zones d'interventions des deux autres régions (Maradi et Tahoua) a déclaré avoir entendu parler de l'excision.

La très grande majorité des femmes ayant entendu parler de l'excision se sont prononcées pour sa disparition, même si on a noté dans les zones d'interventions de l'Animas de fortes proportions de femmes indécises quant à son maintien. Ceci pourrait refléter une certaine ambiguïté de ces femmes vis-à-vis de l'excision. Mais il ne faut pas oublier que la pratique de l'excision a été interdite par la loi en 2003.

Comme pour le VIH/sida, la question de l'importance à accorder dans le futur à la prévention de nouvelles excisions au niveau communautaire doit être posée, même si son éradication complète doit rester un objectif prioritaire.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les activités relativement nombreuses menées par les autorités nigériennes et ses partenaires au cours des vingt dernières années dans le domaine de la santé de la reproduction ont eu un impact positif indéniable dans certains domaines, un impact plus limité, voire incertain dans d'autres, mais on peut parler aussi dans certains cas de contre-performances.

Les succès concernent la lutte contre le VIH/sida et l'éradication de l'excision. La prévalence du VIH/sida a été divisée par deux au cours des dix dernières années. Et avec aujourd'hui 0,5 % de personnes de 15-49 ans vivant avec la maladie, elle est l'une des prévalences les plus basses d'Afrique subsaharienne. L'excision a été interdite par la loi en 2003 et aujourd'hui, une large majorité de Nigériennes et de Nigériens a déclaré souhaiter la voir disparaître.

En matière de planification familiale, les résultats sont plus mitigés. Certes, le nombre d'utilisatrices de méthodes modernes a été multiplié par sept entre 1992 et 2012, mais la prévalence de la contraception moderne en 2012 (8,3 % des femmes en union, MAMA exclue) reste l'une des plus faibles du monde, de même que sa progression. De fait, les normes et valeurs de la société nigérienne qui valorisent une descendance élevée et les femmes ayant beaucoup d'enfants n'ont guère changé au cours des vingt dernières années. Ceci est logiquement associé à des mariages et des naissances précoces, ainsi qu'à des naissances à risques mal espacées, tardives et nombreuses.

Les diverses actions de sensibilisation pour modifier les comportements procréateurs n'ont eu d'effets positifs que sur la réduction des mariages très précoces (avant 15 ans) dont le pourcentage a été divisé par deux passant de 50 % en 1992 à 28 % en 2012. On a enregistré aussi une diminution du pourcentage des filles ayant des enfants ou enceintes à 15 ans (de 9;6% en 1992 à 6,6 % en 2012), mais qui a été compensé par une augmentation des pourcentages des filles ayant des enfants ou enceintes à 16 ans et à 17 ans. Ceci signifie que trois Nigériennes sur quatre restent exposées à une grossesse précoce à risques, et que le taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans est resté quasiment le même pour l'ensemble du pays entre 1992 et 2012.

Les intervalles courts à risques de moins de 24 mois entre naissances n'ont que légèrement diminué (de 27 % en 1992 à 23 % en 2012), malgré l'accent prononcé mis sur l'espacement des naissances, souvent opposé à la maîtrise de la fécondité stigmatisée sous l'appellation limitation des naissances.

La demande totale en planification familiale (somme des utilisatrices d'une méthode quelconque de contraception, et des « besoins non satisfaits » exprimés) a progressé de 23 % en 1992 à 30 % en 2012. Cependant, ce niveau de demande est l'un des plus faibles du monde, ce qui s'explique par le fait qu'il s'agit d'une demande exprimée à plus de 80 % pour des raisons d'espacement. En comparaison, la demande totale en planification familiale concerne aujourd'hui entre 70 % et 85° % des femmes en union dans la majorité des pays et dans la plupart des pays émergents, et plus de la moitié de cette demande est exprimée pour des raisons de maîtrise de la taille de la famille, contre 15 % seulement au Niger.

Par ailleurs, si la satisfaction des besoins exprimés en planification familiale a progressé de 19 % en 1992 à 47 % en 2012, paradoxalement à priori, la fécondité n'a pas diminué, mais elle a au contraire augmenté de 7,1 enfants en 2006 à 7,6 enfants par femme en 2012 (et de 7,4 à 8,1 enfants en milieu rural). Parallèlement, le nombre idéal moyen d'enfants indiqué par les femmes de 15-49 ans a aussi augmenté de 8,2 enfants en 1992 à 9,2 enfants en 2012. Et il atteint 9,5 enfants chez les femmes en union et 13 enfants chez les hommes. On peut parler à ce sujet de contre-performances par rapport à l'objectif plusieurs fois réaffirmé des autorités nigériennes de maîtriser la croissance démographique du pays.

Les actions, menées par l'Animas dans les zones rurales d'interventions intensives qu'elle a mises en place en 2008 et 2010 dans les régions de Maradi, Tillabéri et Tahoua, constituent sans conteste une expérience unique. Les leçons qu'il convient d'en tirer devraient permettre de définir de nouvelles approches et de nouveaux modes d'interventions encore plus efficaces, susceptibles d'être portés à l'échelle, c'est-à-dire étendus à l'ensemble des trois régions voire de l'ensemble des zones rurales du pays.

Quasiment dans tous les domaines : planification familiale, VIH/sida, excision ; les connaissances, des femmes vivant dans les zones d'interventions intensives de l'Animas sont plus élevées que celles des femmes vivant dans l'ensemble des zones rurales des mêmes régions. Les attitudes des femmes vivant dans les zones d'interventions sont également plus positives, même si on peut regretter la faiblesse de la « connaissance approfondie » du VIH/sida, et de la tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le sida, ainsi que la faible connaissance de l'excision.

L'utilisation de la contraception dans les zones d'interventions intensives de l'Animas a progressé rapidement, de manière remarquable, et elle est aujourd'hui nettement plus importante que dans l'ensemble des zones rurales des régions concernées. Cependant, les données disponibles suggèrent qu'il n'y a pas (encore) eu dans les zones d'interventions de changements majeurs des normes et des comportements procréateurs, sauf peut-être des naissances un peu plus tardives, mais avec des

nombres idéals d'enfants toujours proches de ou supérieurs à 10 enfants. Finalement, l'augmentation exceptionnellement rapide de l'utilisation de la contraception dans les zones d'interventions de l'Animas correspond à la satisfaction de besoins essentiellement en espacement (comme dans l'ensemble du Niger) et les prévalences contraceptives atteintes pourraient rapidement stagner autour de 25 % ou 30 %, sauf augmentation majeure rapide de la demande exprimée en planification familiale.

Dans ce contexte très contraint, les interventions en matière de planification familiale doivent faire l'objet le plus rapidement possible d'une réflexion en profondeur, sans complaisance, au niveau de l'Animas, mais aussi au niveau de l'ensemble des acteurs publics et privés du domaine. L'Animas pourrait bien être l'initiateur d'une telle réflexion.

Les recommandations, qui sont formulées avec plus de détails en conclusions pour alimenter cette réflexion, peuvent être résumées comme suit :

Concernant les cibles, il convient à notre avis d'éviter la dispersion et de se concentrer pour la planification familiale sur la vie sexuelle et reproductive des femmes de 15-49 ans. Les actions de sensibilisation et de prévention du VIH/sida et pour l'éradication de l'excision ne devraient plus être placées au même niveau de priorité que celles portant sur la vie sexuelle et reproductive des femmes. Par contre, même si la scolarisation nécessaire de la jeune fille est davantage la responsabilité des intervenants du champ éducatif, elle doit continuer à rester un thème majeur des actions en matière de planification familiale.

Concernant les messages, ceux-ci devraient abandonner/bannir les références à l'espacement et à la limitation des naissances, se concentrer sur l'avenir des femmes, des enfants et de la famille, et se limiter à quelques thèmes prioritaires. La contraception pourrait être ainsi présentée avant tout comme le meilleur moyen d'avoir des enfants sains, capables d'apprendre et de réussir, ce au travers de comportements « responsables », tout en insistant sur le fait qu'avoir des enfants reste un événement heureux pour les femmes et les familles nigériennes, mais un événement qu'il faut anticiper et préparer.

Concernant la distribution à base communautaire (DBC), il convient de faire admettre et reconnaître que celle-ci sera le moteur principal de l'accélération de l'utilisation de la contraception au Niger dans les années à venir, compte tenu de la couverture sanitaire incomplète du pays, et de veiller à ce que la gamme de contraceptifs disponibles au niveau communautaire : condoms, pilule et depuis peu injectables soit complète, et qu'elle puisse être complétée dès que possible par les implants. Les programmes de DBC devront être aussi les vecteurs privilégiés de la diffusion des nouvelles approches et des nouveaux messages pour les changements de comportements et de normes en matière de reproduction, grâce à la proximité de ses agents avec la population.

Concernant le personnel, il convient de développer la formation de tous les intervenants sur le terrain : personnels de santé du secteur public et privé et agents de DBC et de s'assurer que les prestataires soient eux-mêmes/elles-mêmes réellement convaincu(e)s de l'importance de la planification familiale tout au long de la vie féconde des femmes afin de favoriser leur autonomisation. Tout ceci est également important pour améliorer la relation « client-prestataire ».

Concernant enfin l'environnement politique et religieux vis-à-vis de la planification familiale, il convient de continuer à dialoguer avec les religieux, au niveau national comme au niveau local, en mettant en avant le fait que « Le Coran ne dit pas qu'il faut faire des enfants sans tenir compte de votre capacité à les élever ». Mais il doit être également clair qu'il est illusoire de chercher à avoir l'aval des organisations islamiques nigériennes dont l'hostilité vis-à-vis de toutes formes de maîtrise de la fécondité et de changement du statut de la femme ne s'est jamais démentie au cours des trente dernières années, et d'affirmer des idées différentes de celles des organisations islamiques nigériennes, sans s'opposer d'ailleurs aux « prescriptions sacro-saintes de l'Islam », comme l'ont fait de nombreux autres pays musulmans.

Introduction

Les autorités nigériennes ont manifesté en maintes occasions au cours des vingt dernières années leur volonté de promouvoir l'utilisation de la contraception, d'enrayer l'épidémie du VIH/sida et d'éradiquer l'excision. La volonté de promouvoir l'utilisation de la contraception a été exprimée à la fois pour améliorer la santé des mères et des enfants, et pour maîtriser la croissance démographique du pays jugée trop élevée par rapport à la croissance économique.

Le Niger a ainsi adopté diverses politiques, plans et programmes en matière de santé, santé de la reproduction, et planification familiale, ainsi que dans le domaine de la population. Une première politique de population a été adoptée en 1992 et complétée en 2007 par une « Déclaration en matière de politique de population ». Le Programme national de lutte contre le sida a été créé en 1991, et une loi interdisant les mutilations génitales féminines a été votée en juin 2003. Plusieurs plans de développement sanitaire ont aussi été adoptés, dont le Plan de développement sanitaire 2011-2015 qui entendait poursuivre l'intégration effective de la planification familiale dans le paquet minimum d'activités de toutes les formations sanitaires publiques et privées du pays, ainsi que la distribution des contraceptifs à grande échelle et à base communautaire.

De nombreux partenaires techniques et financiers ont soutenu ces efforts et se sont associés aux actions du ministère de la Santé publique pour atteindre les objectifs fixés par les gouvernements successifs qu'a connus le Niger depuis 1990. Parmi ces partenaires, l'Association nigérienne de marketing social (Animas-Sutura ou Animas) a réussi à se positionner ces dernières années comme le principal interlocuteur en matière de marketing social des produits de santé de la reproduction, ceci au travers du projet « Planning familial et prévention du sida » appuyé par la KFW depuis 2003, et aujourd'hui mis en œuvre par l'Animas.

Outre ses activités de sensibilisation et de commercialisation à coût réduit de produits contraceptifs au niveau national, l'Animas a mis en place des zones d'interventions intensives dans quelque 550 villages ruraux dans les régions de Maradi et de Tillabéri en 2008, puis dans la région de Tahoua en 2010, représentant au total 3,5 % de la population rurale du pays, et 6 % des populations rurales des trois régions concernées. Les interventions de l'Animas dans ces zones reposent sur plusieurs stratégies. Il s'agit en particulier de l'utilisation des médias au niveau local, de la distribution de ses produits (condom Foula, pilule Sutura et tablettes Aquatabs pour l'assainissement de l'eau) à travers des relais communautaires, des pairs-éducateurs, des clubs de l'Animas, des séances foraines d'animation autour de films, des fora de discussions dans les villages, ainsi que de l'implication des leaders locaux et religieux et des services de santé publique et de leurs agents au niveau local.

Les quatre enquêtes démographiques et de santé (EDS) menées au Niger en 1992, 1998, 2006 et 2012 permettent d'évaluer les résultats de l'ensemble des activités menées depuis 1992, et en particulier de mesurer les changements des comportements procréateurs de la population induits par ces activités. Les enquêtes connaissances attitudes pratiques (CAP) menées pour l'Animas en 2007, 2010 et 2013 ont permis d'évaluer plus spécifiquement ses propres résultats, à l'issue des diverses phases du projet « Planning familial et prévention du sida ».

Le troisième exercice d'évaluation à la fin de la phase III du projet « Planning familial et prévention du sida » en 2012 s'appuie sur deux enquêtes : une enquête nationale représentative réalisée auprès des femmes et des hommes entre février et juin 2012 (l'EDSN-MICS 2012) et une enquête CAP réalisée en mars-avril 2013 auprès des femmes seulement, dans les zones d'interventions intensives du projet à l'aide d'un questionnaire simplifié reprenant les questions de l'EDSN-MICS 2012.

La comparaison des résultats de ces deux enquêtes permet de mesurer les performances du projet en matière de changement de comportements dans les zones d'interventions intensives du projet par rapport aux résultats observés dans l'ensemble du pays. Ceci devrait permettre d'ajuster certaines actions au cours de la phase V du projet qui a démarré en juin 2014, mais surtout de préparer la phase VI en engageant courant 2015, une réflexion en profondeur avec les autres intervenants du secteur, sur les activités à mener et les nouvelles stratégies envisageables à partir de 2016.

Ce rapport comprend donc deux parties :

- Une première partie qui dresse un bilan des d'activités de planification familiale depuis les années 1990 à partir de l'analyse des résultats des quatre enquêtes EDS menées au Niger de 1992 à 2012.
- Une deuxième partie qui s'interroge sur : comment améliorer et étendre les résultats obtenus par l'Animas, en comparant les résultats obtenus en 2013 dans les zones d'interventions intensives du projet avec ceux observés dans le reste du pays en 2012.

Le rapport se termine par des recommandations visant à améliorer l'impact de l'ensemble des actions menées au niveau national, mais plus particulièrement au niveau de l'ensemble des zones rurales du pays où vivent toujours cinq Nigériens sur six.

PREMIÈRE PARTIE : Bilan des d'activités de planification familiale au Niger depuis les années 1990. Évolutions selon les résultats des enquêtes de 1992 à 2012

LE CONTEXTE GÉNÉRAL

Dans quel contexte politique et socio-économique se sont inscrites les activités en matière de planification familiale, VIH-sida et excision ces dernières années au Niger ?

La planification familiale, une priorité maintes fois réaffirmée

Concernant la planification familiale, les autorités nigériennes ont affirmé à maintes reprises leur volonté de promouvoir l'utilisation de la contraception dans le pays, à la fois pour améliorer la santé des mères et des enfants, et pour maîtriser la croissance démographique jugée trop élevée par rapport à la croissance économique.

Il revient au président Seyni Kountché, dans un discours prononcé à Matamaye en 1985, d'avoir le premier posé clairement la question du « comment concilier croissance économique et démographique » dans le respect « des prescriptions sacro-saintes de l'Islam », et d'avoir appelé 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 ».

Le Niger a ensuite adopté diverses politiques, plans et programmes en matière de santé, santé de la reproduction et planification familiale, ainsi que dans le domaine de la population. En 1988, une Direction de la planification familiale a été créée au sein du ministère de la Santé. Le gouvernement a également adopté en 1992 une politique de population, puis en 2007 une « Déclaration en matière de politique de population »[1], Celle-ci visait en particulier à atteindre en 2015 une prévalence de la contraception moderne de 15 à 20 %, de réduire de sept à cinq le nombre moyen d'enfants par femme, et de 3,3 % à 2,5 % le taux de croissance démographique annuel de la population.

Le Plan de développement sanitaire (PDS) 2011-201[2] entend poursuivre l'intégration effective de la planification familiale dans le paquet minimum d'activités (PMA) de toutes les formations sanitaires publiques et privées du pays, et la distribution des contraceptifs à grande échelle et à base communautaire. Il entend également créer un environnement favorable à l'utilisation de la planification familiale au travers d'activités de communication pour le changement de comportement (CCC). Il avait retenu comme objectif d'arriver à un taux de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes de 20 % en 2014-2015, contre 5 % en 2006.

Cependant, dans le cadre du « Partenariat de Ouagadougou »[3] 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 en juin 2012[4]. Ce plan vise, au travers de diverses actions, à passer d'une prévalence contraceptive moderne estimée à 16 % en 2010 à 25 % en 2015, et à 50 % en 2020, un objectif excessivement ambitieux.

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 du gouvernement a été organisée à Niamey en févier 2013. Par ailleurs, le « Forum 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, et 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 Mahamadou Issoufou a déclaré à l'occasion d'une visite à Maradi les 13 au 13 mai 2014 : « Nous devons procréer de manière responsable, c'est-à-dire

1 « Déclaration du gouvernement en matière de politique de population ». Ministère de la Population et de l'Action sociale, Niamey, 2007.

2 « Plan de développement sanitaire (PDS) 2011-2015 » adopté en Conseil des ministres le 27 janvier 2011. Ministère de la Santé publique, Niamey, 95 pages plus annexes. http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R343_2011_Niger_PDS_15_FINAL_ADOPTE.pdf

3 « Qu'est ce que le partenariat de Ouagadougou? » http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/Paris/Documents_and_Presentations/Wednesday/McKinsey_Partenariat_de_Ouaga.pdf suite à la conférence « Conférence *Population*, planification familiale *et développement* ; l'urgence d'agir » qui s'est tenue à *Ouaga*dougou en février 2011.

4 « 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

avec la pleine conscience que nous avons le devoir de nourrir, d'éduquer, de soigner les enfants que nous mettons au monde »[5]. Mais cette déclaration a provoqué une réaction hostile immédiate (le 17 mai 2014) des organisations musulmanes qui ont déclaré « Nous dénonçons les tentatives de détourner et d'orienter les recommandations d'un (récent) forum sur la population essentiellement vers la réduction du taux de fécondité de la femme nigérienne ».

Au total, la planification familiale occupe une bonne place dans les politiques publiques depuis une trentaine d'années, et elle n'est plus aujourd'hui un sujet tabou au Niger. Cependant, les résistances à ce sujet restent vives. Ainsi, selon les résultats de l'EDS-MICS 2012, seulement 8,3 % des femmes nigériennes mariées de 15-49 ans utilisaient alors une méthode de contraception moderne (MAMA non comprise)[6]. Cette prévalence reste en deçà des objectifs retenus dans les politiques, plans et programmes adoptés à ce sujet ces dernières années. Pour contourner ces résistances dans un contexte qui reste très nataliste, la planification familiale a été et reste généralement présentée et perçue comme un moyen d'espacement des naissances, et non de maîtrise de la taille des familles.

VIH/sida et excision : des progrès certains

Le premier cas de sida au Niger a été reconnu à Arlit en 1987, ce qui a conduit à la création en 1991 du Programme national de lutte contre le sida (PLNS)[7].

Les efforts entrepris par le gouvernement et ses partenaires pour contenir l'extension de la maladie ont non seulement atteint leur objectif, mais ils se sont aussi traduits en une dizaine d'années par une diminution de moitié de la prévalence du VIH/sida parmi la population de 15 à 49 ans.

Onusida estimait en 2012 la prévalence de la maladie parmi la population de 15-49 ans à 0,5 % contre 1 % environ en 2001. Le nombre total de personnes infectées (adultes et enfants) en 2012 était estimé à 46 000 (dont environ 20 % avaient moins de 15 ans), et le nombre de décès correspondants à 3 400 pour l'ensemble du pays. Parmi la population de 15 ans et plus, les femmes représentent environ 55 % du total des personnes infectées, ce qui est le signe d'une transmission essentiellement hétérosexuelle. Toujours en 2012, le pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans vivant avec la maladie était estimé au plus à 0,1 %, ce qui correspond à environ 3 000 jeunes. Le nombre de nouvelles infections, tous âges confondus, a également fortement diminué. Il serait tombé en effet entre 6°500 et 9 600 en 2001, et dans une fourchette se situant en 2012 entre moins de 1 000 et 1 800.

L'épidémie du VIH/sida constitue néanmoins toujours un problème majeur de santé publique, y compris au Niger où la prévalence de la maladie est faible, comparée aux prévalences observées dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, car le risque d'extension de la maladie est toujours présent. Selon les résultats de l'EDSN-MICS 2012[8], 13 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois (contre 0,3 % chez les femmes). Mais seulement 4,3 % d'entre eux ont déclaré avoir utilisé un condom durant leur dernier rapport sexuel. Par ailleurs, Onusida estimait en 2012 le nombre de travailleurs du sexe au Niger à 27 500. Ce chiffre élevé recouvre certainement diverses formes de prostitution, parmi lesquelles la prostitution « traditionnelle » dite des « femmes au tabouret » (femmes qui attendent le client à la tombée de la nuit sur un tabouret devant leur case) et les « kossou-kossou » (jeunes filles qui sont réduites à se prostituer par nécessité)[9]. Signe encourageant cependant, Onusida a estimé en 2012 que 95 % des travailleurs du sexe avaient utilisé un préservatif avec leur dernier client.

Des avancées notables ont été également enregistrées concernant l'éradication de l'excision. Comparativement aux pays voisins, la pratique de l'excision concerne peu de femmes au Niger, puisque que selon les résultats de l'EDS de 1998, seulement 5 % des Nigériennes avaient alors déclaré avoir été excisées (contre par exemple 91 % au Mali, 76 % au Burkina Faso, 38 % en Côte d'Ivoire). Les autorités ont cependant manifesté leur volonté d'éradiquer cette pratique en adoptant le 13 juin 2003 une loi interdisant les mutilations génitales féminines et prévoyant des peines de prison et des

5 « Limitation des naissances au Niger, les organisations musulmanes disent non » 19 mai 2014. http://www.elwatan.com/international/les-organisations-musulmanes-disent-non-19-05-2014-257727_112.php

6 La « MAMA » ou « contraception en post-partum » est considérée aujourd'hui par certains comme une méthode moderne de contraception. Toutefois, son efficacité est limitée à six mois et suppose que plusieurs conditions soient remplies. En fait, la MAMA est souvent assimilée à l'allaitement, et les pourcentages d'utilisatrices de cette méthode sont sujets à caution.

7 Voir « Le Niger face au sida : atouts et faiblesses de la stratégie nationale contre la pandémie » par Seidik Abba. L'Harmattan, 2008, Paris.

8 Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSN-MICS IV) 2012. Institut national de la statistique (INS), ministère des Finances, Niamey, Niger et ICF International, Calverton, Maryland, USA. Septembre 2013, 460 pages. http://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR28/PR28.pdf

9 Voir Ouassa TIÉKOURA, 1997 : « Forme communautaire et forme individuelle de la prostitution à Niamey ». *In* Alain Marie (éd.) : *L'Afrique des individus*, Paris, Éditions Karthala : 331-365.

http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/b_fdi_03_05/010018160.pdf

amendes contre « quiconque aura commis ou tenté de commettre une mutilation génitale féminine ». Diverses actions pour éradiquer l'excision, notamment de sensibilisation, de formation, de plaidoyer et de reconversion des exciseuses, ont été menées par le gouvernement et certaines ONG (comme le Comité nigérien sur les pratiques traditionnelles néfastes ayant effet sur la santé de la mère et de l'enfant (Coniprat). En 2012, selon les résultats de l'EDSN-MICS, 2 % des femmes ont déclaré avoir été excisées, une proportion proche de celle obtenue en 2006, mais deux fois moindre que celle déclarée en 1998. En fait, c'est surtout dans la région de Tillabéri que le pourcentage de femmes excisées (9 %) reste important.

Malgré le biais que peut introduire le fait que l'excision soit aujourd'hui interdite, il est encourageant de constater qu'en 2012, la majorité des femmes (82 %) qui ont entendu parler de l'excision pensent qu'elle devrait disparaître et que seulement 6 % ont déclaré qu'elle devrait être maintenue. Il en va de même chez les hommes qui se sont prononcés à 91 % contre le maintien de la pratique de l'excision, et 3 % pour son maintien.

Le statut de la femme : un enjeu de pouvoir

Les données disponibles sur le statut de la femme au Niger soulignent leur dépendance économique et la faiblesse de leur pouvoir de décision au sein du ménage et dans la société.

La plupart des femmes nigériennes exercent, en plus de leurs activités domestiques, une activité économique, généralement dans l'agriculture. Toutefois, cette activité est peu ou pas rémunérée. Selon les résultats de l'EDSN-MICS de 2012, seulement un quart des femmes de 15-49 ans en union (27 %) ont déclaré avoir exercé au cours des 12 mois précédant l'enquête une activité contre rémunération en argent ou contre rémunération en argent et en nature. Certes, la plupart d'entre elles (85 %) ont déclaré avoir décidé seules de l'utilisation de cette rémunération, mais elles pensent que celle-ci est inférieure à celle de leur conjoint. Les hommes de leur côté décident également seuls, à 81 %, de l'utilisation de leurs gains.

Dans la majorité des cas, les femmes ne possèdent pas de maison (61 %), ni de terres (64 %) en propre, et seulement 14 % ont déclaré posséder seule une maison, et 22 % en posséder une avec quelqu'un d'autre (généralement le conjoint).

Concernant le rôle des femmes dans les prises de décisions importantes du ménage, les résultats de l'EDSN-MICS 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. C'est aussi l'homme qui décide dans 60 % des cas des visites de la femme à sa famille. Seulement 4 % des femmes ont déclaré prendre seule leur décision concernant leurs propres soins de santé, et dans 18 % des cas, cette décision est prise conjointement par l'homme et la femme. Par contre, dans trois cas sur quatre (73 %), les hommes prennent seuls leur décision concernant leurs propres soins de santé. On notera aussi qu'un tiers des femmes nigériennes en union (36 %) vivaient en 2012 en union polygame.

La supériorité supposée des hommes selon les normes sociales en vigueur justifie aussi pour nombre de Nigériennes les violences dont elles sont victimes. Les résultats de l'EDSN-MICS de 2012 indiquent qu'environ la moitié d'entre elles trouvent normal qu'un mari batte sa femme si elle refuse d'avoir des rapports sexuels et si elle argumente avec lui, ou encore si la femme sort sans le dire à son conjoint ou si elle néglige les enfants. De manière intéressante, les mêmes questions posées aux hommes en 2012 donnent des résultats différents, ceux-ci étant beaucoup moins nombreux à déclarer (ou reconnaître) qu'il était normal qu'un homme frappe sa femme dans certains cas. La première raison invoquée justifiant une telle attitude est que sa femme argumente avec lui (20 %), suivie par le fait qu'elle sorte sans le lui dire ou qu'elle néglige les enfants.

L'inégalité des femmes par rapport aux hommes est mesurée globalement par un « indice d'inégalité de genre », qui est un indice composite variant de 0 à 1, mesurant le déficit de progrès résultant d'inégalités de genre dans les trois dimensions suivantes du développement humain : santé reproductive (taux de mortalité maternelle et taux de fécondité des adolescentes), autonomisation (pourcentage de femmes au parlement et pourcentage de femmes ayant suivi un enseignement secondaire ou supérieur), et marché du travail (taux d'activité des femmes dans la population active). Le rapport 2014 du PNUD[10] donne pour le Niger en 2012 un indice d'inégalité de genre très élevé de 0,674, ce qui le place au 149e rang sur les 152 pays classés, après le Mali, mais devant l'Afghanistan (0,705), le Tchad (0,707) et le Yémen (0,733) qui a l'indice d'inégalité de genre le plus élevé du monde.

La place des femmes au sein du ménage et dans la société est donc toujours à l'évidence au Niger un enjeu de pouvoir entre hommes et femmes, et aussi entre générations, à la croisée des chemins entre tradition et modernité, ce qui s'exprime entre autres par les préférences plus élevées des hommes par rapport aux femmes en matière de fécondité.

10 PNUD, « Rapport sur le développement humain 2014. Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience ». Programme des Nations unies pour le développement, 1 UN Plaza, New York, NY 10017, USA, 259 pages. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-fr.pdf

Un développement humain ralenti par la croissance démographique

Le Niger reste un pays très majoritairement rural puisque cinq Nigériens sur six vivaient toujours en milieu rural en 2012. De ce fait, la plupart des indicateurs sociodémographiques disponibles pour l'ensemble du Niger sont essentiellement le reflet du monde rural. En dépit de la croissance rapide des villes, la population rurale continue de croître rapidement, de 3,5 % par an selon les estimations des Nations unies, mais un peu moins que la population urbaine qui croît de 5 % par an. Le Niger devrait toutefois rester longtemps encore un pays majoritairement rural, et selon les Nations unies, deux Nigériens sur trois pourraient toujours résider en zone rurale en 2050.

Cette forte croissance démographique a ralenti le développement du pays, ce qui explique, en partie, la faiblesse de son « Indice de développement humain » ou IDH, indice composite mesurant le niveau moyen atteint dans trois dimensions du développement humain : niveau de vie décent, santé et longévité et accès à l'éducation. Ainsi malgré les progrès réalisés depuis 1980, le rapport 2014 du PNUD plaçait l'IDH 2013 du Niger au 187e rang parmi les 187 pays classés.

Certes, la croissance économique est revenue au Niger au milieu des années 1990, ce qui a permis de renouer avec une croissance du PIB par tête après des décennies de recul. Le taux moyen de croissance économique de 6,3 % par an enregistré pour 2010-2013 s'explique par la bonne récolte de 2012, et par le démarrage de la production de pétrole brut. Mais la croissance démographique a absorbé les deux tiers de ces gains et la croissance moyenne du PIB par tête n'a été que de 2,4 %.

Dans le domaine de la santé, il faut souligner la baisse rapide de la mortalité des enfants de moins de 5 ans depuis le début des années 1990. Le nombre *de Nigériens souffrant de malnutrition chronique a également diminué* selon la FAO. Cependant, en *2010-2013, 2,3 millions de personnes (14 % de la population) étaient toujours concernées. De manière générale, le nombre de médecins, d'infirmiers/infirmières est insuffisant, et* l'ensemble des dépenses consacrées à la santé ne permet pas encore d'assurer des services satisfaisants à l'ensemble de la population. Une part importante de ces dépenses (22 %) a été financée en 2010-2011-2012 par des sources extérieures, c'est-à-dire par des organisations internationales, des partenaires bilatéraux, et des organisations non gouvernementales étrangères. Par ailleurs, environ la moitié de l'ensemble des dépenses de santé est directement payée par les patients.

Il faut saluer cependant la mise en place par le gouvernement en 2006, de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Cette gratuité concerne les consultations prénatales, la contraception, les césariennes, les cancers génitaux féminins et la prise en charge des enfants de moins de 5 ans. Cette politique a permis de doubler la proportion de femmes enceintes qui ont reçu au moins une fois des soins prénatals par un prestataire formé (83 % en 2012), et de doubler également la proportion de naissances dont l'accouchement s'est déroulé avec l'assistance de personnel formé (29 % en 2012, ce qui reste néanmoins faible). La politique de gratuité des soins pour les mères et les enfants a donc prouvé son efficacité, mais selon l'Oxfam, elle est aujourd'hui menacée, faute d'un financement suffisant et de mécanismes efficaces de remboursement aux services de santé des soins qu'ils donnent gratuitement[11].

Concernant l'éducation, malgré la progression des taux de scolarisation, le niveau d'éducation formelle de la population est faible, y compris chez les jeunes, et il est toujours en défaveur des femmes. Selon les données de la Banque mondiale, le pourcentage de la population adulte (15 ans et plus) sachant lire et écrire était en 2012 de 15 %, mais de seulement de 9 % chez les femmes contre 23 % chez les hommes. De même chez les jeunes, le pourcentage des 15-24 ans sachant lire et écrire était en 2012 de 24 %, mais de seulement 15 % chez les femmes, contre deux fois plus : 35 % chez les hommes. La scolarisation au primaire n'est toujours pas universelle, et les taux de scolarisation au secondaire et au supérieur restent faibles, avec des écarts importants en défaveur des filles. Au niveau secondaire, le taux brut de scolarisation était estimé en 2012 à 13 % pour les filles contre 19 % pour les garçons. Les dépenses consacrées à l'éducation ont représenté ces dernières années 19 % des dépenses publiques, ce qui est appréciable. Mais du fait de la progression très rapide du nombre d'enfants scolarisés (ils ont été multipliés par cinq entre 1992 et 2012 aux niveaux primaire et secondaire), la qualité de l'enseignement s'est détériorée, le système scolaire ayant de plus en plus de difficultés à gérer les arrivées massives de nouveaux élèves. Pour le futur, si on suppose que les efforts importants consentis au cours des vingt dernières années puissent être poursuivis au même rythme, la scolarisation universelle au primaire devrait pouvoir être atteinte avant 2050, mais à cette date le taux brut de scolarisation au secondaire ne devrait pas excéder 40 %.

Avec la baisse rapide de la mortalité des enfants et le maintien d'une forte fécondité, la croissance naturelle de la population nigérienne s'est accélérée ces dernières années, et elle est aujourd'hui de 4 % par an, un niveau exceptionnel jamais observé dans l'histoire humaine.

La forte croissance de la population nigérienne va se poursuivre pendant plusieurs décennies. Les dernières projections de la Division de la population des Nations unies

11 « Gratuité des soins de santé au Niger : une expérience réussie, mais menacée faute de financements » - Oxfam décembre 2013. http://www.oxfamfrance.org/actualites/areva-niger-acces-sante/gratuite-des-soins-sante-au-niger-experience-reussie-mais-menacee

publiées le 29 juillet 2015 anticipent en effet un doublement de la population d'ici 2035 (de 19 millions mi-2014 à au moins 40 millions d'habitants), puis la poursuite d'augmentations rapides conduisant à des populations se situant entre 67 et 92 millions d'habitants en 2050 selon les hypothèses de fécondité retenues (voir le détail des projections des Nations unies publiées en 2013 au Tableau 7 Projections de la population totale, du nombre de naissances et de l'accroissement de la population du Niger, 2014-2050 selon diverses d'hypothèses d'évolution de la féconditéen annexe). La poursuite d'une croissance aussi rapide de la population va nécessiter d'importants investissements « démographiques » supplémentaires (notamment en santé, en éducation, dans l'agriculture) en réponse aux demandes sociales croissantes correspondantes, demandes qui pourraient être difficiles à satisfaire.

L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Connaissance des méthodes contraceptives

L'utilisation de la contraception suppose au préalable la connaissance de méthodes contraceptives. Les données disponibles à ce sujet indiquent une progression régulière de la connaissance chez les femmes en union d'au moins une méthode moderne, de 58 % en 1992 à 87 % en 2012. Cette connaissance a presque doublé en milieu rural, et elle atteint 86 % des femmes en 2012 (et 97 % en milieu urbain). Dans les régions, elle est comprise entre 80 % (Zinder) et 98 % (Dosso), et elle dépasse 90 % dans tous les groupes d'âge, sauf parmi les femmes en union de 15-19 ans. Près d'un quart (23 %) d'entre elles ont déclaré en effet ne connaître aucune méthode moderne de contraception.

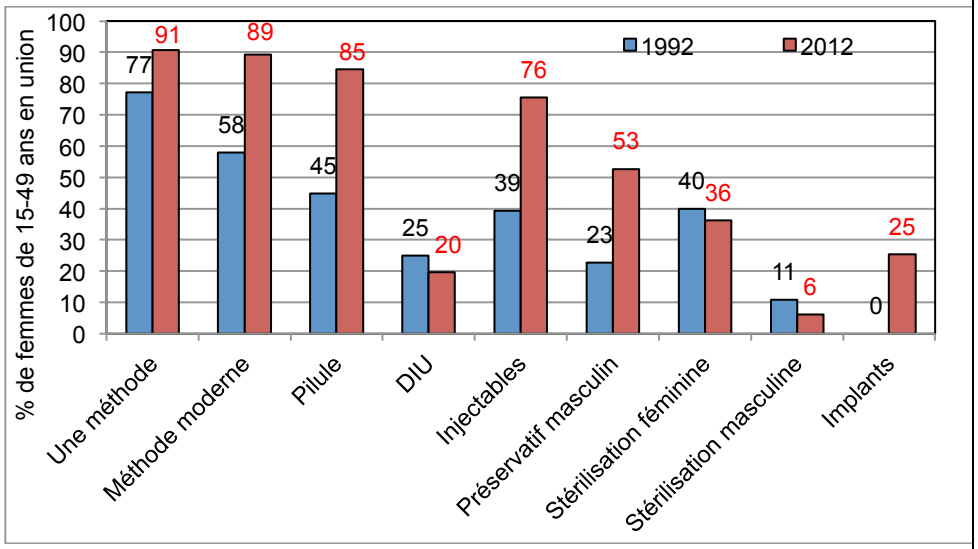


Figure 4 Évolution du pourcentage de femmes de 15-49 ans en union ayant entendu parler au moins d'une méthode de contraception moderne entre 1992 et 2012
Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

Les pourcentages de femmes en union ayant entendu parler de la pilule, des injectables et du préservatif masculin ont doublé entre 1992 et 2012 (de 45 % à 85 % pour la pilule, de 39 % à 76 % pour les injectables, et de 23 % à 53 % pour le préservatif masculin) .

Le fait qu'une femme en union sur deux seulement ait entendu parler du préservatif masculin peut s'expliquer par le fait que celui-ci est davantage perçu comme une protection contre les maladies sexuellement transmissibles que comme une méthode de contraception. Les implants introduits au cours des dix dernières années n'étaient connu en 2012 que par une femme sur quatre (25 %), et il en va de même du préservatif féminin mentionné par seulement 15 % des femmes.

Les méthodes peu utilisées et/ou peu appréciées restent peu mentionnées ou décrites par les femmes. Ainsi, la stérilisation féminine n'a été mentionnée en 2012 que par 36 % des femmes, le dispositif intra-utérin (DIU) par 20 % des femmes, et la stérilisation masculine par 6 % des femmes. Par contre, la MAMA (Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée qui suppose l'allaitement exclusif pendant les six mois suivant la naissance), figurant dans l'enquête de 2012, a été mentionnée par 52 % des femmes en union, et la pilule du lendemain par 4 % des femmes.

Parmi les hommes de 15-49 ans en union, comme chez les femmes, environ 90 % d'entre deux ont entendu parler d'au moins une méthode moderne de contraception. La connaissance de chaque méthode est peu différente de celle des femmes pour la pilule (81 %) et la stérilisation féminine (33 %). Par contre, le préservatif masculin est mentionné par 87 % des hommes (contre 53 % des femmes).

L'information sur l'existence de méthodes modernes de contraception s'est donc bien diffusée dans le pays et dans les diverses catégories de la population au cours des vingt dernières années. Mais on remarquera que c'est la pilule qui reste la méthode la plus connue (par 85 % des femmes en union), suivie par les injectables et le préservatif masculin, les autres méthodes (stérilisation féminine, implants et DIU) n'étant mentionnées que par moins de la moitié des femmes en union.

Progression de l'utilisation de la contraception

L'utilisation de la contraception moderne parmi les femmes en union a également progressé au Niger depuis 1992. Celle ci est passée en effet de 2,3 % en 1992 à 12,2 % en 2012, ou encore à 8,3 % si on exclut la « MAMA » introduite comme méthode moderne pour la première fois dans l'enquête EDSN-MICS[12] (

12 La « MAMA » n'est pas incluse comme méthode de contraception dans les enquêtes réalisées avant 2012 au Niger. En toute rigueur, elle doit donc être exclue comme méthode, lorsque l'on fait des comparaisons dans le temps. De plus, 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 ne doit pas avoir retrouvé ses règles, 3) l'allaitement doit être pratiqué à la demande jour et nuit. Pour ces raisons, la MAMA, souvent confondue avec l'allaitement, n'est pas reconnue par certains comme une véritable méthode de contraception.

Tableau 1). Cette progression s'est faite en partie au détriment de l'utilisation des méthodes traditionnelles qui a reculé de 2,2 % en 1992 à 1,7 % en 2012.

Tableau 1 Évolution de l'utilisation de la contraception parmi les femmes de 15-49 ans, par type de méthode, entre 1992 et 2012

					Utilisatrices	***Utilisatrices***
Enquêtes EDS	1992	1998	2006	2012	*en milliers*	*en milliers*
					1992	*2012*
Prévalence de la contraception						
- méthodes modernes sans MAMA	2,3	4,6	5,0	8,3	*37*	*262*
- « MAMA » en méthodes modernes				3,9		*123*
- - méthodes modernes avec MAMA	2,3	4,6	5,0	12,2		*385*
- méthodes traditionnelles	2,2	3,6	6,2	1,7	*35*	*54*
% pilule dans méthodes modernes	65 %	61 %	60 %	68 %	*22*	*177*
% injectables dans méthodes modernes	22 %	33 %	30 %	25 %	*8*	*85*
% méthodes traditionnelles dans total	49 %	44 %	55 %	17 %		
Prévalence totale avec MAMA	4,4	8,2	11,2	13,9	*70*	*439*
Prévalence totale sans MAMA	4,5	8,2	11,2	10,0	*72*	*316*
Progression annuelle moyenne	1992-	1998-	2006-	1992-		
en points de pourcentage	1998	2006	2010	2012		
- méthodes modernes sans MAMA	0,38	0,05	0,55	0,30		
- méthodes traditionnelles	0,23	0,33	- 0,75	- 0,03		
Total non compris MAMA	0,62	0,38	- 0,20	0,28		

Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

De 1992 à 2012, la pilule a toujours représenté en gros les deux tiers des méthodes modernes utilisées, et les injections entre 20 % et 30 %, ce qui donne pour ces deux méthodes de courte durée environ 90 % des méthodes utilisées. En 2012, les implants ne comptaient que pour 4 % du total.

La multiplication entre 1992 et 2012 par deux du nombre de femmes en union et par près de quatre de la prévalence contraceptive moderne s'est traduite par une multiplication par sept du nombre d'utilisatrices de méthodes modernes dont les effectifs sont passés de 72 000 à 316 000.

L'augmentation de l'utilisation de la contraception moderne entre 1992 et 2012 ressort à + 0,3 point de pourcentage par an pour l'ensemble du pays. Elle s'est accélérée récemment en passant à + 0,55 point pourcentage par an entre 2006 et 2012, résultat d'augmentations plus rapides dans les villes autres que Niamey et même en

milieu rural (Figure 5). En 2012 cependant, la prévalence contraceptive moderne reste un peu plus élevée à Niamey (26 %) que pour l'ensemble urbain (23 %), et quatre fois plus élevée qu'en milieu rural (6 %). Partout, c'est la pilule qui est de loin la méthode la plus utilisée suivie par les injectables.

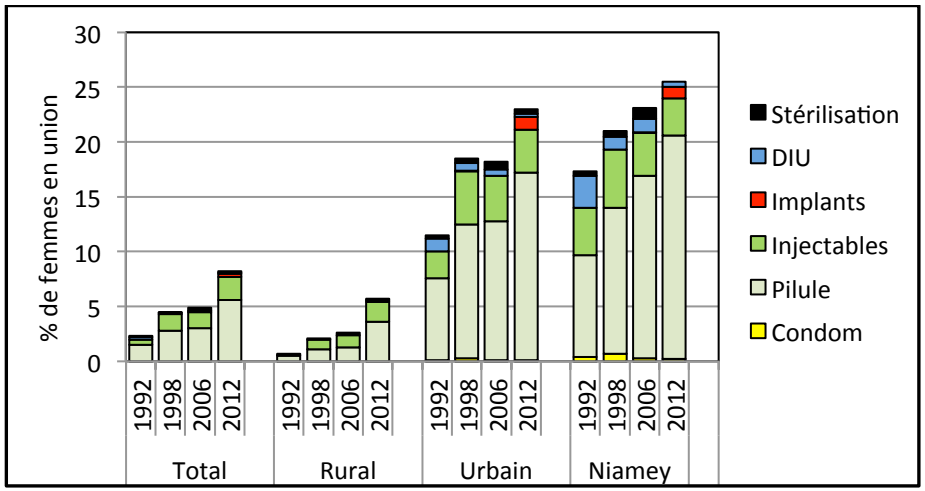


Figure 5 Evolution de l'utilisation de la contraception moderne parmi les femmes de 15-49 ans, par zone de résidence et par méthode entre 1992 et 2012 Source : Enquêtes EDS Niger.

Malgré ces progrès, l'utilisation de la contraception au Niger en 2012 reste parmi les plus faibles du monde, et sa progression, fait aussi partie des progressions les plus lentes observées dans le monde.

La prévalence de la contraception moderne se situe en effet aujourd'hui en gros dans la majorité des pays en développement et des pays émergents entre 60 % et 85 %, contre 10 % à 20 % dans les années 1970. Ceci signifie que ces pays ont réalisé leur « révolution contraceptive »[13], c'est-à-dire le passage de niveaux de fécondité élevés à des niveaux maîtrisés et choisis, en une quarantaine d'années. Ceci correspond à des augmentations moyennes de la prévalence sur longue période d'environ 1,5 point de pourcentage par an[14], résultat dans nombre de pays de politiques de population, de campagnes intensives de sensibilisation et de programmes de planification familiale mettant en avant les avantages de la famille réduite (Corée du Sud, Thaïlande, Singapour, Taïwan, Indonésie, Bangladesh, Mexique, Jamaïque, Égypte, Iran, etc.)[15]. Aussi, une douzaine de pays musulmans ont aujourd'hui des taux de prévalence pour toutes les méthodes compris entre 60 % et 75 %. Il s'agit en particulier de l'Iran, de la Turquie, du Maroc, de l'Algérie, de l'Indonésie, de l'Égypte, de la Tunisie et du Bangladesh. On notera que le Bangladesh est classé comme le Niger parmi les pays les moins avancés, mais en 2011 le taux de prévalence pour les méthodes modernes y était de 52 %, et le nombre moyen d'enfants par femme de 2,3 enfants.

13 Le terme révolution contraceptive apparaît dans la littérature scientifique dans les années 1970 : voir *RYDER N. B. , WESTOFF Ch. F,* 1977 – The Contraceptive Revolution. , 397 pages. . Et l'article le plus récent sur le sujet qui concerne l'Afrique est : « The contraceptive revolution: focused efforts are still needed » by John Cleland *et al*., *The Lancet* : 1604 - 1606, 11 May 2013Volume 381, Issue 9878 .

14 GUENGANT J.-P., RAFALIMANANA H., 2005 – *The Cairo Approach…. Embracing too much?* UIESSP, Tours, 13-18 juillet 2005, http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15_Guengant.pdf

15 Sur une revue complète des politiques de population dans le monde et sur celles de ces deux pays, voir : MAY J. F., 2012 – *World Population Policies: Their Origin, Evolution, and Impact*. New York, Springer.

Approvisionnement et offre contraceptive

Les données disponibles par source d'approvisionnement des utilisatrices de pilule, d'injectables et d'autres méthodes modernes indiquent que le secteur médical public est resté de 1992 à 2012, la source principale d'approvisionnement des femmes nigériennes.

En 2012, le secteur médical public restait la source d'approvisionnement pour 82 % des utilisatrices de pilule, 94 % des utilisatrices d'injectables, et 85 % des utilisatrices d'une méthode moderne quelconque. Les lieux d'approvisionnement les plus importants sont les centres de santé intégrés qui fournissent 59 % des utilisatrices de pilule et 73 % des utilisatrices d'injectables. Seulement 10 % des femmes avaient obtenu en 2012 leur pilule hors secteur public, essentiellement auprès de marchands ambulants (6 %) et dans des boutiques (2 %).

Parmi les utilisatrices de pilule, 18,6 % utilisaient la pilule Sutura qui est la pilule lancée en 2010 par l'Animas (Association nigérienne de marketing social ou Animas-Sutura). La marque la plus utilisée en 2012 était Microgynon, suivie par Lofemenal, respectivement par 41 % et 24 % des utilisatrices de pilules.

Un des objectifs du marketing social au Niger est d'accroître l'accessibilité aux méthodes modernes en renforçant la participation du secteur privé à la satisfaction de la demande, conformément au souhait exprimé par le ministère de la Santé. Cet objectif a été atteint puisque l'Animas indique avoir vendu en 2013 453 000 pilules Sutura, ce qui correspond à près de 35 000 « couple-année de protection » (ou CAP)16. Si on divise ce chiffre par l'estimation du nombre d'utilisatrices de pilule en 2012, soit 177 000, on arrive à un pourcentage d'utilisatrices de la pilule Sutura de 19,7 % voisin des 18,6 % donnés par l'EDS 2012. Une étude sur les perspectives de répartition entre le secteur public et le secteur privé menée en 2008 avait proposé que la part de marché pour la pilule contraceptive diffusée par le marketing social atteigne une femme sur quatre au bout de cinq ans (en 2013), et une femme sur trois en 201517. Le résultat atteint en 2013 n'est finalement pas très éloigné de l'objectif fixé en 2008.

Outre ses interventions au niveau national, l'Animas intervient de manière intensive au travers de diverses actions de sensibilisation dans certaines zones situées dans les régions de Maradi, Tillabéri et Tahoua. Selon les résultats de l'EDSN-MICS 2012, l'utilisation de la pilule Sutura dans ces régions était variable, mais plus importante que dans les autres régions (sauf à Niamey où son utilisation est importante et représente 33 % du total).

L'extension du rôle du secteur privé et du marketing social en matière d'offre contraceptive devrait connaître un nouvel essor avec l'arrivée sur le marché d'un nouveau contraceptif injectable plus simple à administrer « Sayana Press » (et qui pourrait même être auto-administré).

L'utilisation de « Sayana Press » a commencé en septembre 2014 dans les districts sanitaires de Téra (région de Tillabéri) et de Magaria (région de Zinder) dans le cadre d'un projet pilote qui concerne environ 200 cases de santé. L'Animas est partie prenante de ce projet et a obtenu l'autorisation du gouvernement de reconditionner le produit sous le label commercial « Sutura Press », et d'en faire la distribution à base communautaire. Celle-ci a commencé fin décembre 2014 dans les sites pilotes de Gabi et de Mayahi (région de Maradi) dans 50 villages avec 100 agents communautaires formés pour la distribution du produit. L'Animas a également été autorisée à mettre « Sutura Press » en pharmacie et dans les cliniques et salles de soins privées. La seule restriction est que qu'il ne peut être administré dans les pharmacies.

Si les expériences en cours sont concluantes, l'utilisation de « Sutura Press » pourra être généralisée fin 2016-début 2017, non seulement dans les structures de santé publiques et privées, mais aussi au niveau communautaire, ce qui constituerait une véritable révolution en matière d'offre contraceptive.

Le couple-année de protection (CAP) mesure le nombre total d'années de protection contraceptive fournies à un couple (IPPF, 2010), ceci en fonction des diverses méthodes modernes de contraception utilisées : ainsi, 13 cycles de pilules et quatre injections d'injectables protègent un couple pendant une année.

Le marché de planning familial au Niger. Perspectives de répartition entre le secteur public et le secteur privé, par J.-P. Guengant et N. de Metz, KfW, UNFPA, ministère de la Santé publique, avril 2008, Niamey.

Choix informé de la méthode

Les données sur le choix informé des méthodes de contraception utilisées par les femmes nigériennes ne sont disponibles que pour les EDS de 2006 et de 2012.

Ces données révèlent un déficit persistant de l'information donnée aux femmes sur leur contraception par les personnels de santé et autres prestataires. En 2012, seulement 37 % des utilisatrices de méthodes modernes ont déclaré avoir été informées de l'existence d'autres méthodes que celles qu'elles utilisaient, 39 % ont déclaré avoir été informées sur ses effets secondaires et 35 % ont déclaré avoir été informées sur ce qu'il convenait de faire en cas d'effets secondaires.

Ces pourcentages varient selon les régions, les méthodes utilisées (pilules, injectables, implants) et le prestataire (public, privé, autre), mais dans tous les cas l'information donnée est loin d'être complète. C'est le cas en particulier de l'information sur les effets secondaires et de ce qu'il convient de faire dans ce cas, ce qui semble n'avoir été donné qu'à moins d'une femme sur deux selon leurs déclarations (tableau suivant).

Ces faibles performances qui sont le fait du secteur médical public comme du secteur médical privé soulèvent de nombreuses questions sur la qualité des soins fournis et la qualité de la relation entre prestataires et clientes. Il a été souligné à ce sujet que l'intégration des services de santé de la reproduction dans le système de santé publique a entraîné une certaine concurrence entre les diverses composantes de la santé de la reproduction pour la définition de priorités. Comme l'indique l'évaluation faite par les Nations unies sur ce sujet en 200418, la priorité implicite ou explicite a été souvent donnée aux urgences obstétricales et aux soins des enfants, ces besoins étaient les plus pressants, mais ce aux dépens de la planification familiale. Il a été noté par ailleurs que la détérioration de la qualité des soins fournis dans les services publics, la corruption et la démoralisation des équipes n'incitaient pas les personnels à donner aux femmes qui se présentent en consultation l'information la plus basique sur la planification familiale[19].

Tableau 2 Pourcentage d'utilisatrices de méthodes contraceptives modernes ayant été informées de l'existence d'autres méthodes, des effets secondaires associés à la méthode utilisée et sur ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires, en 2012

				Différence
Résidence	% informées	% informées	% informées	*information*
Région	que d'autres	des effets	sur ce qu'il	*sur les effets*
Source de la méthode	méthodes	secondaires	fallait faire en	*secondaires*
Méthode utilisée	pouvaient être	de la méthode	cas d'effets	*et ce qu'il*
	utilisées	utilisée	secondaires	*fallait faire*
Résidence et région				
Total	37,0	39,0	35,1	*- 3,9*
Rural	31,1	36,2	31,2	*- 5,0*
Urbain	52,2	44,5	41,5	*- 3,0*
Niamey	45,7	44,4	38,7	*- 5,7*
Maradi	46,6	53,5	41,3	*- 12,2*
Tillabéri	46,4	31,8	30,8	*- 1,0*
Tahoua	48,3	30,2	27,6	*- 2,6*
Zinder	25,0	42,6	38,6	*- 4,0*
Dosso	26,9	36,9	35,0	*- 1,9*
Agadez	60,9	41,5	36,4	*- 5,1*
Diffa	51,2	43,2	42,5	*- 0,7*
Méthode utilisée				
Pilule	53,7	36,6	31,9	*- 4,7*
Injectables	62,9	46,0	41,2	*- 4,8*
Implants	66,6	50,4	54,4	*4,0*
Source de la méthode				
Secteur médical public	54,9	41,7	36,9	*- 4,8*
Secteur médical privé	53,4	36,5	37,5	*1,0*
Autres	3,7	20,5	19,7	*- 0,8*

Source : Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples - Niger (EDSN-MICS IV) 2012 STATcompiler http://www.statcompiler.com/

L'étude qualitative publiée en 2014 sur la planification familiale au Niger évoque l'hypothèse que les professionnels de santé sont indifférents envers les femmes qui souhaitent des conseils de planification familiale et qu'ils communiquent avec elles de

18 United Nations 2004. Review and Appraisal of the Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. The 2004 Report. Sales No. E.04.XIII.8.

19 JaffrÉ Y., Olivier de Sardan J.-P. (éd.), 2003 – Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (y compris à Niamey). Paris, Karthala Édition.

manière inefficace. Les résultats de cette étude indiquent aussi que les couples ont tendance à décider chez eux des méthodes de contraception à utiliser, et que la femme qui se présente au centre de santé, presque toujours sans son mari, demande ensuite, et en général reçoit la méthode demandée. Pourtant, cette méthode peut ne pas être adaptée aux besoins de la femme. De plus, ce mode d'interaction – dicter la méthode choisie au professionnel de santé suite à la décision prise entre l'homme et la femme – est probablement démoralisante pour le professionnel de santé et perpétue une dynamique d'inégalité entre les sexes, puisque la décision se prend à la maison et que la femme n'est pas à même de la modifier, une fois au centre de santé »[20].

Connaissance de la période féconde

La sensibilisation des femmes à leur libre choix en matière de reproduction, et donc à l'usage éventuel de la planification familiale, dépend en partie de leurs connaissances sur la période où elles sont le plus susceptibles d'être enceintes. Les résultats aux questions posées à ce sujet dans les EDS indiquent un progrès, puisque le pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont déclaré ne pas connaître cette période a diminué de 37 % en 1992 à 25 % en 2012 (Figure 6).

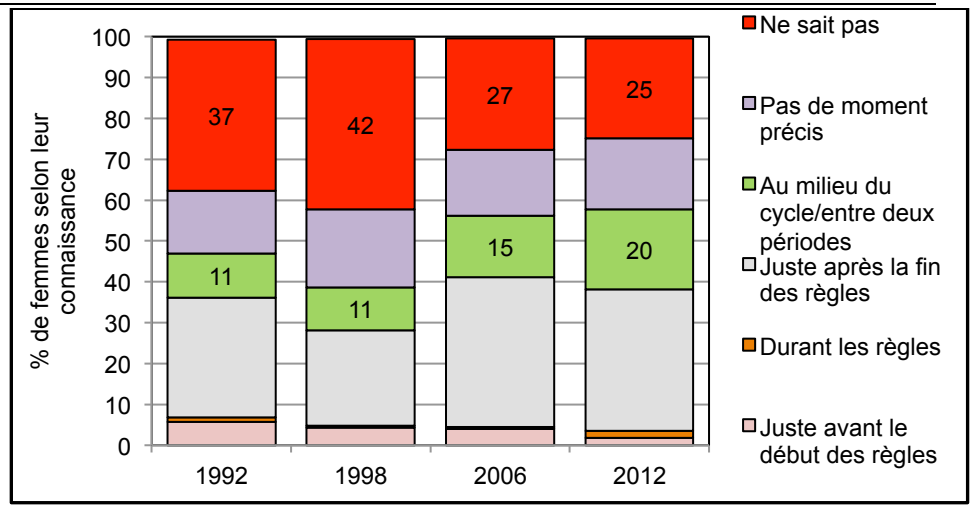


Figure 6 Évolution du pourcentage de femmes de 15-49 ans selon leur connaissance de la période féconde au cours du cycle menstruel, entre 1992 et 2012

Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

Parallèlement, le pourcentage de celles qui ont indiqué que la période où une femme avait le plus de chance de tomber enceinte se situait bien au milieu du cycle a progressé, mais en 2012, seulement 20 % des femmes ont donné la réponse exacte.

Ces résultats, comme ceux concernant le choix informé d'une méthode de contraception, soulignent la nécessité de sensibiliser les personnels de santé et autres prestataires en planification familiale, à l'écoute des besoins des femmes et à la qualité des conseils qu'ils prodiguent. Il convient probablement également de s'assurer que ces personnels sont eux-mêmes réellement convaincus de la nécessité d'accroître l'utilisation de la contraception pour le bien des mères et des enfants.

20 Voir page 26 : « Projet planification familiale au Niger. Résumé d'étude qualitative » 21 février 2014. Hope Consulting, San Francisco, 49 pages.

NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

La faible utilisation de la contraception au Niger est à mettre en parallèle avec l'âge au premier mariage des femmes qui reste très précoce et des taux de nuptialité très élevés, qui reflètent l'importance attachée dans le pays au mariage et à la réalisation d'une descendance nombreuse.

L'entrée en union

Les données dont on dispose de 1992 à 2012 sur l'âge au premier mariage des Nigériennes indiquent une réduction importante des mariages très précoces. Ainsi parmi les femmes âgées de 20-24 ans au moment de l'enquête, 28 % ont déclaré en 2012 avoir été mariées avant 15 ans, contre 50 % en 1992, et 76 % avant 18 ans, contre 84 % en 1992. Malgré ces avancées notoires, les données de 2012 soulignent que trois Nigériennes sur quatre mettent toujours leur santé et leur vie en péril, et celles de leur enfants, en étant exposées au risque d'une grossesse trop précoce.Les études sur ce sujet indiquent en effet que « Du point de vue du développement physiologique du corps, il est reconnu de manière quasi universelle que les filles de 14 ans sont trop jeunes pour avoir des rapports sexuels, quelle que soit la manière dont elles jugent, ou d'autres jugent leur apparence physique, ceci indépendamment de la valeur accordée aux jeunes fiancées »[21]. Ensuite : « À 15-17 ans, les filles qui auront eu leurs règles relativement tôt (entre 11 et 13 ans) peuvent être considérées comme physiquement mûres, mais les autres qui se sont développées plus tardivement ne le seront pas ». Enfin, « À 18 ans, la grande majorité des jeunes femmes auront achevé un degré de maturité physique suffisant pour réaliser cette transition » vers une vie sexuelle, puis vers leur première grossesse. Ces considérations ne portent que sur la maturité physique des jeunes filles, et ne prennent pas en compte l'aptitude psychologique et les moyens dont disposent les jeunes mères (et pères) pour nourrir, soigner et éduquer leurs enfants. Il faut noter par ailleurs que selon de nombreuses études, les mariages précoces, souvent avec un mari plus âgé, sont associés à des grossesses plus nombreuses, et sont aussi susceptibles d'avoir de nombreuses conséquences négatives pour les femmes concernées : risque de fistule, de violence domestique, risque de contracter une IST, faible pouvoir de décision à l'intérieur du ménage.

La diminution du pourcentage de jeunes mariées à 15 ans, et dans une moindre mesure à 18 ans, s'est traduite par une augmentation de l'âge médian au premier mariage[22]. Mais l'augmentation observée entre 1992 et 2012 est modeste, puisqu'elle n'est que d'un an environ. Ainsi en 2012, l'âge médian au premier mariage pour l'ensemble du pays était de 16 ans, mais de près de 20 ans à Niamey. Les âges médians au premier mariage ont également augmenté d'un an environ pour chaque niveau d'éducation. Mais en 2012, l'âge médian chez les jeunes femmes de 25-29 ans ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus était de 21,7 ans, soit cinq ans de plus que celui observé chez les jeunes femmes ayant été au primaire (16,9 ans), et six ans de plus que chez les femmes non scolarisées (15,7 ans). Par région, les âges médians les plus bas chez les femmes âgées de 20-24 ans l'étaient dans les régions de Zinder (15,4) et Maradi (15,7), et les plus élevés dans les régions de Tillabéri (16,6) et d'Agadez (18,2).

Les hommes se marient beaucoup plus tard, et on note une évolution vers des mariages plus tardifs. Ainsi, parmi les hommes ayant 25-29 ans au moment de l'enquête, seulement 65 % ont déclaré en 2012 avoir été mariés avant 25 ans contre 83 % en 1992. L'augmentation de l'âge médian au premier mariage chez les hommes est donc plus marquée que chez les femmes et elle a accru l'écart d'âge entre les conjoints. Cet écart est en 2012 de près dix ans pour l'ensemble du pays (25 ans pour les hommes contre 16 ans pour les femmes), mais de huit ans pour le milieu rural (24 ans contre 16 ans). 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, nombre de mariages étant des « mariages arrangés » ou « forcés », une pratique courante au Niger, souvent motivée par des raisons matérielles (paiement de la dot à la famille de la mariée en particulier).

Nuptialité et polygamie

Le mariage qui intervient donc très tôt chez les femmes, et quelque dix ans plus tard chez les hommes, devient assez rapidement avec l'âge un phénomène quasi universel.

Parmi les jeunes femmes de 15-19 ans, le pourcentage de femmes mariées est resté proche de 60 % entre 1992 et 2012. Puis, à 20-24 ans, la quasi-totalité des femmes (90 %) sont déjà mariées, et elles le restent jusqu'à la fin de leur vie féconde. Les pourcentages de femmes divorcées et de veuves se situent en effet entre 3 % pour

21 DIXON-MUELLER R., 2008 – « How Young is "Too Young"? Comparative Perspectives on Adolescent, Sexual, Marital and Reproductive Transitions ». *Studies in Family Planning*, New York, 39 (44) : 247-261.

22 C'est-à-dire l'âge auquel 50 % des femmes sont mariées.

le groupe d'âge 25-29 ans et 8 %, le maximum, pour le groupe d'âge 45-49 ans. Au total, le pourcentage de femmes qui n'ont jamais été mariées était en 2012 inférieur à 2 % dans le groupe d'âge 25-29 ans, et de 0,5 % dans le groupe d'âge 45-49 ans.

Un peu plus d'un tiers des femmes mariées vivent en union polygame, et le pourcentage correspondant : 36 % est resté le même en 1992 et en 2012. Plus de 80 % d'entre elles n'a qu'une seule coépouse, celles qui ont deux coépouses ou davantage représentent 6-7 % de l'ensemble. Par zone de résidence, on note une petite augmentation en milieu rural du pourcentage de femmes ayant une coépouse (de 29 % en 1992 à 32 % en 2012), mais à Niamey le pourcentage de femmes vivant en union polygame a diminué passant de 35 % en 1992 à 28 % en 2012. Par région, le pourcentage le plus élevé d'unions polygames est observé dans la région de Maradi où la moitié des femmes vivent en union polygame, contre entre un quart et un tiers dans les autres régions (Figure 7).

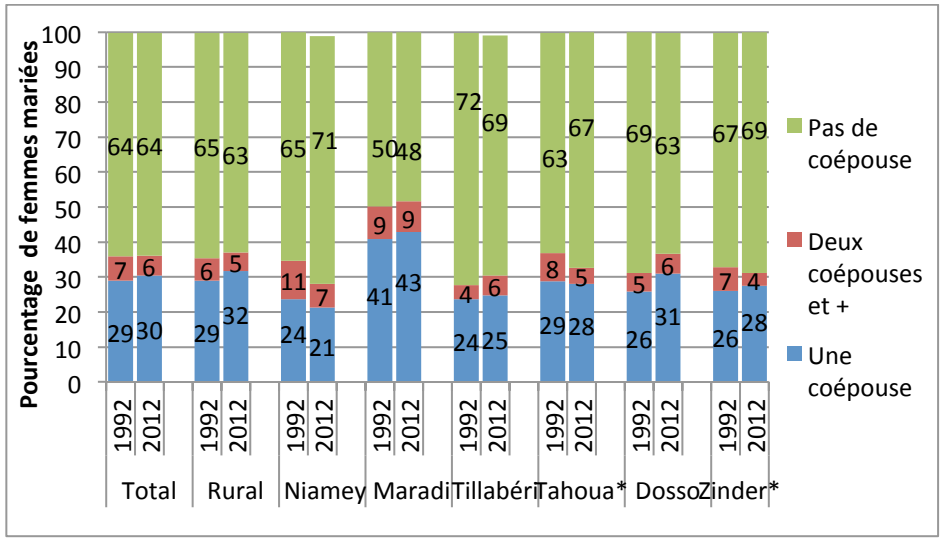


Figure 7 Evolution des pourcentages de femmes de 15-49 ans mariées selon le nombre de coépouses en 1992 et 2012.

Sources : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/. Les résultats de 1992 regroupent Tahoua/Agadez et Zinder/Diffa[23].

Un quart des femmes mariées, qui n'ont pas été scolarisées, étaient en 2012 en union polygame, et un peu moins de 15 % parmi les femmes ayant une éducation secondaire ou plus. Le pourcentage de femmes en union polygame augmente avec l'âge. Il passe d'environ 20 % pour les femmes de 15-19 ans, à 25 % pour celles de 20-24 ans, et 35 % pour celles de 25-29 ans. Après 30 ans, environ une femme sur deux vit en union polygame, 10 % avec deux coépouses ou plus.

Chez les hommes, le pourcentage d'hommes mariés était en 2012 de 29 % parmi ceux âgés de 20-24 ans, de 75 % parmi les 25-29 ans, et de 90 %-95 % dans les groupes d'âge suivants. Le pourcentage d'hommes divorcés est faible, de 1 % à 4 % selon les groupes d'âge, et celui des veufs encore plus faible (du fait des remariages), puisqu'il dépasse rarement 1 %. Le pourcentage d'hommes qui n'ont jamais été mariés est ainsi de 2 %-3 % chez les hommes de 35-39 ans, et inférieur à 1 % pour tous les groupes d'âge suivants. Le mariage est donc aussi quasi universel pour les hommes après 30 ans.

Un homme marié sur quatre vivait (24 %) en union polygame en 2012 comme en 1992, et 3 % avaient trois épouses ou plus. Par zone de résidence, le pourcentage d'hommes mariés en union polygame en milieu rural était aussi en 2012 de 24 %, mais comme pour les femmes, on observe à Niamey une diminution du pourcentage d'hommes en union polygame (de 22 % en 1992 à 17 % en 2012). Par région, le pourcentage le plus élevé d'unions polygames est observé en 2012 dans la région de Maradi (36 %), suivi de celui de la région de Dosso (30 %), le plus faible étant celui de la région d'Agadez (13 %). En 2012, le pourcentage le plus élevé d'hommes ayant trois épouses ou plus était celui de Niamey (4,7 %), suivi de celui de la région de Maradi (4,4 %).

Par quintile de richesse[24], le pourcentage d'unions polygames parmi les hommes mariés était de près de 20 %, ceux appartenant aux ménages les plus pauvres, mais de 24 % (comme en 1992), parmi les hommes appartenant aux ménages les plus aisés.

23 Les résultats des EDS de 1992 et 1998 regroupent les régions de Tahoua et Agadez d'une part, et de Zinder et Diffa d'autre part. Cependant, compte tenu du faible poids démographique d'Agadez dans l'ensemble Tahoua/Agadez et de Diffa dans l'ensemble Zinder/Diffa, les résultats disponibles pour les EDS de 1992 et 1998 constituent une estimation très proche des résultats qu'on aurait pu avoir pour la région de Tahoua et pour la région de Zinder. Ceci est confirmé par les résultats de l'EDS 2006 qui donnent séparément les résultats pour les régions de Tahoua et de Zinder, ainsi que les résultats pour Tahoua/Agadez et Zinder/Diffa.

24 Les quintiles de richesse sont définis dans les EDS grâce à une approximation de la « richesse des ménages » au travers d'un indice construit en utilisant des données faciles à collecter telles que la possession d'une télévision, d'un vélo, les facilités d'accès à l'eau et à l'assainissement, etc. À partir de ces éléments, les ménages sont classés en « quintile de richesse » allant des ménages dits « les plus aisés » pour le premier quintile défini, aux ménages dits les « plus pauvres » pour le dernier quintile. Ainsi, les femmes appartenant au premier quintile sont qualifiées ici de « femmes les plus aisées », et celles appartenant au dernier quintile sont qualifiées de « femmes les plus pauvres ».

Aussi, parmi les hommes des ménages les plus pauvres, seulement 1 % avaient trois épouses ou plus, contre plus de 4 % pour les hommes des ménages les plus aisés. On note une augmentation avec l'âge du pourcentage d'hommes mariés en union polygame et aussi avec trois épouses ou plus. Plus ou moins un tiers des hommes mariés de 45-49 ans à 55-59 ans vivait en 2012 en union polygame, et 5 % avec trois épouses ou plus.

Au final, le mariage concerne quasiment toutes les femmes et tous les hommes au Niger et un peu plus d'un tiers des femmes mariées et un quart des hommes mariés vivent en union polygame, pourcentages qui ont peu varié au cours des vingt dernières années. La polygamie au Niger apparaît donc comme un fait de société qui concerne toutes les couches de la population, mais qui reste associée à l'avancée en âge des hommes et à l'augmentation de leurs moyens.

Allaitement, abstinence et espacement des naissances

Lorsque l'utilisation de la contraception est faible comme au Niger, le contrôle de la fécondité « naturelle » (qui est de 15 enfants par femme environ) se fait surtout au travers de l'espacement des naissances, suite à des périodes d'allaitement prolongées et à l'abstinence post-partum. La combinaison de ces deux facteurs détermine « l'insusceptibilité post-partum » ou « l'infécondité post-partum », qui est l'impossibilité d'être enceinte pendant la période qui suit une naissance.

La quasi-totalité des enfants nigériens sont allaités (99 % en 2012). Cependant, la pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois n'est pas encore répandue (23 % seulement des enfants étaient concernés en 2012). La durée moyenne de l'allaitement est restée élevée et quasiment inchangée ces dernières années. Elle était de 20,5 mois en 1992 et de 20,2 mois en 2012.

L'abstinence post-partum est largement pratiquée au Niger. En moyenne en 2012, les mères reprenaient leurs relations sexuelles 4,0 mois après leur accouchement contre 4,8 mois en 1992. La reprise des relations sexuelles a donc lieu assez rapidement après l'accouchement, et, l'abstinence post-partum ne contribue que pour une part négligeable à l'espacement des naissances.

La durée de « l'infécondité post-partum » est donc déterminée surtout par le moment du retour des règles, retour qui varie en fonction de la fréquence et de l'intensité de l'allaitement au sein. La durée moyenne de « l'infécondité post-partum » a diminué de 16,1 mois en 1992 à 14,7 mois en 2012, et la durée médiane de 16,2 mois en 1992 à 14,3 en 2012. Cette diminution est générale et concerne le milieu rural comme le milieu urbain et toutes les régions. La durée médiane a ainsi diminué en gros de 2 à 3 ans en zone rurale et dans les régions (sauf dans la région de Tahoua), mais davantage en milieu urbain (moins de 5,1 mois) et à Niamey (moins de 7 mois). Aussi, parmi les femmes les plus éduquées (ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus), la durée médiane de « l'infécondité post-partum » a été divisée par deux, passant de 12,6 mois en 1992 à 6,1 mois en 2012.

La pratique de la contraception devrait normalement compléter cette diminution de « l'infécondité post-partum » pour éviter les intervalles entre naissances trop courts de moins de 24 mois. En effet, les naissances trop rapprochées amoindrissent la capacité physiologique de la mère et l'exposent à des complications durant et après sa grossesse, et elles mettent aussi en péril la vie de ses enfants.

Les résultats obtenus à ce sujet indiquent que le pourcentage des naissances intervenues moins de 24 mois après la naissance précédente a diminué entre 1992 et 2012, de 27 % à 23 % dans l'ensemble du pays. Cette diminution est importante pour les jeunes mères peu nombreuses de 15-19 ans qui avaient déjà eu un enfant, et moindre pour les autres groupes d'âge. Ainsi, en 2012, une femme sur quatre de 20-29 ans a toujours des naissances trop rapprochées, et une femme sur cinq parmi les femmes de 30-39 ans et de 40 ans et plus.

Le facteur le plus déterminant de ces intervalles trop courts est sans conteste le fait que l'enfant précédent est décédé. Dans cas, le désir de remplacement conduit à des intervalles inférieurs à 24 mois par rapport à la naissance de l'enfant disparu, très élevés : 40 % en 2012, soit deux fois plus que si l'enfant précédent est toujours vivant. Par contre, les pourcentages d'intervalles trop courts ne sont pas très différents si l'enfant précédent est une fille, si le nombre total d'enfants de la mère est de 2-3 enfants ou de 7 enfants ou plus. Ces pourcentages sont seulement un peu plus faibles chez les femmes les plus éduquées que chez celles qui n'ont pas été scolarisées (19 % en 2012 contre 23 %), et ils ont diminué de 10 % à 15 % entre 1992 et 2012 pour tous les niveaux d'instruction.

La diminution entre 1992 et 2012 du pourcentage de naissances moins de 24 mois après la naissance précédente concerne le milieu rural, le milieu urbain et toutes les régions, sauf Maradi (Figure 8). Les diminutions les plus fortes concernent le milieu urbain (surtout les villes autres que Niamey), et la région de Zinder. Cependant, en 2012, environ une naissance sur quatre était toujours une naissance trop rapprochée à risques en milieu rural et dans la majorité des régions, et une naissance sur cinq en milieu urbain et à Niamey, de même que dans les régions de Tillabéri et de Dosso. Ces pourcentages restent élevés, surtout en regard de l'accent quasi exclusif mis au Niger sur l'espacement des naissances par les programmes publics et privés en matière de planification familiale.

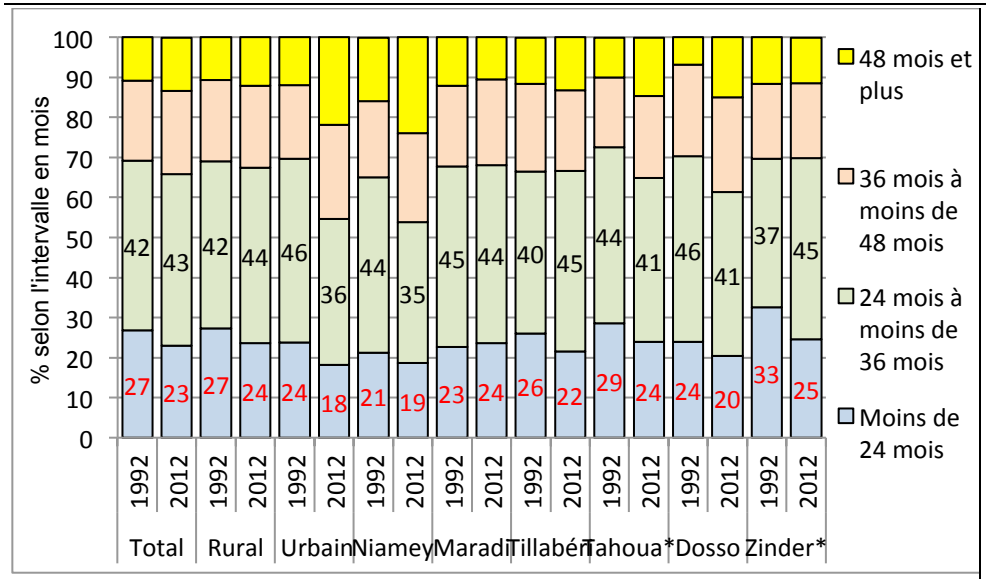


Figure 8 Évolution de la répartition des pourcentages de naissances selon l'intervalle par rapport à la naissance précédente par zone de résidence et région entre 1992 et 2012.
Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/
**Les résultats de 1992 regroupent Tahoua/Agadez et Zinder/Diffa (voir note 24).*

Si on considère qu'un intervalle d'au moins trois ans (36 mois) est plus recommandable pour des raisons de santé, de bien-être et d'épanouissement de la mère et de l'enfant, on constate en 2012 que les deux tiers des naissances étaient espacées de moins de trois ans. Le pourcentage plus élevé observé en milieu rural, proche de 70 %, est resté quasiment le même entre 1992 et 2012, et il en va de même dans les régions de Tillabéri et de Zinder. En milieu urbain par contre, le pourcentage de naissances espacées de moins de trois ans a fortement diminué (de 70 % en 1992 à 55 % en 2012), de même qu'à Niamey (de 65 % à 54 %). Des diminutions importantes sont également observées pour les régions de Tahoua (de 73 % à 65 %) et de Dosso (70 % à 61 %).

Au total, la promotion de l'espacement des naissances a rencontré un accueil plus favorable en milieu urbain et à Niamey que dans les régions rurales, ce qui souligne selon nous les limites des programmes principalement axés sur l'espacement des naissances dans des contextes natalistes, tels que celui du Niger.

ÉVOLUTION DE LA FÉCONDITÉ ET DÉSIRS D'ENFANTS

Les caractéristiques comportementales qui viennent d'être examinées : faible utilisation de la contraception, mariages précoces et universels et intervalles trop courts entre naissances conduisent à des niveaux de fécondité très élevés.

Nombre moyen d'enfants par femme

Les résultats publiés pour les EDS de 1992 à 2012 donnent les nombres moyens d'enfants par femme ou « indice synthétique de fécondité » (ISF) pour quelques années précédant l'enquête[25]. Ces résultats indiquent pour l'ensemble du pays une quasi-stagnation de l'ISF autour de 7,5 enfants par femme, avec cependant une augmentation de 7,1 à 7,6 enfants entre 2006 et 2012.

En milieu rural, l'augmentation de l'ISF entre 2006 et 2012 est marquée (+ 0,7 enfant), contrairement à ce qu'on observe pour l'ensemble de la zone urbaine où la fécondité a diminué de 1,5 enfant. Cette diminution est clairement imputable à la baisse de l'ISF dans les zones urbaines hors Niamey, zones qui représentent plus de 60 % de l'ensemble de la population urbaine. En effet, l'ISF à Niamey est resté stable depuis 1996 à 5,2-5,3 enfants par femme,

L'augmentation de l'ISF entre 2006 et 2012 est donc essentiellement la conséquence de l'augmentation de la fécondité en milieu rural qui représente plus de 80 % de la population totale. Par région pour la période 2006-2012, les ISF sont généralement en augmentation, sauf pour les régions d'Agadez, de Diffa et Niamey. Les augmentations les plus importantes sont enregistrées pour les régions de Zinder, Tillabéri et Maradi qui ont aussi en 2012 les ISF les plus élevés, supérieurs à, ou proches de 8 enfants par femme (Tableau 3).

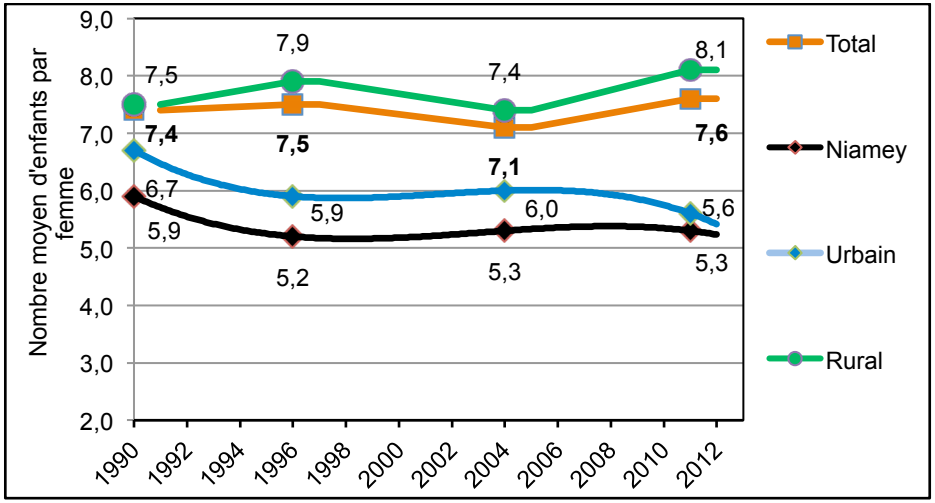


Figure 9 Évolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF) par zone de résidence depuis 1990
Source : Enquêtes EDS Niger publiées (voir note 26).

En 2012, l'ISF pour les femmes les plus éduquées (ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus) était de 4,9 enfants, soit trois enfants de moins que l'ISF de 8,0 enfants trouvé pour les femmes n'ayant pas été scolarisées. Par quintile de richesse, les femmes les plus aisées avaient en 2012 en moyenne deux enfants de moins que les femmes les plus pauvres (6,1 contre 8,2).

25 6 ans pour l'EDS 1992, 5 ans pour les EDS 1998 et 2006, et 3 ans pour l'EDS de 2012; ce qui correspond pour l'EDS 1992 à un ISF moyen centré sur l'année 1990, pour les EDS 1998 et 2006 à des ISF moyens centrés sur les années 1996 et 2004, et pour l'EDS de 2012 à un ISF moyen centré sur l'année 2011. Cependant, la base de données STATcompiler http://www.statcompiler.com/ retient les 3 ans précédents pour toutes les enquêtes, ce qui donne des chiffres légèrement différents de ceux figurant dans les publications. Ainsi, les ISF pour les 3 ans précédant l'enquête sont pour l'ensemble du pays de 7,0 en 1992, de 7,2 en 1998, 7,0 en 2006, et 7,6 en 2012.

Tableau 3 Évolution de l'indice synthétique de fécondité par région (ISF) pour les 3 ans précédant l'enquête entre 2006 et 2012

Régions	EDS 2006	EDS 2012	Variation 2006-2012
Niamey	5,4	5,3	- 0,1
Agadez	6,0	5,7	- 0,3
Diffa	6,6	6,4	- 0,2
Dosso	7,2	7,5	0,3
Maradi	7,9	8,4	0,5
Tahoua	7,1	7,3	0,2
Tillabéri	6,7	7,9	1,2
Zinder	7,2	8,5	1,3

Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

L'augmentation entre 2006 et 2012 de l'ISF en zone rurale et aussi pour les femmes qui n'ont pas été scolarisées soulève la question de l'impact nataliste qu'a pu avoir la gratuité des soins pour les mères et les enfants, mise en place en 2006. Sans remettre en cause le principe très généralement admis de la couverture sanitaire universelle sur laquelle s'appuie cette décision, il semble que la prise en charge des femmes enceintes et des enfants n'ait pas été accompagnée par une information sur les risques associés aux grossesses (notamment les grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop nombreuses et trop tardives), et sur la planification familiale comme moyen de diminuer ces risques.

Le calendrier de la fécondité

De fait, tous les taux de fécondité par groupe d'âge ont augmenté entre 2006 et 2012, sauf pour le taux de fécondité des 15-19 ans pour lesquels on note une légère diminution (Figure 10).

Ces taux élevés de fécondité, dont le maximum se situe à 20-24 ans, sont essentiellement le reflet des taux de fécondité en milieu rural. En milieu urbain et à Niamey, les taux de fécondité sont sensiblement moins élevés à tous les âges, et les taux maximum sont ceux des 25-29 ans, conséquence d'une fécondité plus tardive.

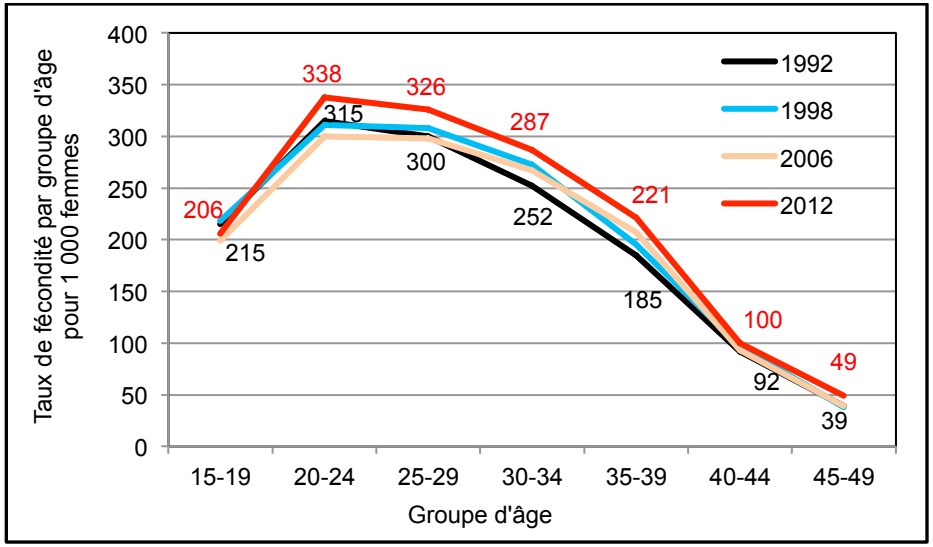


Figure 10 Évolution des taux de fécondité par groupe d'âge pour 1 000 entre 1992 et 2012 pour l'ensemble du Niger

Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

Les descendances atteintes aux divers âges peuvent être calculées en cumulant les divers taux quinquennaux de fécondité multipliés par cinq. Ce calcul conduit en 2012 à 20 ans à un nombre moyen d'un enfant par femme (0,5 à Niamey et 1,2 en zone rurale), à 35 ans de 5,8 enfants par femme (4,2 à Niamey et 6,1 en zone rurale), et à 50 ans de 7,6 enfants par femme (5,3 à Niamey et 8,1 en zone rurale). Les résultats par région sont voisins de ceux trouvés pour la zone rurale, sauf pour la région de Zinder, où en 2012 les femmes avaient en moyenne 1,3 enfant à 20 ans, 6,4 enfants à 35 ans, et 8,5 enfants à 50 ans (soit deux enfants de plus qu'en 1992).

Malgré l'augmentation récente des taux de fécondité, le profil par âge de celle-ci n'a pas vraiment changé depuis 1992. Ceci signifie aussi que la répartition des descendances atteintes aux divers âges n'a pas beaucoup changé non plus entre 1992 et 2012. Les femmes nigériennes ont ainsi en gros 60 % de leur descendance entre 20 et 34 ans, c'est-à-dire environ quatre enfants en zone urbaine et à Niamey et près de 6 enfants ou plus en zone rurale et dans les régions. Cet intervalle de 20-34 ans correspond à des âges qui sont en principe les plus favorables pour des grossesses à

moindre risque, sauf pathologies particulières et sauf si la parité des mères est élevée et l'intervalle par rapport à la naissance précédente trop court.

Par ailleurs, les femmes nigériennes auront encore en gros après 35 ans 25 % de leur descendance, ce qui correspond à plus d'un enfant en zone urbaine et à Niamey et à environ deux enfants supplémentaires en zone rurale et dans les régions. L'importance de ces naissances tardives est souvent sous-estimée comparativement à l'attention portée aux naissances chez les adolescentes. Les femmes de 35 ans et plus en union sont surtout concernées par une contraception d'arrêt, et elles sont nombreuses, environ un million en 2014. En revanche, les jeunes femmes en union de 15-19 ans sont surtout concernées par une contraception de retard à la première naissance, et elles étaient environ 600 000 en 2014.

La fécondité des adolescentes

Le suivi des taux de fécondité des adolescentes est l'un des indicateurs de la cible 5B de l'OMD 5 (Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici 2015)[26].

La manière la plus précise d'analyser la fécondité des adolescentes est d'étudier l'évolution des proportions de jeunes filles ayant un ou plusieurs enfants ou enceintes de leur premier enfant à chaque âge entre 15 et 19 ans.

Les résultats obtenus indiquent pour l'ensemble du pays une certaine diminution de la proportion des filles ayant des enfants ou enceintes à 15 ans (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 18e anniversaire, était en 2012 de 42 %. 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 20e anniversaire, trois jeunes femmes sur quatre (75 %) ont déjà eu un ou plusieurs enfants ou sont enceintes de leur premier enfant, ce qui est l'un des pourcentages les plus élevés au monde.

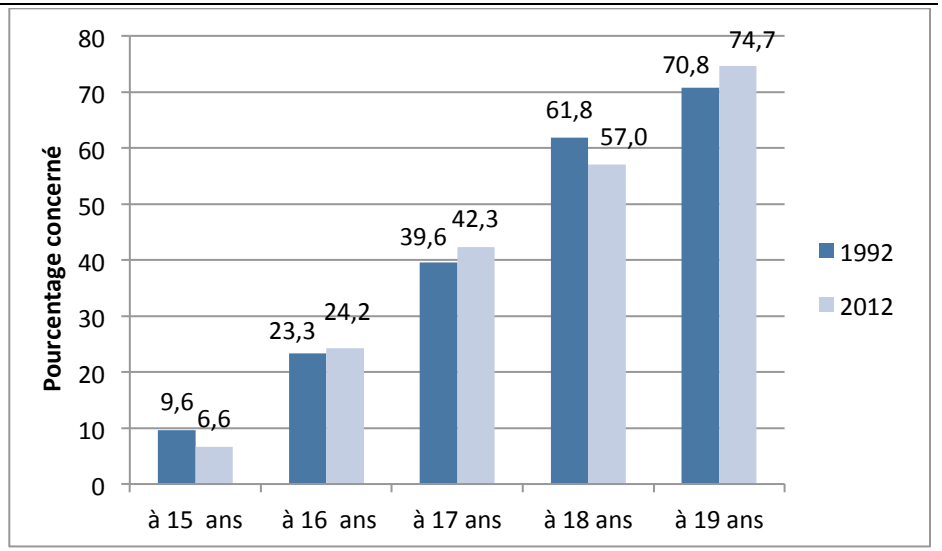


Figure 11 Évolution par âge du pourcentage d'adolescentes qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants, ou qui sont enceintes entre 1992 à 2012

Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

La mesure la plus couramment utilisée reste le taux de fécondité des adolescentes ou rapport entre le nombre de naissances issues de jeunes femmes de 15-19 ans et l'effectif de ces jeunes femmes. Ces taux sont restés quasiment les mêmes entre 1992 et 2012 pour l'ensemble du pays. Cependant, alors qu'ils ont légèrement augmenté en milieu rural, ils ont franchement diminué en milieu urbain (Figure 12). Le taux de fécondité des adolescentes à Niamey en 1992 et 2012 est moitié moindre que celui de la zone rurale (101 contre 231 pour 1 000 adolescentes en 2012). On note aussi une diminution importante des taux de fécondité en milieu urbain, de 168 à 112 pour 1 000 adolescentes, ce qui reflète une convergence des taux des autres villes vers le taux de Niamey qui est resté quasiment le même depuis 1992 (autour de 100 pour 1 000). Au niveau des régions, les taux ont peu varié, sauf pour la région de Dosso où le taux a baissé d'un quart et se situe en 2012 en dessous de 200 pour 1 000 adolescentes comme à Tillabéri.

26 Voir le suivi des taux de fécondité des adolescentes au niveau mondial par la Division de la population des Nations unies à « Millennium Development Goals » Adolescent Birth Rate

http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/mdg/index.shtml

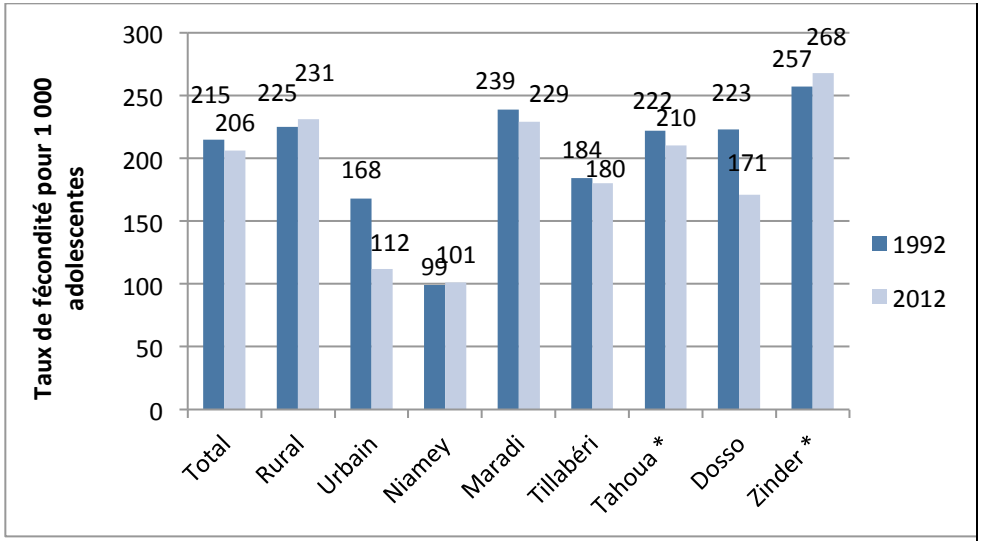


Figure 12 Évolution des taux de fécondité pour 1 000 adolescentes de 15-19 ans, entre 1992 et 2012 par région

Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/ Les résultats de 1992 et 1998 regroupent Tahoua/Agadez et Zinder/Diffa (voir note 24).*

Ces taux se traduisent par des proportions élevées d'adolescentes de 15-19 ans, qui ont des enfants ou qui sont enceintes. Ainsi, en milieu rural et dans les régions, environ la moitié des 15-19 ans ont déjà au moins un enfant ou sont enceintes. À Niamey, la proportion est d'une adolescente sur six (16 % en 1992 et 15 % en 2012). Comme pour les taux de fécondité, la proportion d'adolescentes ayant déjà au moins un enfant ou enceinte a fortement baissé en milieu urbain de 27 % en 1992 à 17 % en 2012, une proportion proche de celle de Niamey, suite à la diminution rapide de la fécondité des 15-19 ans dans les autres villes que Niamey. On peut faire l'hypothèse que c'est en partie, parce que les jeunes filles de 15-19 ans sont assez largement scolarisées en milieu urbain, qu'on y observe les proportions les plus faibles. En effet, seulement une adolescente sur six (16 % en 2012) ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus a déjà un enfant au moins ou est enceinte, contre une adolescente sur deux (50 % en 2012) chez les jeunes filles de 15-19 ans non scolarisées. Mais corrélation n'est pas causalité, et il difficile de savoir lequel de ces deux éléments détermine l'autre. Est-ce que c'est parce que les jeunes filles sont scolarisées qu'elles ont évité une grossesse ? Ou au contraire, est-ce parce qu'elles ont évité une grossesse (et n'ont pas été victimes d'un mariage précoce, parce que par exemple leurs parents sont plus éduqués et plus aisés) qu'elles ont pu être scolarisées ?

Un nombre idéal d'enfants en augmentation

Les niveaux élevés de fécondité observés au Niger sont largement le résultat des normes et valeurs de la société qui valorisent une forte descendance et les femmes ayant beaucoup d'enfants.

Les nombres idéals moyens d'enfants donnés par l'ensemble des femmes de 15-49 ans lors des EDS sont non seulement très élevés, mais ils ont aussi augmenté entre 1992 et 2012 (Figure 13). Presque partout : en zone rurale, en zone urbaine, à Niamey, et dans les régions, les nombres idéals moyens d'enfants indiqués en 2012 sont environ d'un enfant supérieurs à ceux donnés en 1992. Dans quatre des huit régions du pays, ils se situent en 2012 entre 9 et 10 enfants par femme (Maradi, Tillabéri, Zinder et Tahoua), entre 8 et moins de 9 enfants par femme dans les régions de Dosso et de Diffa, et ils sont de 7 enfants par femme à Niamey et dans la région d'Agadez.

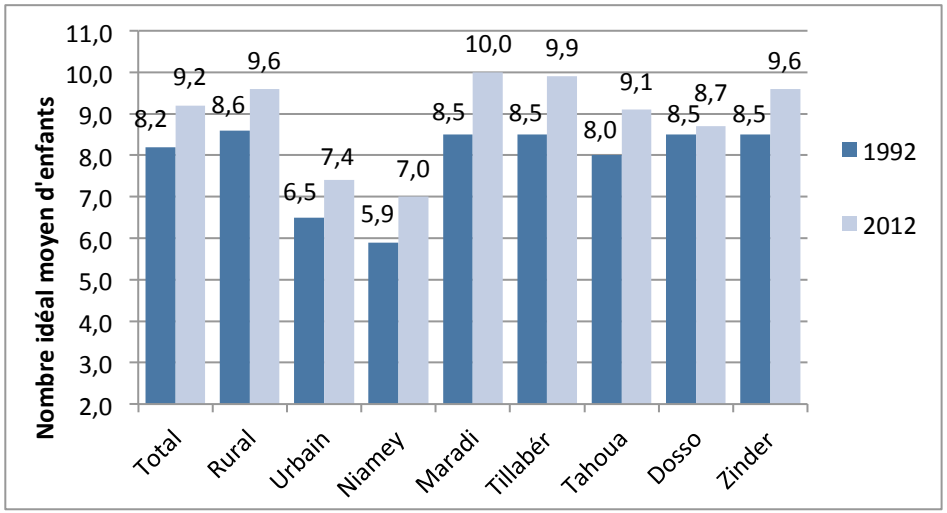


Figure 13 Évolution du nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans par zone de résidence et par région, entre 1992 et 2012

Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

** Les résultats de 1992 regroupent Tahoua/Agadez et Zinder/Diffa (voir note 24).*

On notera que les chiffres donnés par les hommes ont toujours été plus élevés que ceux donnés par les femmes. Ainsi en 2012, le nombre idéal moyen d'enfants donné par les hommes de 15-59 ans était de 11,5 enfants contre 9,2 enfants pour les femmes de 15-49 ans. Par ailleurs, les femmes en union donnent toujours en 2012 un nombre idéal moyen d'enfants un peu plus élevé que celui donné par l'ensemble des femmes de 15-49 ans (9,5 enfants contre 9,2 enfants) et l'écart est encore plus grand pour les hommes en union qui donnent un nombre idéal de 13 enfants, contre 11,5 enfants pour l'ensemble des hommes.

Comme pour la fécondité, le nombre idéal moyen d'enfants donné par les femmes les plus éduquées est de trois enfants inférieur au nombre donné par les femmes qui n'ont pas été scolarisées (6,6 contre 9,6 en 2012) et celui donné par les femmes les plus aisées est de deux enfants inférieur au nombre donné par les femmes les plus pauvres (7,8 enfants contre 9,7 enfants en 2012). Cependant, les nombres idéals moyens d'enfants ont augmenté depuis 1992 pour tous les niveaux d'instruction, y compris parmi les femmes les plus éduquées qui ont ainsi donné en 2012 un nombre idéal moyen de 6,6 enfants contre 4,7 enfants en 1992.

Les nombres idéals moyens d'enfants indiqués par les femmes ont également augmenté pour tous les groupes d'âge d'un enfant environ entre 1992 et 2012. Certes, les jeunes femmes de 15-19 ans et 20-24 ans indiquent des nombres de deux enfants inférieurs à ceux exprimés par les femmes de 45-49 ans (8,5 enfants contre 10,7 enfants). On peut voir dans ce résultat l'effet de la faible scolarisation des filles. Toutefois en 2012, les jeunes femmes de 15-19 ans et 20-24 ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus indiquaient aussi des nombres idéals moyens d'enfants très élevés de 6,3 et 6,5 enfants respectivement, trois fois plus élevés que les nombres idéals (de 2 à 3 enfants) donnés aujourd'hui par les jeunes femmes de la plupart des pays en développement.

Ces résultats confirment, comme ceux concernant la fécondité, l'existence d'écarts en matière de normes de reproduction entre les femmes selon les catégories auxquelles elles appartiennent (non scolarisées/scolarisées, aisées/pauvres, jeunes/moins jeunes). Mais le maintien de nombres idéals moyens d'enfants élevés pour toutes les catégories souligne que les progrès de l'éducation, l'amélioration du niveau de vie et « l'effet jeunesse » (les jeunes voulant moins d'enfants que leurs aînées) sont insuffisants dans le contexte du Niger pour entraîner ou faciliter un réel changement des comportements reproductifs qui restent définitivement très natalistes.

Fécondité désirée

Les préférences en matière de fécondité sont également exprimées par l'Indice *synthétique de fécondité* désirée (ou ISFD) pour les femmes ayant eu un enfant au cours des trois années précédant l'enquête. Cet indice est calculé comme l'Indice *synthétique de fécondité* (ISF) à partir des réponses à des questions cherchant à déterminer si, au moment de tomber enceinte, la femme souhaitait être enceinte à ce moment-là, plus tard, ou s'il s'agissait d'une grossesse non désirée. L'ISFD est donc par définition supérieur à l'ISF. La comparaison entre l'ISF et l'ISFD permet ainsi de se faire une idée du degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité, et aussi de mesurer l'impact démographique potentiel de la prévention des naissances non ou mal planifiées.

Les écarts entre ISF et ISFD étaient partout très faibles en 1992, 1998 (de 0,2 enfant pour l'ensemble du pays). Cependant, ils ont augmenté récemment, ce qui traduit un début de prise de conscience de la possibilité de mieux planifier sa fécondité (Figure 14). Les résultats de l'enquête de 2012 donnent ainsi un écart, donc un nombre de naissances non ou mal planifiées, de 0,8 enfant pour l'ensemble du pays, et de 1,2 enfant à Niamey, 1,3 enfant à Maradi, et de 1,6 enfant à Zinder. Par niveau d'éducation et quintile de richesse, on observe également une augmentation du nombre de naissances non ou mal planifiées en 2012, avec un écart d'environ un enfant entre l'ISFD et l'ISF. Pour les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus, l'ISFD était ainsi de 4,2 enfants contre 4,9 enfants pour l'ISF, soit un écart de 0,7 naissances, et l'ISFD était de 7,1 enfants contre 8 enfants pour l'ISF pour les femmes non scolarisées, soit un écart de 0,9 naissance.

L'impact démographique de la prévention des naissances non ou mal planifiées au Niger est donc potentiellement peu important, d'autant plus que ces naissances sont essentiellement des naissances mal espacées qui vraisemblablement se seraient produites plus tard. Par ailleurs, il faut rappeler ici que le nombre idéal d'enfants est toujours au Niger supérieur de 1,5 à 2,0 enfants par femme à la fécondité observée, alors que dans la plupart des pays en développement au contraire le nombre idéal d'enfants est inférieur à la fécondité observée.

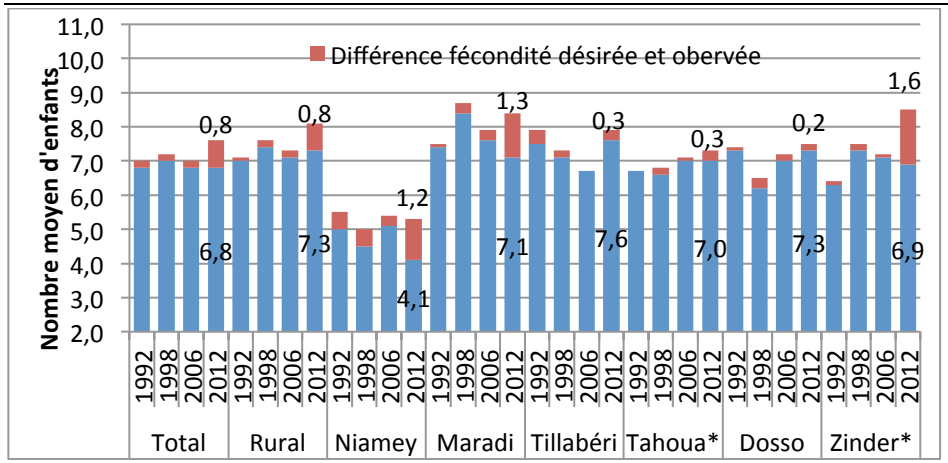


Figure 14 Évolution des écarts entre Indice synthétique de fécondité (ISF) et Indice synthétique de fécondité désirée (ISFD) pour les trois années précédant l'enquête, par zone de résidence et par région entre 1992 et 2012

Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

** les résultats de 1992 et 1998 regroupent Tahoua/Agadez et Zinder/Diffa (voir note 24).*

DEMANDE ACTUELLE EN PLANIFICATION FAMILIALE ET UTILISATION FUTURE

Dans ce contexte, comment évaluer les besoins actuels et futurs en contraception au Niger ?

Une demande exprimée faible

La demande totale en planification familiale est la somme des « besoins satisfaits », constitués des femmes en union qui utilisent une méthode quelconque de contraception, et des « besoins non satisfaits » constitués des femmes en union qui n'utilisent aucune méthode de contraception, alors qu'elles déclarent souhaiter espacer leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants.

Comme on l'a vu, selon les résultats de l'EDSN-MICS de 2012, seulement 13,9 % des femmes nigériennes en union utilisaient une méthode quelconque de contraception, y compris la MAMA, ou 10 % si on exclut la MAMA. Par ailleurs, davantage de femmes en union (16 %) ont exprimé un besoin non satisfait en contraception. La demande totale exprimée en planification familiale (besoins satisfaits plus besoins non satisfaits) était donc en 2012 de 30 % (13,9 % + 16,0 %).

La demande totale exprimée en planification familiale a progressé pour l'ensemble du pays de 23 % en 1992 à 30 % en 2012, soit de 7 points de pourcentage en 20 ans. Cette augmentation concerne la zone rurale (+ 6 points), la zone urbaine (+ 7 points) et Niamey (+ 4 points). La demande totale en 2012 la plus élevée est celle trouvée pour Niamey (53 %), qui représente le double de la demande en milieu rural (27 %). L'évolution dans les régions est plus contrastée. La demande a augmenté dans les régions de Maradi, Dosso et surtout Zinder (de 14 % à 32 %), mais elle a stagné dans les régions de Tillabéri et Tahoua (Figure 15). Toutefois en 2012, la demande totale en planification familiale était généralement au plus de 30 % (sauf dans les régions de Dosso et d'Agadez où elle était d'environ 40 %). Les niveaux les plus faibles enregistrés l'étaient dans les trois régions de Maradi, Tahoua (23 % dans les deux cas) et Tillabéri (29 %) où l'Animas a des zones intensives d'interventions.

Ces niveaux de demande font partie des niveaux les plus faibles du monde. La demande totale en planification familiale se situe en effet aujourd'hui dans la majorité des pays et dans la plupart des pays émergents entre 70 % et 85° %.

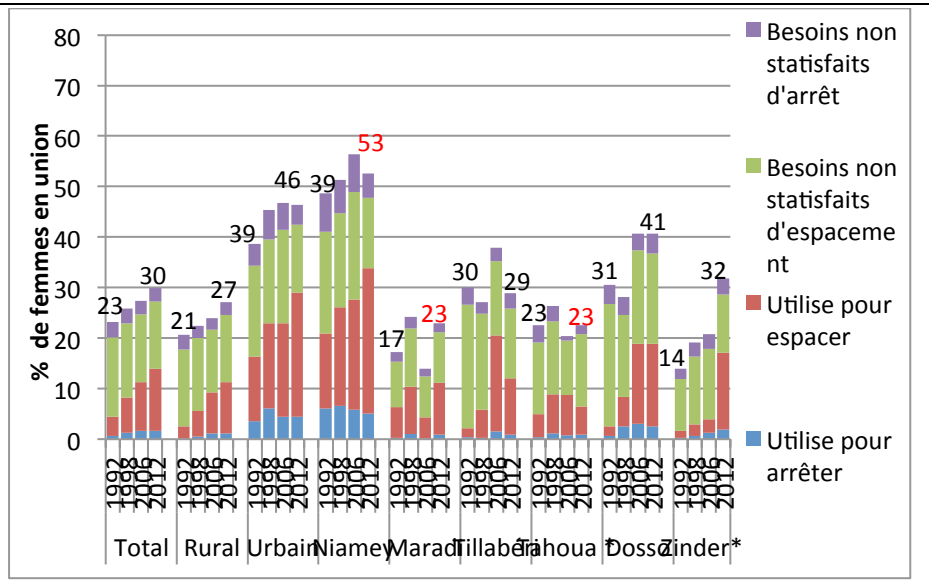


Figure 15 Évolution de la demande exprimée en planification familiale par composante : besoins satisfaits et non satisfaits d'arrêt ou d'espacement par zone de résidence et région, de 1992 à 2012

Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

** Les résultats de 1992 et 1998 regroupent Tahoua/Agadez et Zinder/Diffa.*

Cette demande se décompose en besoins satisfaits et non satisfaits pour raisons d'espacement ou d'arrêt. On note pour l'ensemble du pays une progression des besoins satisfaits de 4,4 % en 1992 à 13,9 % en 2012, mais ceci surtout pour des raisons d'espacement. En revanche, les besoins non satisfaits ont diminué passant de 18,7 % en 1992 à 16 % en 2012.

Le Tableau 8 en annexe donne le détail de l'évolution entre 1992 et 2012 de l'utilisation de la contraception, des besoins satisfaits et du pourcentage de besoins satisfaits pour diverses caractéristiques (résidence, niveau d'éducation, quintile de richesse et groupe d'âge).

Une demande essentiellement en espacement

Ainsi, l'augmentation de l'utilisation de méthodes quelconques de contraception s'est traduite par un triplement du pourcentage des besoins satisfaits qui est passé de 19 % en 1992 à 46,5 % en 2012 . Mais paradoxalement à priori, la fécondité n'a pas diminué, mais au contraire a augmenté, puisque ces besoins sont depuis 1992 à plus de 80 % des besoins à des fins d'espacement. Ces caractéristiques se retrouvent en milieu rural, en milieu urbain et à Niamey, et plus ou moins dans les régions.

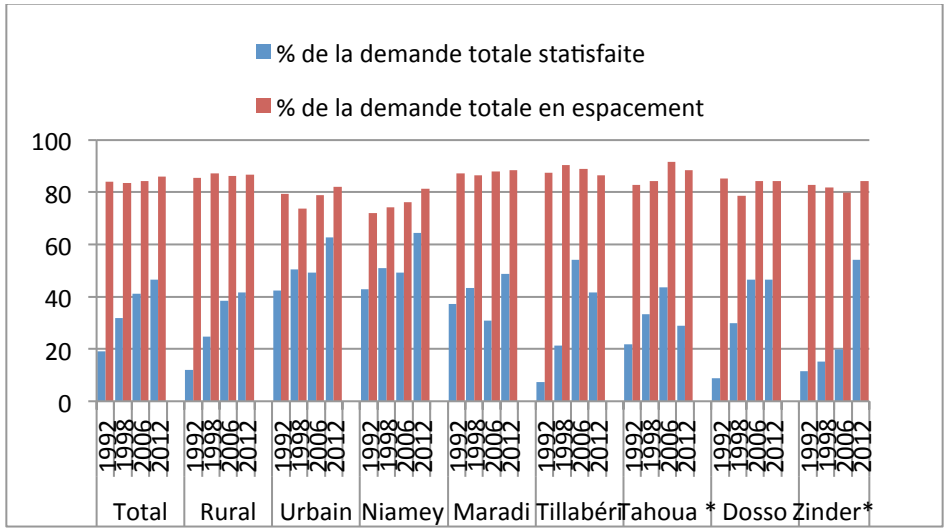


Figure 16 Évolution du pourcentage de la demande en planification familiale en espacement et du pourcentage de la demande satisfaite par zone de résidence et région, de 1992 à 2012

Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

** Les résultats de 1992 et 1998 regroupent Tahoua/Agadez et Zinder/Diffa (voir note 24).*

Le Tableau 9 en annexe complète le Tableau 8 en donnant le détail de l'évolution entre 1992 et 2012 de l'utilisation de la contraception, des besoins non satisfaits et de la demande totale en planification familiale selon les raisons d'utilisation ou de souhait d'utilisation de la contraception : arrêt ou espacement, ceci pour diverses caractéristiques (résidence, niveau d'éducation, quintile de richesse et groupe d'âge).

L'importance depuis vingt ans de la demande en planification familiale à des fins d'espacement, pour toutes les catégories explique largement la faiblesse de la demande totale en planification et constitue une sérieuse limite à l'augmentation rapide de l'utilisation de la contraception au Niger. C'est ce que suggèrent en tous cas les données disponibles tirées des EDS menées dans 36 pays d'Afrique subsaharienne et au Niger en 2006 et 2012 (Figure 17).

L'utilisation de la contraception très majoritairement à des fins d'espacement des naissances est aussi corrélée au nombre idéal d'enfants très élevé donné par les femmes nigériennes en union (Figure 18). Les mêmes données que précédemment suggèrent ainsi que le nombre idéal d'enfants devrait être de 4 à 5 enfants par femme (contre 9,5 aujourd'hui !) pour envisager une demande totale en planification familiale d'environ 60 %. Une telle demande suppose aussi que celle-ci soit à plus de 50 % une demande à des fins de maîtrise de la taille de la famille, et à moins de 50 % une demande à des fins d'espacement.

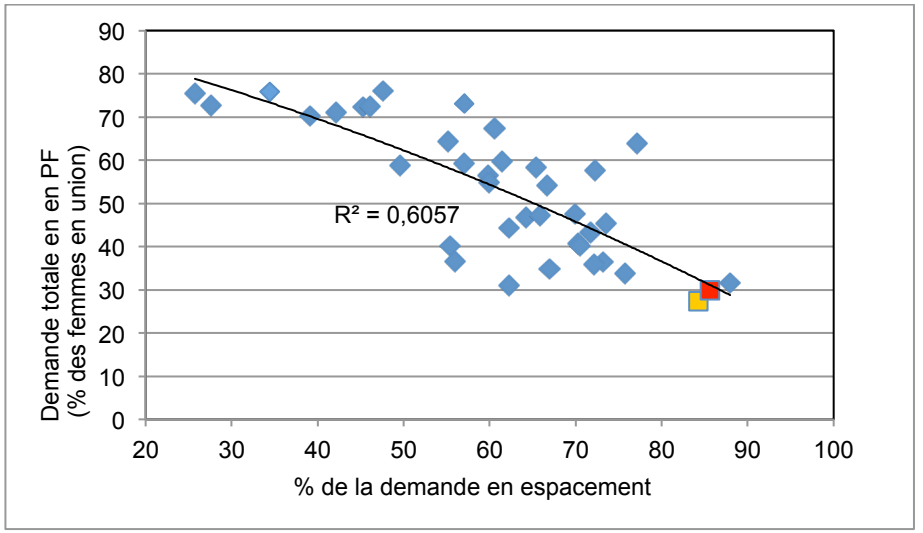


Figure 17 Demande en planification familiale et pourcentage de la demande en espacement chez les femmes en union dans 36 pays d'Afrique subsaharienne et au Niger en 2006 et en 2012

Source : Enquêtes EDS, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

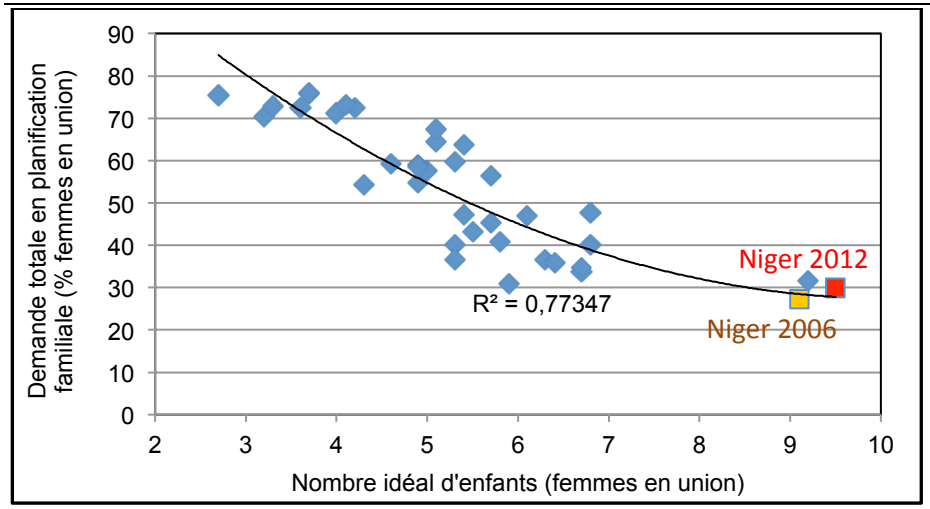


Figure 18 Demande en planification familiale et nombre idéal d'enfants chez les femmes en union dans 36 pays d'Afrique subsaharienne et au Niger en 2006 et en 2012

Source : Enquêtes EDS , STATcompiler http://www.statcompiler.com/

Dans les conditions actuelles, il est toujours possible d'augmenter la prévalence de la contraception en cherchant à satisfaire les besoins qui ne sont pas encore satisfaits et qui concernent quand même 16 % des femmes nigériennes en union. Cet objectif peut être atteint plus ou moins rapidement selon le rythme de progression d'utilisation de la contraception : en 16 ans par exemple si celle-ci progresse d'un point de pourcentage par an, soit deux fois plus vite qu'actuellement.

Mais il paraît difficile aujourd'hui d'envisager d'atteindre une prévalence supérieure à la demande exprimée, c'est-à-dire supérieure à 30 %, et il est également difficile d'imaginer que la satisfaction des besoins exprimés entraîne une baisse de la fécondité, puisque ces besoins sont très majoritairement des besoins d'espacement. Les messages en faveur de la planification familiale mettent d'ailleurs souvent l'accent quasi exclusivement sur l'espacement des naissances, qui est opposé à la maîtrise de la fécondité, comme l'illustre l'affiche ci dessous (Figure 19).

Figure 19 Affiche de promotion de la planification familiale

Source : Association nigérienne pour le bien-être familial (Anbef).

Utilisation future de la contraception et désir d'enfant

Quelles sont donc les intentions des Nigériennes en matière d'utilisation future de la contraception ?

Lors des quatre enquêtes EDS menées au Niger de 1992 à 2012, il a été demandé aux femmes en union qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, si elles avaient l'intention d'utiliser une contraception dans l'avenir, mais ceci sans préciser le moment où elles pensaient le faire.

Les résultats obtenus indiquent clairement une augmentation des intentions des Nigériennes d'utiliser la contraception dans le futur. En effet, alors qu'en 1992, près de 20 % (19 %) des femmes concernées avaient l'intention d'utiliser la contraception dans le futur, elles étaient près de 30 % en 1998 et 2006 (28 % et 27 % respectivement) et plus de 40 % (42 %) en 2012. Cette évolution dénote une prise de conscience croissante par les femmes de la possibilité qu'elles ont d'utiliser la contraception (Figure 20).

On aurait tort cependant de confondre cette intention avec les possibilités d'une augmentation rapide de l'utilisation de la contraception dans un futur proche. Si tel était le cas, les quelques 20 % à 30 % de femmes ayant exprimé ce souhait en 1992, 1998 et 2006, auraient dû être autant de nouvelles utilisatrices de contraception en 2012, ce qui aurait conduit en 2012 à des taux de prévalence de l'ordre de 30 % à 35 %. Or comme on l'a vu, la prévalence pour l'ensemble des méthodes était seulement en 2012 de 13,9 % ou de 10 % sans la MAMA.

C'est ainsi qu'en tablant sur une demande en contraception d'environ 50 %, basée sur les intentions exprimées en 2012 par les femmes nigériennes d'utiliser une méthode de contraception dans un avenir non précisé, le « Plan d'action 2012-2020 » pour la planification familiale au Niger a grossièrement surestimé la demande réelle en planification familiale et surestimé ainsi la probabilité d'une augmentation très rapide de l'utilisation de la contraception entre 2012 et 2020.

De fait, parmi l'ensemble des femmes de 15-49 ans en union, 83 % en 2012 souhaitaient continuer à avoir des enfants. En 2012 comme en 1992, environ une femme sur trois a déclaré souhaiter avoir un enfant bientôt (c'est-à-dire dans les deux ans) et une femme sur deux a déclaré souhaiter avoir un enfant plus tard, c'est-à-dire espacer leur prochaine naissance de deux ans ou plus. Mais à l'autre extrême, le pourcentage de femmes ayant déclaré ne plus vouloir d'enfants est faible et il est resté quasiment inchangé entre 1992 (9 %) et 2012 (8 %). Seules ces femmes, peu nombreuses, sont des candidates potentielles pour des méthodes de longue durée, sauf si elles sont stériles ou précocement ménopausées.

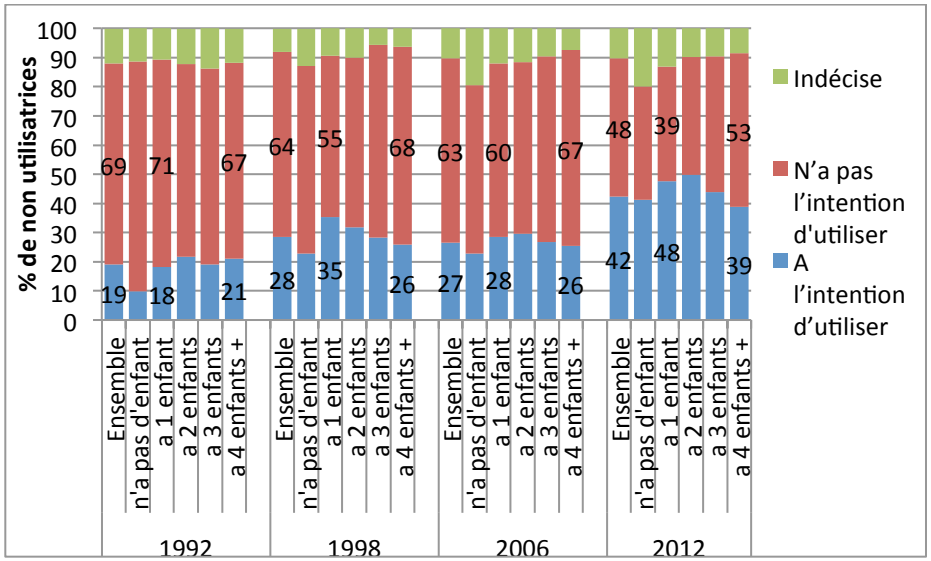


Figure 20 Évolution entre 1992 et 2012 des intentions déclarées d'utiliser une méthode de contraception dans un avenir non précisé, parmi les femmes de 15-49 ans en union qui n'utilisaient pas de méthode de contraception au moment de l'enquête

Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

Logiquement, le désir d'enfant(s) supplémentaire(s) devrait diminuer en fonction de l'augmentation du nombre d'enfants vivants. Mais ce n'est pas vraiment le cas au Niger, tant le désir d'enfant est répandu. Ainsi en 2012, 87 % des femmes qui avaient déjà 4 enfants vivants souhaitaient encore en avoir d'autres (32 % dans les deux ans, 53 % plus tard), et ce pourcentage était en augmentation par rapport à 1992 où il était de 80 % (Figure 21). De même, toujours en 2012, 82 % des femmes qui avaient déjà 5 enfants souhaitaient en avoir d'autres, et ce pourcentage était aussi en augmentation par rapport à 1992. Finalement, le désir d'autres enfants ne commence à fléchir quelque peu que parmi les femmes qui ont déjà 6 enfants ou plus. Mais parmi ces femmes, 65 % souhaitaient encore avoir des enfants (alors qu'elles n'étaient que 48 % à le souhaiter en 1992). Finalement, alors qu'en 1992, une femme sur

trois (30 %) parmi celles qui avaient déjà 6 enfants ou plus ne souhaitait plus avoir d'autres enfants, elles n'étaient plus que 23 % en 2012 à ne plus vouloir d'enfants. Par ailleurs, parmi les hommes de 15-49 ans en union ayant déjà 6 enfants ou plus en 2012, quasiment tous souhaitaient avoir d'autres enfants, 2 % seulement ayant déclaré ne plus en vouloir.

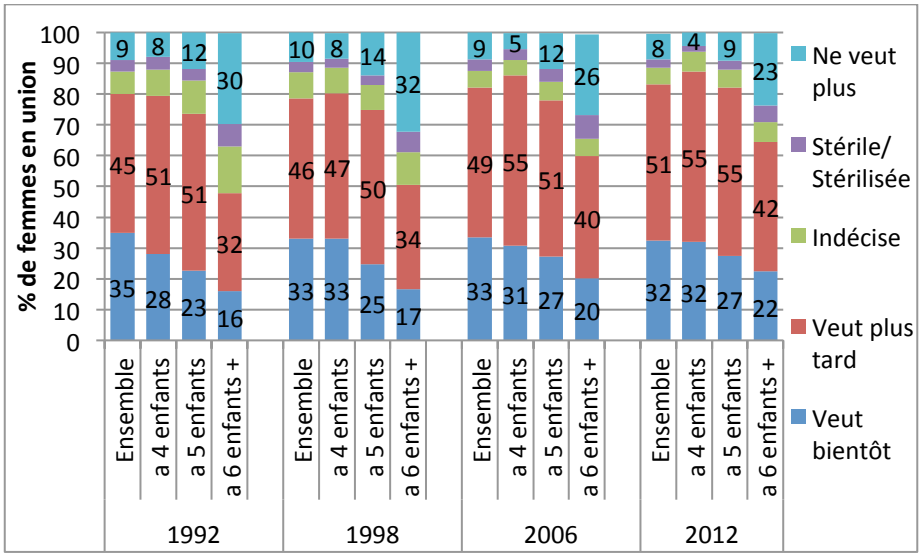


Figure 21 Évolution entre 1992 et 2012 des pourcentages de femmes en union de 15-49 ans selon qu'elles veulent un (autre) enfant bientôt, plus tard ou qu'elles ne veulent plus d'enfants, selon le nombre d'enfants vivants qu'elles ont déjà.

Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

La forte fécondité et les normes et valeurs très natalistes observées au Niger sont généralement expliquées par « les pesanteurs socioculturelles » et l'influence de l'Islam. L'étude qualitative réalisée récemment sur la planification familiale au Niger indique que l'espacement des naissances est largement accepté et utilisé, car il permet aux femmes de se reposer[27]. Cependant, la planification familiale reste perçue comme un concept étranger, quoique pas nécessairement négatif. En fait, la planification familiale est principalement perçue comme équivalent à l'espacement des naissances. De fait, tous les participants aux divers groupes de discussions organisés dans le cadre de cette étude ont déclaré qu'au final, le nombre d'enfants qu'ils auraient dépendait d'Allah, et indiqué qu'« Allah décide » de tout, et qu'« Allah pourvoira aux besoins de leurs enfants, quel que soit leur nombre ». Il a aussi été indiqué que « Quand Allah décide qu'une femme doit être enceinte, elle tombe enceinte » et qu'il faut prier pour que la femme reste en bonne santé tout au long de sa grossesse. Dans ces conditions, la signification des réponses sur le nombre idéal d'enfants est limitée, puisque le « nombre d'enfants était dans les mains d'Allah ».

Au-delà de ces positions tranchées dominantes en milieu rural, il existe bien sûr des « ouvertures » évoquées dans le rapport de l'étude, qui permettraient d'avoir une autre vision, moins fataliste, permettant à chacun de prendre ses responsabilités vis-à-vis de ses enfants et de sa communauté. Certains marabouts ont déjà déclaré à ce sujet que « Le Coran dit que nous ne pouvons pas empêcher les naissances. Nous ne disons pas le contraire, nous expliquons que le nombre d'enfants doit être en adéquation avec les ressources disponibles. Le Coran ne dit pas qu'il faut faire des enfants sans tenir compte de votre capacité à les élever »[28].

Le débat sur l'Islam et la maîtrise de la fécondité n'est pas nouveau. Il a donné lieu d'ailleurs à un ouvrage de référence « La planification familiale dans l'héritage de l'Islam » publié pour la première fois en 1992, réédité en 2004, avec l'appui de l'UNFPA, sous la direction d'Abdel Rahim Omran, vice-président de l'université Al-Azhar du Caire29. Ce livre est le résultat d'un vaste projet de recherche collectif associant les plus grands théologiens et juristes islamiques représentant la majorité des pays musulmans. Cet ouvrage réfute en particulier la thèse selon laquelle l'Islam est opposé à la « prévention » des naissances en s'appuyant sur le Coran, la tradition orale, les différentes écoles de pensée et une série de grands théologiens, et de nombreuses citations.

Et tel qu'indiqué précédemment, dans plusieurs pays à majorité musulmane, parmi lesquels l'Indonésie, l'Égypte, la Tunisie, le Bangladesh, il a été possible de modifier assez rapidement les normes et valeurs traditionnelles en matière de procréation, suite à un engagement résolu et constant des autorités, et le nombre moyen d'enfants par femme dans ces pays est aujourd'hui inférieur à 3 enfants.

27 « Projet Planification familiale au Niger. Résumé d'étude qualitative » 21 février 2014. Hope Consulting, San Francisco, 49 pages.

28 NIGER : petites avancées vers un futur durable 30 août 2010 http://www.irinnews.org/fr/report/90336/niger-petites-avanc%C3%A9es-vers-un-futur-durable

29 OMRAN A. R. , 1992 – *Family Planning in the Legacy of Islam*. London and New York, Routledge, 284 p. Voir le résumé en français à http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/tiers_0040-7356_1994_num_35_137_4864_t1_0215_0000_2

DEUXIÈME PARTIE :
Comment améliorer et étendre les résultats obtenus par l'Animas-Sutura. Analyse comparative des performances du projet

L'ANIMAS-SUTURA

De nombreux partenaires au développement interviennent au Niger dans le domaine de la santé de la reproduction aux côtés des autorités ou en complément des activités menées par le ministère de la Santé publique. Parmi les partenaires qui interviennent directement sur le terrain, il convient de citer l'Association nigérienne pour le bien-être familial (Anbef)[30], et l'Association nigérienne de marketing social (Animas ou Animas-Sutura) qui a réussi à se positionner ces dernières années comme le principal interlocuteur en matière de marketing social des produits de santé de la reproduction.

Historique des activés et modalités d'intervention

Depuis une douzaine d'années, la KFW (Kreditanstalt für Wiederaufbau)[31] appuie au Niger le développement du marketing social dans le domaine de la santé de la reproduction.

C'est en 2003 que la KFW a commencé à appuyer le premier « Programme de marketing social et de prévention du sida » (PMSPS) au Niger. L'objectif initial de ce programme ou projet était d'améliorer la santé reproductive des Nigériens, en réduisant la transmission du VIH/sida et en limitant les grossesses non désirées. Ceci par le biais d'une utilisation accrue du préservatif masculin rendue possible par la mise en œuvre d'un programme efficace et viable de marketing social de préservatifs.

Les campagnes nationales de communication pour la prévention des IST, du VIH/sida et la lutte contre les grossesses non désirées organisées dans le cadre de la première phase du projet ont connu un succès certain. Mais compte tenu des besoins importants du pays en méthodes contraceptives modernes, il est très vite apparu nécessaire de contribuer plus largement à la satisfaction des besoins en matière de planification familiale.

C'est dans ce contexte qu'a été créée en 2007 l'Association nigérienne de marketing social ou Animas, et que les activités se sont diversifiées et étendues dans le cadre du programme ou projet renommé « Prévention sida/planning familial ».

Le premier objectif de ce projet, qui a connu plusieurs phases, reste d'améliorer la santé reproductive des Nigériens en réduisant la transmission du VIH/sida et en limitant les grossesses non désirées, mais dorénavant par l'utilisation accrue de plusieurs contraceptifs. Le second objectif est d'accroître l'accessibilité aux méthodes modernes de contraception en renforçant la participation du secteur privé à la satisfaction des besoins, et aussi de contribuer à l'accroissement de la demande en planification familiale.

L'Animas utilise les médias : télévision et radio, pour faire passer des messages de sensibilisation des populations en matière de santé de la reproduction (contraception, santé sexuelle, consultations prénatales et postnatales, accouchements assistés, excision, etc.) et sur le VIH-sida. Elle mène aussi des interventions ciblées auprès de populations vulnérables comme les jeunes et les populations à hauts risques comme les professionnelles du sexe et les transporteurs privés.

Par ailleurs, l'Animas a privilégié depuis 2008 des zones rurales d'interventions intensives comprenant plus de 400 villages, dans les régions de Maradi et de Tillabéri, puis en 2010 dans une centaine de villages supplémentaires dans la région de Tahoua, ce qui donne au total quelque 550 villages d'interventions intensives. Les trois régions concernées sont très majoritairement rurales (à 90 % et plus), et selon les résultats préliminaires du recensement de décembre 2012[32], elles totalisaient 55 % de la population totale et 60 % de la population rurale du pays. Le Niger comptant

30 L'Anbef, créée en 1996, est l'une des 172 associations nationales de planning familial affiliées à l'International Planned Parenthood Federation (IPPF). L'Anbef s'est d'abord attachée à répondre aux besoins en planification familiale des femmes et des jeunes. Elle fournit aujourd'hui divers services en santé sexuelle et reproductive, y compris la prévention et la gestion du VIH-sida (voir http://www.ippfar.org/our-work/where-we-work/niger

31 Voir https://www.kfw.de/kfw.de.html. La KfW est une institution de droit public allemande. C'est un établissement de crédit qui intervient dans de nombreux domaines d'intérêt public en Allemagne, mais aussi dans le domaine de l'aide au développement.

32 Résultats préliminaires du Recensement de la population et de l'habitat de 2012 (RGP/H 2012) INS (Institut national de la statistique), « Le Niger en chiffres 2013 », novembre 2013, http://www.stat-niger.org/statistique/file/Affiches_Depliants/Nigerenchiffres2013_versi.pdf.

quelque 15 000 villages et une population rurale fin 2012 d'environ 15 millions de personnes, on peut estimer grossièrement à environ 500 000 la population résidant dans les zones d'interventions intensives du projet (dont 120 000, environ 25 % devraient être des femmes en âge de procréer). Les zones d'interventions du projet représentent ainsi plus ou moins 3,5 % de la population rurale du pays, et 6 % des populations rurales des trois régions concernées.

Les interventions réalisées par le projet dans les villages d'interventions intensives portent sur plusieurs thématiques. Les unes relèvent de la santé de la reproduction : IST/VIH/sida, lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes (ou mutilations génitales féminines, MGF), avantages de la planification familiale et utilisation des méthodes contraceptives modernes. Les autres relèvent de l'hygiène quotidienne, comme la « potabilisation » de l'eau à domicile, et le lavage des mains.

La mise en œuvre des activités du projet repose sur plusieurs stratégies de sensibilisation et de distribution des produits ciblés : condom Foula, pilule Sutura et tablettes Aquatabs pour l'assainissement de l'eau. Ces stratégies s'appuient au niveau national sur l'utilisation des médias, et au niveau local sur l'utilisation des radios communautaires. Mais dans les zones rurales d'interventions intensives, les activités se concentrent sur la sensibilisation et la distribution des produits au niveau communautaire. Ceci à travers des relais communautaires, des pairs-éducateurs, des clubs de l'Animas, des séances foraines d'animation autour de films projetés, des fora de discussions dans les villages, et aussi l'implication des leaders locaux et religieux, des services de santé publique et de leurs agents.

Activés récentes, phases IV et V du projet et perspectives

Le projet « Planning familial et prévention du sida » s'est fixé comme objectifs au cours de la phase IV qui s'est terminée en juin 2014 : 1) le maintien du taux de séroprévalence au VIH en dessous du seuil de 1 %, et 2) l'atteinte d'une prévalence contraceptive moderne de 25 % en 2015 et 50 % en 2020 dans les zones intensives, conformément aux objectifs nationaux retenus dans le « Plan d'action 2012-2020 » pour la planification familiale.En 2014, le projet s'est appuyé sur le vaste réseau de partenaires opérationnels développés par l'Animas : 75 radios, 6 grandes chaînes de télévision, 28 kiosques routiers, 90 écoles et près de 61 ONG qui lui confèrent en plus d'une visibilité, une base susceptible d'être mobilisée en cas de besoin. Le préservatif Foula est aujourd'hui bien connu et accepté par les populations nigériennes. Il est distribué à travers un large réseau de vente comprenant 58 grossistes, 1 022 semi-grossistes et quelque 14 226 vendeurs ambulants détaillants permettant l'achat anonyme aussi bien dans les zones urbaines que dans les zones semi-urbaines. La pilule Sutura, lancée en 2010, a réussi sa percée et en moins de trois ans, elle est parvenue à être utilisée par une femme nigérienne sur cinq. Les ventes de la pilule Sutura s'opèrent à travers les trois plus grandes centrales pharmaceutiques qui desservent la plupart des pharmacies du pays.

Pour desservir les zones non couvertes par le réseau pharmaceutique et les centres de santé, tel qu'indiqué plus haut, l'Animas a réussi à opérationnaliser une stratégie de distribution à base communautaire au niveau de quelque 550 villages dans les régions de Maradi, Tahoua et Tillabéri. Ainsi, à la fin de la phase IV, 327 villages disposaient de la gamme complète des trois produits du marketing social (le préservatif Foula, la pilule Sutura, et les tablettes Aquatabs). Des activités courantes d'IEC/CCC étaient conduites dans les villages couverts par 1 308 relais communautaires formés et engagés dans une perspective de participation communautaire. Ces relais sont soutenus dans leur travail quotidien de persuasion par la diffusion d'une campagne radiophonique annuelle de communication pour le changement des comportements dénommée les *Aventures de Foula le Griot* qui plaide en faveur des comportements susceptibles d'avoir des effets positifs sur la santé des populations, et qui fait aussi la promotion des produits du marketing social.

La mise en œuvre du projet se poursuit au travers de la phase V qui a démarré en juin 2014. Celle-ci vise la consolidation des acquis antérieurs, notamment le maintien de la progression des ventes des produits contraceptifs, l'extension du réseau DBC, tout en veillant à optimiser les coûts d'opération et les processus de création permanente de la demande à travers les actions de communication.

Aussi, pour renforcer les impacts du projet « Planning familial et prévention du sida » et élargir l'assiette des utilisatrices des méthodes contraceptives modernes, l'Animas impliquera davantage les hommes et les structures communautaires existantes (groupes de soutien, radios communautaires, centres de santé, décideurs communautaires) dans l'organisation des activités liées aux questions de santé sexuelle et reproductive. Le projet renforcera par ailleurs les actions déjà entreprises dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche « Assurance qualité » en planification familiale, ceci afin d'améliorer l'offre dans les centres de santé intégrés pilotes, tandis que les radios communautaires partenaires et les relais communautaires, pivots de la stratégie du projet, seront soutenus pour créer un environnement favorable au changement d'attitudes et de comportements.

Au cours de cette phase V, l'Animas doit nouer de nouveaux partenariats (notamment avec l'UNFPA et la fondation Bill & Melinda Gates), et développer l'utilisation des injectables. Outre la commercialisation et la distribution du préservatif masculin Foula et de la pilule « Sutura », l'Animas assure en effet depuis décembre 2014, celle d'un nouvel injectable « Sutura Press », qui est en fait l'injectable « Sayana Press » reconditionné par l'Animas sous le label commercial « Sutura Press ». L'Animas a obtenu du gouvernement l'autorisation pour ce reconditionnement, ainsi que

l'autorisation d'en faire la distribution à base communautaire (voir en 2.3 Approvisionnement et offre contraceptive, en première partie).

La phase VI du projet qui démarrera en 2016 prévoit de favoriser l'accès aux contraceptifs et aux condoms à travers des réseaux de distribution/vente rendus autonomes. Le projet devrait réorienter son focus sur la santé de la reproduction et la planification familiale et continuer à étendre son système de distribution à base communautaire afin d'améliorer l'accès des femmes du milieu rural aux messages et aux produits contraceptifs. Afin de stimuler les changements d'attitudes et de comportements en matière de santé sexuelle et reproductive, de planification familiale et de prévention des IST et du VIH/sida, des efforts particuliers devraient être déployés en direction des jeunes et des groupes à hauts risques. Les nouveaux partenariats envisagés devraient permettre de renforcer la gamme des méthodes contraceptives offertes (y compris les méthodes de longue durée telles que le DIU et les implants), de tester de nouveaux arguments en faveur de la santé de la reproduction et de la planification familiale, ainsi que de nouvelles approches susceptibles de porter à l'échelle (de la région voire de l'ensemble des zones rurales du pays) l'offre contraceptive.

Suivi et évaluation

Les activités menées dans le cadre du projet « Prévention sida/planning familial » ont fait l'objet d'évaluations régulières, et il faut saluer ici la volonté constante de leurs responsables d'évaluer l'impact de leurs actions après chacune des phases du projet.

Une première évaluation a été faite au travers de l'enquête CAP (Connaissances attitudes pratiques) 2007 sur les IST/sida[33]. Cette évaluation a été l'occasion de déterminer l'impact des activités menées au cours de la première phase du projet, d'élaborer des indicateurs de suivi et de performance, et aussi de fournir les données et indicateurs de base sur la situation avant le démarrage de la phase II du projet.

Une deuxième évaluation a été faite en 2010, à la fin de la phase II, en utilisant le même questionnaire de base que celui de 2007, auquel ont été ajoutées des sections supplémentaires portant notamment sur les mutilations génitales féminines, la prévention de la diarrhée, l'hygiène et le lavage des mains au savon dans les ménages enquêtés[34].

Le troisième exercice d'évaluation est plus complexe et complet, car il s'appuie sur deux enquêtes : une enquête nationale, l'EDSN-MICS 2012, et une enquête CAP réalisée en 2013[35]. Comme la réalisation de l'enquête EDSN-MICS 2012 (menée sur le terrain de février à juin 2012) coïncidait avec la fin de la phase III du projet, il a été possible d'intégrer au questionnaire de cette enquête des questions permettant de mieux comprendre l'impact des interventions du projet. Parallèlement, une troisième enquête CAP a été menée (en mars et avril 2013) au niveau des zones d'interventions du projet, à l'aide d'un questionnaire simplifié reprenant les questions de l'EDSN-MICS 2012 jugées les plus pertinentes.

Les résultats de ces enquêtes qui sont examinés ici portent sur la planification familiale, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, le VIH/sida et l'excision. Ils reflètent la situation prévalant dans le pays et dans les zones d'interventions du projet, plus ou moins à la fin de la phase IV du projet et au début de la phase V (qui a démarré en juin 2014). Ces résultats devraient ainsi permettre d'ajuster certaines actions au cours de la phase V du projet et de préparer la phase VI.

En fait, l'analyse et la comparaison des résultats des deux enquêtes doit surtout permettre de mesurer certaines performances du projet en matière de changement de comportement dans les zones d'interventions intensives du projet par rapport aux évolutions observées dans l'ensemble du pays. Ceci doit servir à engager courant 2015 une réflexion en profondeur, en interne et avec les autres intervenants du secteur, sur les activités à mener et les nouvelles stratégies envisageables à partir de 2016 au cours de la phase VI.

33 Rapport de l'enquête CAP sur les IST/sida auprès de la population générale (hommes et femmes âgés de 15 à 49 ans) dans les régions de Maradi, Tahoua et Niamey au Niger – Futures Group Europe /GFA Consulting Group, Niamey, février 2008, 94 pages.

34 Étude comparative - Connaissances, attitudes et pratiques sur le VIH/sida et la santé reproductive à Niamey, Maradi, Tillabéri et Tahoua au Niger. Rapport : Population générale 2010. Futures/GFA Consulting Group, Niamey, décembre 2010, 107 pages.

35 Connaissances attitudes et pratiques des populations cibles du projet dans les zones rurales de Maradi, Tillabéri et Konni - Rapport provisoire d'enquête CAP, Animas-Sutura/Convergence Consulting, Niamey, septembre 2013, 113 pages.

Méthodologie

Les deux enquêtes qui servent de base à la présente étude diffèrent sur plusieurs points qu'il faut garder à l'esprit dans l'interprétation de leurs résultats.

L'EDSN-MICS 2012 est une enquête par sondage qui a concerné des femmes et des hommes dans toutes les régions et zones rurales et urbaines du Niger sur la base d'un échantillon national représentatif.

En revanche, l'enquête CAP 2013 est une enquête qui a couvert seulement les villages situés dans les zones rurales d'interventions intensives de l'Animas dans trois régions (Maradi, Tahoua et Tillabéri). Cette enquête, plus légère, s'est limitée aux femmes rurales âgées de 15 à 49 ans, les hommes n'étant pas concernés. Du point de vue de la collecte des données, l'échantillonnage a été fait, comme dans l'EDSN-MICS 2012, sur la base d'un tirage aréolaire à deux degrés. Le premier degré a consisté au tirage d'un certain nombre de grappes sur la base d'une liste de zones de dénombrement établie dans le cadre du recensement (RGPH) de 2012. Au second degré, le nombre de ménages nécessaires pour assurer la représentativité de l'échantillon a été établi de manière aléatoire, et les femmes qui y vivent ont été enquêtées, jusqu'à une limite de trois par ménage.

Au total, lors de la CAP 2013, 1 495 femmes rurales de 15-49 ans ont été interrogées, mais on ne dispose de données complètes que sur 1 419 femmes. Lors de l'EDSN-MICS 2012, 11 160 femmes de 15-49 ans ont été interrogées, dont 9 065 femmes rurales, parmi lesquelles 5 626 femmes vivaient dans les zones rurales des régions de Maradi, Tahoua et Tillabéri. Il n'est pas possible cependant d'isoler parmi celles-ci les femmes qui vivent dans les zones d'interventions intensives du projet. De toute façon, elles sont peu nombreuses puisque, comme on l'a vu, ces zones ne couvrent que 6 % des populations rurales de ces trois régions.

Il faut mentionner aussi que les données de l'EDSN-MICS sont pondérables, alors que celles de la CAP 2013 ne le sont pas, des poids de pondération n'ayant pas été prévus. Ainsi, la répartition par région des 1 495 femmes interrogées lors de la CAP 2013 : 715 dans la région de Maradi, soit 50 %, 395 dans la région de Tahoua, soit 28 %, et 309 dans la région Tillabéri, soit 22 % ne correspond pas à la répartition des villages d'interventions intensives, ni d'ailleurs à l'importance relative des populations rurales de ces régions. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas présenté de résultats pour l'ensemble des femmes enquêtées lors de la CAP 2013, et que nous nous en sommes tenus aux résultats obtenus pour chaque région.

Enfin, bien que le questionnaire de l'enquête CAP 2013 se soit très largement inspiré du questionnaire-femmes de l'EDSN-MICS 2012, s'agissant d'une enquête plus légère, le nombre de questions retenues sur les connaissances, comportements et pratiques, notamment en matière de fécondité, santé des enfants et santé de la reproduction dans la CAP a été plus limité que dans l'EDSN-MICS 2012.

Au total, pour mesurer les performances obtenues par l'Animas depuis 2008 dans les zones d'interventions intensives par rapport aux résultats observés pour l'ensemble du pays, l'étude a choisi de comparer certains des indicateurs de la CAP 2013 avec ceux de l'EDSN-MICS 2012 de chacune des zones rurales de Maradi, Tahoua et Tillabéri. Cette comparaison reflète correctement les différences de résultats entre les zones d'interventions intensives du projet, et les zones hors projet, puisqu'à nouveau, les villages couverts par l'Animas ont un poids très faible dans l'échantillonnage de l'EDSN-MICS 2012. Elle permet donc bien de mesurer l'efficacité du modèle d'interventions en milieu rural mis en œuvre par l'Animas. De plus, l'étude a comparé les résultats de la CAP 2013 avec les résultats de l'EDSN-MICS 2012 trouvés pour l'ensemble de la zone rurale du pays, et de la zone urbaine. La comparaison avec le milieu urbain relativement plus avancé en matière d'utilisation de la planification familiale permet notamment de voir s'il est envisageable d'atteindre dans les zones rurales d'interventions du projet des niveaux comparables à ceux atteints dans les zones urbaines.

Pour obtenir les informations nécessaires à ces comparaisons, les auteurs ont dû procéder à de nouvelles analyses des bases de données à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS.

Comparabilité des données

Environ 13 mois séparent les dates de collecte des deux enquêtes, puisque l'EDSN-MICS 2012 a été réalisée entre le 10 février et le 24 juin 2012, et la CAP 2013 entre le 16 mars et le 4 avril 2013. Comme il n'y a pas eu entre les deux enquêtes d'événements majeurs pouvant affecter significativement les connaissances, attitudes et pratiques des femmes rurales en matière de santé de la reproduction, leurs résultats peuvent être considérés comme comparables.

Dans cet exercice de comparaison, il importe de s'assurer que les caractéristiques démographiques et socio-économiques des femmes des deux enquêtes sont proches, car ces caractéristiques conditionnent fortement les réponses données par les personnes enquêtées. Trois indicateurs de base ont ainsi été retenus : l'âge des femmes, leur état matrimonial et leur niveau d'instruction (voir le détail des résultats au Tableau 10 en annexe).

Concernant l'âge, les structures par groupe d'âge de chaque zone couverte par l'Animas trouvées en 2013 apparaissent comparables à celles trouvées lors de

l'EDSN-MICS 2012 pour les populations rurales des trois régions concernées. On observe seulement une surreprésentation dans la CAP 2013, surtout pour la région de Tahoua, des femmes de 15-19 ans, et une petite sous-représentation dans les trois régions des femmes de 45-49 ans. Cependant, il n'y a pas de distorsions majeures entre les structures par groupe d'âge des zones comparées.

Les résultats obtenus par état matrimonial et niveaux d'éducation sont illustrés aux figures suivantes.

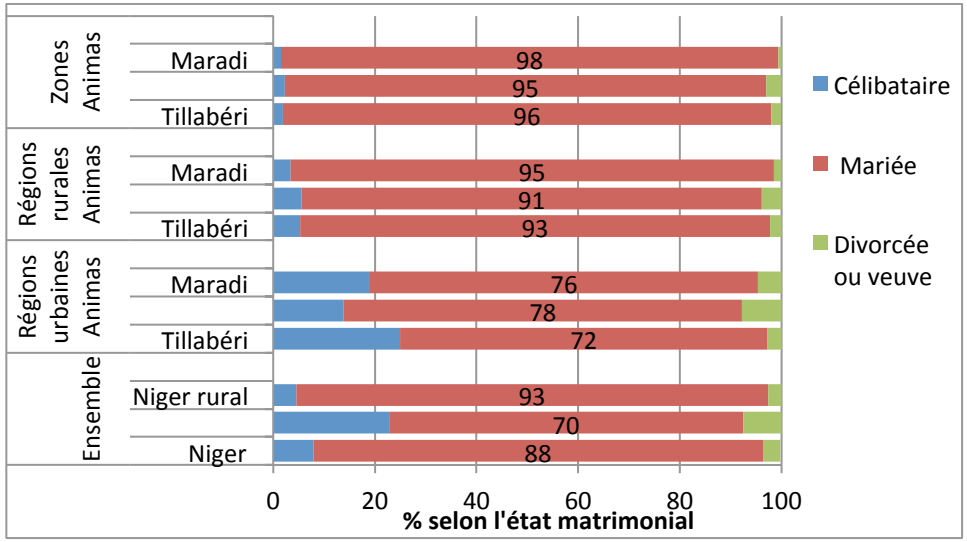


Figure 22 Répartition en pourcentage par état matrimonial des femmes de 15-49 ans dans les zones de l'Animas en 2013, et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012. Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Au moins 95 % des femmes de 15-49 ans sont mariées dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, d'où des pourcentages de célibataires insignifiants d'environ 2 %. Les résultats trouvés pour l'ensemble des zones rurales des régions de Maradi, Tahoua et Tillabéri, sont un peu moindres, mais restent supérieurs à 90 % comme pour l'ensemble du milieu rural du Niger. On notera que dans les zones urbaines, y compris celles des régions où l'Animas intervient, le pourcentage de femmes mariées se situe entre 70 % et 78 %, soit en gros 20 points de moins que dans les zones rurales.

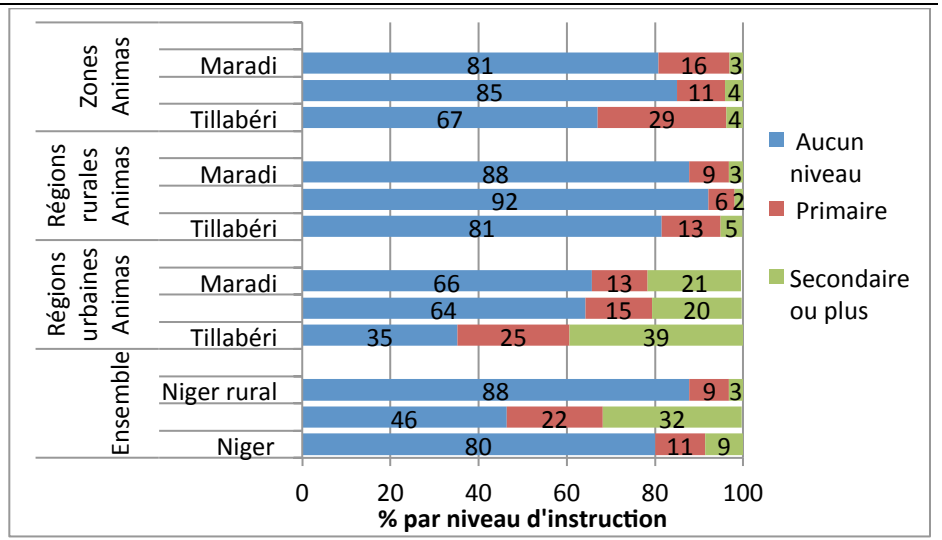


Figure 23 Répartition en pourcentage par niveau d'instruction des femmes de 15-49 ans dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Les résultats par niveau d'éducation donnent des pourcentages de femmes n'ayant pas été scolarisées (aucun niveau) dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, supérieurs à 80 %, sauf pour la région de Tillabéri, ceci comme dans les zones rurales des régions de Maradi, Tahoua et Tillabéri en 2012. Cependant, les pourcentages de femmes ayant un niveau d'éducation primaire et secondaire ou plus, trouvés dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, sont assez nettement supérieurs à ceux trouvés lors de l'EDSN-MICS 2012 dans les zones rurales des régions de Maradi, Tahoua et surtout de Tillabéri (33 %) en 2013 contre 18 % en 2012, et seulement 12 % pour l'ensemble rural du Niger. Ces différences sont susceptibles d'influer sur les résultats de certains indicateurs, et il convient donc de les garder à l'esprit.

L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION DANS LES ZONES DE L'ANIMAS

Les interventions intensives de l'Animas dans les villages ruraux des régions de Maradi et Tillabéri depuis 2008, et de Tahoua depuis 2010, se sont-elles traduites par des différences notables en termes de connaissances et d'utilisation des méthodes modernes de contraception ?

Connaissance des méthodes contraceptives

Tel qu'indiqué dans la première partie en 2.1, 87 % des Nigériennes en union, 86 % des femmes rurales et 97 % des femmes en milieu urbain ont déclaré en 2012 avoir entendu parler au moins d'une méthode moderne de contraception.

Les résultats de la CAP 2013 indiquent aujourd'hui que la quasi-totalité (97 %-98 %) des femmes en union des zones d'interventions intensives de l'Animas ont entendu parler d'au moins une méthode de contraception . Ce résultat remarquable est pour les régions de Maradi et de Tahoua supérieur de 10 points à ceux trouvés pour l'ensemble de zones rurales de ces régions, où la connaissance des méthodes modernes, quoique élevée, n'était pas encore universelle en 2012. Il indique aussi que les femmes rurales des zones d'interventions de l'Animas sont globalement aussi bien informées que les Nigériennes urbaines.

Par ailleurs, quel que soit le type de méthode, les femmes du projet les connaissent nettement mieux que leurs consœurs des zones de comparaison et du milieu rural en général (voir les résultats détaillés en annexe). Parmi les méthodes les plus connues par les femmes des zones d'interventions du projet, on trouve la pilule (entre 93 et 98 %), les injectables (entre 90 et 95 %), le condom masculin (entre 76 et 85 %), les implants (entre 59 et 82 %), la stérilisation féminine (entre 64 et 70 %), le DIU (entre 39 et 73 %) et même le condom féminin (entre 47 et 60 %).

Finalement, la méthode la moins connue est la stérilisation masculine. Cependant, quand même 21 % des femmes des villages de la région de Maradi en ont entendu parler, 34 % des femmes des villages de la région de Tiillabéri et même 51 % des femmes des villages de la région de Tahoua, contre 5 % dans l'ensemble des zones rurales du Niger.

en 2012.

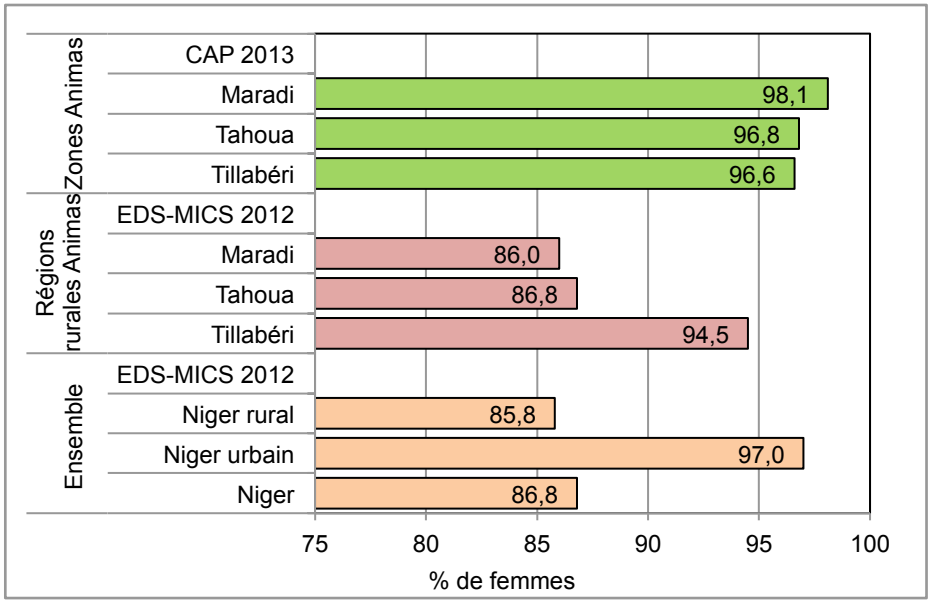


Figure 24 Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant entendu parler d'au moins une méthode moderne de contraception dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les régions rurales des trois régions

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Utilisation de la contraception

L'utilisation des méthodes modernes de contraception trouvée dans la CAP 2013 est nettement plus élevée dans les zones d'interventions du projet que dans les zones rurales des trois régions concernées (Tableau 4). Dans la région de Maradi, la prévalence de la contraception moderne (MAMA exclue pour les raisons indiquées en partie 1) est en 2013 cinq fois plus élevée dans les zones d'interventions du projet que dans l'ensemble de la zone rurale de la région en 2012 (18,1% contre 3,5 %). Il en va quasiment de même pour la région de Tahoua (17,7 % contre 3,8 %). Par contre, dans la région de Tillabéri, la prévalence dans les zones d'interventions du projet n'est en 2013 que de 50 % plus élevée que celle trouvée en 2012 dans l'ensemble de la zone rurale de la région.

Tableau 4 Utilisation de la contraception parmi les femmes de 15-49 ans en union dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger en 2012 par type de méthode.

	Méthode moderne sans MAMA	MAMA	Méthode moderne avec MAMA	Méthode traditionnelle	Toutes méthodes	Aucune méthode	Total
Zones Animas : CAP 2013							
Maradi	18,1	4,5	22,6	0,8	22,9	76,6	100,0
Tahoua	17,7	1,6	19,3	1,0	19,7	79,7	100,0
Tillabéri	15,5	0	15,5	0,0	14,9	84,5	100,0
Régions rurales Animas, EDS-MICS 2012							
Maradi	3,5	2,0	5,6	4,2	9,8	90,2	100,0
Tahoua	3,8	0,1	3,8	0,8	4,6	95,4	100,0
Tillabéri	10,2	0,9	11,1	0,2	11,4	88,6	100,0
Régions urbaines Animas, EDS-MICS 2012							
Maradi	17,0	4,3	21,2	5,6	26,8	73,2	100,0
Tahoua	20,8	0,6	21,4	0,4	21,8	78,2	100,0
Tillabéri	23,1	0,0	23,1	1,9	25,0	75,0	100,0
Ensemble EDS-MICS 2012							
Niger rural	5,8	3,9	9,7	1,6	11,3	88,7	100,0
Niger urbain	23,2	3,8	27,0	1,9	28,9	71,1	100,0
Niger	8,3	3,9	12,2	1,7	13,9	86,1	100,0

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

On notera en outre que dans les trois régions, la prévalence de la contraception moderne dans les zones d'interventions du projet en 2013 est environ trois plus élevée que celle trouvée en 2012 pour l'ensemble de la zone rurale du Niger (5,8 %). Aussi, les prévalences trouvées dans les zones d'interventions en 2013 ne sont pas très éloignées de celles trouvées en 2012 dans les zones urbaines des trois régions concernées.

On peut apprécier la rapidité de la progression de l'utilisation de la contraception moderne dans les zones d'interventions du projet en comparant les prévalences trouvées en 2013 avec celles trouvées lors de l'EDS 2006 dans les trois régions concernées (Tableau 5 Évolution de l'utilisation de la contraception moderne parmi

les femmes de 15-49 ans en union dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger entre 2006 et 2012 (Tableau 5)[36].

Cette comparaison conduit à une estimation de l'augmentation de la prévalence de la contraception moderne dans les zones d'interventions entre 2006 et 2013 de + 2,3 points de pourcentage par an pour Maradi, + 1,8 point de pourcentage par an pour Tahoua, et 1,5 point de pourcentage par an pour Tillabéri. Dans les trois cas, ces résultats sont remarquables, car ils correspondent aux augmentations les plus rapides observées ces dernières années en Afrique subsaharienne. Ils contrastent fortement avec la progression enregistrée pour l'ensemble des zones rurales du Niger qui est de + 0,5 point de pourcentage par an.

Dans les zones du projet des régions de Maradi et Tillabéri, la pilule est de loin la méthode la plus utilisée, suivie par les injectables. Mais dans la zone du projet de Tahoua, les résultats indiquent que l'injectable était en 2013 deux fois plus utilisé que la pilule (Figure 25 et annexe).

La prévalence de l'utilisation de la pilule dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 est plus élevée que dans l'ensemble des zones rurales des régions concernées. Elle est sept fois plus élevée pour les villages de la région de Maradi (12,7 % contre 1,8 %), et environ deux fois plus élevée pour les villages de la région de Tahoua (5,9 % contre 2,3 %) et de Tillabéri (12,1 % contre 7,2 %). Finalement, la prévalence de l'utilisation de la pilule dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 est partout supérieure à celle trouvée dans l'ensemble de la zone urbaine du pays qui était en 2012 de 5,6 %, ce qui constitue un résultat remarquable qu'il convient de souligner.

Tableau 5 Évolution de l'utilisation de la contraception moderne parmi les femmes de 15-49 ans en union dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger entre 2006 et 2012

	Méthodes modernes, EDS 2006	Méthodes modernes, EDS 2012	Méthodes modernes, CPS 2013	Différence 2006-2012 ou 2013	Point annuel moyen d'augmentation
Zones Animas CAP 2013					
Maradi	1,9		17,8	15,9	2,27
Tahoua	5,1		18,0	12,9	1,84
Tillabéri	4,3		14,9	10,6	1,51
Régions, ensemble rural-urbain					
Maradi	1,9	6,9		5,0	0,83
Tahoua	5,1	5,8		0,7	0,12
Tillabéri	4,3	11,7		7,4	1,23
Résidence, ensemble Niger					
Rural	2,7	5,8		3,1	0,51
Urbain	18,2	23,2		5,0	0,83
Niger	5,0	8,3		3,3	0,55

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013, EDSN-MICS 2012, et EDS 2006.

La prévalence de l'utilisation des injectables dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 est plus élevée que dans l'ensemble de la zone rurale de la région de Maradi en 2012 (4,7 %) contre 1,6 %) et surtout de Tahoua (11,0 % contre 0,9 %), mais elle est quasiment la même pour l'ensemble de la zone rurale de la région de Tillabéri en 2012 (2,4 % contre 2,6 %). La prévalence de l'utilisation des injectables dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 est ainsi plus élevée pour les régions de Maradi et de Tahoua que celle trouvée pour l'ensemble de la zone urbaine du Niger qui était en 2012 de 2,1 %. Ceci souligne la bonne acceptation de l'injectable en milieu rural et laisse augurer de bonnes possibilités d'extension de son utilisation avec l'arrivée de Sutura Press.

36 Les zones urbaines représentant moins de 10% de la population de ces régions, les prévalences trouvées par région en 2006 ne sont que marginalement affectées par les prévalences plus élevées des zones urbaines de ces régions.

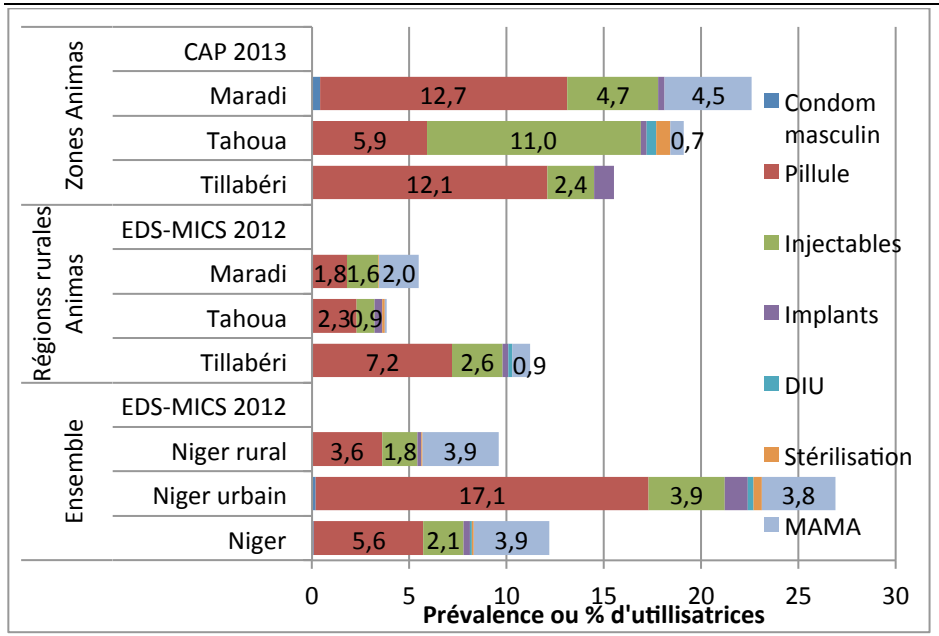


Figure 25 Prévalence totale de la contraception moderne et par méthode (y compris la MAMA) parmi les femmes de 15-49 ans en union dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

D'introduction récente, l'utilisation de l'implant reste très faible, et n'était utilisé en 2013 que par 0,3 % des femmes en union dans les zones d'interventions de l'Animas des régions de Maradi et Tahoua, et par 1 % des femmes dans les zones d'interventions de la région de Tillabéri. Pareillement, l'implant n'était utilisé dans l'ensemble de la zone urbaine du Niger en 2012 que par 1,1 % des femmes.

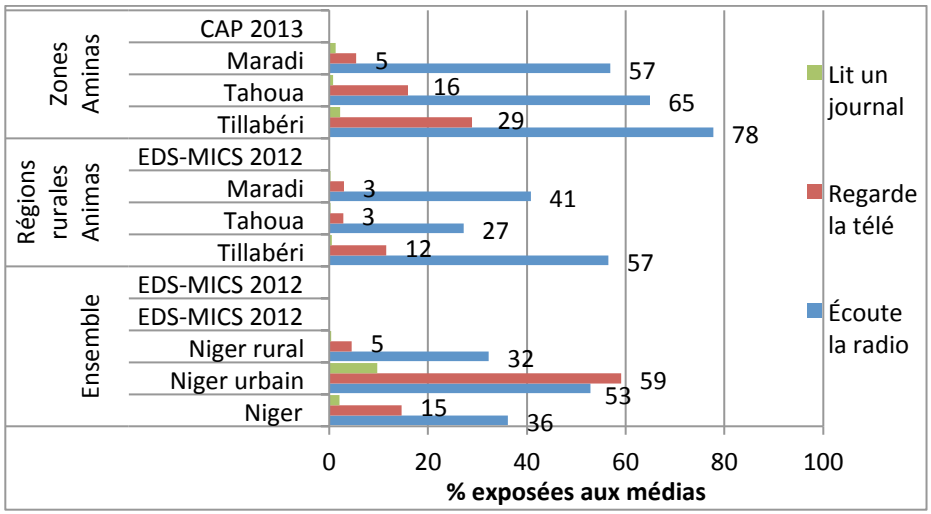
Enfin, quelle que soit la zone ou la région considérée, le préservatif masculin n'est que très marginalement mentionné par les femmes comme méthode de contraception. La prévalence la plus élevée donnée est de 0,4 % dans la zone d'intervention de la région de Maradi.

Au total, la pilule et l'injectable représentent des pourcentages variables des méthodes utilisées, mais partout ces pourcentages sont supérieurs à 50 % (voir les données détaillées au Tableau 13 Répartition en pourcentage des méthodes modernes utilisées (y compris la MAMA) par les femmes de 15-49 ans en union dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger en 2012.). Cependant, la comparaison de la répartition des méthodes utilisées par zone et par région est perturbée par les pourcentages variables donnés pour la MAMA selon les zones considérées. Si on exclut la MAMA, la pilule et l'injectable représentent dans les trois zones d'interventions du projet plus de 90 % des méthodes utilisées, comme dans l'ensemble de la zone rurale et urbaine du Niger, les méthodes de longue durée (DIU, implant et stérilisation) étant très peu utilisées dans le pays.

Exposition aux médias

L'utilisation nettement plus élevée des méthodes modernes de contraception dans les zones d'interventions du projet peut-elle s'expliquer par une plus grande exposition aux médias (journaux, télévision et radio : radio nationale et radios communautaires) que dans le reste du pays ?

Tableau 6 Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui lisent un journal, regardent la télévision et écoutent la radio au moins une fois par semaine, dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger en 2012



Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Les résultats obtenus indiquent sans surprise que les femmes nigériennes lisent très peu les journaux. Au niveau national, seulement 2 % des femmes ont déclaré en 2012

lire un journal au moins une fois par semaine, 10 % en milieu urbain et 0,4 % en milieu rural. Les résultats ne sont pas très différents en 2013 dans les zones d'interventions de l'Animas avec environ 1 % de lectrices par semaine dans les villages des régions de Maradi et Tahoua, et 2 % dans ceux de la région de Tillabéri (Figure 26).

La télévision reste encore un privilège pour beaucoup de femmes nigériennes. Elle était quand même regardée en 2012 au moins une fois par semaine par une Nigérienne sur six (15 %), par plus de la moitié (59 %) des femmes urbaines, mais par seulement 5 % des femmes vivant en milieu rural. Les pourcentages trouvés en 2012 pour l'ensemble des zones rurales des régions de Maradi et de Tahoua sont également faibles : 3 %, et un peu plus élevé pour la zone rurale de la région de Tillabéri (12 %), proche de Niamey. Curieusement en 2013, dans les villages d'interventions de l'Animas, les pourcentages de femmes ayant déclaré regarder la télévision au moins une fois par semaine sont beaucoup plus élevés dans les régions de Tillabéri (29 %) et de Tahoua (16 %), sauf pour la région de Maradi où il n'est que de 5 %. Les niveaux d'instruction relativement plus élevés des femmes rurales des zones du projet dans les régions de Tahoua et Tillabéri expliquent peut-être ces différences (d'autant plus que le projet n'a pas installé de télévisions publiques dans ses zones d'intervention), ainsi que la proximité des zones d'interventions avec certaines zones urbaines.

La radio enfin est le média le plus populaire au Niger, parce qu'elle peut être assez facilement captée et aussi à cause de son coût relativement faible. Plus d'une Nigérienne sur trois (36 %) a déclaré en 2012 écouter la radio au moins une fois par semaine, une femme urbaine sur deux (53 %) et une femme rurale sur trois (32 %). Les pourcentages trouvés en 2012 pour l'ensemble des zones rurales des régions concernées sont un peu plus élevés : 57 % pour la région de Tillabéri, 41 % pour la région de Maradi, mais 27 % seulement pour la région de Tahoua. Cependant, dans les villages d'interventions de l'Animas ces pourcentages étaient en 2013 beaucoup plus élevés, puisque entre la moitié et les trois quarts des femmes ont déclaré écouter la radio au moins une fois par semaine : 57 % dans la région de Maradi, 65 % dans la région de Tahoua et 78 % dans la région de Tillabéri.

Les femmes des villages d'interventions du projet sont donc davantage exposées aux médias (télévision, mais surtout radio) et aux messages sur les changements de comportement qu'ils diffusent que le reste du pays. On notera cependant qu'en 2013, 42 % des femmes des villages d'interventions de la région de Maradi n'étaient pas régulièrement (au moins une fois par semaine) exposées à un média quelconque, 33 % des femmes des villages d'interventions de la région de Tahoua, et 19 % des femmes des villages d'interventions de la région de Tillabéri. C'est beaucoup, mais au niveau de l'ensemble du pays, la situation est encore plus critique puisqu'en 2012, deux femmes rurales sur trois (66 %) n'étaient pas régulièrement exposées à au moins un média, et même une femme urbaine sur cinq (28 %).

Au total, l'utilisation plus élevée des méthodes modernes de contraception dans les zones d'interventions du projet s'explique probablement en partie par leur plus grande exposition aux messages sur les changements de comportement diffusés notamment par la radio nationale et les radios communautaires. En partie seulement, car il existe d'autres canaux, complémentaires de diffusion de ces messages, comme les relais communautaires, les groupes d'amis, les lieux publics, et aussi les panneaux qui présentent le préservatif Foula et la pilule Sutura.

Connaissance de la période féconde

La connaissance de la période féconde est un facteur susceptible d'aider les femmes sexuellement actives à être rapidement enceintes si tel est leur désir, ou au contraire à éviter une grossesse non désirée.

Les données collectées en 2013 dans les zones d'interventions de l'Animas indiquent que seulement un quart des femmes (25 %) interrogées dans la région de Maradi, et une femme sur six (16 %) des femmes interrogées dans la région de Tahoua situent bien au milieu du cycle la période pendant laquelle une femme est féconde. La valeur, anormalement basse donnée en 2013 pour les zones d'interventions de la région de Tillabéri (1,9 % contre 16,2 % en 2012 pour l'ensemble de la zone rurale de la région), est certainement le résultat de questions mal posées, mal comprises, ou mal codées.

Finalement, les femmes des zones d'interventions ne connaissent guère mieux la période pendant laquelle elles sont fécondes que les autres femmes du Niger. En effet, en 2012, 16 % des femmes rurales avaient donné une réponse correcte et 27 % des femmes urbaines. On aurait pu s'attendre dans les zones d'interventions du projet à une meilleure information des femmes sur cet aspect important de leur vie sexuelle et reproductive, compte tenu de leur proximité avec les relais communautaires et des discussions sur la santé de la reproduction qui se tiennent dans les villages. Il est certainement nécessaire de sensibiliser les relais communautaires, et les prestataires en planification familiale, sur la nécessité de donner aux femmes une information plus complète sur la santé de la reproduction.

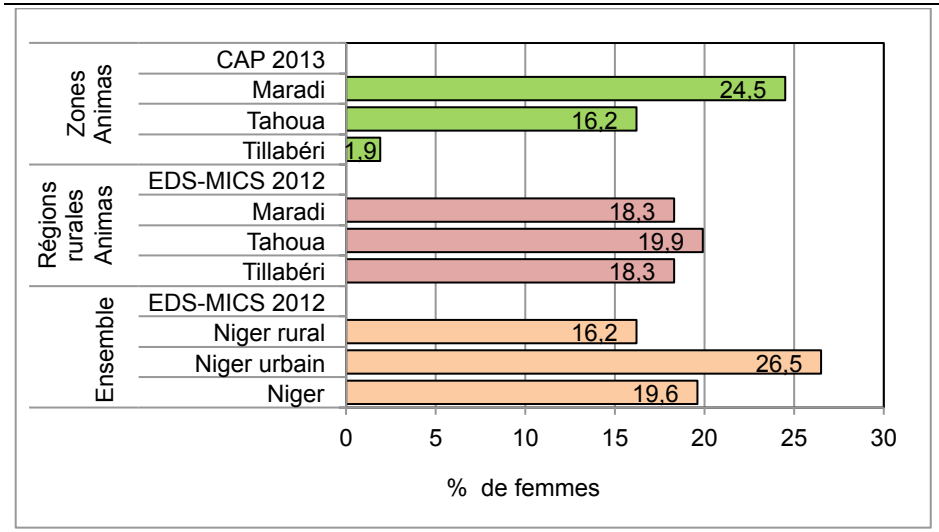


Figure 26 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans connaissant correctement la période pendant laquelle une femme est fécondable au cours du cycle menstruel, dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE ET FÉCONDITÉ

L'entrée en union et la nuptialité

Comme on l'a vu dans la première partie, le mariage est précoce au Niger et il est immédiatement suivi du premier rapport sexuel, ceci notamment en milieu rural. L'une des raisons qui expliquent cette précocité est la recherche du respect de la virginité de la jeune fille jusqu'à son mariage. Ainsi, la quasi-totalité des jeunes filles ne connaissent leurs premiers rapports sexuels que dans le mariage.

Les données collectées lors de la CAP en 2013 donnent, dans les zones d'interventions de l'Animas, des âges médians au premier mariage de 14,9 ans pour les villages situés dans la région de Tahoua, 15,6 ans pour ceux situés dans la région de Maradi, et de 16,7 ans pour ceux situés dans la région de Tillabéri. Ces résultats soulignent qu'entre 15 et 16 ans dans ces zones, la moitié des jeunes filles sont déjà mariées, ce qui signifie que beaucoup d'entre elles ont été mariées avant 15 ans, voire avant 14 ans. L'âge médian au premier mariage trouvé lors de l'EDSN-MICS 2012 pour l'ensemble de la zone rurale du Niger qui est de 15,6 ans est voisin des résultats précédents (Figure 27).

Sans surprise, les données sur l'âge médian au premier rapport sexuel indiquent que celui-ci suit immédiatement le mariage.

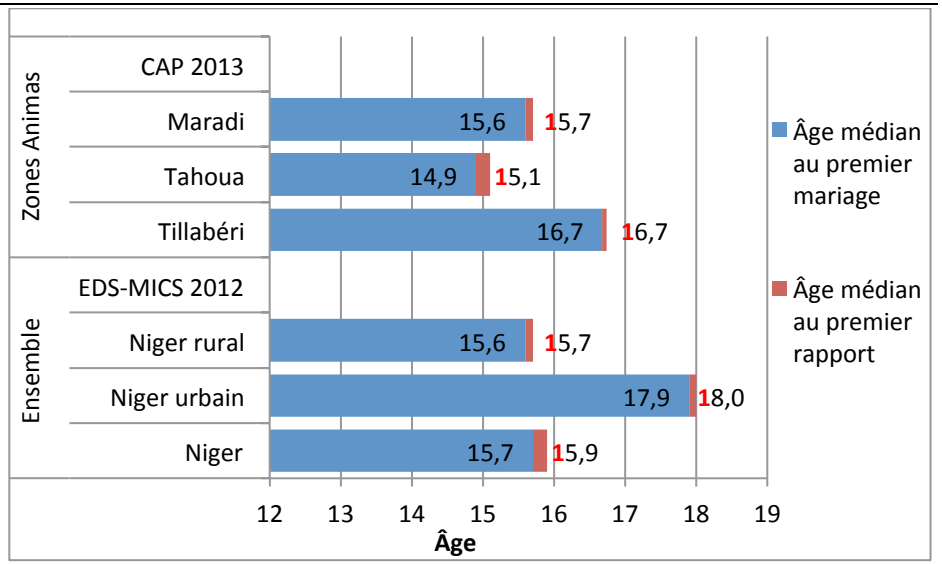


Figure 27 Âges médians au premier mariage et au premier rapport[37] parmi les femmes âgées de 20-49 ans dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et par zone de résidence en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et rapport de l'EDSN-MICS 2012.

Le mariage est non seulement précoce dans les zones d'interventions de l'Animas, mais il est aussi universel, comme d'ailleurs dans l'ensemble du monde rural nigérien. Comme on l'a vu plus haut, au moins 95 % des femmes de 15-49 ans étaient mariées en 2013 dans les zones d'interventions de l'Animas. Les pourcentages de femmes célibataires, très généralement non exposées au risque de grossesse, étaient ainsi très faibles, de même que les pourcentages de femmes divorcées ou séparées.

37 Pour la CAP 2013, les âges médians ont été calculés sur la base des effectifs de femmes ayant vécu l'événement (mariage/union ou rapport sexuel). Et pour l'EDSN-MICS 2012, les âges médians ont été calculés sur la base des effectifs de toutes les femmes en union ou pas au moment de l'enquête (méthode de survie).

Nombre moyen d'enfants nés vivants

Les données collectées lors de la CAP 2013 ne sont pas assez détaillées pour qu'on puisse calculer un indice synthétique de fécondité dans les zones d'interventions de l'Animas. Toutefois, on dispose de données sur le nombre moyen d'enfants nés vivants parmi les femmes en union de 15-49 ans que l'on peut comparer avec les résultats similaires obtenus lors de l'EDSN-MICS 2012 (Figure 28).

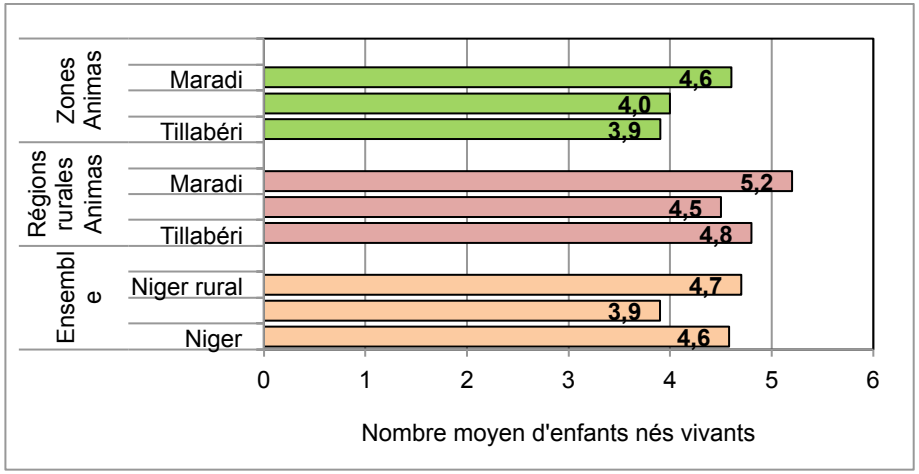


Figure 28 Nombre moyen d'enfants nés vivants parmi les femmes en union de 15-49 ans dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger en 2012.

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Les nombres moyens d'enfants nés vivants trouvés en 2013 dans les zones d'interventions de l'Animas sont partout inférieurs (de 0,5 à 1 enfant) à ceux trouvés en 2012 dans l'ensemble des zones rurales des trois régions concernées (4,6 contre 5,2 pour la région de Maradi, 4,0 contre 4,5 pour la région de Tahoua, et 3,9 contre 4,8 pour la région de Tillabéri). Ils sont aussi inférieurs au nombre moyen de 4,7 enfants nés vivants trouvés en 2012 pour l'ensemble de la zone rurale du Niger.

Ce résultat est conforté par l'analyse de la répartition du nombre d'enfants nés vivants parmi les femmes en union de 15-49 ans selon les zones et les régions concernées.

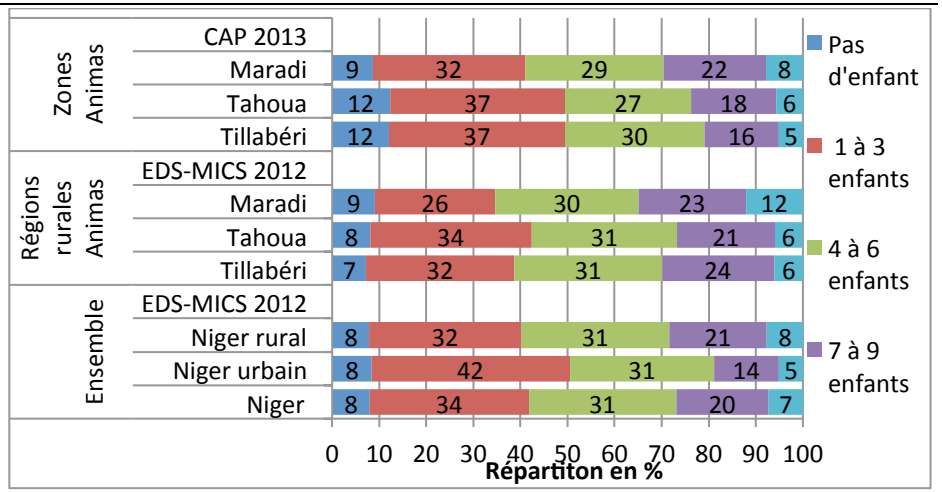


Figure 29 Répartition en pourcentage du nombre d'enfants nés vivants parmi les femmes en union de 15-49 ans dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

C'est ainsi que les pourcentages de femmes ayant seulement un à trois enfants en 2013 dans les zones d'interventions de l'Animas qui varient de 32 % à 37 % sont un peu plus élevés que les pourcentages équivalents trouvés en 2012 parmi l'ensemble des femmes rurales des trois régions concernées qui varient de 26 % à 34 %. Il en va de même pour les pourcentages de femmes n'ayant pas encore d'enfants dans les zones d'interventions des régions de Tahoua et de Tillabéri. À l'inverse et logiquement, les pourcentages de femmes ayant sept enfants ou plus en 2013 dans les zones d'interventions de l'Animas qui varient de 21 % à 30 % sont inférieurs aux pourcentages équivalents trouvés en 2012 parmi l'ensemble des femmes rurales des trois régions concernés qui varient de 27 % à 35 %.

Peut-on voir dans ces résultats l'amorce d'une baisse de la fécondité dans les zones d'interventions de l'Animas ? Il est impossible à l'heure actuelle de tirer une telle conclusion. En effet, les femmes en union de 15-49 ans interrogées constituent un groupe hétérogène composé de jeunes femmes qui viennent juste de commencer leur vie féconde, et de femmes plus âgées qui sont sur le point de l'achever. C'est ainsi que si les jeunes femmes ont aujourd'hui leurs premières naissances un peu plus tard que leurs aînées (une conséquence possible des campagnes pour le changement des comportements procréateurs), cela aura pour effet dans un premier temps de diminuer le nombre moyen d'enfants par femme dans l'ensemble du groupe 15-49 ans. Mais si

ces jeunes femmes décident d'avoir autant d'enfants que leurs aînées, mais plus tard, alors le nombre moyen d'enfants par femme dans l'ensemble du groupe 15-49 ans augmentera à nouveau. Ce phénomène est bien connu sous le nom « d'effet de calendrier ». Il convient donc d'attendre encore quelques années et des données nouvelles (plus détaillées que celles collectées dans la CAP 2013) pour savoir quels ont été les effets des campagnes pour le changement des comportements à la fois sur le calendrier de la fécondité et sur le nombre d'enfants qu'auront les femmes à la fin de leur vie féconde (nombre que l'on estime en calculant ce qu'il convient d'appeler la descendance finale).

PERSPECTIVES D'EXTENSION DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Dans le contexte qui vient d'être décrit quelles sont les perspectives d'extension de l'utilisation de la contraception, à la fois dans les zones d'interventions de l'Animas et dans l'ensemble du pays ?

Nombre idéal d'enfants

Les réponses données par les femmes sur le nombre idéal d'enfants permettent de se faire une idée du nombre d'enfants qu'elles pourraient avoir à la fin de leur vie féconde (voir en première partie, la section 4.4). Les mêmes questions ont été posées à ce sujet lors de l'EDSN-MICS 2012 et la CAP 2013. Pour les femmes qui n'avaient pas encore d'enfant, la question était « Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? », et pour les femmes qui avaient déjà des enfants la question était « Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? ». Les réponses à ces questions n'ont évidemment qu'une valeur indicative, d'autant plus que tel qu'indiqué en première partie, pour beaucoup de femmes le « nombre d'enfants était dans les mains d'Allah ». Il faut aussi garder à l'esprit la difficulté pour les femmes qui ont déjà un nombre élevé d'enfants de déclarer un nombre idéal d'enfants inférieur à la taille actuelle de sa famille.

Les nombres idéals moyens d'enfants donnés en 2013 par les femmes de 15-49 ans en union dans les zones d'interventions de l'Animas ne sont finalement pas très différents de ceux donnés en 2012 par l'ensemble des femmes rurales du Niger (Figure 30). Ils sont même plus élevés que celui trouvé pour l'ensemble des femmes rurales du Niger en 2012 (9,7 enfants), dans les zones d'interventions de la région de Tahoua où le nombre idéal moyens d'enfants était en 2013 de 11,0 enfants, et de la région de Tillabéri où il était de 10,3 enfants.

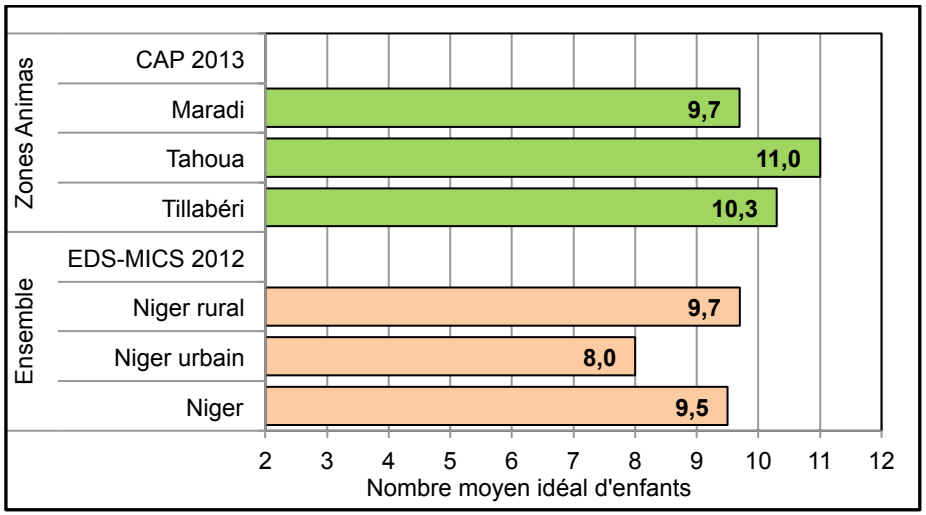


Figure 30 Nombre idéal moyen d'enfants[38] parmi les femmes en union de 15 à 49 ans dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et rapport de l'EDSN-MICS 2012.

L'analyse de la répartition des nombres idéals d'enfants confirme le souhait des femmes nigériennes d'avoir un nombre élevé d'enfants, quelles que soient les zones et régions considérées (Figure 31).

On notera tout d'abord les pourcentages insignifiants de femmes qui ont donné un nombre idéal de un à trois d'enfants (le pourcentage maximum étant de 3 % pour l'ensemble de la zone urbaine). Les pourcentages de femmes qui ont indiqué un nombre idéal de 4 à 6 enfants sont également faibles (de 12 % à 16 %) sauf dans l'ensemble de la zone urbaine du pays où il atteignait 28 % en 2012. Finalement, 70 % à 80 % des femmes interrogées en 2013 et en 2012 ont indiqué souhaiter avoir au moins 7 enfants, Pour l'ensemble de la zone rurale, plus de la moitié d'entre elles (57 %) ont indiqué en 2012 souhaiter avoir 10 enfants ou plus. Toutefois, les femmes des zones d'interventions sont moins nombreuses à souhaiter avoir 10 enfants

38 Les moyennes calculées n'incluent pas les réponses non numériques.

ou plus (48 % dans la région de Maradi, 44 % dans la région de Tahoua et 29 % dans la région de Tillabéri). On notera cependant que les pourcentages de femmes qui n'ont pas donné de réponses ou qui ont donné des réponses non numériques sont plus importants dans les zones d'interventions que dans le reste du Niger.

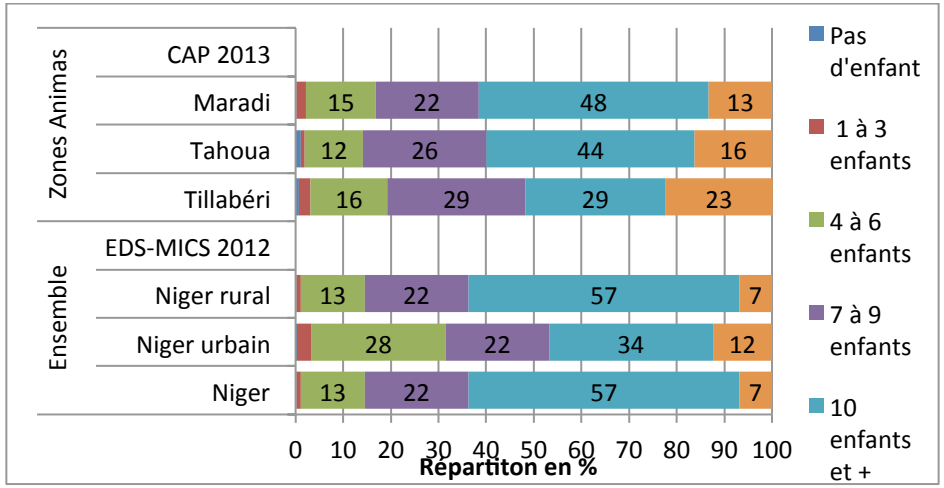


Figure 31 Répartition en pourcentage des nombres idéals d'enfants parmi les femmes en union de 15 à 49 ans dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et par zone de résidence en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Au total, comme dans le cas de la fécondité, il est impossible d'affirmer aujourd'hui que les campagnes pour le changement des comportements procréateurs se sont traduits par un changement des nombres idéals d'enfants dans les zones d'interventions de l'Animas. De fait, cela ne semble pas encore être le cas, puisque les nombres idéals donnés dans ces zones sont toujours proches de ou supérieurs à 10 enfants. Il faut aussi garder à l'esprit que les changements des normes et valeurs en matière de procréation prennent un certain temps. Il convient donc là aussi d'attendre quelques années et des données nouvelles pour voir si les messages en faveur des changements des comportements procréateurs ont eu un impact ou non dans les zones d'interventions de l'Animas, impact qui dépendra aussi, il faut le souligner, du contenu des messages diffusés.

Utilisation future de la contraception

La promotion de l'utilisation de la contraception dans les zones d'interventions de l'Animas s'est-elle traduite par une augmentation des intentions d'utiliser la contraception à l'avenir, parmi les femmes en union de 15-49 ans n'utilisant pas la contraception ?

Les résultats de la CAP 2013 indiquent effectivement dans les villages d'interventions une majorité de femmes ayant l'intention d'utiliser la contraception dans le futur dans la région de Maradi (52 %) et dans la région de Tahoua (55 %), contre un peu plus de 40 % en 2012 dans les zones rurales de ces régions et dans l'ensemble de la zone rurale du Niger où elle était de 42 %. Toutefois, dans les villages d'interventions de la région de Tillabéri, seulement 31 % des femmes ont déclaré en 2013 vouloir utiliser la contraception dans le futur, contre 46 % en 2012 parmi l'ensemble des femmes rurales de la région (Figure 32).

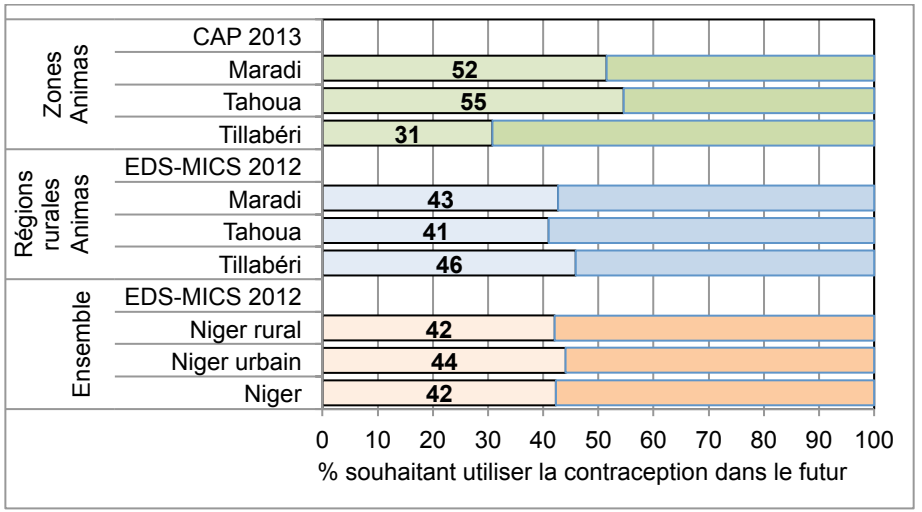


Figure 32 Pourcentage de femmes ayant l'intention d'utiliser une méthode de contraception dans le futur parmi les femmes en union de 15-49 ans n'utilisant aucune méthode dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Il faut souligner à nouveau le caractère limité de cet indicateur. En effet, l'augmentation des intentions d'utiliser la contraception dans un futur qui n'est pas précisé n'implique pas nécessairement un changement des normes et valeurs en matière de procréation. Ainsi, 100 % des femmes peuvent avoir l'intention d'utiliser la contraception ne serait-ce qu'une fois au cours de leur vie féconde, sans changer le nombre total d'enfants qu'elles souhaitent avoir. Elles peuvent ainsi toujours souhaiter avoir 10 enfants, utiliser la contraception pour espacer leurs naissances et réaliser (théoriquement du moins) leur souhait au cours des 35 années (de 15 à 50 ans) de leur vie féconde.

Quelle progression de l'utilisation de la contraception après 2015 ?

L'objectif du projet d'atteindre dans ses zones d'interventions intensives une prévalence de la contraception moderne de 25 % en 2015 et de 50 % en 2020 peut-il être atteint ?

Les performances remarquables enregistrées dans les zones d'interventions du projet révélées par les résultats de la CAP 2013 ont déjà été soulignées. Il s'agit d'une prévalence de la contraception moderne (sans la MAMA) début 2013 de 17,8 % pour les zones de la région de Maradi, de 18 % pour les zones de la région de Tahoua, et de 14,9 % pour les zones de la région de Tillabéri.

On peut supposer que les rythmes d'augmentation annuels de la prévalence estimés entre 2006 et 2013 de 2,3 points de pourcentage par an pour Maradi, de 1,8 point de pourcentage par an pour Tahoua, et de 1,5 point de pourcentage par an pour Tillabéri se sont maintenus en 2013 et en 2014 et se maintiendront en 2015. Si donc, on ajoute aux prévalences trouvées en 2013 trois fois les rythmes d'augmentation annuels estimés entre 2006 et 2013, on obtient des estimations de la prévalence contraceptive moderne début 2016 de 22,3 % dans les zones de la région de Maradi, 23,4 % pour les zones de la région de Tahoua, et 21,8 % pour les zones de la région de Tillabéri, soit des chiffres voisins de l'objectif de 25 %.

Est-il possible de maintenir ces rythmes élevés de progression de l'utilisation de la contraception après 2015 ? Oui, si la demande en contraception le permet, mais cela ne semble pas être le cas. En effet, comme on l'a vu (voir dans la première partie, en 5.1), la demande totale exprimée en planification familiale concernait en 2012, 23 % des femmes en union des régions de Maradi et de Tahoua, et 29 % des femmes en union de la région de Tillabéri. Ces chiffres signifient que le projet « Planning familial et prévention du sida » a déjà plus ou moins satisfait la demande (essentiellement en espacement) dans les zones d'interventions des régions de Maradi et Tahoua. Ceci, sauf dans le cas où la demande totale exprimée en planification familiale a progressé assez fortement depuis 2012. Mais le maintien d'un nombre idéal d'enfants élevés dans ces zones, qui est fortement corrélé avec une demande faible, ne semble pas aller dans ce sens. Pour les zones de la région de Tillabéri, les 14 points supplémentaires de pourcentage nécessaires pour satisfaire la demande exprimée en 2012 pourraient être atteints au rythme actuel en une dizaine d'années (Figure 33).

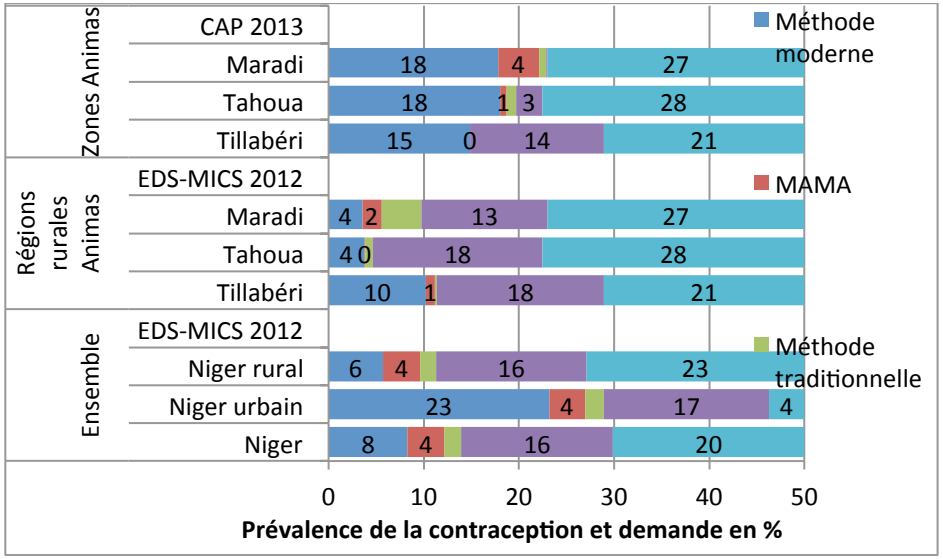


Figure 33 Prévalence de la contraception et demande exprimée restant à satisfaire dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Il paraît difficile d'atteindre dans ces conditions l'objectif de 50 % d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception dans les zones d'interventions du projet, et encore plus difficile de l'atteindre dans l'ensemble du Niger. Ceci d'autant plus que les augmentations de prévalence que suppose l'atteinte de cet objectif en 7 ans (entre 2013 et 2020) sont élevées : 27 % pour les zones de la région de Maradi, 28 % pour les zones de la région de Tahoua, et 21 % pour les zones de la région de Tillbabéri, ce qui correspond à des augmentations moyennes élevés de 3 à 4 points de pourcentage par an, supérieures à celles observées entre 2006 et 2013.

Au total, le projet « Planning familial et prévention du sida » devrait plus ou moins atteindre son objectif de 25 % d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception en 2015 dans ses zones d'interventions. Mais la poursuite de l'augmentation de la

prévalence dans ces zones devrait être rapidement « bridée » par une demande exprimée qui reste faible et essentiellement pour des besoins d'espacement. Pour continuer à contribuer à l'augmentation de la prévalence contraceptive moderne dans le pays, le projet « Planning familial et prévention du sida » a toujours la possibilité d'étendre son modèle d'interventions actuel à d'autres zones ou régions, où la demande exprimée non satisfaite reste importante. Cette démarche ne doit cependant pas exclure la recherche d'autres stratégies visant à atteindre des prévalences plus élevées, en faisant sauter le verrou que constitue actuellement la faiblesse de la demande exprimée en planification familiale.

CONNAISSANCE ET ATTITUDES VIS-À-VIS DU VIH/SIDA

Les divers projets menés depuis 2003 dans le cadre du « Programme de marketing social et de prévention du sida » devenu « Prévention sida/planning familial » se sont attachés à mieux faire connaître à la population ce qu'était le VIH/sida, ses modes de transmission et les moyens d'éviter de contracter la maladie. Ils ont cherché également à accroître la tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/sida.

La comparaison des résultats des réponses aux questions posées à ce sujet de manière identique dans l'enquête EDSN-MICS 2012 et l'enquête CAP 2013 permet de mesurer les progrès accomplis en la matière depuis une quinzaine d'années, grâce aux efforts conjugués du ministère de la Santé publique et de l'Animas, ceci au niveau national et dans les zones d'interventions du projet.

Connaissance du VIH/sida et des moyens de prévention

En 2012, la grande majorité des Nigériennes ont entendu parler du VIH/sida. Mais alors que cette connaissance est quasi universelle en milieu urbain (96 % des femmes en ont entendu parler), ce n'est pas encore le cas en milieu rural où une femme sur six (16 %) a déclaré ne pas en avoir entendu parler.

Dans l'ensemble des zones rurales des trois régions d'interventions de l'Animas, les pourcentages de femmes ayant entendu parler du VIH/sida sont proches de la moyenne nationale rurale (84 %) pour les régions de Maradi et de Tahoua (82 % dans les deux cas), mais ce pourcentage est un peu plus élevé pour la région de Tillabéri (92 %), peut-être du fait de sa proximité avec Niamey.

Par contraste, dans les zones d'interventions de l'Animas, quasiment toutes les femmes : 97 % et 98 % pour les régions de Tillabéri et de Maradi, et 91 % pour la région de Tahoua (où les interventions sont plus récentes) ont entendu parler du VIH/sida (Figure 34).

Néanmoins, la connaissance du VIH/sida ne va pas de pair avec la connaissance des moyens efficaces pour éviter de contracter la maladie. Ainsi, lors de l'EDSN-MICS 2012, seulement 67 % des femmes vivant en milieu urbain et 47 % des femmes vivant en milieu rural ont déclaré savoir qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun(e) autre partenaire sexuel(le). Il en va de même dans l'ensemble des zones rurales des trois régions d'interventions de l'Animas où seulement plus ou moins la moitié des femmes enquêtées ont donné cette « bonne » réponse. Par opposition, dans les zones d'interventions de l'Animas, quasiment toutes les femmes (98 % pour les régions de Tillabéri et de Maradi, et 91 % pour la région de Tahoua) ont déclaré savoir qu'avoir un seul partenaire sexuel non infecté n'ayant pas d'autre partenaire était un moyen efficace de ne pas contracter la maladie (Figure 34).

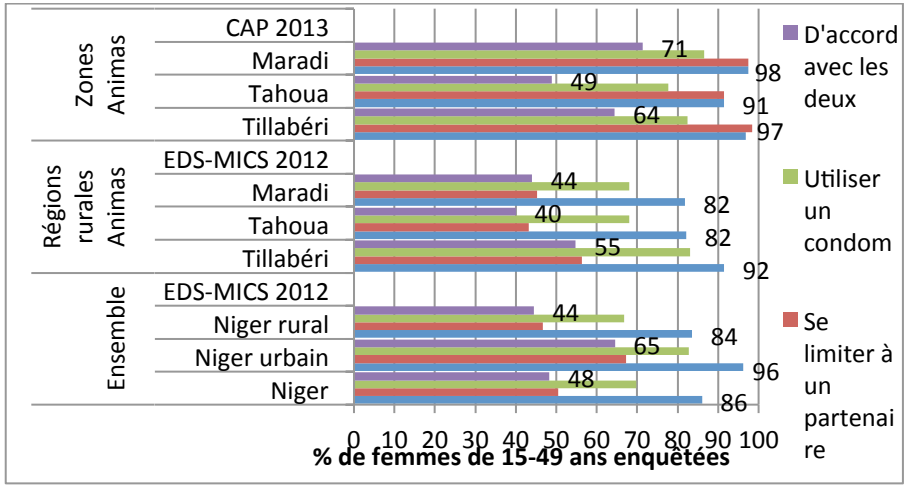


Figure 34 Pourcentages de femmes enquêtées de 15-49 ans connaissant le VIH/sida et les moyens efficaces pour éviter de contracter la maladie dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012.

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

L'utilisation du condom au cours de chaque rapport sexuel est mieux connue que la fidélité comme moyen de réduire le risque de contracter le virus du VIH/sida. Cependant, en dépit des nombreuses campagnes menées à ce sujet, cette connaissance n'est pas encore universelle, y compris dans les zones d'interventions de l'Animas. Ainsi en 2012, 83 % des femmes vivant en milieu urbain et 67 % des femmes vivant en milieu rural ont déclaré savoir que l'utilisation systématique du condom était un moyen efficace de ne pas contracter le VIH/sida, ce qui laisse quand même une femme urbaine sur six et une femme rurale sur trois ne reconnaissant pas le condom comme moyen de prévention efficace. Dans l'ensemble des zones rurales des trois régions d'interventions de l'Animas, l'utilisation régulière du condom était connue en 2012 comme un moyen de prévention efficace contre le VIH/sida par 68 à 83 % des femmes, et un peu plus en 2013 dans les zones d'interventions de l'Animas : entre 78 et 87 % (Figure 34 en annexe).

Au total, lors de l'EDSN-MICS 2012, les deux moyens efficaces pour éviter de contracter le VIH/sida (se limiter à un seul partenaire non infecté et l'utilisation régulière du condom) ont été reconnus par deux femmes sur trois (65 %) en milieu urbain et moins d'une femme sur deux (44 %) en milieu rural. Il en va de même dans l'ensemble des zones rurales des trois régions d'interventions de l'Animas, sauf à Tillabéri où un peu plus d'une femme sur deux (55 %) a déclaré connaître les deux moyens de prévention. Les résultats de la CAP 2013 donnent pour les zones d'interventions de l'Animas des pourcentages plus élevés : 71 % pour les femmes des zones de la région de Maradi, 64 % pour les femmes des zones de la région de Tillabéri, et 49 % pour les femmes des zones de la région de Tahoua.

Ces résultats confirment l'impact plus important des actions de sensibilisation menées dans les zones d'interventions du projet sur le VIH/sida et les moyens efficaces pour éviter de contracter la maladie. On notera cependant que cette sensibilisation n'est pas encore universelle dans ces zones.

Rejet des idées erronées et « connaissance approfondie du sida »

La connaissance correcte des moyens de transmission du VIH/sida reste encore très imparfaite au Niger, et les idées erronées à ce sujet restent très répandues, notamment en milieu rural.

En 2012, deux femmes sur trois (65 %) en milieu urbain, mais seulement 38 % des femmes en milieu rural ont déclaré savoir qu'une personne paraissant en bonne santé pouvait néanmoins être infectée par le virus du VIH/sida. Les pourcentages de réponses correctes, trouvés dans l'ensemble des zones rurales des trois régions d'interventions de l'Animas, sont également faibles, de l'ordre de 30 % à 40 %. Dans les zones d'interventions de l'Animas, les pourcentages trouvés en 2013 sont un peu plus élevés. Cependant, seulement une femme sur deux pour les régions de Tillabéri et de Maradi, et une femme sur trois pour la région de Tahoua, ont déclaré savoir qu'une personne paraissant en bonne santé pouvait être infectée par le virus du VIH/sida (Figure 35).

Par ailleurs, l'idée erronée selon laquelle les moustiques peuvent transmettre le virus est toujours très répandue. Ainsi en 2012, deux femmes sur trois (66 %) en milieu urbain, mais moins d'une femme sur trois (31 %) en milieu rural ont indiqué savoir que le moustique ne pouvait pas transmettre le VIH/sida. De même, seulement une femme sur trois vivant dans les zones rurales des trois régions d'interventions de l'Animas a donné cette réponse correcte. Dans les zones d'interventions de l'Animas, les pourcentages de réponses correctes trouvés en 2013 sont un peu plus élevés. Mais finalement, seulement entre un tiers et moins de la moitié des femmes interrogées ont indiqué savoir que le moustique ne pouvait pas transmettre le VIH/sida (Figure 35 et résultats détaillés en annexe).

L'idée erronée selon laquelle il y a un risque de contracter le VIH/sida en partageant un repas avec une personne infectée est également répandue, surtout en milieu rural. Ainsi en 2012, si trois femmes sur quatre (76 %) en milieu urbain ont indiqué savoir qu'il n'y avait pas de risque de contracter la maladie en partageant un repas avec une personne infectée, moins de quatre femmes sur 10 (37 %) vivant en milieu rural ont donné cette réponse correcte. On trouve les mêmes résultats dans l'ensemble des zones rurales des trois régions d'interventions de l'Animas. À nouveau, les pourcentages de réponses correctes trouvées en 2013 dans les zones d'interventions de l'Animas sont un peu plus élevés. Toutefois, dans les zones d'interventions de la région de Tahoua et Tillabéri, seulement la moitié des femmes interrogées ont déclaré savoir qu'il n'y avait pas de risque de contracter la maladie en partageant un repas avec une personne infectée, et un peu plus (63 %) dans les zones d'interventions de la région de Maradi.

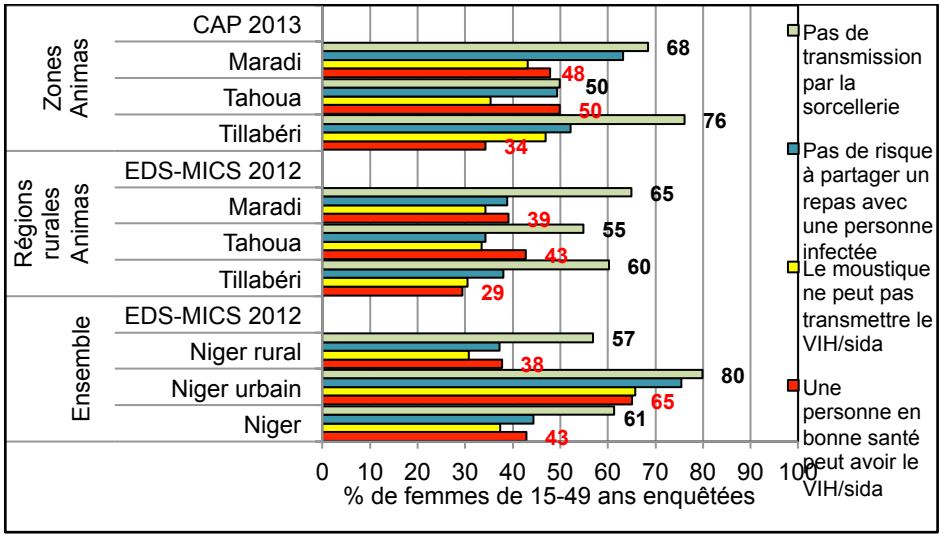


Figure 35 Pourcentages de femmes enquêtées âgées de 15 à 49 ans connaissant le VIH/sida, et rejetant les idées erronées sur la transmission du virus dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Finalement, c'est l'idée erronée selon laquelle la sorcellerie peut transmettre le VIH/sida qui est la plus rejetée. Partout, en zone urbaine comme en zone rurale en 2012, et en 2013 dans les zones d'interventions du projet, au moins la moitié des femmes interrogées ont rejeté cette idée. Les pourcentages de rejet les plus élevés ont été trouvés en 2012 en zone urbaine (80 % contre 57 % en milieu rural) et en 2013 dans les zones d'interventions de la région de Tillabéri (76 %) (Figure 36) En combinant ces diverses réponses, on peut définir, comme dans l'EDSN-MICS 2012, le pourcentage de femmes ayant une perception correcte des modes de transmission du VIH/sida. Ces femmes sont définies comme celles qui savaient en 2012 et en 2013 qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida, et qui ont rejeté les deux idées erronées les plus répandues concernant la transmission du VIH/sida (par les moustiques et le partage d'un repas avec une personne infectée).

Les résultats obtenus indiquent que partout, en zone rurale en 2012, comme en 2013 dans les zones d'interventions du projet, moins de 20 % des femmes interrogées avaient une perception correcte des modes de transmission du VIH/sida selon la définition retenue plus haut (voir Tableau 16 en annexe). Et cette perception n'était pas vraiment meilleure dans les zones d'interventions du projet par rapport à celle trouvée en 2012 pour l'ensemble des femmes rurales des trois régions concernées (voir les résultats détaillés Tableau 18 en annexe). En milieu urbain, moins d'une femme sur deux (45 %) avait en 2012 une perception correcte des modes de transmission du VIH/sida, mais ce pourcentage était trois à quatre plus élevé que ceux trouvés en 2013 dans les zones d'interventions.

L'EDSN-MICS 2012 a également défini un autre indicateur, plus complet, dit de « connaissance approfondie du sida ». Ainsi en 2012 et en 2013, on a défini les femmes ayant une « connaissance approfondie du sida » comme celles qui savaient que la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté et l'utilisation régulière du condom au cours des rapports sexuels permettaient de réduire les risques de contracter le virus du sida, et qui savaient aussi qu'une personne en bonne santé pouvait néanmoins avoir contracté le virus du sida et rejetaient les deux idées locales erronées les plus répandues concernant la transmission du virus (par les moustiques et le partage d'un repas avec une personne infectée).

Il apparaît ainsi qu'en 2012 comme en 2013, moins d'une femme rurale sur six avait une « connaissance approfondie du sida », telle que définie précédemment (Figure 36). Dans les zones d'interventions du projet, le pourcentage le plus élevé trouvé concerne les femmes de la région de Maradi (14 %), mais ce pourcentage n'est que légèrement plus élevé que celui trouvé en 2012 pour l'ensemble des femmes rurales de la région (12 %) et pour l'ensemble des femmes rurales du Niger (10 %). En milieu urbain, une femme sur trois (35 %) était considérée en 2012 comme ayant une « connaissance approfondie du VIH/sida », c'est trois plus qu'en milieu rural, mais cela reste insuffisant.

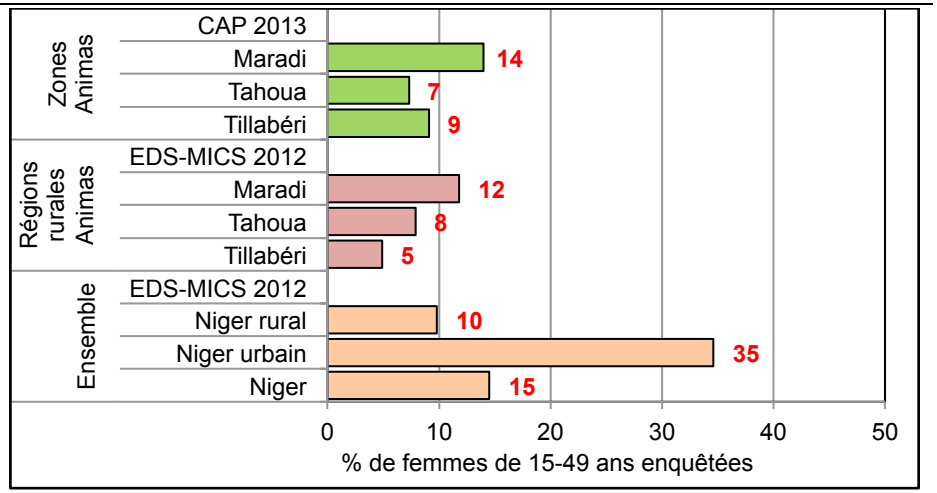


Figure 36 Pourcentages de femmes enquêtées âgées de 15 à 49 ans ayant une « connaissance approfondie du sida » dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Au total, la grande majorité des Nigériennes ont entendu parler du VIH/sida. Que ce soit en matière de connaissances des moyens efficaces pour éviter de contracter la maladie, comme de rejet des idées erronées sur sa transmission, les femmes des zones d'interventions du projet sont généralement un peu mieux informées que leurs consœurs de l'ensemble des zones rurales des trois régions concernées. Mais même dans les zones d'interventions intensives, entre 30 % et 50 % des femmes ne connaissent pas les deux moyens efficaces pour éviter de contracter la maladie, et globalement plus de cinq femmes sur six n'ont pas une « connaissance approfondie du sida ».

Ces résultats peuvent paraître décevants. Ils doivent cependant être interprétés avec précaution. Ils pourraient en effet s'expliquer en partie par la faible prévalence du VIH/sida dans le pays (0,4 %) et encore plus en milieu rural (0,2 % chez les femmes et 0,3 % chez les hommes). De ce fait, il est possible que nombre de femmes prêtent peu d'attention à tous les messages diffusés, car se sentant peu concernées par cette question qui reste très éloignée de leurs préoccupations quotidiennes.

Connaissance sur la transmission mère-enfant

Les questions posées aux femmes lors de l'EDSN-MICS 2012 et la CAP 2013 sur leurs connaissances en matière de prévention et de transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant (P/TME-VIH) concernaient les risques de transmission du virus a) durant la grossesse, b) durant l'accouchement, c) durant l'allaitement maternel, et d) la prise de médicaments spéciaux pour réduire le risque de transmission au cours de la grossesse. Les réponses à ces questions indiquent que les connaissances des femmes nigériennes à ce sujet ne sont pas encore aussi répandues qu'elles devraient l'être.

En 2012, deux femmes sur trois (64 %) en milieu urbain, et une femme sur deux (51 %) en milieu rural ont déclaré savoir qu'il était possible qu'une femme (infectée) transmette le virus du VIH/sida à son enfant pendant la grossesse. De même, dans l'ensemble des zones rurales des régions de Maradi et de Tahoua, une femme sur deux a donné la bonne réponse, mais davantage : deux femmes sur trois dans la région de Tillabéri, vraisemblablement à nouveau du fait de la proximité de la région avec Niamey. Les pourcentages de bonnes réponses, trouvés en 2013 dans les zones d'interventions de l'Animas, sont nettement plus élevés pour les femmes des régions de Tillabéri (88 %) et de Maradi (72 %), mais seulement de 55 % pour les femmes de la région de Tahoua (où les interventions intensives sont plus récentes) (Figure 37).

Les résultats trouvés concernant la possibilité de transmission mère-enfant du VIH/sida durant l'accouchement ou durant l'allaitement sont voisins des résultats précédents. En 2012, en gros deux femmes sur trois en milieu urbain, et une femme sur deux en milieu rural ont déclaré savoir qu'il était possible qu'une femme (infectée) transmette le virus à son enfant durant l'accouchement ou durant l'allaitement. Les pourcentages de bonnes réponses trouvés dans l'ensemble des zones rurales des trois régions d'interventions ne sont pas très différents, avec à nouveau un pourcentage un peu plus élevé dans la région de Tillabéri. Aussi, les pourcentages de bonnes réponses trouvés en 2013 dans les zones d'interventions de l'Animas sont nettement plus élevés pour les femmes des régions de Tillabéri et de Maradi où ils se situent en gros entre 70 et 80 % (soit davantage que le pourcentage trouvé en 2012 pour la zone urbaine), mais ce pourcentage est plus faible pour les femmes de la région de Tahoua où en gros seulement 40 % des femmes ont déclaré connaître le risque de transmission mère-enfant durant l'accouchement ou durant l'allaitement (Figure 37).

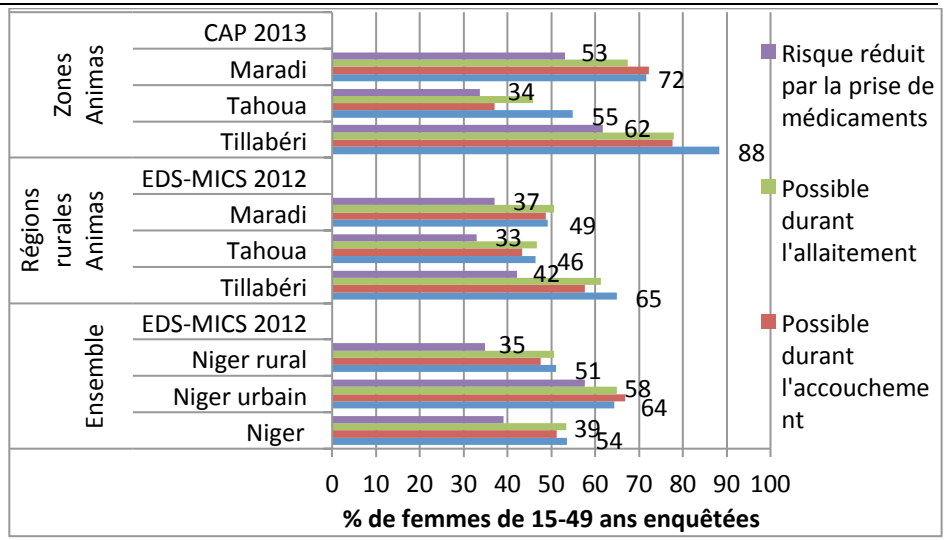


Figure 37 Pourcentages de femmes enquêtées de 15-49 ans connaissant les modes de transmission mère-enfant, et le moyen de diminuer ce risque au cours de la grossesse par des médicaments spéciaux dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

La possibilité de réduire le risque de transmission du virus pendant la grossesse par la prise de médicaments spéciaux est cependant moins connue. En effet, si un peu plus d'une femme sur deux (58 %) en milieu urbain a déclaré connaître cette possibilité, seulement une femme sur trois (35 %) a donné cette réponse en milieu rural. De même, dans l'ensemble des zones rurales des régions de Maradi et de Tahoua, en gros une femme sur trois a donné cette réponse, mais un peu plus (42 %) dans la région de Tillabéri. L'information sur l'existence de ces médicaments spéciaux est un peu plus répandue en 2013 dans les zones d'interventions de l'Animas, mais les pourcentages de femmes connaissant l'existence de tels médicaments sont très variables (62 % pour les femmes de la région de Tillabéri, 53 % pour les femmes de la région de Maradi et seulement 34 % pour les femmes de la région de Tahoua (Figure 38).

Finalement en 2012, seulement une femme sur deux en milieu urbain (48 %) et une femme sur trois (30 %) en milieu rural connaissaient à la fois, la possibilité de transmission du virus pendant l'allaitement et l'existence d'un médicament qui peut réduire les risques de transmission maternelle au cours de la grossesse. On retrouve des pourcentages voisins du tiers dans l'ensemble des zones rurales des trois régions

d'interventions de l'Animas. Les pourcentages trouvés en 2013 dans les zones d'interventions de l'Animas sont plus élevés pour les femmes de la région de Tillabéri (52 %) et de la région de Maradi (41 %), mais plus faibles pour les femmes de la région de Tahoua (19 %) (Figure 38)

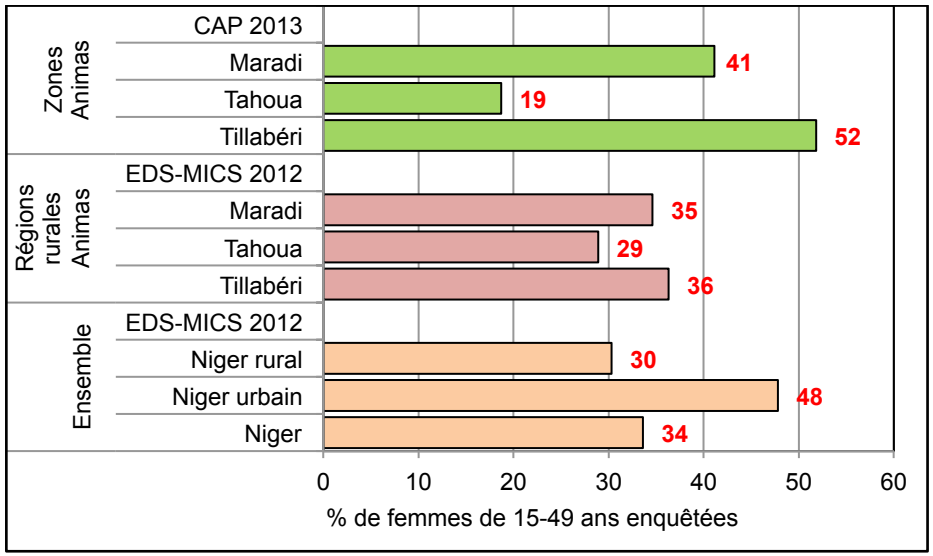


Figure 38 Pourcentages de femmes enquêtées de 15-49 ans connaissant à la fois, la possibilité de transmission du virus pendant l'allaitement et l'existence d'un médicament pouvant réduire les risques de transmission au cours de la grossesse dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

À nouveau, ces résultats doivent cependant être interprétés avec précaution, compte tenu de la faible prévalence du VIH/sida dans le pays (0,4 %) et en milieu rural (0,2 % chez les femmes et 0,3 % chez les hommes).

Tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida

L'EDSN-MICS 2012 et la CAP 2013 ont également cherché à mesurer le niveau de tolérance des femmes à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida. Les questions posées à ce sujet ont concerné : a) leur acceptation de prendre soin d'un membre malade de la famille, b) l'achat de légumes frais à un marchand infecté, c) l'acceptation qu'un(e) enseignant(e) ayant le virus, mais non malade, puisse continuer à enseigner, et d) le fait qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état de santé d'un membre de la famille infecté.

En 2012, trois femmes sur quatre (77 %) en milieu urbain, et plus d'une femme sur deux (54 %) en milieu rural ont déclaré qu'elles seraient prêtes à prendre soin chez elles d'un membre de la famille atteint du VIH/sida. De même, dans l'ensemble des zones rurales des régions de Maradi et de Tillabéri, une femme sur deux a donné cette réponse, mais un peu plus (59 %) dans la région de Tahoua. Les pourcentages de femmes qui seraient prêtes à prendre soin d'un membre de la famille infecté sont un peu plus élevés dans les zones d'interventions de l'Animas : 60 % pour les femmes des zones de la région de Maradi, 61 % pour les femmes des zones de la région de Tahoua, et 73 % pour les femmes des zones de la région de Tillabéri (Figure 39 et résultats détaillés au Tableau 17 en annexe).

Les attitudes sont beaucoup moins favorables concernant l'achat de légumes frais chez une personne atteinte de VIH/sida. Seulement une femme sur deux (52 %) en milieu urbain, et une femme sur six (16 %) en milieu rural ont répondu qu'elles pourraient acheter des légumes frais chez une personne atteinte de VIH/sida. Les pourcentages trouvés dans l'ensemble des zones rurales des régions d'interventions sont du même ordre (de 13 à 20 %), mais ils sont plus élevés, quoique toujours minoritaires, dans les zones d'interventions de l'Animas : 35 % pour les femmes des zones de la région de Tahoua, 31 % pour les femmes des zones de la région de Maradi, et 23 % pour les femmes des zones de la région de Tillabéri (Figure 39).

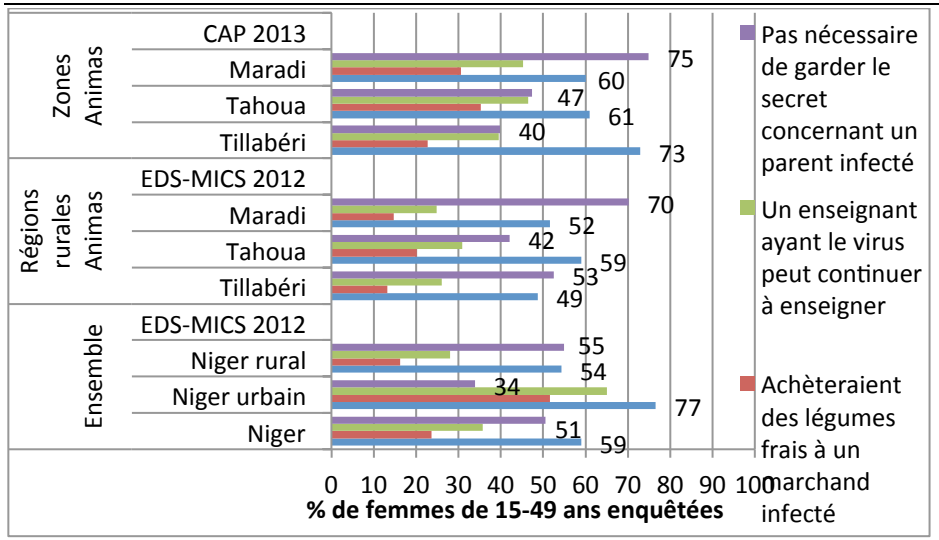


Figure 39 Pourcentages de femmes enquêtées de 15-49 ans ayant entendu parler du sida selon leurs attitudes de tolérance à l'égard de personnes vivant avec le VIH/sida dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Concernant l'acceptation qu'un(e) enseignant(e) ayant le virus du sida, mais qui n'est pas malade puisse continuer à enseigner, deux femmes urbaines sur trois (65 %) ont répondu en 2012 par l'affirmative. Mais la majorité des femmes rurales enquêtées en 2012 et 2013 ont répondu par la négative. Ainsi, dans l'ensemble des zones rurales des régions d'interventions de l'Animas, seulement entre 25-26 % (régions de Maradi et de Tillabéri) et 31 % (région de Tahoua) des femmes ont déclaré qu'elles pensaient qu'un(e) enseignant(e) vivant avec le VIH/sida, mais qui n'est pas malade devrait être autorisé(e) à continuer d'enseigner. Les pourcentages d'acceptation sont plus élevés dans les zones d'interventions de l'Animas, mais ils restent partout minoritaires (47 % pour les femmes des zones de la région de Tahoua, 45 % pour les femmes des zones de la région de Maradi, et 40 % pour les femmes des zones de la région de Tillabéri (Figure 40).

Enfin à la question de savoir si l'état de santé d'un membre de la famille atteint de VIH/sida devrait être gardé secret ou divulgué, une majorité de femmes rurales (55 %) a répondu en 2012 qu'il n'était pas nécessaire de garder le secret à ce sujet, alors que contre toute attente, deux femmes urbaines sur trois (66 %) ont déclaré au contraire qu'il convenait de garder le secret à ce sujet. Les résultats obtenus pour l'ensemble des zones rurales des régions d'interventions et dans les zones d'interventions de l'Animas donnent en gros entre 40 et 50 % de femmes pensant qu'il n'était pas nécessaire de garder le secret concernant un parent malade, pour les régions et zones de Tahoua et Tillabéri, mais plus de 70 % pour les zones de la région de Maradi (75 % en 2013) (Figure 40).

À partir des réponses aux questions posées qui expriment une tolérance, un indicateur combiné a été défini pour mesurer le niveau global de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH. En 2012, cet indicateur combiné de tolérance globale n'était que de 13 % parmi les femmes urbaines et de 4 % parmi les femmes rurales. Les valeurs obtenues pour l'ensemble des zones rurales des régions d'interventions sont également très faibles (de 2 % à 5 %), et même si elles sont plus élevées dans les zones d'interventions de l'Animas, elles restent très minoritaires (22 % pour les zones de la région de Maradi, 18 % pour les zones de la région de Tahoua et 15 % pour les zones de la région de Tillabéri (Figure 40).

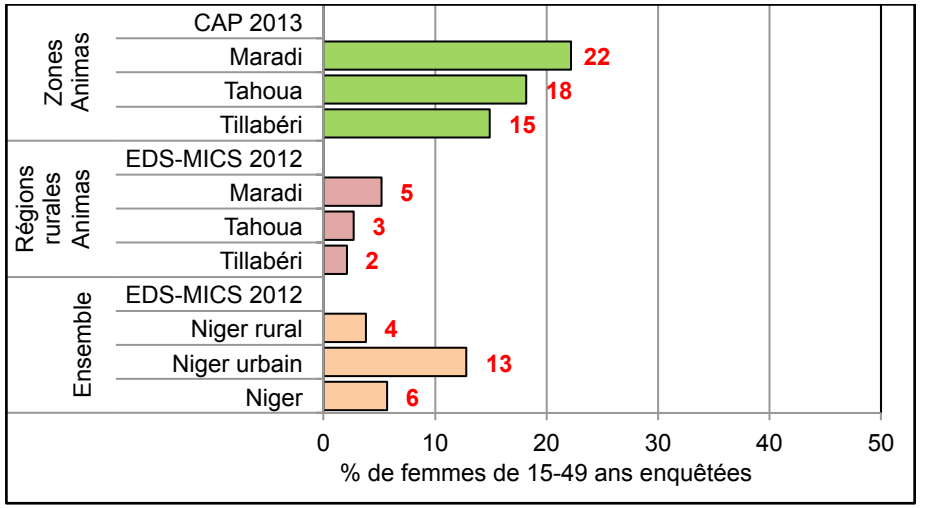


Figure 40 Pourcentages de femmes enquêtées de 15-49 ans ayant exprimé les quatre attitudes de tolérance à l'égard de personnes vivant avec le VIH/sida dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012.

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Le niveau de tolérance « déclarée » des femmes envers les personnes vivant avec le VIH apparaît ainsi variable selon les questions posées, mais il est globalement faible. Il faut reconnaître cependant que dans le contexte du Niger, les questions posées à ce sujet peuvent paraître abstraites/théoriques aux femmes interrogées. Ceci d'autant plus que nombre de personnes infectées ne connaissent pas elles-mêmes leur séropositivité, et que même lorsque celle-ci est connue par l'intéressé(e) et ses proches, elle n'est pas forcément connue par le voisinage ou la communauté d'appartenance.

Il reste que globalement, les campagnes d'informations menées depuis une quinzaine d'années par le ministère de la Santé publique et l'Animas-Sutura pour mieux faire connaître aux Nigériennes et aux Nigériens ce qu'était le VIH/sida, ses modes de transmission, la transmission mère-enfant, et les moyens de réduire le risque de contracter la maladie ont eu un impact certain, même si tous les messages diffusés ne sont pas encore connus par tous, loin s'en faut. Il faut reconnaître aussi les résultats meilleurs, ou un peu meilleurs (selon les variables considérées) obtenus dans les zones d'interventions de l'Animas, grâce en particulier au travail des relais commentaires.

Aujourd'hui cependant, la question de l'importance à accorder dans le futur à la sensibilisation sur le VIH/sida au niveau communautaire doit être posée, compte tenu de la faible prévalence du VIH/sida dans le pays (0,4 %) et encore plus en milieu rural (0,2 % chez les femmes et 0,3 % chez les hommes). La multiplication des messages sur la santé reproductive, la contraception, le VIH/sida, l'excision, le lavage des mains, peut conduire en effet à ce qu'on appelle le « paradoxe du choix »[39]. Il convient en effet de se poser la question de savoir si trop de messages à diffuser par les relais communautaires n'est pas susceptible de diminuer leur réception parmi les villageois(e)s. Certes, au Niger comme ailleurs, la vigilance reste de mise notamment en matière de prévention du VIH/sida. Toutefois, tous les messages ne devraient pas nécessairement, selon nous, revêtir le même niveau de priorité selon l'importance que l'on accorde, ou que les populations accordent, à tel ou tel sujet

39 Voir « Projet Planification familiale au Niger. Résumé d'étude qualitative » 21 février 2014. Hope Consulting, San Francisco, page 8 « le paradoxe du choix », phénomène décrit dans « You Choose: The Tyranny of Choice » Publié par The Economist en 2010.

CONNAISSANCE, PRÉVALENCE ET ATTITUDES VIS-À-VIS DE L'EXCISION

Concernant l'excision, il faut rappeler l'adoption, le 13 juin 2003, d'une loi interdisant les mutilations génitales féminines et sanctionnant « quiconque aura commis ou tenté de commettre une mutilation génitale féminine ». Aussi, diverses actions de sensibilisation contre cette pratique ont été menées par le gouvernement, le Coniprat (Comité nigérien sur les pratiques traditionnelles néfastes ayant effet sur la santé de la mère et de l'enfant), ainsi que par l'Animas.

Les réponses aux questions posées sur l'excision dans l'enquête EDSN-MICS 2012 et l'enquête CAP 2013 permettent ainsi de mesurer les progrès accomplis en vue de l'éradication de cette pratique depuis une quinzaine d'années suite aux efforts conjugués du ministère de la Santé publique, et de diverses organisations au niveau national et dans les zones d'interventions de l'Animas.

Pratique et connaissance de l'excision

Tel qu'indiqué précédemment (première partie), la pratique de l'excision au Niger est globalement un phénomène social marginal.

En 2012, seulement 1,2 % des femmes urbaines de 15-49 ans interrogées et 2,1 % des femmes rurales ont déclaré avoir été excisées au cours de leur vie (voir Tableau 18 en annexe). Mais alors que les pourcentages de femmes excisées apparaissaient insignifiants dans l'ensemble des zones rurales des régions de Maradi (0,3 %) et de Tahoua (1,2 %), le pourcentage trouvé pour les femmes rurales de la région de Tillabéri (9,7 %) était élevé.

Les résultats trouvés lors de la CAP 2013 confirment pour les zones d'interventions de la région de Maradi, le faible pourcentage de femmes excisées, 0,3 %, trouvé en 2012. Toutefois, ils donnent un pourcentage un peu moindre pour les zones d'interventions de la région de Tillabéri : 6,1 % contre 9,7 %, et au contraire un pourcentage sensiblement plus élevé pour les zones d'interventions de la région de Tahoua : 4,6 % contre 1,2 %. Le petit nombre de femmes concernées et la qualité des réponses données expliquent peut-être en partie ces différences. On notera cependant qu'en 2013 comme en 2012, le pourcentage le plus élevé de femmes excisées se trouve dans les zones rurales de la région de Tillabéri, suivi par le pourcentage trouvé pour les femmes rurales de la région de Tahoua, les pourcentages les plus faibles étant ceux trouvés pour la région de Maradi.

La faiblesse de la pratique de l'excision au Niger explique certainement pourquoi ce phénomène est loin d'être connu par l'ensemble des femmes nigériennes.

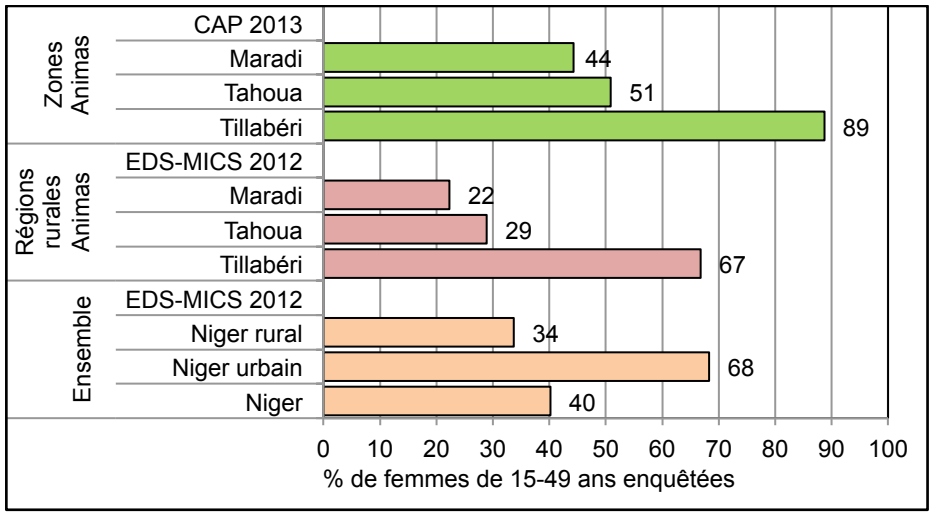


Figure 41 Répartition en pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant entendu parler de l'excision, dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Les femmes urbaines sont mieux informées puisqu'en 2012, 68 % d'entre elles ont déclaré avoir entendu parler de l'excision contre seulement 34 % des femmes rurales. Dans l'ensemble des zones rurales des régions d'interventions du projet, c'est sans surprise dans la région de Tillabéri où elle est la plus pratiquée que l'excision était la mieux connue, ce par deux femmes sur trois (67 %). Dans les deux autres régions par contre où l'excision est peu pratiquée, elle était relativement peu connue : par seulement 29 % des femmes rurales de la région de Tahoua et 22 % des femmes rurales de la région de Maradi.

Les résultats de la CAP 2013 donnent pour les zones d'interventions des trois régions concernées des pourcentages plus élevés de connaissance de l'excision, ce qui reflète l'impact des efforts de sensibilisation contre l'excision menés dans ces zones. Comme précédemment, c'est dans les zones d'interventions de la région de Tillabéri que l'excision est la mieux connue, ce par 89 % des femmes. Dans les autres zones d'interventions des régions de Tahoua et de Maradi, les pourcentages de femmes qui ont entendu parler de l'excision sont deux fois plus élevés que parmi l'ensemble des femmes rurales de ces régions, soit par 51 % des femmes des zones de la région de Tahoua, et par 44 % des femmes des zones de la région de Maradi. Mais finalement, une femme sur deux dans ces zones a déclaré ne pas avoir entendu parler de l'excision.

Attitudes vis-à-vis du maintien ou de la suppression de l'excision

Il a été également demandé lors de l'EDSN-2012 et de la CAP 2013 aux femmes de 15-49 ans ayant entendu parler de l'excision de se prononcer sur son maintien ou sa disparation, en leur laissant la possibilité de répondre « cela dépend » ou « je ne sais pas ».

En 2012, la quasi-totalité des femmes urbaines informées : 91 %, et la grande majorité des femmes rurales (78 %) ont déclaré être pour la disparation de l'excision. Il en va plus ou moins de même dans l'ensemble des zones rurales des trois régions d'interventions du projet. Le souhait de voir disparaître l'excision est ainsi quasi unanime (94 %) dans les zones d'interventions de la région de Tillabéri la plus concernée, et un peu moindre mais toujours largement majoritaire (de l'ordre de 70 %) dans les zones d'interventions des deux autres régions (Tahoua, 73 % et Maradi, 69 %). De manière surprenante à priori, les femmes connaissant l'excision dans les zones d'interventions du projet sont moins nombreuses à avoir déclaré en 2013 vouloir sa disparition. Ces différences s'expliquent en fait par l'importance des pourcentages de femmes ayant répondu ne pas savoir s'il convenait ou non de faire disparaître l'excision, et dans une moindre mesure des pourcentages de femmes ayant donné comme réponse « cela dépend » (Figure 42).

L'importance des pourcentages de femmes indécises quant au maintien ou non de l'excision dans les zones d'interventions de l'Animas, notamment dans la région de Maradi (37 % d'indécises) et de Tahoua (23 % d'indécises) peut être interprétée de plusieurs manières. On peut d'abord faire l'hypothèse de l'ambiguïté de l'attitude des femmes vis-à-vis de l'excision, notamment dans les zones d'interventions où elles sont beaucoup mieux informées sur cette pratique que dans le reste des zones rurales. Mais on peut penser aussi que la qualité des données collectées à ce sujet en 2013 est meilleure que la qualité des données collectées en 2012 en milieu rural où seulement une femme sur trois avait entendu parler de l'excision, et où seulement 2 % d'entre elles avaient été excisées.

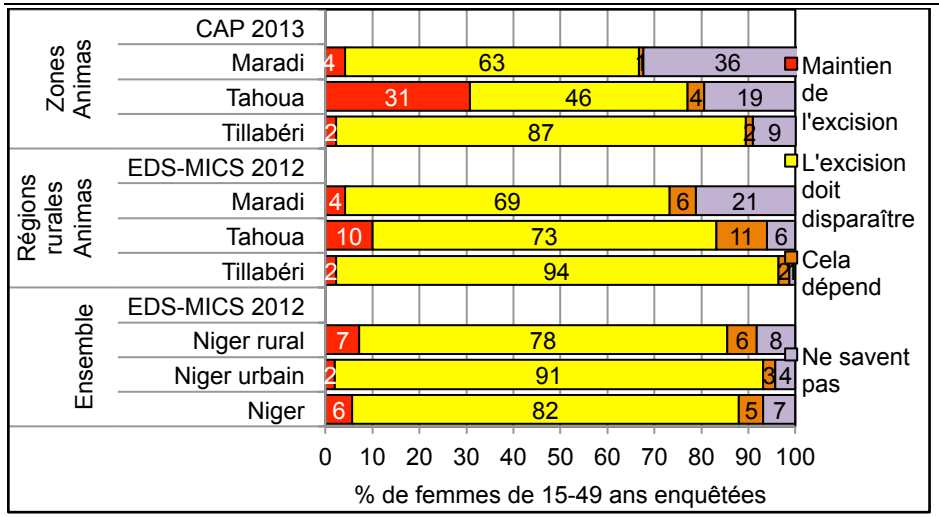


Figure 42 Répartition en pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant entendu parler de l'excision, selon leur opinion sur son maintien ou sa disparation dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Quoiqu'il en soit, au moins 90 % des femmes ayant entendu parler de l'excision ont déclaré être opposées à son maintien, sauf curieusement en 2013 dans les zones d'interventions de la région de Tahoua où 31 % des femmes ont déclaré être favorables à son maintien. Il faut noter cependant qu'en 2013, seulement une femme sur deux dans ces zones avait entendu parler de l'excision, et que 4,6 % d'entre elles ont déclaré avoir été excisées, ce qui limite selon nous la signification de ce pourcentage élevé. Il faut souligner aussi que selon les résultats de l'EDSN-MICS 2012, la grande majorité des Nigériens et des Nigériennes ont déclaré que l'excision n'était pas exigée par la religion (respectivement 6 % et 85 %). Cette opinion était partagée par 89 % des femmes de la région de Maradi, 78 % des femmes de la région de Tahoua, et 95 % des femmes de la région de Tillabéri. Finalement, seulement 25 % des femmes peu nombreuses ayant été excisées (2 % au total) ont indiqué qu'elles pensaient que cette pratique était une exigence de la religion.

Suite aux campagnes d'informations pour l'éradication de l'excision menées par le ministère de la Santé publique, le Coniprat et l'Animas-Sutura, cette pratique est connue par un tiers des femmes rurales, ce qui est peu. Toutefois, l'excision est une pratique très marginale au Niger, donc pas forcément très connue. De plus, elle est interdite par la loi depuis 2003. Elle reste cependant toujours pratiquée dans certaines zones, notamment dans la région de Tillabéri, mais une majorité de Nigériens et de Nigériennes souhaitent que cette pratique disparaisse, y compris dans la région de Tillabéri.

Comme pour le VIH/sida, la question de l'importance à accorder dans le futur à la prévention de nouvelles excisions au niveau communautaire doit être posée. Certes, l'éradication complète de l'excision doit rester un objectif prioritaire. Mais globalement, compte tenu du faible pourcentage de femmes excisées, les messages concernant l'excision ne devraient pas nécessairement revêtir partout le même niveau de priorité, et pourraient se concentrer dans les zones les plus concernées, notamment dans la région de Tillabéri.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les activités relativement nombreuses menées par les autorités nigériennes et ses partenaires au cours des vingt dernières années dans le domaine de la santé de la reproduction ont eu un impact positif décisif dans certains domaines, un impact plus limité, voire incertain dans d'autres, mais on peut aussi parler dans certains cas de contre-performances.

Concernant la lutte contre le VIH/sida, non seulement l'extension de la maladie dont le premier cas a été diagnostiqué au Niger en 1987 a été contenue, mais la prévalence du VIH/sida a été divisée par deux au cours des dix dernières années. Elle était estimée en 2012 à 0,5 % parmi les personnes de 15-49 ans, ce qui en fait l'une des prévalences les plus basses enregistrées en Afrique subsaharienne. Toutefois, certains groupes ont toujours des rapports sexuels à risques, et la vigilance reste de rigueur.

Concernant l'éradication de l'excision, celle-ci a été interdite par la loi en 2003, et en 2012, 82 % des femmes et 91 % des hommes qui en avaient entendu parler pensaient qu'elle devait disparaître. Cependant, l'excision est une pratique très marginale au Niger (2 % seulement des femmes ont déclaré avoir été excisées au cours de leur vie), mais ce pourcentage reste de 10 % dans la région de Tillabéri. Son éradication complète doit demeurer un objectif à atteindre.

En matière de planification familiale, le nombre d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception au Niger a été multiplié par sept entre 1992 et 2012, passant de 72 000 à 316 000. En dépit de ces progrès, l'utilisation de la contraception au Niger en 2012 par 8,3 % des femmes en union (MAMA exclue) reste l'une des plus faibles du monde, et sa progression : + 0,55 point de pourcentage par an entre 2006 et 2012, fait aussi partie des progressions les plus lentes observées dans le monde.

De fait, les normes et valeurs de la société nigérienne qui valorisent une descendance élevée et les femmes ayant beaucoup d'enfants n'ont guère changé au cours des vingt dernières années. Ceci est logiquement associé à des mariages et des naissances précoces, ainsi qu'à des naissances à risques mal espacées, tardives et nombreuses.

Certes, les diverses actions de sensibilisation pour modifier les comportements procréateurs et en même temps augmenter la demande en planification familiale ont eu quelques effets positifs. Mais globalement, elles n'ont pas changé les préférences pour un nombre élevé d'enfants.

Le point le plus positif observé est la réduction des mariages très précoces. Le pourcentage de jeunes filles mariées avant 15 ans a été divisé par deux, passant de 50 % en 1992 à 28 % en 2012. Mais le pourcentage des jeunes filles mariées avant 18 ans n'a diminué que marginalement, de 84 % en 1992 à 76 % en 2012. Ceci signifie que trois Nigériennes sur quatre restent exposées à une grossesse précoce à risques. On a enregistré aussi une diminution du pourcentage des filles ayant des enfants ou enceintes à 15 ans (de 9;6% en 1992 à 6,6 % en 2012), compensée là aussi par une augmentation des pourcentages des filles ayant des enfants ou enceintes à 16 ans et à 17 ans. Au total, le taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans est resté quasiment le même pour l'ensemble du pays entre 1992 et 2012, avec toutefois une légère augmentation en milieu rural, et une franche diminution en milieu urbain.

Le mariage quasi universel des femmes à partir de 20 ans les expose en l'absence de contraception, de longues périodes d'abstinence après une naissance et d'un allaitement exclusif pendant plusieurs mois, à des grossesses répétées jusqu'à la fin de leur vie féconde. Malgré l'accent prononcé mis sur l'espacement des naissances – souvent opposé à la maîtrise de la fécondité stigmatisée sous l'appellation limitation des naissances – les intervalles courts à risques de moins de 24 mois entre les naissances ont peu diminué (de 27 % en 1992 à 23 % en 2012). Par ailleurs, les deux tiers des naissances restent espacées de moins de trois ans.

La création de la demande et la satisfaction des besoins exprimés en planification familiale sont deux autres domaines où certains résultats ont été enregistrés. La demande totale en planification familiale (somme des utilisatrices d'une méthode quelconque de contraception, et des « besoins non satisfaits » exprimés) a progressé de 23 % en 1992 à 30 % en 2012. Cependant, ce niveau de demande est l'un des plus faibles du monde, ce qui s'explique par le fait qu'il s'agit d'une demande exprimée à plus de 80 % pour des raisons d'espacement. En comparaison, la demande totale en planification familiale concerne aujourd'hui entre 70 % et 85° % des femmes en union dans la majorité des pays et dans la plupart des pays émergents, et plus de la moitié de cette demande est exprimée pour des raisons de maîtrise de la taille de la famille, contre 15 % seulement au Niger.

La satisfaction des besoins exprimés en planification familiale qui a progressé de 19 % en 1992 à 47 % en 2012 est un autre résultat positif des actions entreprises ces dernières années. Mais paradoxalement à priori, la fécondité n'a pas diminué, mais elle a au contraire augmenté, de 7,1 enfants en 2006 à 7,6 enfants par femme en 2012 (et de 7,4 à 8,1 enfants en milieu rural). Parallèlement, le nombre idéal moyen d'enfants indiqué par les femmes de 15-49 ans a aussi augmenté de 8,2 enfants en 1992 à 9,2 enfants en 2012. Et il atteint 9,5 enfants chez les femmes en union et 13 enfants chez les hommes. On peut parler à ce sujet de contre-performances par

rapport à l'objectif plusieurs fois réaffirmé des autorités nigériennes de maîtriser la croissance démographique du pays.

Les augmentations de la fécondité et des nombres idéals d'enfants, qui sont associées à la faiblesse de la demande exprimée en planification familiale et à la faiblesse de l'utilisation de contraception, appellent clairement à une redéfinition des actions en matière de planification familiale et de santé de la reproduction au Niger.

Les actions menées par l'Animas dans les zones rurales d'interventions intensives qu'elle a mises en place en 2008 et 2010 dans les régions de Maradi, Tillabéri et Tahoua, constituent sans conteste une expérience unique pour redéfinir de nouvelles approches et modes d'interventions en la matière et pour les porter à l'échelle dans l'ensemble des trois régions voire dans l'ensemble des zones rurales du pays.

Les stratégies de sensibilisation et de distribution des produits utilisées, avec notamment le recours à des relais communautaires, l'organisation de séances foraines d'animation, de fora de discussions dans les villages, et l'implication des leaders locaux et religieux, ainsi que des services de santé publique ont en effet fait leur preuve.

Quasiment dans tous les domaines : planification familiale, VIH/sida, excision, les connaissances des femmes vivant dans les zones d'interventions intensives de l'Animas sont plus élevées que celles des femmes vivant dans l'ensemble des zones rurales des mêmes régions. Les attitudes des femmes vivant dans les zones d'interventions sont également plus positives, même si on peut regretter la faiblesse de la « connaissance approfondie » du VIH/sida, et de la tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le sida, ainsi que la faible connaissance de l'excision. Mais dans les deux cas, ces résultats qu'on peut juger décevants peuvent s'expliquer par la faible prévalence du VIH/sida et de l'excision dans le pays, nombre de femmes pouvant se sentir peu concernées par les messages diffusés sur ces sujets éloignés de leurs préoccupations quotidiennes.

En matière de planification familiale, la connaissance d'au moins une méthode moderne de contraception est quasi universelle dans les zones d'interventions de l'Animas, et l'utilisation de la contraception nettement plus importante que dans l'ensemble des zones rurales des régions concernées. Cependant, les données disponibles suggèrent qu'il n'y a pas (encore) eu dans les zones d'interventions de changements majeurs des normes et des comportements procréateurs, sauf peut-être des naissances un peu plus tardives, mais avec des nombres idéals d'enfants toujours proches de ou supérieurs à 10 enfants. Finalement, l'augmentation exceptionnellement rapide de l'utilisation de la contraception dans les zones d'interventions de l'Animas correspond à la satisfaction de besoins essentiellement en espacement (comme dans l'ensemble du Niger), et les prévalences contraceptives atteintes pourraient rapidement stagner autour de 25 % ou 30 %, sauf augmentation majeure rapide de la demande exprimée en planification familiale, et ce de plus en plus pour des raisons de maîtrise de la fécondité.

Dans ce contexte très contraint, les interventions en matière de planification familiale doivent faire l'objet le plus rapidement possible d'une réflexion en profondeur, sans complaisance, au niveau de l'Animas, mais aussi au niveau de l'ensemble des acteurs publics et privés du domaine. L'Animas pourrait bien être l'initiateur d'une telle réflexion.

Pour alimenter cette réflexion nous prenons le risque de faire les quelques recommandations suivantes sur divers points spécifiques :

Concernant les cibles, il convient à notre avis d'éviter la dispersion et de se concentrer sur la vie sexuelle et reproductive des femmes de 15-49 ans pour la planification familiale. Les actions de sensibilisation et de prévention du VIH/sida, et pour l'éradication de l'excision, ne devraient plus être placées au même niveau de priorité que celles portant sur la vie sexuelle et reproductive des femmes. Concernant les hommes, il faut noter que la majorité des hommes entend toujours conserver leur position dominante actuelle au sein du ménage. Pour cette raison, nous pensons que si des actions en direction des hommes sont nécessaires, elles ne doivent pas non plus être placées au même niveau de priorité que les actions en direction des femmes. Par contre, même si la scolarisation nécessaire de la jeune fille est davantage la responsabilité des intervenants du champ éducatif, elle doit continuer à rester un thème majeur des actions en matière de planification familiale.

Concernant les messages, ceux-ci devraient abandonner/bannir les références à l'espacement et à la limitation des naissances, et se concentrer sur l'avenir des femmes, des enfants et de la famille. Il pourrait par exemple se limiter à cinq thèmes prioritaires (comme les doigts d'une main correspondant à la base 5 souvent utilisée pour compter au Niger). Ces thèmes pourraient être par exemple : 1) la maternité à moindres risques, 2) le refus des mariages précoces avant 18 ans, 3) l'importance de l'attention aux enfants en matière affective et nutritionnelle, 4) l'avenir des enfants, et 5) l'autonomisation de la femme au travers de la possibilité pour elles d'avoir des activités génératrices de revenus, ce qui suppose une bonne maîtrise de sa fécondité du début à la fin de sa vie féconde (ce qui inclut l'espacement des naissances, mais aussi la maîtrise de la taille de la famille). La contraception pourrait être ainsi présentée avant tout comme le meilleur moyen d'avoir des enfants sains, capables d'apprendre et de réussir, ce au travers de comportements « responsables » (maternité informée, maternité consciente et non subie), tout en insistant sur le fait qu'avoir des enfants reste un événement heureux pour les femmes et les familles nigériennes, mais un événement qu'il faut anticiper et préparer.

Concernant la distribution à base communautaire (DBC), il convient de faire admettre et reconnaître que celle-ci sera le moteur principal de l'accélération de l'utilisation de la contraception au Niger dans les années à venir, compte tenu de la couverture sanitaire incomplète du pays. Il convient donc de veiller à ce que la gamme de contraceptifs disponibles au niveau communautaire : condoms, pilule et depuis peu injectables soit complète et qu'elle puisse être complétée dès que possible par les implants. Les programmes de DBC devront être aussi les vecteurs privilégiés de la diffusion des nouvelles approches et des nouveaux messages pour les changements de comportements et de normes en matière de reproduction, grâce à la proximité de ses agents avec la population dans les zones les moins bien desservies en services de santé, en transports et donc isolées.

Concernant le personnel, il convient de développer la formation de tous les intervenants sur le terrain : personnels de santé du secteur public et privé et agents de DBC. Il est important de s'assurer que ces prestataires soient eux-mêmes/elles-mêmes réellement convaincu(e)s de l'importance de la planification familiale tout au long de la vie féconde des femmes afin de favoriser leur autonomisation. Tout ceci est également important pour améliorer la relation « client-prestataire », et aussi pour amener tous les prestataires à reconnaître sans discrimination les droits sexuels et reproductifs de tous « les clients », leurs droits aux services, à l'information et à l'éducation sexuelle et reproductive, ce qui n'est pas forcément le cas aujourd'hui. Compte tenu de l'insuffisance de la couverture sanitaire du pays, il est évident que l'augmentation du nombre d'agents de DBC convenablement formés doit constituer une priorité.

Concernant enfin l'environnement politique et religieux vis-à-vis de la planification familiale, il convient de continuer à dialoguer avec les religieux, au niveau national comme au niveau local, en mettant en avant le fait que « Le Coran ne dit pas qu'il faut faire des enfants sans tenir compte de votre capacité à les élever ». Mais il doit être également clair qu'il est illusoire de chercher à avoir l'aval des organisations islamiques nigériennes dont l'hostilité vis-à-vis de toutes formes de maîtrise de la fécondité et de changement du statut de la femme ne s'est jamais démentie au cours des trente dernières années. Il est nécessaire aussi d'affirmer que les personnels de santé, les ONG et le gouvernement ont la liberté de mettre en avant des idées différentes de celles des organisations islamiques nigériennes, sans s'opposer d'ailleurs aux « prescriptions sacro-saintes de l'Islam », comme l'ont fait de nombreux autres pays musulmans.

Tableau 7 Projections de la population totale, du nombre de naissances et de l'accroissement de la population du Niger, 2014-2050 selon diverses d'hypothèses d'évolution de la fécondité

	Hypothèse moyenne	Hypothèse basse	Hypothèse haute	Hypothèse constante
Population totale en millions				
en 2014	19,3	19,1	19,4	19,3
en 2035	41,6	39,6	43,6	44,3
en 2050	69,4	63,3	75,8	86,0
Espérance de vie à la naissance en années				
en 2010-2015	58,1	id.	id.	id.
en 2030-2035	65,8	id.	id.	id.
en 2050-2055	69,2	id.	id.	id.
Nombre moyen d'enfants par femme				
en 2010-2015	7,6	7,3	7,8	7,6
en 2030-2035	6,4	5,9	6,9	7,6
en 2050-2055	4,6	4,1	5,1	7,6
Nombre annuel moyen de naissances en millions				
en 2010-2015	0,9	0,8	0,9	0,9
en 2030-2035	1,7	1,5	1,8	2,0
en 2050-2055	2,6	2,2	3,1	4,8
Accroissement annuel moyen en millions				
en 2010-2015	0,7	0,7	0,7	0,7
en 2030-2035	1,4	1,3	1,6	1,7
en 2050-2055	2,3	1,8	2,8	4,3

Source : United Nations 2013, World Population Prospects 2012 http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm. A noter que la révision 2015 des projections (World Population Prospects 2015) publiée le 29 juillet 2015, donnent des chiffres supérieurs à ceux de la révision 2012. La population totale du Niger en 2035 est ainsi estimée à 42 millions avec l'hypothèse basse et à 45 millions avec l'hypothèse haute. En 2050, elle est estimée à 67 millions avec l'hypothèse basse, à 78 millions avec l'hypothèse haute et à 92 millions avec l'hypothèse fécondité constante.

Tableau 8 Évolution de l'utilisation de la contraception, des besoins satisfaits et du pourcentage de besoins satisfaits pour diverses caractéristiques entre 1992 et 2012

Caractéristiques	Utilisent une méthode en 1992	Utilisent une méthode en 2012	*Augmen-tation /an en point de pourcentage*	Besoins non satisfaits en 1992	Besoins non satisfaits en 2012	*Augmen-tation/an : en point de pourcentage*	% de besoins satisfaits en 1992	% de besoins satisfaits en 2012
Résidence								
Total	4,4	13,9	*0,5*	18,7	16,0	*- 0,1*	19,2	46,5
Rural	2,5	11,3	*0,4*	18,1	15,8	*- 0,1*	12,0	41,7
Urbain	16,4	29,0	*0,6*	22,3	17,3	*- 0,3*	42,4	62,6
Niamey	20,8	33,9	*0,7*	27,7	18,7	*- 0,5*	42,9	64,5
Maradi	6,4	11,2	*0,2*	10,7	11,8	*0,1*	37,4	48,7
Tillabéri	2,2	12,0	*0,5*	27,8	16,9	*- 0,5*	7,4	41,5
Tahoua *	4,9	6,5	*0,1*	17,7	16,0	*- 0,1*	21,7	29,0
Zinder *	1,6	17,2	*0,8*	12,3	14,8	*0,1*	11,6	53,7
Dosso	2,7	18,9	*0,8*	28,0	21,9	*- 0,3*	8,7	46,4
Agadez	-	19,4	-	-	21,1	-	-	47,9
Diffa	-	12,1	-	-	19,3	-	-	38,6
Niveau d'éducation								
Non scolarisées	3,5	12,0	*0,4*	18,1	15,9	*- 0,1*	16,1	43,0
Primaire	12,0	20,5	*0,4*	26,1	17,5	*- 0,4*	31,5	53,8
Secondaire +	34,4	32,3	*- 0,1*	22,6	15,7	*- 0,3*	60,3	67,3
Quintile de richesse								
Les plus pauvres	-	9,9	-	-	17,7	-	-	35,8
Niveau moyen	-	9,8	-	-	15,2	-	-	39,3
Les plus aisés	-	25,8	-	-	15,9	-	-	61,9

Groupe d'âge								
15-19	2,2	7,0	*0,2*	16,2	13,1	*- 0,2*	11,8	34,9
20-24	5,4	14,7	*0,5*	18,4	18,4	*0,0*	22,7	44,4
25-29	5,4	17,9	*0,6*	22,9	16,4	*- 0,3*	19,0	52,2
30-34	5,4	16,9	*0,6*	18,8	16,2	*- 0,1*	22,5	51,0
35-39	4,7	16,4	*0,6*	19,3	13,6	*- 0,3*	19,4	54,7
40-44	3,4	9,7	*0,3*	18,0	18,9	*0,0*	15,8	33,8
45-49	2,0	3,9	*0,1*	10,1	14,1	*0,2*	16,6	21,6

Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

** Les résultats pour 1992 regroupent Tahoua/Agadez et Zinder/Diffa, et ceux de 2012 portent seulement sur Tahoua et Zinder.*

On notera que la demande totale exprimée pour chaque catégorie est égale à la somme des femmes en union qui utilisent une méthode et de celles qui ont un besoin non satisfait. Il s'agit pour 1992 de la somme de la 1ère colonne et de la 4e colonne, et pour 2012 de la somme de la 2e colonne et de la 5e colonne).

Tableau 9 Évolution de l'utilisation de la contraception, des besoins non satisfaits et de la demande totale en planification familiale selon le besoin : arrêt ou espacement, pour diverses caractéristiques entre 1992 et 2012.

Caractéristiques	Utilisent une méthode pour arrêter en 1992	Utilisent une méthode pour arrêter en 2012	Besoins non satisfaits pour arrêter en 1992	Besoins non satisfaits pour arrêter en 2012	Ensemble de la demande pour espacer en 1992	Ensemble de la demande pour espacer en 2012	% de la demande pour espacer en 1992	% de la demande pour espacer en 2012
Résidence/région								
Total	0,7	1,6	3,1	2,7	19,4	25,7	84,0	86,0
Rural	0,2	1,1	2,9	2,5	17,5	23,5	85,4	86,7
Urbain	3,6	4,4	4,3	3,9	30,7	38	79,3	82,1
Niamey	6,1	5,1	7,5	4,8	35,0	42,7	72,0	81,3
Maradi	0,3	0,9	1,9	1,8	14,9	20,3	87,1	88,3
Tillabéri	0,4	0,9	3,4	3,0	26,3	25	87,4	86,5
Tahoua *	0,4	0,9	3,5	1,7	18,7	19,9	82,7	88,4
Zinder*	0,3	1,9	2,1	3,1	11,6	26,8	83,5	84,0
Dosso	0,6	2,5	3,9	3,9	26,1	34,3	85,0	84,1
Agadez	-	3,9	-	4,2	-	32,5		80,0
Diffa	-	0,3	-	1,1	-	30,1		95,9
Niveau d'éducation								
Non scolarisées	0,5	1,4	3,1	2,7	18,0	23,7	83,3	85,3
Primaire	2,3	1,9	3,0	2,0	32,7	34,1	85,8	89,7
Secondaire +	4,4	3,7	3,6	2,8	49,1	41,5	86,1	86,6
Quintile de richesse								
Les plus pauvres	-	0,7	-	3,3	-	23,6		85,5
Niveau moyen	-	1,6	-	2,5	-	20,9		83,6

Les plus aisés	-	3,5	-	2,9	-	35,4		84,7
Groupe d'âge								
15-19	0	0	0,3	0,2	18,1	19,9	98,4	99,0
20-24	0,1	0,3	0,8	0,2	22,9	32,5	96,2	98,5
25-29	0,3	0,3	1,7	0,4	26,3	33,6	92,9	98,0
30-34	0,5	1,9	3,1	1,6	20,5	29,6	84,7	89,4
35-39	1,6	3,6	5,9	4,0	16,5	22,3	68,8	74,3
40-44	2,0	4,7	9,4	10,8	9,9	13,1	46,5	45,8
45-49	1,8	2,8	6,0	9,3	4,4	5,8	36,4	32,4

Source : Enquêtes EDS Niger, STATcompiler http://www.statcompiler.com/

** Les résultats pour 1992 regroupent Tahoua/Agadez et Zinder/Diffa, et ceux de 2012 portent seulement sur Tahoua et Zinder.*

ANNEXES : DEUXIÈME PARTIE

Tableau 10 Répartition en pourcentage par groupe d'âge, état matrimonial et niveau d'instruction des femmes de 15-49 ans dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012.

	CAP 2013						EDSN-MICS 2012		
	Zones rurales Animas-			**Total rural : régions**			**Ensemble Niger**		
Caractéristiques	**Maradi**	**Tahoua**	**Tillabéri**	**Maradi**	**Tahoua**	**Tillabéri**	**Rural**	**Urbain**	**Total**
Groupe d'âge									
15-19	17,5	23,0	16,5	16,6	16,9	13,8	15,7	19,5	16,4
20-24	16,9	18,0	14,9	16,8	18,6	15,0	17,5	19,4	17,8
25-29	21,1	19,7	17,2	21,0	18,7	20,9	20,6	19,3	20,4
30-34	18,5	14,4	20,4	15,7	17,0	17,5	17,1	14,2	16,6
35-39	13,4	9,4	16,5	13,6	12,6	15,2	13,1	12,2	12,9
40-44	8,5	10,4	8,7	9,0	8,0	9,4	8,8	9,0	8,9
45-49	4,1	5,1	5,8	7,4	8,3	8,1	7,1	6,5	7,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
État matrimonial									
Célibataire	1,5	2,3	1,9	3,4	5,6	5,3	4,5	22,8	7,9
Mariée, en union	97,9	94,7	96,1	95,1	90,3	92,3	92,8	69,3	88,4
Divorcée ou veuve	0,6	3,0	1,9	1,5	3,9	2,2	2,6	7,6	3,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Niveau d'éducation									
Aucun	80,8	85,1	67,0	87,7	92,1	81,5	87,8	46,3	80,0
Primaire	16,1	10,9	29,1	9,0	6,0	13,4	9,0	21,9	11,4
Secondaire ou plus	3,1	4,1	3,9	3,2	1,9	4,9	3,1	31,5	8,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs enquêtés	715	395	309	2 108	2 211	1 308	9 065	2 095	11 160

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Tableau 11 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans en union ayant entendu parler d'au moins une méthode de contraception dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012.

	CAP 2013						EDSN-MICS 2012		
	Zones rurales Animas			Total rural : régions			Ensemble Niger		
Types de méthode	Maradi	Tahoua	Tillabéri	Maradi	Tahoua	Tillabéri	Rural	Urbain	Total
Une méthode quelconque	98,2	97,0	96,4	88,2	89,8	94,8	89,4	97,7	90,6
Une méthode moderne (y compris Mama)	98,1	96,8	96,6	86,0	86,8	94,5	85,8	97,0	86,8
Stérilisation féminine	63,6	67,9	70,0	43,2	35,4	37,2	33,7	51,6	36,3
Stérilisation masculine	21,3	51,1	34,3	5,1	1,2	15,6	5,0	11,9	6,1
Pilule	97,3	94,1	93,3	83,0	83,9	93,6	82,5	96,4	84,6
DIU	47,6	39,3	73,1	15,5	16,4	29,2	15,2	89,6	19,6
Injectable	94,9	91,4	90,2	71,5	73,9	80,5	73,2	89,6	75,6
Implant	75,6	58,8	81,8	22,0	13,6	37,2	18,6	64,6	25,4
Condom masculin	84,6	77,0	76,4	51,2	51,1	71,8	48,4	77,3	52,7
Condom féminin	56,1	47,1	59,9	8,5	8,0	34,0	12,3	30,0	14,9
Effectifs	***700***	***374***	***297***	***2 004***	***2 001***	***1 211***	***8 425***	***1 457***	***9 882***

Sources: Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Tableau 12 Prévalence de la contraception moderne par méthode (y compris la MAMA) parmi les femmes de 15-49 ans en union dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger en 2012

	CAP 2013			EDSN-MICS 2012					
	Zones rurales Animas			Total rural : régions			Ensemble Niger		
Types de méthode	**Maradi**	**Tahoua**	**Tillabéri**	**Maradi**	**Tahoua**	**Tillabéri**	**Rural**	**Urbain**	**Total**
Aucune méthode	77,1	80,3	85,1	90,2	95,4	88,6	88,7	71,1	86,1
Une méthode moderne (y compris MAMA)	22,6	19,3	15,5	5,6	3,8	11,1	9,7	27,0	12,2
Condom masculin	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Pilule	12,7	5,9	12,1	1,8	2,3	7,2	3,6	17,1	5,6
Injectable	4,7	11,0	2,4	1,6	0,9	2,6	1,8	4,0	2,1
Implants	0,3	0,3	1,0	0,0	0,4	0,3	0,2	1,1	0,3
DIU	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,3	0,1
Stérilisation	0,0	0,7	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,4	0,1
Autres, MAMA	4,5	0,7	0,0	2,0	0,1	0,9	3,9	3,8	3,9
Effectifs	***700***	***374***	***297***	***2 004***	***2 001***	***1 211***	***8 425***	***1 457***	***9 882***

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012 .

Tableau 13 Répartition en pourcentage des méthodes modernes utilisées (y compris la MAMA) par les femmes de 15-49 ans en union dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger en 2012.

	CAP 2013			EDSN-MICS 2012					
	Zones rurales Animas			Total rural : régions			Ensemble Niger		
Méthodes	**Maradi**	**Tahoua**	**Tillabéri**	**Maradi**	**Tahoua**	**Tillabéri**	**Rural**	**Urbain**	**Total**
Condom masculin	1,8	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,2	0,3	0,2
Pilule	56,2	30,6	78,1	33,0	59,7	64,4	37,2	63,3	46,0
Injectable	20,8	57,0	15,5	28,6	23,4	23,0	19,0	14,8	17,5
Implant	1,3	1,6	6,5	0,0	11,7	3,0	1,6	4,1	2,4
DIU	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	1,5	0,2	1,0	0,6
Stérilisation	0,0	4,0	0,0	0,0	2,6	0,0	1,1	2,0	1,0
Autres, MAMA	19,9	4,2	0,0	37,5	2,6	8,1	40,7	14,5	32,3
Sous-total pilule et injectable	77,0	87,6	93,6	61,6	83,1	87,4	56,2	78,1	63,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sous-total pilule et injectable (non compris MAMA).	96,1	91,4	93,6	98,6	85,3	95,1	94,7	91,4	93,8
Effectifs	***700,0***	***374***	***297***	***2 004***	***2 001***	***1 211***	***8 425***	***1 457***	***9 882***

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Tableau 14 Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui lisent un journal, regardent la télévision et écoutent la radio au moins une fois par semaine, dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013, et dans les trois régions d'interventions et au Niger en 2012

	CAP 2013			EDSN-MICS 2012					
	Zones rurales Animas			Total rural : régions			Ensemble Niger		
Types d'exposition	**Maradi**	**Tahoua**	**Tillabéri**	**Maradi**	**Tahoua**	**Tillabéri**	**Rural**	**Urbain**	**Total**
Lit un journal au moins une fois par semaine	1,3	0,8	2,3	0,3	0,3	0,5	0,4	9,7	2,1
Regarde la télévision au moins une fois par semaine	5,4	15,9	28,9	3,0	2,8	11,6	4,5	59,1	14,7
Écoute la radio au moins une fois par semaine	56,9	64,9	77,7	40,8	27,2	56,5	32,3	52,9	36,2
Aucun média au moins une fois par semaine	41,7	32,7	19,1	58,3	71,1	40,1	66,2	27,8	59,0
Effectifs	***715***	***395***	***309***	***2 107***	***2 211***	***1 308***	*9 065*	*2 095*	***11 160***

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Tableau 15 Pourcentages de femmes enquêtées de 15-49 ans en 2013 et 2012 connaissant le VIH/sida, les moyens efficaces pour éviter de contracter la maladie, rejetant les idées erronées sur la transmission du virus, et ayant une « connaissance approfondie du sida » dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012.

	CAP 2013			EDSN-MICS 2012					
	Zones rurales Animas			Total rural : régions			Ensemble Niger		
Types de connaissance	Maradi	Tahoua	Tillabéri	Maradi	Tahoua	Tillabéri	Rural	Urbain	Total
Connaissance générale : ont entendu parler du VIH/sida									
Entendu parler du sida	97,5	91,4	96,8	81,8	82,1	91,5	83,6	96,2	86,0
Moyens efficaces de prévention reconnus									
Utiliser des condoms lors de rapports à risque	74,3	52,9	71,2	45,3	43,2	56,3	46,6	67,3	50,5
Se limiter à un partenaire unique non infecté	86,6	77,7	82,5	68,1	68,0	83,1	66,7	82,8	69,7
Ont cité les deux moyens de prévention suggérés	71,3	48,9	64,4	44,0	40,0	54,8	44,4	64,5	48,2
Connaissance des modes de transmission et rejet des idées erronées									
Oui, une personne paraissant en bonne santé peut avoir le sida	47,8	49,9	34,3	39,1	42,8	29,4	37,7	65,1	42,9
Non, le moustique ne peut pas transmettre le sida	43,1	35,4	46,9	34,2	33,4	30,5	30,8	65,7	37,4
Non, on ne peut pas contracter le sida en partageant la nourriture avec une personne qui l'a	63,1	49,4	52,1	38,9	34,2	38,0	37,2	75,5	44,4
Non, on ne peut pas attraper le sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels	68,4	49,9	76,1	65,0	54,9	60,2	56,9	79,9	61,3
% sachant qu'une personne paraissant	18,0	11,9	10,0	15,1	15,0	7,3	14,4	44,9	20,1

en bonne santé peut être porteuse du virus du sida et rejetant les deux idées locales erronées les plus courantes									
« Connaissance approfondie du sida »	**14,0**	**7,3**	**9,1**	**11,8**	**7,9**	**4,9**	**9,8**	**34,6**	**14,5**
Effectifs	***715***	***395***	***309***	***2 107***	***2 211***	***1 308***	***9 065***	***2 095***	***11 160***

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Tableau 16 Pourcentages de femmes enquêtées de 15-49 ans connaissant les modes de transmission mère-enfant, et le moyen de diminuer ce risque pendant l'allaitement par des médicaments spéciaux dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012

	CAP 2013			EDSN-MICS 2012			EDSN-MICS 2012		
	Zones rurales Animas			Total rural : régions			Ensemble Niger		
Types de connaissance	Maradi	Tahoua	Tillabéri	Maradi	Tahoua	Tillabéri	Rural	Urbain	Total
Le VIH peut être transmis durant la grossesse	71,6	54,9	88,3	49,2	46,4	64,9	51,0	64,4	53,5
Le VIH peut être transmis au cours de l'accouchement	72,3	37,0	77,7	48,7	43,4	57,7	47,5	66,9	51,2
Le VIH peut être transmis pendant l'allaitement	67,4	45,8	78,0	50,7	46,7	61,3	50,7	65,0	53,4
Le risque de transmission de la mère à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux pendant la grossesse	53,1	33,7	61,8	37,0	32,9	42,1	34,8	57,7	39,1
Les deux bonnes réponses sont données : le VIH peut être transmis en allaitant et le risque de transmission maternelle peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux pendant la grossesse	41,1	18,7	51,8	34,6	28,9	36,3	30,3	47,8	33,6
Effectifs	*715*	*395*	*309*	*2 107*	*2 211*	*1 308*	*9 065*	*2 095*	*11 160*

NB : Selon les variables, il peut y avoir quelques valeurs manquantes en nombre très négligeables (par exemple 3 personnes).

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Tableau 17 Pourcentages de femmes enquêtées de 15-49 ans ayant entendu parler du sida selon leurs attitudes de tolérance à l'égard de personnes vivant avec le VIH/sida dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012.

	CAP 2013			EDSN-MICS 2012			EDSN-MICS 2012		
	Zones rurales Animas			Total rural : régions			Ensemble Niger		
Attitudes de tolérance suggérées	**Maradi**	**Tahoua**	**Tillabéri**	**Maradi**	**Tahoua**	**Tillabéri**	**Rural**	**Urbain**	**Total**
Seraient prêtes à prendre soin d'un membre de la famille atteint du sida	60,1	60,9	72,9	51,6	59,0	48,7	54,3	76,6	59,0
Achèteraient des légumes frais à un marchand infecté	30,6	35,2	22,7	14,7	20,2	13,2	16,2	51,6	23,7
Déclarent que si un enseignant a le virus, mais il n'est pas malade, il peut continuer à enseigner	45,3	46,5	39,5	24,8	30,9	26,1	28,0	65,0	35,7
Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état de santé d'un membre de la famille atteint de sida	74,9	47,4	39,8	70,2	42,1	52,5	54,9	33,9	50,5
Femmes ayant exprimé les quatre attitudes de tolérance	22,2	18,2	14,9	5,2	2,7	2,1	3,8	12,8	5,7
Effectifs ayant entendu parler du sida	***697***	***361***	***299***	***1 724***	***1 815***	***1 198***	***7 582***	***2 013***	***9 595***

NB : Selon les variables, il peut y avoir quelques valeurs manquantes en nombre très négligeables (par exemple 3 personnes).

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.

Tableau 18 Répartition en pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant entendu parler de l'excision, ayant été excisées et donnant leur opinion sur l'excision dans les zones d'interventions de l'Animas en 2013 et dans les régions rurales des trois régions d'interventions et au Niger en 2012

	CAP 2013			EDSN-MICS 2012			EDSN-MICS 2012		
	Zones rurales Animas			Total rural : régions			Ensemble Niger		
Types de connaissances	**Maradi**	**Tahoua**	**Tillabéri**	**Maradi**	**Tahoua**	**Tillabéri**	**Rural**	**Urbain**	**Total**
Ont été excisées	**0,3**	**4,6**	**6,1**	**0,3**	**1,2**	**9,7**	**2,1**	**1,2**	**2,0**
Ont entendu parler de l'excision	**44,3**	**50,9**	**88,7**	**22,3**	**28,9**	**66,8**	**33,7**	**68,3**	**40,2**
Effectifs de toutes les femmes	***715***	***395***	***309***	***2 107***	***2 211***	***1 308***	***9 066***	***2 094***	***11 160***
Opinion sur le maintien de l'excision (femmes ayant entendu parler de l'excision)									
Maintien	**0,6**	**30,8**	**2,2**	**4,2**	**10,0**	**2,3**	**7,2**	**2,0**	**5,6**
L'excision doit disparaître	**62,5**	**46,3**	**87,2**	**69,1**	**73,2**	**94,2**	**78,3**	**91,1**	**82,4**
Cela dépend	**0,9**	**3,5**	**1,5**	**5,5**	**10,7**	**2,3**	**6,3**	**2,7**	**5,2**
Ne savent pas	**36,0**	**19,4**	**9,1**	**21,2**	**6,1**	**1,3**	**8,1**	**4,2**	**6,8**
Effectifs des femmes ayant entendu parler de l'excision	***317***	***274***	***201***	***472***	***638***	***873***	***3 054***	***1 430***	***4 484***

NB : Selon les variables, il peut y avoir quelques valeurs manquantes en nombre très négligeables (par exemple 3 personnes).

Sources : Exploitation des données brutes de la CAP 2013 et de l'EDSN-MICS 2012.