

Title: Trends And Inequalities In Use Of Modern Contraception In Niger.

Auteurs: Ibrahim Maazou¹, Rachida Harouna², Sokhna Thiam³, Mahamadou Alzouma¹, Yahaya Mahamadou², Roland Mady⁴, Lamou Ousseini Youssoufa¹, Agbessi Amouzou⁴, Almamy Malick Kante⁴

Affiliations :

Institut National de la Statistique du Niger¹

Ministère de la Santé publique, de la Population et des Affaires Sociales du Niger²

African Population Health Research Center³

Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health⁴

Sigles et abréviations

EDS	: Enquêtes Démographiques et de Santé
ENAFEME	: Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de moins de 5 ans
ENISED	: Enquête Nationale sur les Indicateurs Sociodémographiques
FS	: Formation Sanitaire
MLDA	: Méthodes de Longue Durée d'Action
MSP/P/AS	: Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales
ODD	: Objectifs de Développement Durable
PANB	: Plan d'Action National Budgétisé
PDES	: Plan de Développement Économique et Social
PF	: Planification Familiale
PMA	: Performance Monitoring for Action
SARA	: Services Availability and Readiness Assessment
SR	: Santé de la Reproduction
TPCm	: Taux de Prévalence Contraceptive moderne
TUCm	: Taux d'Utilisation de la Contraception moderne

ABSTRACT

Background

Niger has the highest fertility rate in the world with little reduction over the past three decades due to high adolescent fertility and low use of modern contraceptive. This study aims to explore modern contraceptive prevalence rate (mCPR) trends and variations among social, demographic, economic, and residential characteristics to understand the underlying mechanisms of fertility reduction.

Methods

We used Niger's national household surveys data from 1992 to 2023 and routine data from 2017 and 2023. We employed regression analysis to determine factors associated with modern contraceptive use and to project mCPR trends and estimate mCPR by 2030 using projections model from family planning estimation tool (FPET).

Results

The findings indicate mCPR increased from 2.3% to 13.5% between 1992 and 2023 among women in union and 0.9% to 8.1% among adolescents during the same period. The FPET model revealed that Niger will achieve a mCPR of 16.4% by 2030 if the current trends is maintained. Women aged 20-29 were also more likely to use modern contraception compared to women under 20-year-olds (adjusted Odds Ratio, aOR: 2006: 2.54, 95% confidence interval, CI=1.66-3.89 and 2021: aOR=1.63, 95%CI=1.10-2.43). The mCPR was four-fold among women in the highest wealth quintile than women in the lowest quintile. For every one-year increased education attainment, the mCPR increased by about 5%. Women in rural areas were less likely to use contraception compared to women in urban areas (aOR: 1992: 0.28, 95%CI=0.13-0.62 and 2015: aOR=0.50, 95%CI=0.31-0.80).

Conclusions

This research enriches family planning literature in sub-Saharan Africa, where fertility remains the highest in the world. The findings showed that the annual rate of increase of mCPR is less than 1% in Niger since 1992. Adolescent girls, rural women and those socioeconomically disadvantaged used less the modern contraception. To reduce high fertility in Niger, family planning program implementers must strengthen efforts in reaching disadvantaged groups but also continue ensuring greater access to their counterparts.

1. Introduction

Le Niger s'est engagé à améliorer l'accès de la population aux services et à l'information en matière de Planification Familiale (PF) en procédant à la mise en œuvre des recommandations des différentes rencontres internationales (Partenariat de Ouagadougou, les Objectifs de Développement Durable (ODD), etc.). Cet engagement s'est traduit par l'intégration des stratégies de la PF dans l'élaboration des plans nationaux de développement, en particulier, le Plan d'Action National Budgétisé (PANB 2021-2025) pour la PF. Les objectifs assignés au PANB orientent les interventions qui doivent être faites pour atteindre les différentes cibles et assurer que les ressources limitées sont allouées aux domaines qui ont le potentiel le plus élevé pour accroître le Taux de Prévalence Contraceptive moderne (TPCm) au Niger. Le PANB 2021-2025 vise à :

- accroître la demande d'informations et de services de PF auprès des femmes dans les centres de métiers et d'apprentissage et les organisations féminines, les coopératives agricoles et surtout auprès des adolescents et des jeunes à travers les lignes vertes et dans les Centres d'éducation, de Conseils et d'orientation pour les Jeunes en améliorant l'environnement favorable à la PF grâce à un engagement fort de l'ensemble des acteurs clés du Niger.
- garantir la couverture en offre de services de PF et d'accès aux services de qualité en renforçant la capacité des prestataires publics, privés et communautaires et en ciblant les jeunes des zones rurales et enclavées avec l'élargissement de la gamme des méthodes, y compris la mise à l'échelle des Méthodes de Longue Durée d'Action (MLDA) et planification familiale post-partum, l'amélioration des services et prestations adaptés aux besoins des jeunes notamment dans les infirmeries scolaires et universitaires sans oublier la prise en charge de la PF intégrée dans les autres services de Santé de la Reproduction (SR) et une meilleure implication du privé ;
- assurer la sécurisation des produits contraceptifs en tout temps et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et leur disponibilité par le renforcement des capacités en quantification, en planification des approvisionnements, en gestion de la chaîne d'approvisionnement et de la logistique de PF à tous les niveaux ;
- garantir un environnement favorable pour la PF à travers le renforcement des activités de plaidoyer auprès des décideurs, la distribution et la mise en œuvre des documents politiques, normes et protocoles de PF ainsi que le renforcement et la pérennisation du financement de la PF au Niger ;
- renforcer le cadre de coordination des acteurs de la PF à tous les niveaux et améliorer le suivi et l'évaluation en renforçant le système de collecte et de traitement des données, les audits, les supervisions et spots check.

Pour atteindre ces objectifs, le Gouvernement du Niger, à travers le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS), a demandé l'engagement des acteurs clés à tous les niveaux (directions régionales, districts sanitaires, centres de santé intégrés, cases de santé, sites de distribution à base communautaire, autres secteurs ministériels porteurs des indicateurs de la PF, secteur privé de la santé, organisations de la société civile, partenaires techniques et financiers, et organisations non gouvernementales) à une meilleure synergie des interventions pour faciliter l'accès de tous aux services de PF, particulièrement aux jeunes et aux adolescents.

Par ailleurs, en vue de suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des activités de PF au Niger, trois (3) principaux indicateurs liés à la PF ont été définis comme cibles prioritaires pour évaluer la performance du système dans le Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2022-2026. Ces

indicateurs concernent le taux d'utilisation¹ de la planification familiale (données de routine), la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union et les besoins non satisfaits en planification familiale (enquêtes auprès des ménages).

Tableau 1 : Niveau (en %) des indicateurs de planification familiale cibles du PDES 2022-2026 Niger

N°	Indicateurs	2022	2023	2024	2025	2026
1	TPCm	12,5	15,0	17,4	19,9	22,4
2	Besoins Non Satisfaits (BNS) en PF	17,8	15,9	13,9	12,0	10,1
3	Taux d'utilisation de la PF	19,3	24,3	29,3	34,3	39,3

Source : PDSS 2022-2026

L'idée sous-jacente est qu'une bonne performance de ces indicateurs permettra de réduire voire maîtriser la fécondité, un préalable à la transition démographique (Guengant, Kamara, Metz et Okoudjou, 2011).

¹ Il est calculé en fin d'année en rapportant le nombre total des femmes utilisant les services de la SR et qui sont sous contraception moderne (Total acceptrices ou utilisatrices) et le total des femmes en âge de procréer de l'aire de santé. Il ne fait pas de distinction ni sur l'état matrimonial des clientes ni du statut de résidence. Par ailleurs, le numérateur peut contenir des femmes dont l'âge est hors des limites des 15-49 ans et des femmes des pays voisins qui utilisent les services de santé situés dans les localités frontalières.

2. Problématique

Au cours des trois dernières décennies, le Niger a réalisé d'importants investissements pour rapprocher les populations des centres de santé par la construction des infrastructures de proximité (cases de santé, centres de santé intégrés), la formation des agents de santé qualifiés et l'acquisition des matériels et produits sanitaires de première nécessité. Cela a eu pour corolaire une amélioration de l'état global de santé des populations nigériennes en particulier la réduction de la mortalité infanto-juvénile qui est passée de 273‰ en 1992 à 123‰ en 2021. Une étude réalisée entre 1998 et 2009 a mis en évidence une baisse de mortalité infanto-juvénile de 5,1% par an (A. Amouzou, O. Habi, K.Bensaïd, et *al.*, 2012). Pendant la même période, la fécondité est restée stable à un niveau élevé autour de 7 enfants par femme de 1992 à 2015 et est passé à 6,2 enfants par femme en 2021 ; cela malgré les efforts réalisés dans la sensibilisation des populations sur la maîtrise de la fécondité et la mise à disposition des produits contraceptifs gratuits et de qualité. L'enquête réalisée (PMA 2023) montre que les niveaux attendus des indicateurs de la PF (TPCm (13,5%) et des BNS (19,2%)) par le cadre de mesure de résultat du PDES en 2023 n'ont pas pu être atteints.

Eu égard à ce constat, la présente étude se propose de répondre aux questions de recherche suivantes :

- quels sont les progrès réalisés dans la mise à disposition et l'accessibilité géographique des produits contraceptifs au Niger ?
- quels sont les niveaux, tendances et déterminants du TPCm ?
- quelle est la dynamique qui sous-tend les changements dans l'utilisation des méthodes conceptives chez les clientes ?
- quelle est la contribution des adolescentes (15-19 ans) dans l'utilisation de la PF au Niger ?
- quels sont les obstacles liés à l'approvisionnement, l'utilisation et à la gestion des produits contractifs et des clientes de PF ?

3. Méthodologie de l'étude

3.1. Sources des données

Cette étude sera basée essentiellement sur l'exploitation des données d'enquêtes existantes et la revue des études et documents administratives disponibles. Comme données, elle utilisera :

- les enquêtes auprès des ménages permettant d'estimer la prévalence contraceptive au Niger, les besoins non satisfaits et l'ISF de 1992 à 2023. Il s'agit principalement des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), de l'Enquête Nationale sur les Indicateurs Sociodémographiques de 2015 (ENISED), des enquêtes annuelles Performance Monitoring for Action (PMA) de 2016 à 2023 et de l'Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfant de moins de 5 ans (ENAFEME) de 2021 ;
- les données de routine du DHIS2 portant sur les informations collectées auprès de toutes les formations sanitaires publiques et certaines formations privées sur les quantités des produits distribuées aux clients dans les formations sanitaires ainsi que les utilisateurs des méthodes consignés dans les registres des services. Ces informations sont reportées au niveau de chaque découpage sanitaire dans l'outil DHIS2 et agrégées au niveau national.
- Les études et documents stratégiques du MSP/P/AS réalisés sur les approvisionnements et la gestion des produits contraceptifs ; les stratégies mises en œuvre pour atteindre les populations cibles.

3.2. Analyses

Cette étude comportera une analyse situationnelle de l'offre des services de planification familiale, des analyses des données d'enquêtes et de routine. Ainsi, les documents et études existants sur la PF au Niger seront exploités et une synthèse sera réalisée pour identifier les forces et faiblesses de l'offre de la PF.

Aussi, une analyse descriptive sur le niveau et la tendance des indicateurs du PDES de la PF pour mettre en évidence les progrès réalisés dans le domaine. En plus, les données panels des phases 1 à 3 de l'enquête PMA seront utilisées pour analyser la dynamique dans l'utilisation des méthodes contraceptives. Les modèles de régression logistique binaire (pour la PF) et poisson (pour la fécondité) seront utilisés pour identifier les déterminants de l'utilisation contraceptive avec un accent sur les adolescentes. Ces modèles seront validés sous réserves de la vérification, entre autres, de la significativité globale du modèle et la non nullité des coefficients.

Nous utiliserons l'outil *FPET* pour retracer les tendances du TPCm au niveau national et sous-national (par région and résidence) et pour faire des projections de l'indicateurs jusqu'en 2030 en combinant données d'enquêtes et de routine.

4. Services de la planification familiale

4.1. Stratégie de communication aux clients

Les prestataires jouent un rôle crucial dans le système de santé, particulièrement pour leur interaction avec les clients. Ainsi, la stratégie développée de changement de comportement des prestataires vise à les influencer positivement en agissant sur les facteurs catalyseurs (les valeurs et normes sociales, la supervision, les compétences, etc.) et en offrant des solutions pour améliorer leur comportement.

Pour avoir des résultats rapides, un processus d'élaboration des supports de communication basé sur la conception comportementale a été enclenché. Cette approche présente les prestataires comme des personnes à influencer et à soutenir, plutôt qu'un problème à régler. Ainsi, à travers l'outil dit de « promesse » (boîte à suggestions), l'occasion est donnée aux clients d'évaluer les prestataires pour savoir s'ils leur ont donné suffisamment d'informations pour prendre la meilleure décision concernant leur méthode contraceptive ; d'où cette idée de feed-back avec les tickets et les boîtes de vote.

4.2. Les défis liés à l'offre des services PF

Le Niger s'est engagé à améliorer l'accès aux services et à l'information en matière de PF. Depuis lors, des progrès significatifs ont été réalisés en matière d'accès à la contraception moderne. Ces progrès ont abouti à l'augmentation du TPCm. On peut affirmer que d'énormes défis et insuffisances persistent et doivent être pris en compte pour atteindre les objectifs ambitieux de PF et améliorer l'environnement sanitaire et économique du Niger.

Au nombre de ces défis (PANB 2021-2025, p31), figure :

- la faible accessibilité géographique des populations aux services de PF de qualité plus particulièrement les femmes en zones périurbaines et rurales ;
- l'insuffisance dans la disponibilité des produits contraceptifs au dernier kilomètre ;
- le renforcement de l'offre des services PF en stratégies mobile et avancée en collaboration avec les OSC dans chaque région ;
- le renforcement de la mise en œuvre de la délégation des tâches de la PF au niveau communautaire, dans les formations sanitaires et des officines privées ;
- le renforcement de l'intégration de la PF dans les autres postes de soins (Soins en post-partum, SAA, VIH/sida, paludisme, nutrition, les populations clés, etc.) ;
- le renforcement du marketing social des produits contraceptifs et l'implication du privé commercial ;
- l'intégration de l'offre des services de PF dans les infirmeries scolaires et les espaces dédiés à l'accès aux services de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) aux adolescents et jeunes en milieu scolaire et extrascolaire.
- la déclaration mensuelle des produits contraceptifs pour le suivi ;
- le renforcement des capacités des acteurs en système d'information de gestion logistique et des données de consommation des produits contraceptifs des structures sanitaires ainsi que la formation des prestataires sur la définition des indicateurs ;
- la mise à jour des fiches cliniques et le suivi régulier de la cohorte ;

5. Analyse des principaux résultats

Cette section explore les différentes sources des données (enquêtes et routine) pour retracer les tendances des indicateurs cibles de la PF du PDES à travers une analyse descriptive et explicative.

5.1. Analyse de la prévalence contraceptive

5.1.1. Complétude et qualité des données DHIS

5.1.1.1. La complétude

Le taux de complétude, qui mesure la proportion des formations sanitaires offrant la PF ayant rapporté les informations y afférentes au système, a toujours été autour de 100% au Niger. En effet depuis 2017, date de démarrage de rapportage de données de routine dans le DHIS2, ce taux est resté à 100% auprès de toutes les formations sanitaires (annuaire MSP/P/AS, 2022).

5.1.1.2. Qualité des données DHIS2

La réussite d'un programme passe nécessairement par un suivi rigoureux et régulier des activités programmées. L'un des défis auxquels les données factuelles collectées aux sites de prestations sont confrontées est qu'il y a un manque de personnel capable d'analyser et de valider ces données aux niveaux directement supérieurs des sites de prestation. Cela aurait eu comme effet, de réduire certaines erreurs commises au niveau des centres offrant les services de PF (double compte, la compréhension des items dans les supports des collectes, les erreurs de saisie, etc.).

Afin d'améliorer la qualité des données plusieurs problèmes concernant la gestion des utilisatrices totales de contraception moderne constatés (Rapport d'analyse des données de la planification familiale 2023) doivent être relevés Il s'agit entre autres :

- Discordance entre les données (supports primaires et logiciel DHIS2) ;
- Difficulté à synthétiser les données ;
- Mauvaise gestion de données (non mise à jour des fiches cliniques des utilisatrices au niveau des points de prestations de service, déperdition des données des relais communautaires, non-respect du principe une femme-une fiche, sur-rapportage des utilisatrices dans le DHIS2) ;
- Rupture des fiches cliniques;
- Méconnaissance des indicateurs et des supports.

Le MSP/P/AS a déjà entrepris des renforcements de capacités du personnel en charge de statistiques sanitaires et mieux gérer la chaîne d'approvisionnement des produits contraceptifs.

5.1.2. Gamme de produits offerts

Le PANB de la PF 2021-2025 place la sécurisation des contraceptifs au cœur des interventions majeures. Il vise la disponibilité des produits contraceptifs au dernier kilomètre afin de permettre à chaque usager du programme de choisir, d'obtenir et d'utiliser des produits de qualité au moment où il en a besoin.

Les principaux produits contraceptifs offerts au Niger sont composés en grande majorité des méthodes de courte durée d'action (pilules, préservatifs, injectables, MAMA, méthodes des jours fixes) et des méthodes de longue durée d'action (implants, DIU, stérilisation).

L'injectable, en particulier le Sayana Press, constitue le produit contraceptif qui est de plus en plus mis à l'échelle avec l'option de l'auto-injection² pour stimuler le TPCm. Aussi, ces dernières années, le MSP/P/AS a renforcé les capacités des agents de santé dans la pose et le retrait des méthodes modernes de longue durée (DIU et implant).

Tableau 2 : Quantités distribuées des produits contraceptifs au Niger entre 2018 et 2022

Produits de planification familiale distribués aux clients		2018	2019	2020	2021	2022
Méthodes à long terme et permanentes						
Stérilisation	Ligature des trompes	0	0	0	0	1 935
DIU	Copper- T 380-A DIU	7 945	13 714	10 464	86 585	8 765
Implant	Implant de 3 ans (Implanon, Levoplant)	93 378	102 626	117 499	118 888	89 085
	Implant de 5 ans (Jadelle)	26 731	32 147	41 495	35 210	42 052
Méthodes à court terme						
Produits injectables	Depo Provera (DMPA)	824 007	774 640	557 121	479 151	323 324
	Sayana Press	159 302	230 480	400 668	367 074	493 427
Pilule	Oraux combinés (COC)	1 815 975	1 462 683	1 446 896	1 394 175	1 290 813
	Progestatifs seul (POP)	1 116 043	846 499	703 059	652 064	621 486
Préservatifs	Préservatifs masculin	290 207	384 205	351 332	390 927	402 317
	Préservatifs féminin	14 355	15 423	9 497	10 951	5 873
Autres Méthodes Modernes	MAMA	1 275	1 912	945	4 511	22 780
	MJF (Jours fixes)	129	1 411	534	318	631
Contraception d'urgence	CU	0	0	0	0	15 134

Source : Extrait des données de PF du DHIS2 entre 2018 et 2022

Ainsi, selon les résultats de l'enquête sur l'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé au Niger (SARA³) réalisée en 2019 sur l'ensemble du territoire auprès de 425 Formations Sanitaires (FS) publiques et privées, les services de planification familiale sont disponibles dans au moins huit formations sanitaires sur dix (Rapport final enquête SARA 2019, p20-21). L'offre de la PF est plus importante dans les FS publiques (97%) alors que seulement 25% des FS privées fournissent des services de PF. Il s'agit principalement des pilules contraceptives orales combinées offertes par 82% des formations sanitaires suivies des pilules contraceptives progestatives (80%), des implants (76%) et des contraceptifs injectables progestatifs (76%), le préservatif masculin (71%). De plus, 59% des formations sanitaires offrent l'injectable combiné, le préservatif féminin (54%), et le dispositif contraceptif intra-utérin (47%). Les méthodes rarement offertes sont la méthode collier (3%), la pilule d'urgence (13%), la stérilisation féminine (3%) et la stérilisation masculine (2%).

Pour assurer la disponibilité des produits en temps réel dans les FS, un rapport mensuel de complétude est réalisé au niveau de chaque FS et des centrales de produits afin de :

- identifier celles qui sont en excédant de stock afin de le réaffecter ailleurs ;
- identifier les FS en rupture de stock ou à risque de rupture en vue de préparer leur réapprovisionnement.

Cependant, dans les faits, les supports de gestion de stocks sont mal ou très peu renseignés (clientèles perdues de vue gardées encore utilisatrices dans les registres, des enregistrements sont effectués pour des nouvelles utilisatrices pour des clientes référés dans les centres de référence créant ainsi des doublons, etc.)⁴. A cela s'ajoutent, les problèmes de transport des produits au dernier kilomètre et ce, même lorsque les commandes ont été effectuées par les centres de santé de proximité.

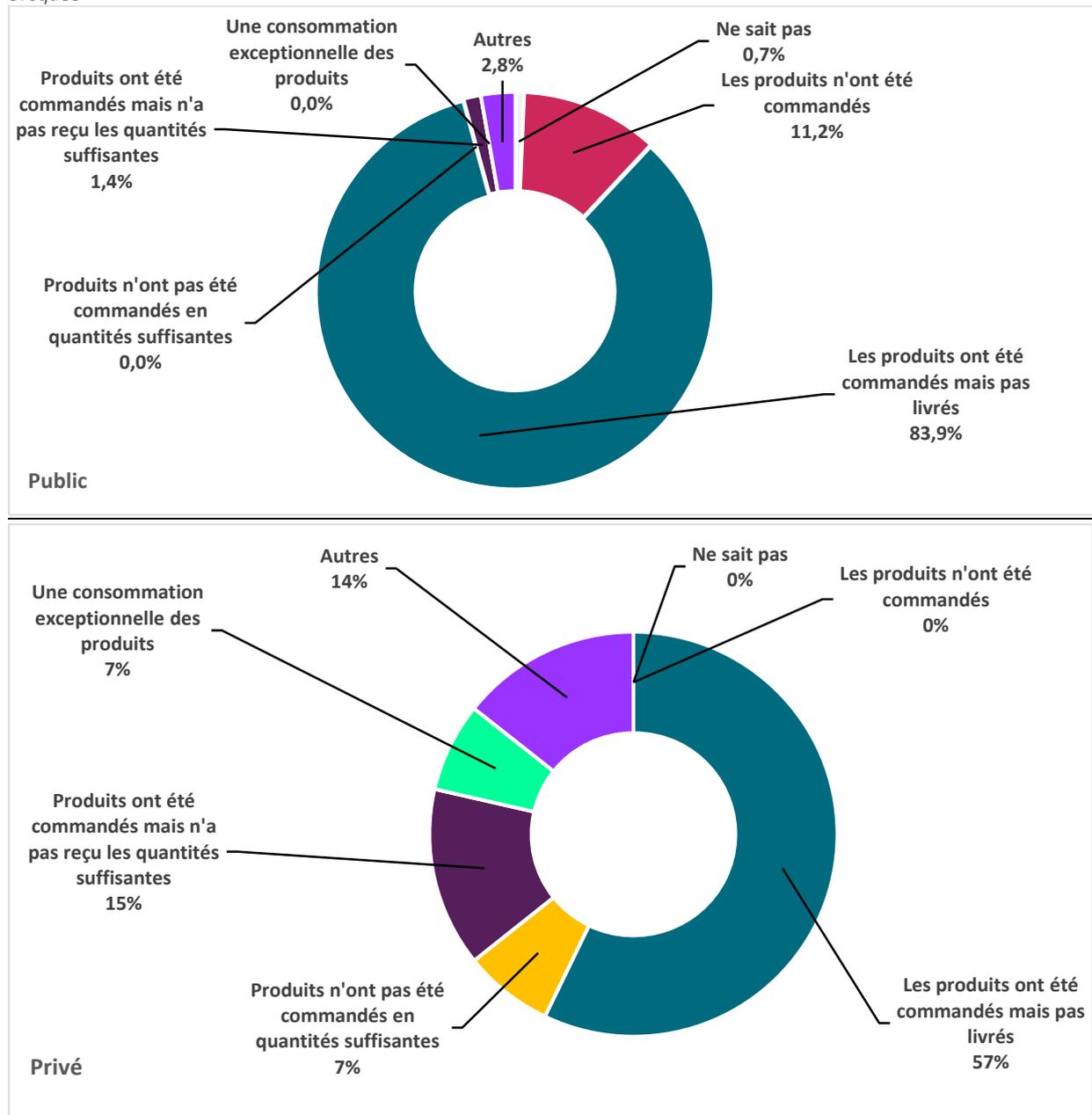
² Arrêté ministériel 00098/MSP/SG/DGSR/DFD du 19 novembre 2020.

³ Services Availability and Readiness Assessment

⁴ Rapport de mission sur l'évaluation de la qualité des données de la PF, 2022

Les résultats de l'enquête PMA phase 3 confirment ces difficultés dans les gestions des stocks. En effet, tant pour les formations sanitaires publiques que privées, les épisodes de rupture de stocks surviennent principalement parce que la livraison n'a pas été faite à temps (84% dans le public et 57% dans le privé). Ensuite, les ruptures de stocks interviennent parce que les commandes n'ont pas été lancées dans les centres de santé publics (11% des épisodes de ruptures) ; dans les centres de santé privés même si les produits sont commandés, ils ne sont pas livrés en quantités suffisantes (14% des épisodes).

Graphique 1 : Répartition des épisodes de rupture de stock dans les formations sanitaires par type selon la principale raison évoquée



Sources : PMA Phase 3, 2023

5.1.3. Prévalence contraceptive moderne

L'utilisation des méthodes contraceptives au Niger est saisie à travers deux indicateurs. Il s'agit du Taux de Prévalence Contraceptive moderne⁵ (TPCm) chez les femmes de 15-49 ans en union et du Taux d'Utilisation de la Contraception moderne (TUCm)⁶.

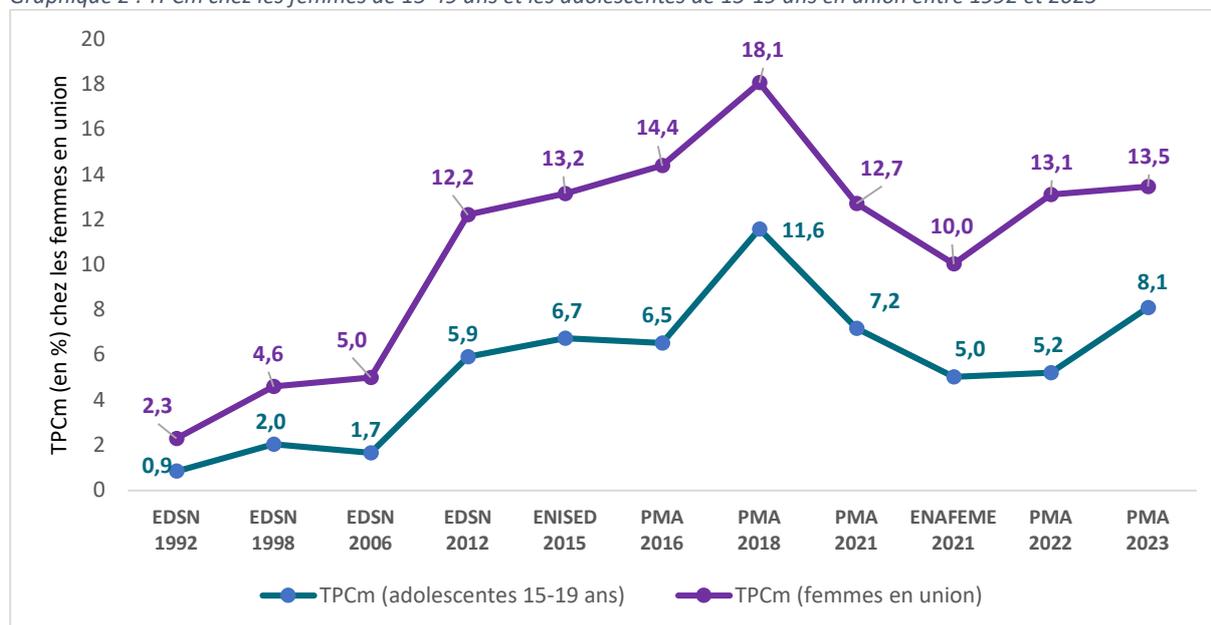
5.1.3.1. Niveaux et tendances de la prévalence contraceptive moderne

Globalement, le TPCm chez les femmes en union a connu une légère tendance à la hausse entre 2012 et 2023. Cette tendance cache toutefois d'importantes fluctuations au cours du temps. En effet, la courbe du TPCm présentait une pente positive entre 1992 et 2017, passant ainsi de 2,3% à 18,1%. A partir de 2018, le TPCm a entamé une baisse pour atteindre 10% en 2021 avant de repartir à la hausse.

Chez les adolescentes de 15-19 ans en union, le TPCm a la même tendance que celle de toutes les femmes en union. Il est passé de 5,9% en 2012 à 11,6% en 2017, puis 5% en 2021 pour revenir à 8,1% en 2023. Ce qui met en évidence une importante contribution des adolescentes dans le TPCm global.

Tant pour toutes les femmes en union que pour les adolescentes en union, le niveau du TPCm de 2018 apparait comme exceptionnel par rapport aux autres années. Cette année a marqué le début de l'introduction de l'injectable intramusculaire (Sayana Press) dans certaines régions du Niger.

Graphique 2 : TPCm chez les femmes de 15-49 ans et les adolescentes de 15-19 ans en union entre 1992 et 2023



Sources : EDSN 1992-2012, ENISED 2015, PMA 2016-2023 et ENAFEME 2021.

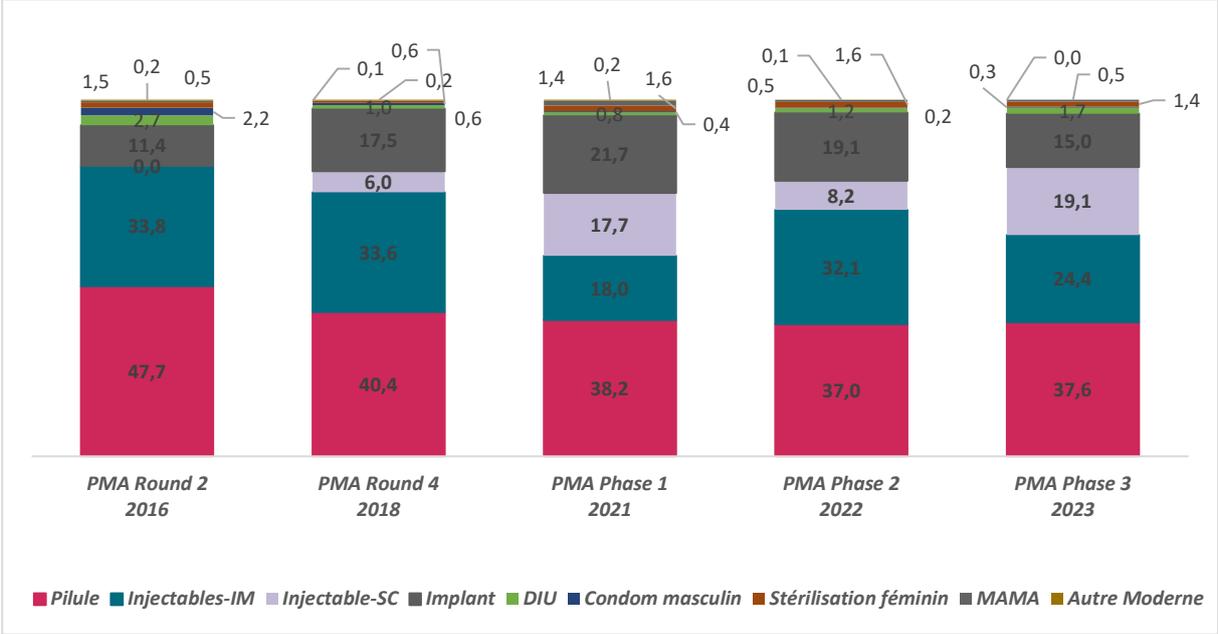
⁵ Le TPCm chez les femmes de 15-49 ans en union est calculé en rapportant l'effectif total des femmes de 15-49 ans en union qui utilise une méthode contraceptive moderne quelconque au moment de l'enquête au nombre total des femmes de 15-49 ans en union. Ici le Numérateur est une composante à part entière du dénominateur.

⁶ Rapport entre le total des utilisatrices des méthodes modernes et le nombre total des femmes de 15-49 ans estimées dans l'année, quel que soit le statut matrimonial et de résidence.

Malgré la faible augmentation du TPCm au Niger, on assiste à une transition dans l'utilisation des méthodes contraceptives sûres et/ou de longue durée d'action. Ainsi, en 2016, les utilisatrices de la pilule qui représentaient 47,7% des utilisatrices totales des méthodes modernes, en 2023, leur poids est de 37,6%. Pendant la même période, les poids des utilisatrices des injectables (toutes catégories confondues) et des implants sont passés respectivement de 33,8% à 43,5% et de 11,4% à 15%.

Notons que pour l'injectable Sayana Press, sa mise à l'échelle effective a eu lieu en 2021 avec une délégation des tâches pour permettre aux clientes elles-mêmes de s'auto-injecter le produit.

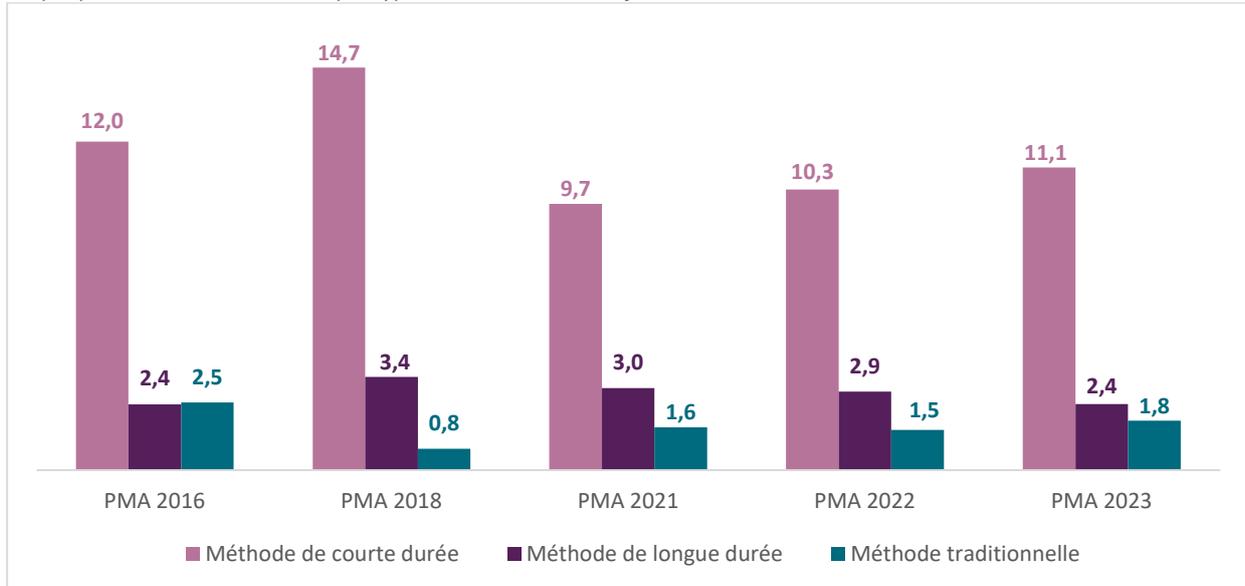
Graphique 3 : Distribution des méthodes contraceptives modernes chez les femmes de 15-49 ans entre 2016 et 2023



Sources : PMA 2016-2023

En effet, les méthodes modernes à courtes durée d'action (pilules, les injectables, MAMA, condoms, etc.) ont connu légèrement une baisse passant d'une prévalence de 12% en 2016 à 11,1% en 2023. Durant la même période, les méthodes à longue durée d'action sont restées quasiment stables.

Graphique 2 : Prévalence de la PF par type de méthode chez les femmes de 15-49 ans en union entre 2016 et 2023



Sources : PMA 2016-2023

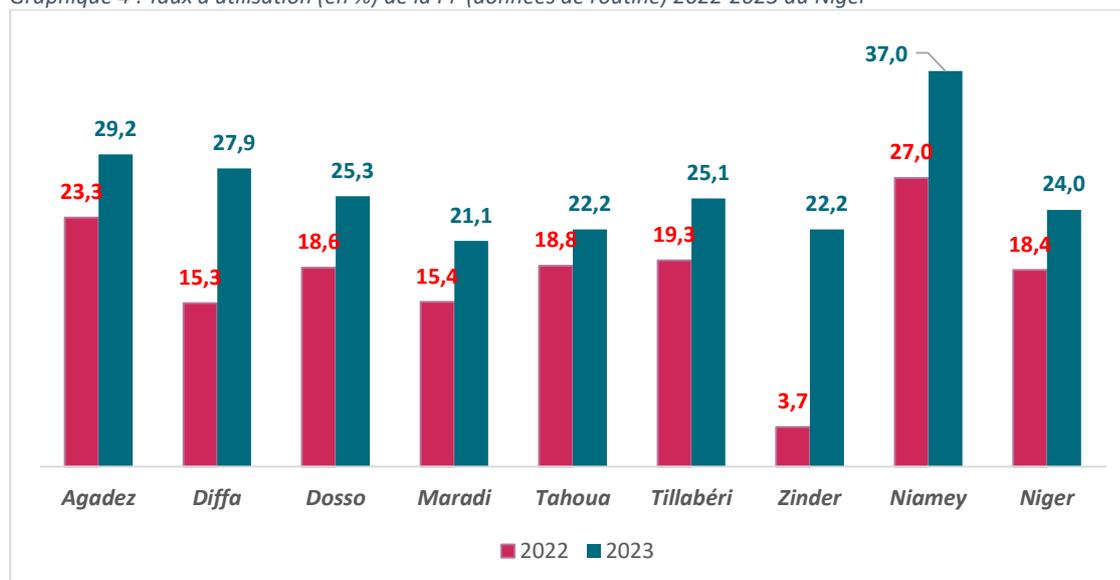
5.1.3.2. Niveaux et tendances du taux d'utilisation de contraception moderne

Pour des raisons liées à la qualité des données, seules les Taux d'Utilisation de la Contraception moderne (TUCm) en 2022 et 2023 est analysé dans cette étude. En effet, les travaux d'apurement des données routine entrepris par le MSP/P/AS se sont focalisés sur cette année rendant ainsi la comparaison difficile (voir annexe).

Ainsi, en 2023, le TUCm est estimé globalement à 24%. Ce taux semble être surestimé par rapport au TPCm qui était de 13,5% selon les résultats de PMA 2022. A l'exception des régions d'Agadez et de Niamey où ces deux indicateurs sont restés proches, leurs écarts semblent être plus prononcés dans les autres régions. Le TUCm devrait, dans les conditions normales, être inférieur au TPCm compte tenu du fait que certaines utilisatrices de méthodes contraceptives ne sont pas enregistrées dans le système et du niveau de complétude des rapports de centres de santé. Seul le TUCm de la région de Zinder semble être dans cette situation.

Le suivi quotidien et automatisé de qualité des registres de clientes ou utilisatrices des méthodes contraceptives devrait permettre d'avoir des données plus fiables sur les utilisatrices réelles dans les formations sanitaires. En effet, comme évoqué plus haut, certaines nouvelles utilisatrices sont en réalité des anciennes mais compte tenu de la mauvaise organisation des fiches des clientes, les prestataires créent de nouvelles fiches pour elles plutôt que de rechercher les anciennes fiches. Par ailleurs, plusieurs cas d'abandons sont enregistrés parmi les anciennes utilisatrices.

Graphique 4 : Taux d'utilisation (en %) de la PF (données de routine) 2022-2023 au Niger



Sources : Annuaire Statistiques du MSP/P/AS 2022-2023

5.1.3.3. Besoins Non Satisfaits (BNS⁷) en PF et demande satisfaite par les méthodes modernes⁸

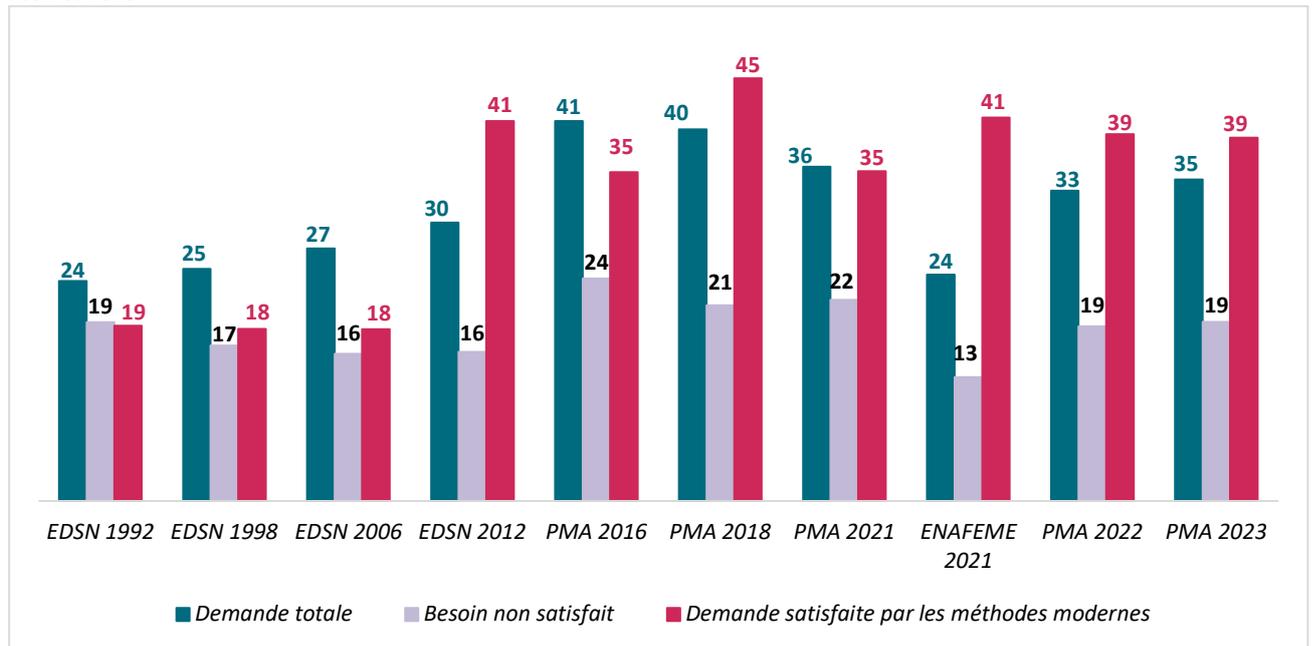
Dans l'ensemble, environ 39% de la demande totale des méthodes contraceptives a été satisfaite par les méthodes modernes. Cette proportion était de 40,8% en 2012 et de 45,4% en 2018.

Les BNS en PF sont restés quasiment stables entre 2012 et 2023. Ils sont passés de 16% en 2012 à 15,5% en 2023. Les BNS traduisent une demande potentielle que les autorités en charge de la PF au Niger pourraient saisir pour améliorer le niveau du TPCm. Effet, ils représentent la proportion des femmes n'utilisant aucune forme de contraception actuellement mais qui désirent espacer ou limiter leur naissance.

⁷ Le BNS est mesuré par le pourcentage de femmes fécondes âgées de 15 à 49 ans qui ne veulent plus d'enfants ou qui souhaitent retarder la prochaine naissance, ou qui voulaient retarder ou ne plus avoir d'enfants au moment de leur dernière grossesse mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive.

⁸ La demande satisfaite par les méthodes modernes se traduit par le rapport du nombre des femmes âgées de 15 à 49 utilisant une méthode moderne au nombre des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant besoin de contraception (utilisant une méthode de contraception ou ayant des besoins non satisfaits).

Graphique 5 : Besoin non satisfait en matière de PF, demande totale et demande satisfaite par les méthodes modernes entre 1992 et 2023



Sources : EDSN 1992-2012, PMA 2016-2023 et ENAFEME 2021

Note : Tous les nombres sont arrondis à zéro chiffre après la virgule

5.1.3.4. Contraception différentielle

L'analyse suivant les régions montre que Niamey est la région où le TPCm chez les femmes en union est le plus élevé et plus stable entre 2012 et 2023. Près de trois (3) femmes en union sur dix utilisent une méthode moderne de contraception dans la période. Les régions de Zinder et de Maradi, qui ont les poids démographiques les plus importants au Niger, enregistrent de très faibles TPCm. En effet, en 2012, ces deux régions avaient respectivement des TPCm de 16% et de 6,9%. Ces proportions n'étaient que de 6,5% et de 8,4% en 2021.

En ce qui concerne les milieux de résidence, le milieu rural qui représente environ 83% du territoire national n'enregistre qu'un TPCm de 10,8% en 2023 alors qu'en milieu urbain, le TPCm avoisine les 30%.

L'âge semble avoir une influence positive sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. En effet, le TPCm augmente avec l'âge entre 15 ans et 39 ans. Les femmes d'âges compris entre 20-39 ans sont celles qui utilisent le plus les méthodes modernes. La baisse du TPCm au-delà de 40 ans pourrait s'expliquer par les faibles fréquences d'activités sexuelles.

Suivant le niveau d'instruction de la femme, on note une augmentation du TPCm à mesure que le niveau d'instruction augmente et ce quelle que soit l'année. Ainsi, en 2023, 9,9% des femmes en union sans instruction utilisent les méthodes modernes de contraception. Cette proportion est de 28,7% pour les femmes en union ayant au moins le niveau secondaire et 50,2% pour les femmes en union ayant au moins un niveau supérieur.

Tableau 3 : TPCm chez les femmes en union de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	EDSN 2012	ENISED 2015	PMA 2016 (*)	PMA 2018 (*)	PMA 2021 (*)	ENAFEME 2021	PMA 2022 (*)	PMA 2023 (*)
Région								
Agadez	17,8	13,6	7,4	29,5	40,8	15,1	22,8	29,8
Diffa	11,5	10,5	25,2	6,3	8,5	10,9	6,7	12,8
Dosso	18,0	14,4	0,0	24,1	16,4	14,7	13,9	16,7
Maradi	6,9	10,5	20,0	23,9	8,6	8,4	12,6	10,1
Tahoua	5,8	15,7	17,2	20,0	13,4	10,4	14,3	16,4
Tillabéri	11,7	11,9	13,3	13,8	11,9	7,3	9,0	9,8
Zinder	16,0	8,6	10,9	7,1	9,3	6,5	9,6	9,2
Niamey	31,8	29,6	27,7	32,0	30,2	25,4	29,5	28,6
Milieu de résidence								
Urban	27,0	27,9	25,6	31,5	28,2	23,9	27,2	29,8
Rural	9,7	10,3	12,2	15,4	10,1	7,9	10,8	10,8
Groupes d'âges								
15-19	5,9	6,7	6,5	11,6	7,2	5,0	5,2	8,1
20-24	12,6	15,1	14,2	21,7	12,2	10,8	12,5	11,9
25-29	16,0	16,0	17,1	19,3	14,9	14,2	15,1	15,7
30-34	14,3	15,0	18,3	18,3	15,6	11,4	17,9	19,8
35-39	15,0	15,3	15,0	21,7	17,6	10,7	17,8	14,0
40-44	8,8	8,6	18,1	12,9	7,4	7,2	9,1	11,0
45-49	3,2	6,6	5,9	15,0	5,4	5,2	3,9	2,0
Niveau d'instruction								
Aucun	10,4	10,8	10,9	15,3	10,4	7,8	10,3	9,9
Primaire	18,4	18,4	18,4	20,2	15,6	14,2	13,8	16,4
Secondaire	29,4	33,0	37,5	33,6	24,4	23,4	30,5	28,7
Supérieur	38,3	51,3	34,5	43,8	35,7	-	35,7	50,2
Ensemble	12,2	13,2	14,4	18,1	12,7	10,0	13,1	13,5

Source : EDSN 2012, ENISED 2015, PMA 2016-2023 et ENAFEME 2021

Note : (*) Le TPCm par région selon PMA peut présenter plus de variabilité car les échantillons sont petites tailles.

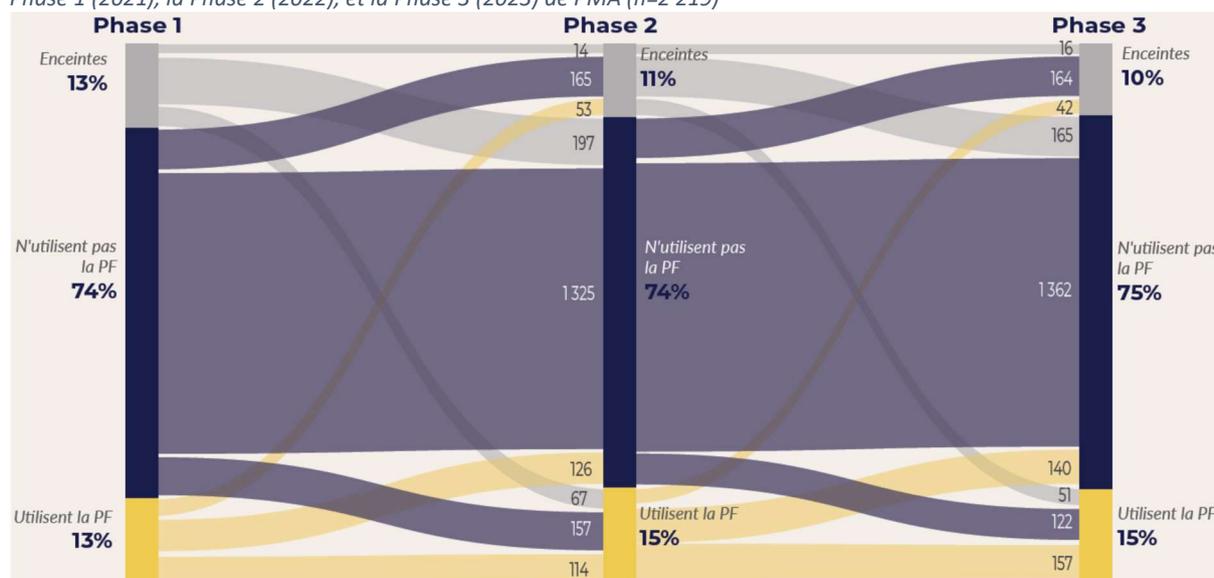
5.1.4. Dynamique dans l'utilisation des méthodes contraceptives

Les données de l'enquête PMA 2021-2023 ont aussi concerné une cohorte des femmes panels interrogées à chaque passage pour connaître leur statut par rapport à l'utilisation de la PF.

Ainsi, sur un échantillon panel cylindré de 2219 femmes en union, 74% n'utilisaient aucune forme de contraception en 2021 (Phase 1). Parmi elles, environ 7,4% (165 cas) sont tombées enceintes en 2022 et 7,1% ont commencé à utiliser une méthode contraceptive. Près de 8,9% (197 cas) de femmes enceintes et 5,7% (126 cas) des femmes utilisatrices de PF en 2021 sont devenues non-utilisatrices en 2022. C'est pour cela que la proportion des non-utilisatrices de PF n'a quasiment pas changé entre 2021 et 2022.

En 2022, les femmes panels en union utilisatrice de la PF représentaient 15%. Cette proportion est la même en 2023. Cependant, plusieurs mouvements ont opéré dans les différents groupes. En effet, les 15% d'utilisatrices de PF en 2023 sont constituées 7,1% (157 cas) de femmes restées toujours d'utilisatrices entre 2022 et 2023, de 5,5% des femmes non-utilisatrices et de 2,3% (51 cas) des femmes enceintes en 2022 devenues utilisatrices en 2023.

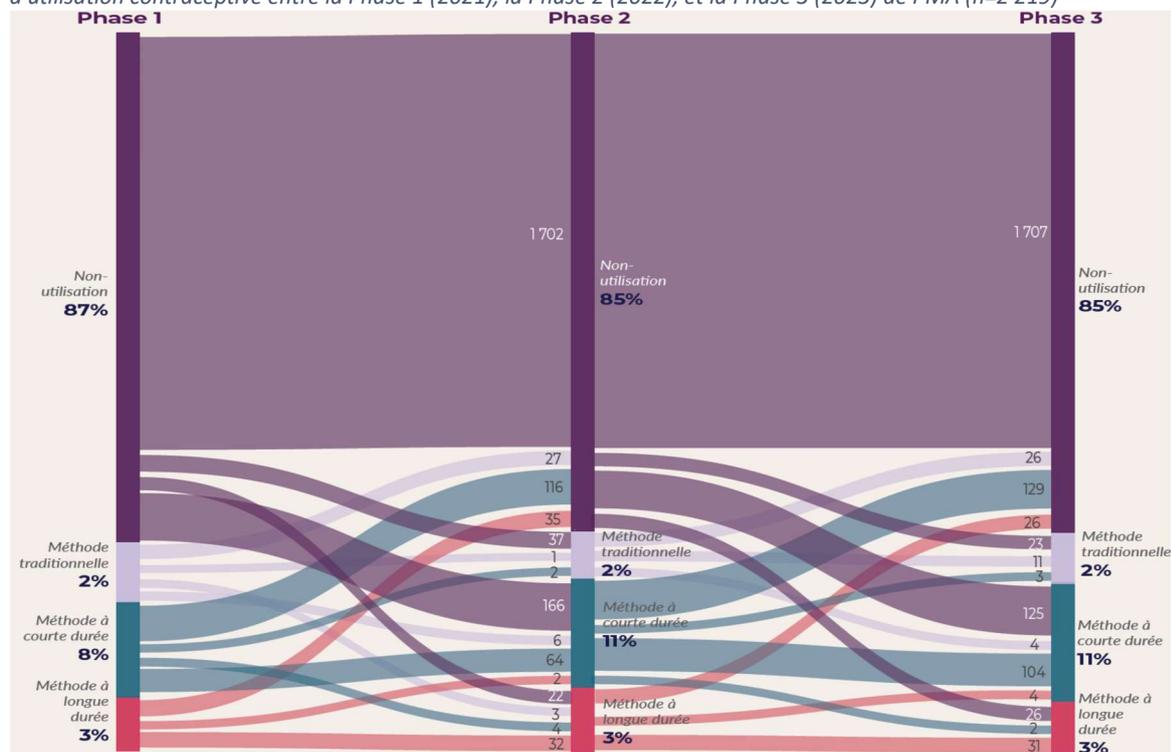
Graphique 6 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont modifié leur statut d'utilisation contraceptive entre la Phase 1 (2021), la Phase 2 (2022), et la Phase 3 (2023) de PMA (n=2 219)



Sources : Rapport de synthèse PMA Phase 3 2023, p1

Suivant le type de méthode utilisée, les femmes en union modifient constamment leur statut au fil des années. En considérant les MLDA, 3% des femmes panels en union les ont utilisées en 2021. Parmi ces femmes, environ 1,6% ont abandonné complètement l'utilisation et 0,1% ont adopté une méthode de courte PF en 2022. Dans l'ensemble, le pourcentage des femmes panels en union utilisatrices des MLDA est resté à environ 3% en 2022 compte tenu de 1% des non-utilisatrices de PF, de 0,1% des utilisatrices de méthodes traditionnelles et de 0,2% des utilisatrices des méthodes de courtes durée en 2021 devenues utilisatrices de MLDA en 2022.

Graphique 7 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont changé leur méthode contraceptive ou leur statut d'utilisation contraceptive entre la Phase 1 (2021), la Phase 2 (2022), et la Phase 3 (2023) de PMA (n=2 219)

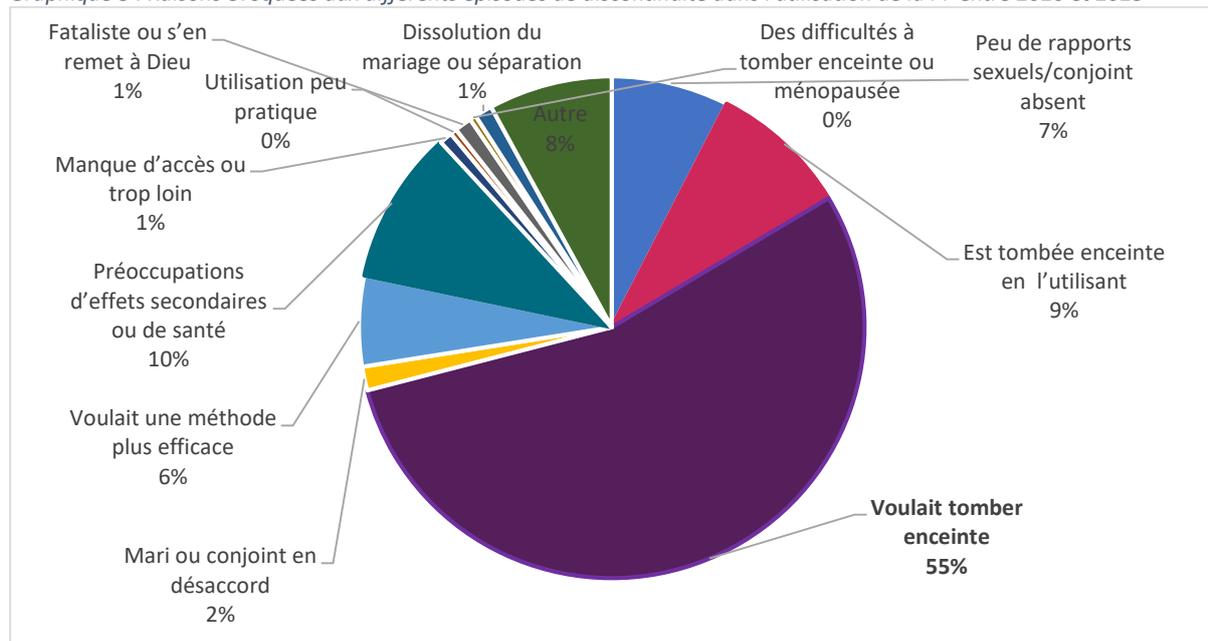


Sources : Rapport de synthèse PMA Phase 3 2023, p2

Cette analyse de la dynamique de changement dans l'utilisation des méthodes contraceptives met en évidence un obstacle à une augmentation importante du TPCm ces dernières années. En effet, si des nouvelles utilisatrices finissent par accepter les méthodes PF, les anciennes changent régulièrement de méthode ou abandonnent carrément l'utilisation pour des raisons diverses.

L'analyse du calendrier contraceptive montre que les femmes arrêtent l'utilisation de la PF parce qu'elles souhaitent tomber enceinte (55%), ou sont tombées enceintes alors qu'elles utilisaient une méthode (9%). Dans 10% des cas, l'interruption d'un épisode d'utilisation de PF est due à la persistance des effets secondaires liés à la méthode. Environ 6% des femmes ont évoqué qu'elles voulaient une méthode plus efficace.

Graphique 8 : Raisons évoquées aux différents épisodes de discontinuité dans l'utilisation de la PF entre 2020 et 2023

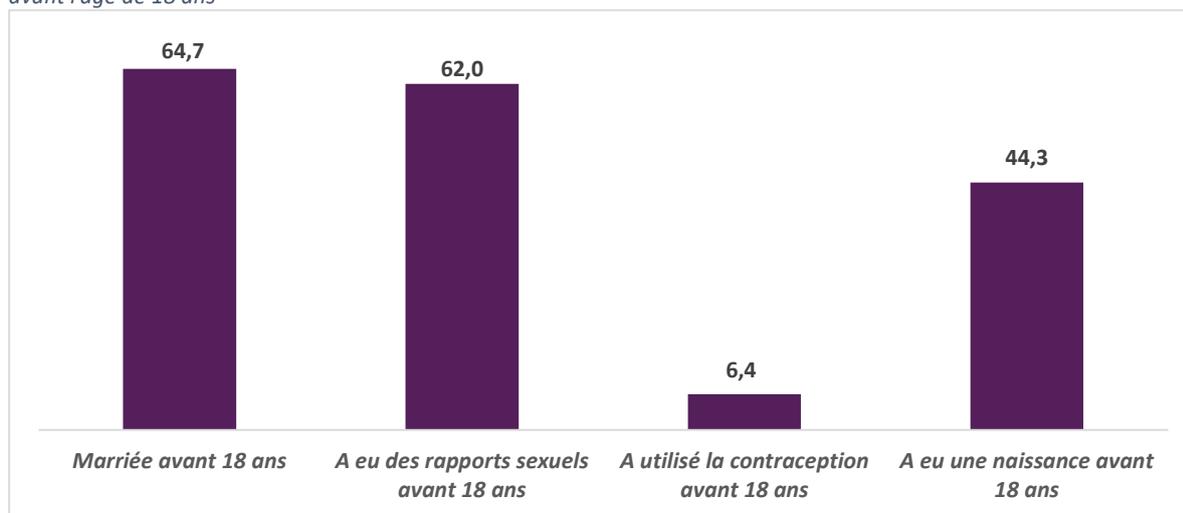


Sources : PMA Phase 3 2023

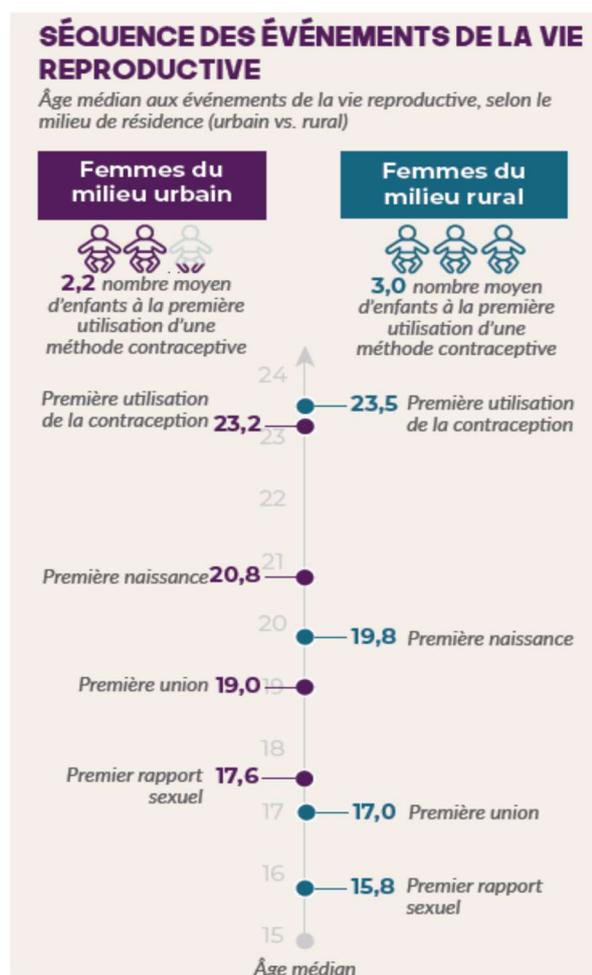
5.1.5. Séquence des événements de la vie reproductive

Le graphique ci-dessous donne les distributions (en pourcentage) des femmes âgées de 18 à 24 ans qui ont commencé leur vie reproductive avant l'âge de 18 ans. Dans l'ensemble, près des deux tiers des femmes âgées de 18 à 24 ans se sont mariées avant d'atteindre l'âge de 18 ans et 62% pour ont déjà eu leur premier rapport sexuel avant 18 ans. Par ailleurs, seul 6,4% d'entre elles ont commencé l'utilisation de la PF avant l'âge de 18 ans. Cela a pour conséquence de les exposer à un risque plus élevé de tomber enceinte. C'est ainsi que 44,3% d'entre elles ont déjà eu une naissance avant 18 ans.

Graphique 9 : Pourcentage de femmes âgées de 18 à 24 ans qui ont connu les évènements suivants de la vie reproductive avant l'âge de 18 ans



Sources : PMA Phase 1 2021



Sources : PMA Phase 1 2021, p8.

La séquence des évènements de la vie reproductive donne une bonne appréciation du comportement en matière d'utilisation de la PF.

Ainsi en 2021, la moitié des femmes nigériennes de 15-49 ans ont eu leur premier rapport sexuel à environ 16 ans dont 17,6 ans en milieu urbain et 15,8 ans en milieu rural. La première naissance intervient environ 3 ans après en milieu urbain (20,8 ans) et 4 ans en milieu rural (19,8 ans). Pendant ce temps aucune méthode de contraception n'est utilisée.

En effet, la première utilisation de la PF n'intervient qu'après l'âge de 23 ans et après avoir près de 2,8 enfants, soit 2,2 enfants en milieu urbain et 3 enfants en milieu rural.

Ainsi, l'utilisation de la PF chez les femmes nigériennes intervient en général après avoir eu un nombre minimum de naissance (autour de 3 enfants).

5.1.6. Tendances et projection du TPCm à partir des données d'enquêtes et de routine

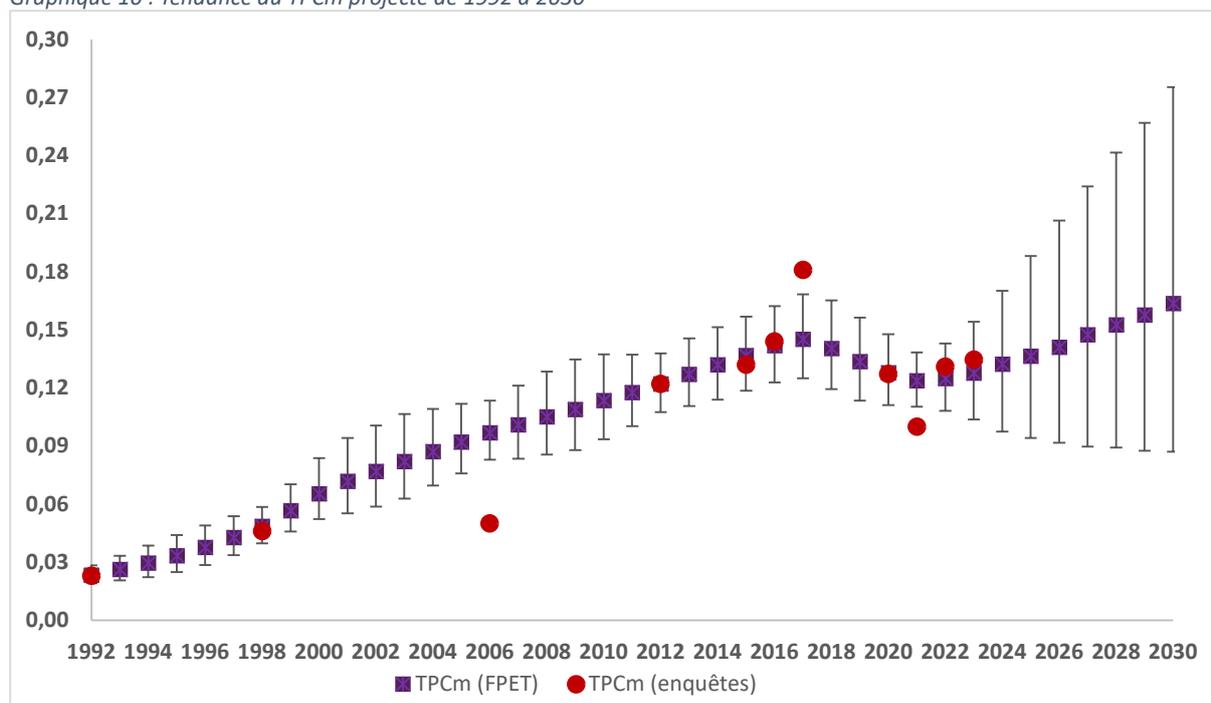
Les estimations des données d'enquêtes s'insèrent presque toutes la tendance (intervalles de confiance) de la courbe projetée à partir de FPET. Toutefois, les résultats de l'EDSN 2006, de PMA 2016-

2023 et de l'ENAFEME 2021 sortent du modèle. Notons qu'en 2006, les méthodes modernes n'incluaient pas la MAMA (4,7%).

Ainsi, les estimations du FPET montrent un TPCm allant de 2,3% en 1992 à 14,5% en 2018. La courbe a connu une baisse en 2021 (12,3%) pour ensuite repartir à la hausse. Le Niger atteindra un TPCm de 16,4% selon ces projections à l'horizon 2023, loin des 22,4% attendu par le PDES.

Ainsi, le Niger doit donc réajuster ses interventions pour changer la tendance de la courbe pour espérer atteindre les objectifs fixés.

Graphique 10 : Tendence du TPCm projeté de 1992 à 2030



Sources : Modélisation FPET à partir des données de routine et d'enquête

5.1.7. Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne au Niger

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

5.1.7.1. Selon les caractéristiques de la femme

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

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

Par contre en 2012, les femmes de 40-49 ans avaient 66% de chance de moins d'utiliser une méthode contraceptive par rapport aux femmes de moins de 20 ans.

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

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

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

5.1.7.2. Selon les caractéristiques du ménage

L'effet des conditions de vie des ménages sur l'utilisation de la contraception est en partie confirmée par les données du Niger au fil du temps. En effet, en 1992, 1998 et en 2021, on note que le niveau d'utilisation de la contraception moderne augmente à mesure que son niveau de vie s'améliore. Cette observation est valable lorsque la femme vient d'un ménage appartenant au moins au deuxième quintile du bien-être. Ainsi, les femmes vivant dans les ménages plus aisés (cinquième quintile) avaient deux (2) fois plus de chance d'utiliser la contraception que les femmes des ménages pauvres.

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

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

Tableau 4 : Facteurs influençant l'utilisation de la contraception moderne au Niger entre 1992 et 2021, analyse par régression multivariée

Categories	1992		1998		2006		2012		2015		2021	
	IRR	p-value										
Parité atteinte	1,23	0,00	1,21	0,00	1,15	0,00	1,14	0,00	1,09	0,00	1,16	0,00
Niveau d'éducation	1,14	0,00	1,09	0,00	1,04	0,06	1,01	0,05	1,01	0,11	1,07	0,00
Groupe d'âge de la femme												
Moins de 19 ans	<i>ref.</i>											
20-29 ans	1,39	0,39	1,25	0,39	2,52	0,00	1,74	0,00	1,69	0,02	1,65	0,02
30-39 ans	0,77	0,57	0,70	0,23	1,40	0,18	1,17	0,44	1,25	0,34	0,81	0,41
40 ans et plus	0,45	0,15	0,28	0,00	0,74	0,35	0,34	0,00	0,44	0,01	0,37	0,00
Situation matrimoniale												
Monogamme	<i>ref.</i>											
Polygame	1,41	0,05	1,12	0,46	1,10	0,46	0,95	0,65	1,23	0,11	1,10	0,42
Occupation de la femme												
Pas d'occupation	<i>ref.</i>											
Cadre	1,83	0,09	1,01	0,98	1,40	0,39	2,16	0,00	3,35	0,00	1,67	0,20
Agriculteur	0,46	0,17	0,83	0,52	0,88	0,46	1,57	0,08	0,80	0,19	1,44	0,08
Autre travailleur manuel	0,91	0,65	1,05	0,73	1,20	0,19	1,06	0,50	0,84	0,31	1,60	0,00
Niveau d'étude du conjoint												
Aucun	<i>ref.</i>											
Primare	1,83	0,00	2,10	0,00	1,00	0,99	1,82	0,00			1,58	0,00
Secondaire et plus	1,81	0,03	2,35	0,00	1,68	0,01	1,65	0,00			1,46	0,01
Occupation du conjoint												
Pas d'occupation	<i>ref.</i>											
Cadre	1,37	0,52	1,28	0,57	2,33	0,09	0,95	0,88			1,33	0,29
Agriculteur	1,01	0,98	0,75	0,52	0,84	0,74	0,71	0,33			1,16	0,57
Autre travailleur manuel	1,38	0,49	1,02	0,96	1,01	0,98	0,69	0,30			1,11	0,64
Niveau de vie												
Très pauvre	<i>ref.</i>											
Pauvre	1,31	0,67	2,59	0,12	0,78	0,12	0,90	0,45	0,86	0,40	0,86	0,46
Moyen	2,28	0,27	3,16	0,04	0,76	0,08	0,92	0,60	0,96	0,83	1,49	0,02
Riche	4,06	0,04	3,68	0,03	0,83	0,29	1,23	0,21	1,08	0,67	1,56	0,03
Très riche	4,38	0,04	8,92	0,00	1,37	0,19	1,81	0,00	2,19	0,00	3,02	0,00
Milieu de résidence												
Urbain	<i>ref.</i>											

Categories	1992		1998		2006		2012		2015		2021	
	<i>IRR</i>	<i>p-value</i>										
Rural	0,26	0,00	0,39	0,00	0,45	0,00	0,56	0,00	0,50	0,00	0,70	0,23
Région												
Maradi	<i>ref.</i>											
Agadez	2,60	0,06	1,92	0,03	3,50	0,00	1,73	0,01	0,84	0,45	1,16	0,51
Diffa	1,20	0,80	0,86	0,59	1,67	0,14	1,64	0,14	0,78	0,30	0,98	0,94
Dosso	1,81	0,14	3,50	0,00	15,15	0,00	3,66	0,00	1,71	0,03	2,00	0,00
Tahoua	1,96	0,06			4,99	0,00	0,94	0,74	1,94	0,00	1,43	0,16
Tillabéri	3,95	0,01	4,35	0,00	18,59	0,00	2,19	0,00	1,53	0,04	0,97	0,90
Zinder	0,76	0,52			1,90	0,04	3,04	0,00	0,90	0,63	0,83	0,51
Niamey	2,70	0,00	1,66	0,03	4,56	0,00	2,60	0,00	1,48	0,08	1,23	0,42
Observations	4281		4926		5924		7775		5491		6056	
PSU	235		238		342		476		580		280	

Sources : Données EDSN 1992, 1998, 2006 et 2012 ; ENISED 2015 et ENAFEME 202

6. Discussions

Les résultats du modèle ont mis en évidence que la faible utilisation de la contraception pourrait s'expliquer la persistance des effets secondaires des produits contraceptifs modernes et les faibles de counseling (Mbacké Leye, Adama Faye, et *al.*, 2015). Certaines méthodes (implant, DIU) exigent pour leurs insertions et leurs retraits des agents qualifiés et du matériel spécifique, ce qui manque dans les centres de santé de proximité notamment en zone rurale. De même, la mauvaise qualité du service de counseling comme cela apparaît dans les résultats de PMA 2023, contribuerait à la faible progression du TPCm au Niger.

Un autre facteur qui expliquerait aussi le faible niveau du TPCm est le désir d'enfants ou de tomber enceinte, très présent encore dans les habitudes des femmes nigériennes. Ce désir d'enfants est en grande partie à la base des fluctuations enregistrées sur le statut des femmes par rapport à la PF. En effet, d'une année à l'autre, plusieurs femmes abandonnent la PF en raison de leur désir de tomber enceinte ; d'autres changent de méthodes et d'autres encore, commencent à utiliser une méthode.

7. Conclusion et recommandations

Avec une fécondité encore très élevée, une population très jeune et un faible niveau d'utilisation des méthodes contraceptives, les questions démographiques ont toujours été au centre des programmes et politiques des différents gouvernements qui se sont succédés au Niger.

Les analyses présentes dans ce rapport, combinent non seulement les résultats des recherches antérieures mais aussi et surtout se basent sur l'exploitation des données secondaires provenant des enquêtes auprès des ménages et des données des formations sanitaires.

Les résultats mettent en évidence que la fécondité a amorcé sa baisse et que le taux de prévalence contraceptive moderne est resté quasi-stable (autour de 13%) depuis plus d'une décennie (2012-2023) au Niger. Ils font ressortir certains facteurs ayant joué un rôle prépondérant dans l'évolution de la fécondité et de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Afin de maintenir et surtout renforcer les progrès vers la maîtrise de la fécondité et de l'augmentation de l'utilisation contraceptive moderne, des actions doivent être entreprises par l'Etat nigérien et ses partenaires techniques et financiers intervenant dans ces domaines.

A l'endroit de l'Etat nigérien, il convient de :

- accroître les investissements pour atteindre plus de femmes socialement et géographiquement défavorisées pour une utilisation optimale des méthodes contraceptives modernes ;
- disponibiliser les méthodes contraceptives modernes de longue durée dans les sites de prestation de santé et former les agents de santé dans l'insertion et le retrait de ces méthodes ;
- améliorer le niveau d'éducation de la femme en facilitant l'alphabétisation, la scolarisation et plus particulièrement celle des filles par le biais des programmes visant à réduire les inégalités selon le sexe en matière de scolarisation ;
- mettre à la disposition des femmes des activités génératrices de revenus et promouvoir la scolarisation des filles.

A l'endroit du MSP/P/AS, les actions devront être orientées dans le sens de :

- mener des campagnes de sensibilisation de proximité en direction des femmes et leurs conjoints sur les bienfaits et l'importance de la planification familiale en tenant compte de leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, parité, le milieu de vie) ;
- mettre des mécanismes permettant de maintenir durant une durée relativement longue sous contraception au vue de la dynamique de changement dans l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- fournir des données de qualités en matière de planifications familiales et un suivi régulier à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- former les agents sur le remplissage des supports des données de routine dans toutes les formations sanitaires et instaurer un cadre de contrôle qualité à tous les niveaux ;
- renforcer les travaux de traitement des données de PF entrepris en 2022 en vue de corriger les données disponibles dans le DHIS2 ;
- mettre l'accent sur les femmes ayant un besoin non satisfait en vue de booster le TPCm.

Au niveau des partenaires techniques et financiers, il convient de :

- continuer les efforts d'investissement dans la fournitures des méthodes contraceptives ;
- organiser les actions menées (financement et appui technique) en synergie avec le MSP/P/AS pour une meilleure rationalisation des efforts et des moyens ;
- fournir l'appui technique dans la formation des agents sur les concepts clés relatifs aux indicateurs de PF, l'harmonisation des fiches clientes et la saisie des données dans le DHIS2.

Bibliographie

Agbessi Amouzou, Oumarou Habi, Khaled Bensaïd, and the Niger Working Group (2012), « *Countdown Case Study Reduction in child mortality in Niger: a Countdown to 2015 country case study* ». The Lancet. Publié en ligne le 20 Septembre 2012, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61376-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61376-2).

Enquête sur l'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA) au Niger 2019

Guengant J-P, Kamara Y, Metz N et Okoudjou K (2011). « *Comment bénéficier du dividende démographique* ». La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA.

Landry, A. (1934), « *La révolution démographique. Etudes et essais sur les problèmes de population* ». Paris : Sirey

Lardoux S. et Van de Walle E. (2003), « *Polygamie et fécondité en milieu rural sénégalais* ». Dans Population 2003/6 (Vol. 58), pages 807 à 836 Éditions Ined Éditions.

Mamadou Makhtar Mbacké Leye, Adama Faye, Mayassine Diongue, Issa Wone, Ibrahima Seck, Papa Ndiaye, Anta Tal Dia (2015), « *Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne dans le district sanitaire de Mbacké (Sénégal)* », dans Santé Publique 2015/1 (Vol. 27), pages 107 à 116. ISSN 0995-3914. DOI 10.3917/spub.151.0107.

Notestein, F. (1945), « *Population. The Long View. In : T. Schultz (éd.), Food for the World* ». University of Chicago Press, pp. 36-57.

Schoumaker, Bruno. ANALYSES MULTI-NIVEAUX DES DETERMINANTS DE LA FECONDITE. THEORIES, METHODES ET APPLICATIONS AU MAROC RURAL.. (2001) <http://hdl.handle.net/2078.1/153186>