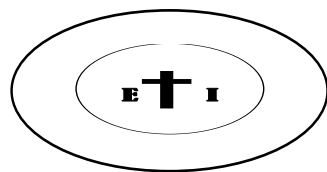


Subvention Stratégique BR5S-UVKV-T8



AMPLIFYCHANGE

Analyse de l'Economie Politique du Secteur DSSR au Niger



Ebenezer International



Analyse de l'Economie Politique du Secteur DSSR au Niger

Date du rapport final : Mai 2019

Date de Validation par les Task-forces des Pays : Août 2019

AVERTISSEMENT

Les opinions exprimées par les auteurs dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles d'Ebenezer International, du Consortium ou d'AmplifyChange.

Table des matières

Remerciements.....	4
Sigles & acronymes.....	5
Résumé exécutif.....	7
1. Introduction.....	9
2. Méthodologie.....	11
2.1. Définition des concepts.....	11
2.2. Démarche pour la réalisation de l'étude.....	12
3. Résultats du diagnostic sur le terrain.....	15
3.1. Contexte du pays.....	15
3.2. Développement du secteur DSSR.....	18
3.2.1. Historique.....	18
3.2.2. Situation actuelle (parties prenantes, perceptions, législation, rôles formels / informels et mandats des différents acteurs, niveaux de prise de décision).....	30
3.2.3. Equilibre entre les autorités centrales et locales dans la fourniture de services en rapport avec les DSSR.....	32
3.2.4. Equilibre entre l'appropriation du public et du privé.....	34
3.2.5. Financement du secteur (public, privé, dons, partenariat public privé).....	34
3.2.6. Participation de la société civile et surveillance citoyenne.....	35
3.2.7. Principaux bénéficiaires des subventions et des services de DSSR.....	35
3.2.8. Principales réformes des politiques de DSSR (succès, résistances, champions clefs, gagnants et perdants des réformes, alternatives).....	35
3.2.9. Défis et opportunités.....	36
3.3. Facteurs de changement dans le secteur.....	36
3.3.1. Idéologies et valeurs contraignant le changement.....	36
3.3.2. Moteurs traditionnels et émergents du changement.....	36
3.3.3. Influence des différents groupes d'intérêt extérieurs à la politique en matière de DSSR : secteur privé, ONG, consommateurs, médias.....	37
3.4. Principaux problèmes et points à prendre en compte dans le secteur.....	37
3.4.1. Inégalités dans le secteur (des groupes sociaux, régionaux ou ethniques particuliers sont-ils moins favorisés?).....	37
3.4.2. Violence basée sur le genre.....	40
3.4.3. Corruption et favoritisme dans le secteur (livraison, achat, attribution des emplois).....	41
3.4.4. Mécanismes de prise de décision (comment les décisions sont prises, qui est impliqué, les décisions sont-elles mise en œuvre ?).....	42
3.4.5. Difficultés dans la mise en œuvre des décisions (problèmes de la mise en œuvre dus à quels facteurs humains, politiques ou économiques?).....	42

4. Conclusion	48
4.1. Qu'est-ce qui fonctionne dans le domaine de la responsabilité dans le secteur?	48
4.2. Ce qui ne fonctionne pas encore dans le système: les lacunes, les principaux goulets d'étranglement.	48
4.3. Recommandations	48
Annexe 1 : Structures consultées	51
Annexe 2 : Structures de la Task force	51
Annexe 3 : Questionnaire	53
Annexe 4 : Termes de référence	58
Annexe 5 : Bibliographie	64

Remerciements

Ebenezer International souhaite exprimer sa gratitude aux personnes et organisations qui ont rendu cette publication possible. Remerciements à Monsieur Sidiki Koné d'avoir coordonné cette étude ; à Hama Diallo pour avoir été le point focal au Niger. Nous souhaitons également remercier les structures contactées (voir Annexe 1) qui ont bien voulu répondre au questionnaire ; ainsi que les membres de la Task force (voir Annexe 2) pour leur coopération et leur soutien tout au long du processus de la présente étude.

Sigles & acronymes

ANBEF	Association Nigérienne pour le Bien Etre Familial
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CIPD	Conférence Internationale du Caire sur la Population et le Développement
CNLS	Comité National de Lutte contre le VIH/sida
CONIPRAT	Comité Nigérien sur les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la santé des Femmes et Enfants
DFID	Département for International Développement
DNS	Direction Nationale de la Santé
DSSR	Droits et santé sexuelle et de la reproduction
EDS	Etude démographique et de santé
EVF	Education à la Vie Familiale
GBVIMS	Genderbased violence information management system (Système de gestion de l'information sur les VBG)
IRC	International RescueCommittee
IST	Infection sexuellement transmissible
MICS	Enquête à indicateurs multiples
MSF	Mutilation sexuelle féminine
MSH	Management Sciences for Health
MMK	Méthode de mère kangourou
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PF	Planification familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNG	Politique Nationale Genre
PNSR	Politique Nationale de la Santé de la Reproduction
PSN	Plan Stratégique National
PSSPSR	Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SDSP	Santé et Droits Sexuels et de la Procréation
SRAJ	Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes
SRMNIA	Plan Stratégique National de la Santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TDR	Termes de référence
TME	Transmission Mère-Enfant du VIH
UA	Union Africaine
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds des Nations-Unies pour la Population
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance

USD	Dollar des Etats-Unis
VBG	Violence basée sur le genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé exécutif

Les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique australe font face à des nombreux défis : difficultés d'application des textes, difficultés d'interprétation, persistance des violations des droits, persistance d'obstacles médicaux, inefficacité des droits, absence de normes harmonisées en matière de Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR) conformément aux engagements mondiaux, continentaux et régionaux.

En particulier, pour relever ces défis, le Niger a adopté un nombre important de lois, de programmes, de plans d'actions et de documents de politique nationaux en matière de DSSR. Le pays a également ratifié de nombreuses autres conventions et chartes internationales relatives aux droits et à la santé de la reproduction.

La présente étude sur l'économie politique en matière de DSSR au Niger fait ressortir un certain nombre d'aspects. Des avancées réelles se sont réalisées avec la ratification de ces textes en matière de DSSR.

Il existe toutefois des obstacles et des barrières dans l'application de ces textes. Les croyances pro natalistes sont dominantes. Le taux de VBG et l'ISF restent élevés.

Le financement est le grand problème de la santé. Il convient de développer une stratégie de partenariat entre l'Etat, les collectivités, les partenaires au développement et les populations bénéficiaires.

En général, l'Etat est fortement présent dans les prises de décision en matière de DSSR. Bien qu'il y ait eu une responsabilisation des services privés, tout part du public. Avec la création des OSC, une amélioration s'est produite mais beaucoup reste à faire pour améliorer les cadres politique et juridique.

Le ministère chargé de la santé, le ministère chargé de la justice, l'assemblée nationale, les OSC, les ONG, les médias, les leaders traditionnels et religieux ont un niveau d'influence élevé.

Des défis importants restent à relever. Toute solution doit d'abord chercher à briser les obstacles et à prendre appui sur les associations, OSC et ONG qui luttent pour la promotion des DSSR.

Les recommandations pour la formulation des politiques et stratégies en rapport avec les DSSR, la conception de projets ou de programmes DSSR ; pour informer le dialogue et l'engagement avec les partenaires DSSR ; pour la prestation des services DSSR ; sont les suivantes :

- Disposer d'une loi pénale contre les MGF ;
- Créer un environnement juridique et institutionnel favorable aux DSSR ;
- Appliquer et de faire appliquer les lois déjà existantes en matière de DSSR et légiférer là où il existe des vides juridiques ;
- Informer et sensibiliser les partis politiques, les membres de l'Assemblée nationale et les responsables locaux sur les DSSR ;
- Renforcer les capacités des ONG impliquées dans les actions,
- Lutter efficacement contre la corruption en milieu médical ;
- Faire une analyse des acteurs ;
- Octroyer un financement adéquat aux structures et services de DSSR ;

- Continuer et améliorer le suivi et évaluation des projets et programmes ;
- Impliquer les femmes et les hommes comme acteurs de leur propre développement et changement,
- Impulser le changement ;
- Identifier les principaux risques et élaborer un plan de mitigation ;
- Mener des actions de communication ;
- Accorder une place de choix à la mobilisation sociale ;
- Informer et sensibiliser les femmes, les hommes, les adolescents, le personnel de santé, le personnel enseignant, et les leaders d'opinion (chefs de quartier et de village, chef religieux, hommes et femmes influents du milieu, responsables de partis politiques, etc.), les OSC sur les DSSR;
- Organiser des émissions débat sur les radios, télé portant sur les textes et lois ;
- Renforcer les capacités techniques des services et ONG impliquées ;
- Renforcer les services de SSRAJ adaptés aux besoins des adolescents et jeunes ;
- Renforcer la coordination des actions des différents départements étatiques intervenant dans le domaine des DSSR.

1. Introduction

Les pays d'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Guinée, Mali, Niger) et d'Afrique australe (Malawi, Zimbabwe) font face à des nombreux défis en matière de Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR): difficultés d'application des textes, difficultés d'interprétation, persistance des violations des droits, persistance d'obstacles d'accès aux services de santé, inefficacité des droits, persistance des normes socioculturelles défavorables, absence de normes harmonisées en matière conformément aux engagements mondiaux, continentaux et régionaux.

AmplifyChange a obtenu une Subvention Stratégique d'un projet appelé « Activité d'amélioration de la performance des politiques et stratégies de DSSR en Afrique de l'ouest et en Afrique australe ». Le Réciendaire principal de cette subvention est un consortium composé de: Ebenezer International, CAEB, Humanité & Inclusion et la Coalition des Organisations de la Société Civile pour le repositionnement de la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone.

Ce projet a pour objectif de :

- 1) Plaider et aider à améliorer la politique et la stratégie DSSR sur les thèmes prioritaires d'AmplifyChange aux niveaux régional et national dans les quatre pays en Afrique de l'Ouest ;
- 2) Faciliter le renforcement des capacités, l'engagement et la mise en réseau des organisations de la société civile pour une meilleure mise en œuvre, et le suivi et évaluation de l'impact des politiques en DSSR dans les quatre pays en Afrique de l'Ouest.

La mise en œuvre de ce projet nécessite une compréhension de la situation spécifique de chaque pays. C'est dans ce cadre qu'une consultation a été demandée pour l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour chaque pays.

Concernant les pays d'Afrique de l'Ouest, pour chaque cas, l'étude est réalisée par un consultant résidant dans le pays. Un consultant international fait la coordination pour tous les pays. Dans ce document nous présentons les résultats de l'étude pour le Niger.

Objectifs de la mission :

- Réaliser l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Niger dans le but de soutenir les efforts de plaidoyer des Organisations de la société civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest Francophone ;
- Travailler en étroite collaboration avec la Task Force mise en place au Niger dans le cadre de l'Etude, de même qu'avec la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International pour identifier et collaborer efficacement avec les parties prenantes clés du secteur DSSR dans le processus de l'analyse de l'économie politique.

Mandats de la mission :

- Faciliter la mise en place et l'animation de la Task-Force associée à l'étude ;
- Réunir, analyser et faire la synthèse de la documentation sur les DSSR pertinente pour les besoins de l'étude ;
- Concevoir les formulaires appropriés sur la base de la Proposition Technique du Projet et recueillir les informations pertinentes auprès des parties prenantes de la DSSR et procéder à leur analyse et synthèse ;

- Proposer et faire valider un canevas de rédaction du rapport final sur la base de la Proposition Technique du Projet par la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International au moins 15 jours avant la soumission du rapport final ;
- Rédiger en français le rapport final de l'étude et le rapport synthétique du déroulement de l'étude à soumettre à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International ;
- Réaliser les différentes phases de l'étude dans les délais requis, tout en assurant une qualité supérieure des livrables.

2. Méthodologie

2.1. Définition des concepts

Suivant la définition largement acceptée fournie par Collinson et adoptée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) l'OCDE et le « Department for International Development (DFID) », nous définissons l'analyse de l'économie politique comme suit¹:

« L'analyse de l'économie politique s'intéresse à l'interaction des processus politiques et économiques dans une société: la répartition du pouvoir et de la richesse entre différents groupes et individus et les processus qui créent, maintiennent et transforment ces relations au fil du temps ».

Qu'entend-on par Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive ?

La Santé de la Reproduction est définie comme un état de bien-être général et dynamique tant physique, mental que social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. Suite aux recommandations de la 64ème session du comité régional de l'OMS pour l'Afrique, tenue à Cotonou (Bénin), en 2014, les composantes prioritaires de la Santé de la reproduction (SR) sont déterminées comme suit² :

- La Santé Maternelle Néonatale et Infantile ;
- La Planification Familiale ;
- La santé et le développement des adolescents et jeunes ;
- La lutte contre les violences basées sur le Genre ;
- La Prise en charge des Infections sexuellement transmissibles et l'Infection à VIH/Sida ;
- La prévention, le dépistage et la prise en charge précoce du cancer du col de l'utérus et des seins ;
- Le dépistage du cancer de la prostate ;
- Le dysfonctionnement sexuel du 3ème âge.

Les stratégies identifiées pour la mise en œuvre de la santé de la reproduction s'articulent autour de/du :

- Plaidoyer et de la mobilisation sociale ;
- La promotion de comportements favorables à la SR ;
- L'accès équitable à des services de qualité ;
- Renforcement des capacités ;
- L'utilisation rationnelle des services et des ressources ;
- La promotion de la recherche.

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 a été le premier des cadres de développement international à aborder les questions relatives à la sexualité, à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction.

¹What is political economy analysis? An introductory text for the ODI workshop on Political Economy Analysis. 23-24 January, 2012. OverseasDevelopment Institute.

²Normes et Procédures en Santé de la Reproduction. Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition

Dans son paragraphe 7.2, il définit la santé en matière de sexualité et de reproduction comme un état de bien-être général de l'individu dans sa vie sexuelle et procréative.

La santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR) consistent en des droits ainsi qu'en des libertés³. Ces droits sont définis au paragraphe 7.3 du Programme d'action de la CIPD, qui précise qu'il ne s'agit par d'un nouvel ensemble de droits de l'homme mais de droits déjà reconnus dans des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ayant trait à l'autonomie en matière de sexualité et de reproduction et à la santé dans ces domaines. De plus, en 1995, le Programme d'action de Beijing 4 a étendu cette définition pour couvrir à la fois la sexualité et la reproduction, en affirmant dans son paragraphe 96 le droit des individus d'exercer le contrôle de leur sexualité sans contrainte, discrimination ou violence et de prendre des décisions dans ce domaine. Ces droits ont été réitérés dans divers documents des Nations Unies, notamment dans les documents finals des processus de suivi et d'examen du Programme d'action de la CIPD et du Programme d'action de Beijing.

Les normes concernant la SDSR sont énoncées notamment dans les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme suivants :

- Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ;
- Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CIEDR) ;
- Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (CIDTM) ;
- Convention relative aux droits de l'enfant (CRC) ;
- Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH) ;
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEFDF) ;
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) ;
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC).

D'autres instruments internationaux et régionaux ainsi que des lois nationales sont eux aussi pertinents dans le domaine des droits de l'homme. En outre, les organes de surveillance des traités des Nations Unies ont étendu le champ d'application des normes relatives aux droits de l'homme au domaine de la SDSR, par des interprétations faisant autorité dans leurs observations et recommandations générales ainsi que dans certaines conclusions.

2.2. Démarche pour la réalisation de l'étude

La mission a eu une démarche participative et inclusive selon le schéma méthodologique suivant, construit autour de cinq phases :

1. La première phase a été exécutée à travers les prises de contact avec les responsables du projet, l'élaboration des outils, ainsi que la mise en place de la Task Force et du groupe de structures à contacter pour la collecte des données

³Leçons tirées du premier cycle de l'examen périodique universel. Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. UNFPA

Les membres de l'équipe de consultation ont pris contact avec les responsables du projet (Ebenezer International) immédiatement après la signature du contrat ; ce qui a permis une meilleure connaissance du projet et de ses parties prenantes. Un canevas de rédaction fut alors élaboré et présenté par l'équipe à Ebenezer International qui l'a validé sous réserve de prendre en compte un certain nombre de points.

Une réunion Skype, comprenant le coordinateur de la mission et les consultants nationaux des quatre pays (Burkina Faso, Guinée, Mali et Niger), a permis de mettre tous les acteurs au même niveau de compréhension sur ce qui est attendu de la mission.

Conformément aux objectifs de la mission, une Task Force et un groupe de structures à contacter furent constitués. La liste des membres de la Task force et celle du groupe de structures ont été validées par Ebenezer International.

Un questionnaire a été élaboré et présenté à Ebenezer International. Il comprend des questions relatives aux sections du canevas de rédaction présenté par l'équipe de consultation et validé par Ebenezer International.

Le consultant national a pris, de manière informelle, contact avec les autorités des différentes structures impliquées dans les questions de DSSR. Au cours de ces entretiens informels, le Consultant a expliqué brièvement le but de l'étude. Cette prise de contact a permis aux différents responsables d'avoir une compréhension globale de l'étude.

Les invitations ont été envoyées aux structures pour une réunion. Une lettre a accompagné les questionnaires aux parties prenantes impliquées dans l'étude.

La première réunion des membres de la Task Force s'est déroulée le 20 février 2019 sous la présidence du consultant national.

Le consultant a présenté le questionnaire, expliqué le but de l'étude ainsi que le rôle et la mission de la Task-Force mis en place. Elle est un organe d'orientation, de consultation et de suivi du processus de collecte des données dans le pays. Elle contribuera à ce que les conclusions de l'étude reflètent les réalités du pays en matière de DSSR.

Des questions de compréhension et de clarification relatives au fonctionnement de la Task Force et le contenu du questionnaire ont été posées. Des éléments de réponse ont été apportés par le consultant.

2. La deuxième phase s'est déroulée dans le cadre de la recherche documentaire et des entretiens avec les parties prenantes clés du secteur DSSR dont la liste a été validée par Ebenezer International.

Le questionnaire accompagné d'une brève explication et d'une lettre de transmission (sollicitée par certaines structures) a été envoyé à chaque structure sélectionnée pour le renseignement.

Le Consultant a fait un suivi par des appels téléphoniques et des entretiens. La collecte des données a été confrontée à quelques difficultés :

- La disponibilité des cadres/agents chargés de renseigner le questionnaire ;

- L'unanimité des membres d'une même structure sur des réponses apportées à une question donnée.

Des documents essentiels sur les DSSR ont également été collectés, lus, analysés et exploités.

3. Troisième phase : Rédaction du rapport d'analyse de l'économie politique et organisation d'une réunion de cadrage finale de l'étude avec la Task-Force pour feedbacks.

4. Quatrième phase : Intégration des commentaires sur le rapport provisoire.

5. Cinquième phase : Production et transmission du rapport final intégrant les feed-back.

3. Résultats du diagnostic sur le terrain

3.1. Contexte du pays

3.1.1 Contexte géographique, économique et financier

Pays sahélien, le Niger a une superficie de 1 267 000 km². Il est limité à l'ouest par le Mali et le Burkina Faso, à l'Est par le Tchad, au Sud par le Bénin et le Nigeria et au Nord par la Libye et l'Algérie. Les deux tiers (2/3) du territoire sont désertiques. Le relief est peu contrasté, à cause des altitudes comprises généralement entre 200 et 500 mètres, s'élevant progressivement du sud-ouest au nord-est. Au plan climatique, le pays fait face à l'aridité sans cesse croissante, marquée par une pluviométrie faible, inégalement répartie dans le temps et sur le territoire en général et variant selon un gradient négatif du sud (800 mm au maximum dans le sahel) vers le Nord, où elles sont souvent exceptionnelles (entre 10 et 90 jours selon les régions). Les températures les plus basses sont enregistrées de décembre à février où elles peuvent descendre jusqu'à 10°C, alors que les plus élevées, observées entre mars et avril, dépassent parfois 40°C. Le pays est caractérisé par la récurrence des périodes de sécheresse qui exposent les populations aux aléas climatiques avec des risques de pertes de récoltes, d'animaux et d'autres ressources. Par ailleurs, le Niger ne possède qu'un seul cours d'eau permanent, le fleuve Niger, qui traverse le pays sur une longueur d'environ 500 km dans sa partie Ouest. On trouve aussi quelques lacs permanents dont le principal, le lac Tchad, est situé à la pointe sud-est du pays ; la Komadougou Yobé et plusieurs rivières semi-permanentes dont les affluents de la rive droite.

Au Niger comme la plupart des pays de l'Afrique Subsaharienne, l'économie est essentiellement tirée par la production agricole. L'exposition aux chocs exogènes tels que les sécheresses, les inondations et les invasions acridiennes affectent négativement la production agricole qui n'arrive pas à insuffler un dynamisme de long terme à la croissance économique.

De 1990 à 2015, le taux de croissance du PIB réel du Niger a évolué en dents de scie passant de -0,8% en 1990 à 3,6% en 2015. La plus forte croissance a été enregistrée en 1998 (12,4%) et la plus faible a été enregistrée en 2000 (-2,6%). La croissance économique du Niger étant tirée essentiellement par l'agriculture, les années de pic de croissance correspondent à des années de bonne pluviométrie.

L'évolution du revenu indique globalement une croissance aux amplitudes variables selon les années et ce, surtout à partir de 1994 et après près de quatre années de contraction sur la période considérée. Ces dernières années, le Gouvernement, conscient de cet état de fait, a apporté un certain nombre de réponses en élaborant et en mettant en œuvre des politiques et programmes de développement, dont le plus important est le Plan de Développement Economique et Social (PDES) 2012-2015, intégrant l'Initiative 3N « les Nigériens Nourrissent les Nigériens », afin de contribuer à une sécurisation alimentaire durable des populations.

Du côté de l'offre, la croissance économique est marquée par une hausse de la part du secteur primaire. De 1990 à 2015, le secteur primaire a représenté en moyenne 41,1% du PIB. Son poids dans le PIB est passé de 34,4% en 1990 à 42% en 2015. De 1990 à 2015, la part du secteur secondaire dans le PIB a représenté en moyenne 13,6%. Elle est passée de 19,8 % en 1990 à 13,7% en 2015. La baisse entre 2013 et 2015 s'explique par la baisse de la production minière, de la production du pétrole brut et de la production de la raffinerie.

De 1990 à 2015, le poids du secteur tertiaire dans le PIB a été de 38% en moyenne. Il est passé de 31,5% en 1990 à 35,9% en 2015.

Le niveau de l'inflation est de +1,2% en moyenne annuelle en 2015, après une baisse -0,9% en 2014 et une hausse de 2,3% en 2013. Ce taux se situe en dessous de la norme communautaire fixée à 3% maximum par l'UEMOA dans le cadre du suivi des critères de convergence. En glissement annuel, on note également une hausse 2,2% en 2015 contre 0,6% en 2014 et 1,1% en 2013. De 1991 à 1993, le Niger a enregistré des taux d'inflation en moyenne annuelle négatifs, respectivement -3,5% ; -1,7% et -0,3%. Ensuite, il a fallu attendre 1999 (-2,3%) puis en 2003 (-1,6%) pour que le Niger enregistre des taux d'inflation négatif. Sur la période De 1991 à 2015, le Niger a enregistré en moyenne annuelle un niveau d'inflation de 2,2%.

Concernant la situation des finances publiques en 2014, elle est caractérisée par une aggravation du déficit budgétaire due à une hausse des dépenses plus importante que celle des recettes. Sur la période De 1990 à 2014, le Niger a enregistré en moyenne un déficit budgétaire de -2,7 % par an. Les recettes budgétaires totales ont enregistré une hausse de 13,7% pour se situer à 714,5 milliards de FCFA, soit 17,7% du PIB contre 16,6% en 2013 et 15,2% en 2012. En 1990 les recettes budgétaires du Niger s'élevaient à 65,2 milliards. Le taux d'accroissement moyen annuel des recettes budgétaires sur la période 1990-2014 est de 10,5%.

Les recettes fiscales ont progressé de 9,7% en 2014 contre 16,5% en 2013 et 22,8% en 2012. Le taux de pression fiscale s'est amélioré de 14% en 2012 à 15,2% en 2013 et 15,7% en 2014.

En 1990 les recettes fiscales s'élevaient à 53,5 milliards. Ces dernières se sont accrues de 10,8% en moyenne chaque année.

En termes de demande, la structure de l'économie nigérienne est dominée par les dépenses de consommation finale des ménages qui représente 69,3% du PIB en 2014 contre 74,1% en 1990.

Les échanges extérieurs se caractérisent par une augmentation de 7,3 points de pourcentage des importations et une hausse également des exportations de 3,5 points de pourcentage entre 1990 et 2014. Le taux de couverture des importations par les exportations s'établit à 49,5% en 2014 contre 57,9% en 2013.

En revanche, l'investissement public comme privée a fortement augmenté en 24 ans, il est passé de 15,3% en 1990 à 35% en 2014.

En ce qui concerne la dette publique, son encours s'est établi à 1043 milliards de FCFA en fin décembre 2014, soit 25,6% du PIB contre 876,9 milliards de FCFA en 2013, soit 23,1% du PIB.

Toutefois, cet encours n'intègre pas les conventions de dettes signées non mises en œuvre. En 1990, l'encours de la dette s'établissait à 487,4 milliards soit 72% du PIB. Ainsi, en 24 ans l'encours de la dette a augmenté de 92% en terme nominal, mais a baissé de 43,5 points en terme relatif par rapport au PIB.

La situation monétaire enfin 2014 s'est traduite par une consolidation des avoirs extérieurs nets ainsi qu'une expansion des crédits intérieurs et de la masse monétaire. Les avoirs extérieurs nets ont progressé de 182,2 milliards de FCFA pour se situer à 716 milliards de FCFA à fin décembre 2014, soit environ 5,2 mois d'importations contre 4,3 en 2013. Les avoirs extérieurs nets se sont accrues de 27% en moyenne par an.

L'encours des crédits intérieurs s'est accru de 65,1 milliards de FCFA, pour atteindre à 498,5 milliards de FCFA. Cette évolution résulte d'une consolidation des crédits à l'économie de 53,8 milliards de FCFA qui a compensé la dégradation de la Position Nette du Gouvernement (PNG) de 11,3 milliards de FCFA. L'encours des crédits intérieurs s'élevaient à 109,2 milliards de FCFA il y'a 24 ans de cela. Ces derniers se sont donc accrus de 6,5% en moyenne par an de 1990 à 2014.

En conclusion, on remarque une bonne reprise de l'activité économique en 2014, avec un taux de croissance économique de 6,9% après une hausse de 4,6% en 2013 et de 11,8 % en 2012. Cette bonne orientation de l'activité économique est due essentiellement à la bonne performance du secteur primaire et dans une moindre mesure à celle du secteur tertiaire.

Comme dans tous les autres pays de l'Afrique subsaharienne, l'économie est essentiellement tirée par la production agricole exposée aux éléments naturels incontrôlables qui réduisent la production agricole qui n'arrive plus à insuffler un dynamisme de long terme à la croissance économique. 4

3.1.3. Contexte démographique, politique et sécuritaire

La population du Niger est estimée à 18 528 000 en 2015 contre 7 754 610 en 1990. La population nigérienne est très inégalement répartie sur le territoire. Les trois quarts (3/4) de la population restent concentrés dans les zones méridionales au sud. Cependant, les densités moyennes varient de moins de 1 habitants /km² dans la région d'Agadez où vivent 3% des habitants, à 34,7 habitants /km² dans celle de Maradi.

Le Niger, avec un taux d'accroissement annuel moyen intercensitaire de sa population de 3,9% selon les données du quatrième (4ème) Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2012), présente un taux de progression démographique parmi les plus élevés au monde. Le niveau actuel du taux d'accroissement intercensitaire annuel moyen de la population du Niger peut s'expliquer, en grande partie, par la baisse très significative de la mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans, de près de 40% en dix (10) ans, par également la baisse sensible de la mortalité maternelle et de la mortalité globale en général.

Ces progrès sont dus à une amélioration sensible des conditions de vie de la population nigérienne, en particulier grâce à une meilleure accessibilité géographique des structures sanitaires, à une meilleure prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, à l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement des populations.

En effet, au cours des deux (02) dernières décennies, le taux d'accroissement intercensitaire annuel moyen de la population du Niger est passé de 3,1% au cours de la période 1988-2001 à 3,9% en 2001-2012. Cette situation est surtout le résultat d'une forte natalité (52°/oo) et d'un taux synthétique de fécondité élevé (7,6 enfants en moyenne par femme). A ce rythme, la population nigérienne doublera tous les 18 ans. Ainsi, en 2030, la population du Niger serait de 34.123.841 d'habitants. La densité de la population passerait de 8,5 habitants au km² en 2001 et 13,5 habitants au km² en 2012, à 26,9 habitants au km² en 2030. Cette évolution pose le défi de la satisfaction des besoins essentiels croissants de la population en éducation, en santé, en emploi, en protection sociale et sécuritaire, en infrastructures, en sécurité alimentaire et en amélioration de l'environnement.

⁴ Niger, Rapport National sur les progrès vers l'atteinte des OMD 1990-2015, INS-Niger, 2015

Le Niger est aujourd'hui au cœur de l'actualité et des attentions politiques occidentales. Sa position géographique au sein d'un environnement régional très instable et ses options fortes dans la lutte contre le terrorisme ont poussé la visibilité de ce pays pourtant mal classé en termes de dynamisme économique et de développement humain.

De nombreuses études ont exploré les déterminants structurels du Niger, laboratoire des pratiques humanitaires et des approches de développement depuis des dizaines d'années. Pourtant, le Niger d'aujourd'hui questionne et inquiète. Le pays, réputé pour sa culture pacifiste, a connu une série d'événements majeurs ces derniers mois qui pourraient durablement impacter sa situation : la dégradation de son environnement régional, le positionnement du pays dans la lutte contre le terrorisme, la crise sécuritaire et humanitaire liée à Boko Haram et la tenue d'un processus électoral à multiples défis.

Or les analyses existantes sur la stabilité politique, sociale et sécuritaire du Niger sont extrêmement clivées, entre des tendances lourdes immuables qui feraient du Niger un pays relativement inerte et des frémissements récents (ou récemment considérés) qui pourraient changer la donne et transformer durablement le pays. A titre d'exemple, beaucoup de conjectures faites au début de la crise de Boko Haram sur l'implosion du Niger ou sa déstabilisation identitaire et sécuritaire ont été jusqu'à présent démenties.

Cette analyse vise à mettre en avant les déterminants structurels du pays qui définissent les tendances lourdes en toile de fond, et les sources de fragilité ou d'incertitude majeures actuelles qui pourraient modeler le visage du Niger dans les années à venir, afin de pouvoir proposer des scénarios d'évolution.⁵

3.2. Développement du secteur DSSR

3.2.1. Historique

La limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées lorsque les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances.

Les tendances idéologiques face à la régulation de la natalité ont changé au fil des années. La première Conférence internationale sur la Population a été organisée en 1927 par la Société des Nations⁶.

C'est à la création, en 1946, de la Commission de la population à l'ONU que les questions démographiques acquièrent une place d'importance sur la scène internationale.

En 1954, la Conférence internationale de Rome a pour objectif de sensibiliser les décideurs aux enjeux démographiques et de promouvoir la collecte statistique.

⁵ Niger, Rapport National sur les progrès vers l'atteinte des OMD 1990-2015, INS-Niger, 2015

⁶Sarah Vilpert, « De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas ». Université de Genève. Janvier 2008. Faculté des Sciences Economiques et Sociales. Laboratoire de démographie et d'études familiales. Mémoire de maîtrise

La rhétorique de la planification familiale revient en force dans le débat international en 1965 à la Conférence internationale sur la Population de Belgrade.

Les Conférences internationales sur la Population se sont suivies : Bucarest, en 1974 où les discussions se focalisent sur le sens de la relation entre fécondité et développement économique; à Mexico, en 1984 ; et au Caire en 1994, lorsque le contrôle des naissances revient sur le devant de la scène, mais sous la forme d'un droit individuel en matière de reproduction et de sexualité.

Les quinze principes qui guident le Programme d'Action de la Conférence Internationale de la Population et le Développement (CIPD) du Caire, en 1994, ratifiés par le Niger et tous les participants, reposent sur le droit de chacun à améliorer sa qualité de vie. Le principe numéro sept se rattache à la garantie de l'accès à la santé pour tous, et en particulier celui à la SSR.

La SSR, les principes qui la régissent, les objectifs à atteindre et les mesures à prendre pour y parvenir sont détaillés en cinq thématiques⁷ :

- Droits et santé en matière de reproduction ;
- Planification familiale ;
- Maladies sexuellement transmissibles et prévention de la contamination par le VIH ;
- Sexualité et relations entre les sexes ;
- Adolescents.

Actions et mécanismes nationaux relatifs aux droits et à la santé de la reproduction

La politique nationale de santé du Niger, depuis son accession à l'indépendance, a été marquée en deux phases principales. Ainsi, de 1960 à 1978, les actions sanitaires étaient essentiellement axées sur les soins curatifs individuels. Et à partir de 1978, l'adhésion du Niger à la déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires (SSP) affecte notablement les orientations stratégiques de la politique nationale.

L'adoption du Programme National d'Auto – encadrement Sanitaire donnant priorité au milieu rural est l'engagement du pays à faire des SSP la principale stratégie du Développement sanitaire. En matière de santé de la reproduction, les matrones furent chargées de la surveillance des grossesses et des accouchements en milieu rural. En 1985, le Niger a souscrit à la Déclaration d'Alma Ata montrant ainsi son attachement aux principes fondamentaux d'équité, de justice et de solidarité qui sous – tendent les SSP.

Une loi fut prise pour mettre en application l'Initiative de Bamako en vue du recouvrement des coûts de la santé. Il s'agit de la loi n° 95 – 014 du 03/07/97 relative au recouvrement des coûts des soins de la santé et dans le secteur non hospitalier et de son décret d'application n° 96 – 224 du 29 juin 1996 et des arrêtés régissant la pratique en la matière. Mais, compte tenu de la pauvreté de la majorité de la population nigérienne, la situation n'est pas satisfaisante. Il faut signaler que pour des

⁷ Ibidem

raisons sanitaires liées à la forte mortalité infantile (123‰), maternelle (6,5‰) et infanto - juvénile (274‰) et démographique (3,2%), dues au déséquilibre, entre la croissance économique et la croissance de la population, le Niger a adopté un politique de planification familiale (PF) en 1985. Le Centre National de Santé Familiale a été créé à cet effet. Mais, les résultats atteints ont été décevants.

Dans la suite de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire (Egypte), du 5 au 13 septembre en 1994, le Niger a organisé la même année, un Symposium à Kollo qui a imprimé une dynamique nouvelle dans le domaine de la santé de la reproduction (SR) définit comme suit : « La santé de la reproduction est l'ensemble des mesures et actions visant à préserver et à améliorer la pérennisation de l'espèce humaine dans un état de complet bien-être physique et socio-culturel et non pas seulement l'absence de maladie ou de perturbations dans l'accomplissement du processus de la reproduction ».

Les autorités avaient alors décidé d'orienter les efforts du Niger en matière de SR à travers quatre volets principaux :

- Maîtrise de la fécondité ;
- Maternité sans risque ;
- Planification familiale ;
- Lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Aussi, l'accent avait-il été mis sur :

- La prise en charge des enfants de 0 à 5 ans ;
- La prise en charge des jeunes et adolescents ;
- La lutte contre les cancers génitaux ;
- La lutte contre les autres affections influant sur la reproduction ;
- L'amélioration de l'environnement physique, socio-économique et culturel ;
- La maîtrise de la fécondité ;
- La maternité à moins de risques ;
- La nutrition ;
- La prise en charge des ménopauses et andropause ;
- Les IST/VIH/SIDA.

Dans cette architecture, la composante santé des jeunes et adolescents englobe les aspects suivants :

- La lutte contre les grossesses non désirées, les maternités précoces et contre les avortements clandestins ;
- La promotion de l'alphabétisation des jeunes;
- L'éducation à la vie familiale (éducation sexuelle et sociale, économie familiale, approche genre) et à la parenté responsable ;
- La prise en charge de la santé des jeunes y compris les comportements à risques (alcoolisme, toxicomanie, délinquance, prostitution....) ;
- La promotion d'un environnement physique, politique, légal, social, économique et culturel en faveur des jeunes et en favorisant l'approche genre ;
- La santé scolaire et universitaire ;
- Les autres comportements sexuels déviants (pédophilie, pédérastie, viol, violences de jeunes).

Dans la foulée, le Centre National de Santé Familiale fut transformé en Centre National de Santé de la Reproduction en 1995.

Sur le plan législatif et réglementaire du secteur de la DDSR au Niger, de nombreux textes législatifs et réglementaires et des politiques relatives à la santé sexuelle et reproductive ont été adoptés par le Gouvernement du Niger. Nous ne nous intéresserons, toutefois qu'aux plus significatifs dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Textes en matière de DSSR

Textes	Année d'adoption	Observations
Ordonnance n° 88.19, autorisant la pratique de la contraception	1988	Elle autorise l'usage des méthodes modernes de contraception sur toute l'étendue du territoire national. Cette ordonnance est venue abroger la loi française du 31 juillet 1920 en vigueur dans les ex-colonies de l'Afrique Occidentale Française, ratifiée par la République du Niger à l'indépendance en 1960.
Décret n°88-19/PCMS/MSP/AS	1988	<p>L'article 1er de ce décret donne la liste des méthodes contraceptives réversibles et irréversibles que le personnel médical et paramédical est autorisé à appliquer. Il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • méthodes hormonales orales et injectables ; • dispositifs intra – utérins (DIU) • méthodes de barrière : diaphragmes, spermicides, préservatifs ; • ligature des trompes ou stérilisation tubaire ; • vasectomie. <p>Seuls les médecins gynécologues obstétriciens sont habilités à pratiquer la contraception sous toutes ses formes (article 2).</p> <p>Sont autorisés à prescrire la contraception orale et injectable :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les médecins ; • les sages-femmes ; • les techniciens supérieurs et assistants de santé ; • les infirmiers diplômés d'Etat, ayant

		reçu la formation appropriée (article 3).
Le Décret n°92-119/PM/MDS/P/PF	1992	<p>Un second décret a été adopté en pour corriger les difficultés constatées dans l'application du premier. est venu modifier le décret n° 88-19 du 7 avril 1988. Cette modification a touché les dispositions des articles 2 et 3 du Décret n°88-129.</p> <p>Au niveau de l'article 2, il a été rajouté les médecins généralistes ayant reçu la formation habilitée aux médecins gynécologues obstétriciens. Ils étaient désormais habilités à pratiquer la contraception sous toutes ses formes.</p> <p>A l'article 3, il a été rajouté les infirmiers certifiés ayant reçu la formation appropriée à ceux qui étaient autorisés à prescrire la contraception orale et injectable.</p>
Déclaration politique de population	1992	<p>Ses grandes orientations sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du taux de couverture sanitaire ; • Réduction de la mortalité, en particulier la mortalité maternelle et infantile ; • Augmentation du taux de prévalence contraceptive aussi bien en zone urbaine que rurale.
La loi n°95-014	1995	Elle est relative au recouvrement des coûts de soins de santé primaire dans le secteur non hospitalier ⁸ . Elle a institué dans le secteur non hospitalier un système de recouvrement des coûts de SSP sur toute l'étendue du territoire national. Ce recouvrement des coûts de SSP est défini comme la participation financière des populations au coût des prestations de services sanitaires.
La Loi N° 2006-16 portant sur la Santé de la Reproduction au Niger	2006	définit la SR au Niger, ses principes et droits ses structures, son personnel et les soins et services en matière de SR. Cette loi annonce les conditions d'incrimination et de répression des actes attentatoires aux

⁸JORN du 15 août 1995 p. 660

		droits en matière de santé sexuelle et de la reproduction ainsi que des violations des dispositions pertinentes de la présente loi.
--	--	---

L'ordonnance n° 88-19 du 7 avril 1988 a défini la contraception comme étant toute action tendant à la régulation volontaire de la fécondité par l'emploi de méthodes naturelles, médicales ou chirurgicales. Elle est soit réversible, soit irréversible (Article 1).

Toute personne majeure, toute personne mineure dûment autorisée par celui qui en assure l'autorité parentale ou la tutelle légale, tout handicapé mental sur avis médical, peuvent bénéficier sauf contre-indication médicale des méthodes contraceptives modernes réversibles (Article 2).

En ce qui concerne la personne mineure, il faut souligner que les pesanteurs sociales font qu'elle ne pourra certainement jamais bénéficier des méthodes contraceptives modernes réversibles, si elle doit être autorisée par celui ou celle qu'en assure l'autorité parentale ou la tutelle légale. En effet, ce serait accorder une licence à des rapports sexuels hors mariages, ce qui est encore prohibé dans notre société à quatre-vingt-quinze pour cents (95%) musulmane.

Autant dire que le bénéfice des méthodes contraceptives modernes aux jeunes et adolescents, bien qu'étant prévu par l'ordonnance n°88-19 du 7 avril 1988 en son article 2 est purement illusoire. Cela est d'ailleurs ressorti des entretiens menés avec les responsables des services de santé et de nombreuses associations et ONG, intervenant dans le domaine.

Il faut à notre sens revoir la question du bénéfice des méthodes contraceptives modernes réversibles pour les mineurs (jeunes et adolescents).

On pourrait préconiser que l'autorisation de la personne assurant l'autorité parentale ou la tutelle légale ne soit plus exigée, mais en fixant un âge, parce qu'en parlant de mineur au sens légal du terme on entend les enfants de moins de vingt et un ans, d'où la fourchette est très large. On pourrait ici préconiser les jeunes de dix – huit ans révolus.

L'article 3 de l'ordonnance n° 88-19 du 7 avril 1988 dispose que seuls :

- La femme de plus de 35 ans ayant au moins quatre enfants vivants ;
- La femme dont la vie pourrait être menacée par la survenue d'une grossesse ;
- Et l'individu de sexe masculin ayant au moins six enfants vivants peuvent bénéficier des méthodes irréversibles ou stérilisation chirurgicale.

En outre, le consentement écrit de l'individu est requis.

Tenant compte que les nigériennes se marient très jeunes, (15 ans), fixer à trente-cinq (35) ans, l'âge que doit avoir la femme pour bénéficier d'une méthode irréversible ou stérilisation chirurgicale, semble irréaliste.

La plupart des femmes mariées ont plus de quatre enfants vivants à 35 ans. Il faudra donc revoir cet âge à la baisse et également diminuer à trois le nombre d'enfants vivants qu'elle doit avoir.

Aux termes de l'article 4, le bénéfice des méthodes irréversibles ou stérilisation chirurgicale pour la personne mariée nécessite l'avis favorable du conjoint. Ici, aussi, il faut se rendre à l'évidence, le contexte sociologique ne favorise pas le bénéfice des méthodes irréversibles ou stérilisation chirurgicale aux femmes mariées. Il faudra envisager à notre sens l'abrogation de cet article.

En réalité ces modifications apportées par le Décret n°92-119/PM/MDS/P/PF du 2 avril 1992 avaient pour but d'élargir le personnel qui pouvait prescrire des méthodes contraceptives réversibles et irréversibles compte – tenu de la réticence des populations qui ont mal accueilli la politique du gouvernement en matière de Planification Familiale qui était perçue par les religieux comme une politique visant à limiter les naissances, ce qui est contraire aux prescriptions coraniques semble – t – il, d'une part et d'autre part, comme un licence à avoir des relations sexuelles hors mariage en ce qui concerne les jeunes, surtout que dans les établissements scolaires du secondaire, il avait été procédé à la distribution gratuite des préservatifs aux élèves.

La résistance est telle que le taux de prévalence contraceptive d'après l'enquête Démographique et de santé au Niger (EDSN) de 1998 serait seulement de 8%. Cela est préoccupant quand on sait que nous avons non seulement une démographie galopante. D'après un rapport de la Banque Mondiale publié récemment, il y a en moyenne de 8 enfants par femme au Niger, ce qui annihile tous les efforts de développement dans ce pays.

Pour pouvoir toucher le plus grand nombre de personnes en milieu rural, un arrêté a été pris pour autoriser les agents de santé villageois à offrir certaines prestations en planification familiale : l'arrêté n°031/MSP/MDS/P/PF du 30 juillet 1992 autorisant les agents de santé villageois à offrir certaines prestations en planification familiale.

Il s'agit d'un arrêté conjoint des ministres de la santé Publique et du Développement Social, de la Population et de la Promotion de la Femme.

Cet arrêté autorise les agents de santé villageois ayant un niveau d'instruction égal ou supérieur au cours moyen deuxième année (CM2) et ayant reçu la formation appropriée à :

- distribuer des moyens contraceptifs de barrière (préservatifs, spermicides)
- réapprovisionner en contraceptifs oraux (pilules).

Désormais, en zone rurale, les personnes pouvaient s'approvisionner en contraceptifs oraux ou de barrière.

En réalité, tous ces textes autorisant la contraception n'ont pas eu l'impact souhaité par les autorités politiques.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de la population, qui vise à faciliter l'accès aux formations sanitaires pour améliorer la santé des populations, la planification familiale, un certain nombre de projets sont exécutés sur financement du Fonds des Nations-Unies pour la Population (FNUAP). Il s'agit de :

- Projet santé de la reproduction, planification Familiale qui vise l'amélioration de la qualité des services, des formations, l'implantation des sites de distribution à base communautaire, la mise en service de cases de santés ;

- Projet Jeunes / Santé de la reproduction qui a pour objectif la mobilisation d'un grand nombre de jeunes autour des activités sportives et socio – éducatives afin de les sensibiliser sur les aspects relatifs à la santé de la reproduction ;
- Projet santé de la reproduction/ Islam qui a été conçu pour impliquer les leaders religieux dans la prise de décisions sur les questions de population, plus particulièrement de santé de la reproduction.

La mise en œuvre de ces projets a permis de manière conjuguée d'atteindre :

- une meilleure intégration de la planification familiale dans le paquet minimum d'activités des services de santé comme nous le verrons plus tard ;
- une amélioration de la prévalence contraceptive.

Malgré tous ces efforts, la situation de la santé de la reproduction n'est pas satisfaisante au Niger.

Pour remédier à cette situation, le Ministère chargé de la Santé Publique et celui chargé de la population et de la promotion de la femme avec d'autres partenaires, ont élaboré un projet de politique nationale de santé de la reproduction à l'issue du symposium national sur la santé de la reproduction au Niger dit symposium de KOLLO tenu du 28 au 30 novembre 1994. C'est lors de ce symposium que la notion de SR a été définie. Les composantes de la SR sont notamment rappelons-le : maîtrise de la fécondité, planification familiale et population, maternité à moindre risque, contrôle des MST, préconception, conception, prise en charge des adolescents et prévention des cancers génitaux. La SR est influencée et influence les autres aspects de la santé.

En 1995, le centre National de Santé Familiale a été transformé en Centre National de Santé de la reproduction pour tenir compte des nouvelles stratégies adoptées.

L'arrêté n°0072/MSP/CAB du 13 juin 1995 porte création et attributions d'un Centre National de Santé de la Reproduction (CNSR). Ce Centre a pour mission de promouvoir et d'appliquer la politique nationale du ministère de la santé publique en matière de santé de la reproduction. La SR étant définie par le symposium national de Kollo comme « l'ensemble des mesures et actions visant à préserver et à améliorer la pérennisation de l'espèce humaine dans un état de bien – être physique, mental et social et non seulement d'absence de maladie ou de perturbation dans l'accomplissement du processus de la reproduction (sexualité, procréation, grossesses, accouchement, survie de l'enfant...)

A cet effet, il assure :

- Les prestations en matière de SR ;
- La formation du personnel de santé de la reproduction ;
- La recherche dans le domaine de la santé de la reproduction (article 1er).

Au départ, placé sous la tutelle de la Direction de la Santé Publique, aujourd'hui, c'est une direction de la Santé de la Reproduction qui en assure la tutelle, d'ailleurs au sein des locaux abritant le CNSR.

Toujours dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale en S.R. un arrêté a défini les normes et procédures de santé de la reproduction : L'arrêté n°026/MSP/DEP du 1er février 2001 portant définition des normes et procédures de Santé de la Reproduction.

En fait, cet arrêté vient abroger l'arrêté n°032/MSP/MDS/PF portant définition des normes et standards des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale du 30 juillet 1992, qu'il remplace.

Ces normes et procédures de SR contenues dans « le Document Normes et Procédures de SR » définissent les conditions dans lesquelles les prestations doivent avoir lieu. Il s'agit notamment des droits et devoirs du client de services de SR.

Quelles que soient sa religion son ethnie, sa langue, sa condition sociale, son âge, son sexe, sa zone géographique, ses moyens financiers et son état de santé, chaque client a :

- Droit à l'accessibilité. Chaque client doit avoir accès aux services et au personnel de la santé et de l'action sociale. Il faut dire que ce droit est plutôt théorique, surtout en ce qui concerne les jeunes et adolescents qui souvent n'y ont pas facilement accès, comme le prouvent plusieurs enquêtes. Ce problème d'accessibilité est réel.
- Droit à la liberté de choix. Chaque client a le droit de choisir le service, le prestation et dans le cas de la planification familiale, la méthode. Ce droit est plus effectif que le premier.
- Droit au bon accueil. Pendant toute la durée de sa prise en charge, chaque client a droit :
 - ✓ A la bienvenue (salutation, installation, présentation),
 - ✓ Au respect (du personnel),
 - ✓ A la considération,
 - ✓ A l'écoute,Le client doit pouvoir exposer le motif de sa venue et ce qu'il veut. Le prestataire doit l'entendre, tout en lui posant des questions pour mieux le comprendre et pouvoir le guider. L'intimité et la confidentialité. Le client doit être seul avec le prestataire et ne pas être entendu par d'autres clients. Le prestataire doit garder le secret professionnel. Certains services le permettent, d'autres non.
- Droit à l'information, à l'éducation et à la communication. Le client a droit à l'éducation, à la sensibilisation, aux informations appropriées, claires et complètes dans un langage accessible, s'il le faut dans une langue nationale qu'il comprend bien. Il a droit de s'exprimer librement auprès des prestataires.
- Droit aux soins de qualité. Chaque client a droit à l'accès à un personnel qualifié et à un service doté d'un minimum d'équipement, à la consultation adéquate, au suivi, à la continuité et à la sécurité (asepsie, hygiène). Dans la mesure où ce n'est pas tout le personnel qui est formé en SR il n'est pas toujours sûr que le client ait droit à des soins de qualité. Il faut également respecter le genre : un homme une femme. Le client de services de SR n'a pas que des droits. Il a également des devoirs.

Les devoirs du client sont au nombre de quatre (4) :

- Le client a le devoir de se présenter (fournir son identité), de fournir des informations claires sur son cas, y compris sur le traitement.
- Le client a le devoir de dire s'il accepte ou rejette le traitement proposé et ne doit pas en imposer.
- Le client a le devoir de suivre strictement les prestations qu'il a acceptées.
- Le client a le devoir d'accorder à tout le personnel de santé le même respect qu'il voudrait qu'on lui accorde.

Sur les droits du client de services de SR, nous avons relevé que plusieurs enquêtes menées auprès des prestataires même qu'en ce qui concerne les jeunes, ils sont la plupart des temps mal reçus. D'autre part, les jeunes enquêtés trouvent que l'emplacement des services ne permet pas leur accès aux jeunes et préconisent des horaires de prestations en ce qui les concerne ou carrément des services exclusivement réservés aux jeunes et adolescents. Or, pour l'instant cela n'est pas possible.

Un autre problème lié à la fréquentation des centres de santé par les jeunes et adolescents est celui de l'accessibilité financière à ces services, le coût.

La mise en place du système de recouvrement des SSP a eu un impact négatif sur la fréquentation des services sanitaires où les SSP étaient jusqu'alors gratuits cela s'est bien entendu représenté sur les SSR des jeunes et adolescents qui n'ont pas toujours les revenus pour faire face à ces frais.

Le Décret n°96-224/PCSN/MSP du 29 juin 1996 porte modalités d'application de la loi n°95-014 du juillet 1995 relative au recouvrement des coûts de soins de santé primaire dans le secteur non hospitalier⁹.

Le recouvrement des coûts de SSP dans le secteur non – hospitalier est défini (article 2) comme étant la participation financière des populations aux coûts des prestations de services sanitaires dispensés au niveau des formations sanitaires publiques. Ce recouvrement partiel des coûts des prestations des services de santé dans le secteur non – hospitalier s'intègre dans la mise en œuvre des SSP au niveau du district sanitaire.

Deux modes de participation sont selon le choix définis par les conseils locaux. La participation à l'épisode de maladie ou mode de participation direct qui consiste à la perception auprès du patient ou de sa mutuelle un montant préalablement fixé au titre de sa participation financière aux soins de santé.

- Soit le paiement de centimes additionnels au comptable de l'Etat par les populations, à percevoir en même temps que la taxe locale. (article 5). Les taux de participation fixés par les conseils locaux doivent tenir compte : du coût réel des prestations fournies, de la capacité contributive des populations et de la nécessité d'assurer une amélioration continue des soins (article 6).
- Le mode de recouvrement des coûts choisi est celui du paiement direct. Ces taux peuvent être révisés annuellement pendant la session budgétaire des conseils locaux.

La gestion des fonds est confiée à des comités de santé créés par les conseils locaux.

Des arrêtés ont été pris par la suite pour fixer les taux de participation des populations.

L'arrêté n°25/MSP/MF/RE/P du 4 février 1999 porte fixation des tarifs minima et maxima des prestations des soins du Centre de Santé Intégré. Les tarifs minima et maxima sont fonction des prestations fournies.

⁹JORN du 15 août 1996 p. 732

Pour les soins curatifs par exemple une distinction est faite en fonction de l'âge du patient. De 0 à 5 ans, le patient paie la moitié du tarif payé par ceux qui ont plus de cinq ans.

Un effort aurait pu être fait pour assurer la gratuité des soins curatifs aux enfants de moins de 5 ans et la moitié du tarif pour les jeunes et adolescents, puisqu'à priori, ceux-ci ne disposent pas de revenus propres. Cet arrêté doit être modifié, tout comme celui fixant les tarifs minima et maxima des prestations de soins de l'hôpital de district. (Arrêté n°27/MSP/MF/RE/P du 4 février 1999). Au niveau de l'hôpital de district d'ailleurs, il n'est même pas fait de distinction entre les patients mineurs et les majeurs.

En ce qui concerne la santé de la reproduction, il a également été pris un arrêté fixant le prix de cession des contraceptifs et préservatifs dans le cadre du recouvrement des coûts : L'arrêté n°0152/MSP/DPHL/PT/DSR du 31 juillet 2001 portant fixation des prix de cession des contraceptifs et préservatifs dans le cadre du recouvrement des coûts.

Au niveau du circuit de distribution du secteur public, les prix de cession des contraceptifs et préservatifs sont abordables et varient selon qu'il s'agit de la cession grossistes et pharmacies populaires ou de la cession au public (au niveau des districts de santé, des centres de santé intégrés, des dépôts communautaires, officines publiques).

Ces prix sont valables sur toute l'étendue du territoire national :

Prix de cession aux grossistes et aux pharmacies populaires :

- Contraceptifs oraux (pilules) : 75 FCFA
- Contraceptifs injectables : 225FCFA
- Dispositif intra – utérin (DIU) : 225 FCFA
- Condom : la paire : 15FCFA
- Spermicide : la paire : 15FCFA

Prix de cession au public dans les formations sanitaires, officines publiques, dépôts communautaires) :

- Contraceptifs oraux : 100F CFA
- Contraceptifs injectables : 300F CFA
- Dispositifs intra – utérin (DIU) : 300F CFA
- Condom la paire 20F CFA
- Spermicide la paire 20F CFA.

N.B : Il est à noter que malgré ces dispositions, les produits contraceptifs restent gratuits dans toutes les formations sanitaires au Niger.

Nous pensons que ces prix permettent aux jeunes et adolescents en milieu urbain de s'en procurer s'ils le veulent. Mais en milieu rural, il faudrait envisager une distribution communautaire gratuite.

Dans la réalité, toutes les structures sanitaires en vue de la prise en charge du volet santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents existent. Au niveau de toutes les structures sanitaires, il y a des prestations de planification familiale. Il y a un personnel formé dans ce domaine.

Les politiques ont été adoptées dans ce domaine. Toutes les constitutions jusqu'à ce jour affirment que : « chacun a droit à la santé, à la sécurité à l'intégrité physique et mentale, à l'éducation et à l'instruction dans les conditions définies par la loi ». (Article 11 de la constitution du 9 août 1999).

L'article 18 de la même constitution dispose que : « le mariage et la famille constituent la base naturelle et morale de la communauté humaine. Ils sont placés sous la protection de l'Etat.

L'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique, mentale et morale de la famille, particulièrement la mère et l'enfant. »

L'article 19 du même texte fondamental stipule que « les parents ont le droit et le devoir d'élever et d'éduquer leurs enfants. Ils sont soutenus dans cette tâche par l'Etat et les collectivités publiques.

La jeunesse est protégée par l'Etat et les collectivités publiques contre l'exploitation et l'abandon...

En outre, l'Etat veille à l'épanouissement matériel et intellectuel de la jeunesse. Il veille au bien-être du peuple ».

Conscient du rôle important à assigner à la jeunesse dans le développement économique du pays, le gouvernement avait adopté en 1998 la Charte Nationale de la Jeunesse et la Déclaration de Politique Nationale de la Jeunesse.

Conventions et chartes internationales relatives aux droits et à la santé de la reproduction

Par ailleurs, le Niger a ratifié de nombreuses autres conventions et chartes internationales relatives aux droits et à la santé de la reproduction, notamment celles du Tableau 2.

Tableau 2 : Conventions et chartes

Conventions internationales	Année d'adoption	Quelques éléments clés
Les objectifs mondiaux (ODD) à atteindre d'ici 2030	2015	Les ODD 5 et 16, à savoir parvenir au respect de l'équité et à l'égalité des sexes et contribuer à l'autonomisation des femmes et les filles.
La Charte des Nations Unies signée à San Francisco	1945	les pays signataires se sont résolus dans le préambule de la Charte « à proclamer à nouveau notre foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité de droits des hommes et des femmes, ainsi que des nations, grandes et petites ».
La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de l'Assemblée Générale des Nations Unies	1948	Il proclame que « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité »
Plan d'action du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation	2012	Il vise à promouvoir la responsabilisation des Nations Unies en direction de l'égalité des sexes et l'autonomisation des

des femmes (ONU-SWAP)		femmes.
La Convention internationale relative aux Droits de l'enfant (CIDE)	1990	« Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié ». (Article 19).
Convention pour l'Elimination des discriminations envers les femmes (CEDEF) et son protocole en 2000	1985	« Les Etats parties condamnent la discrimination à l'égard des femmes sous toutes ses formes, conviennent de poursuivre par tous les moyens appropriés et sans retard une politique tendant à éliminer la discrimination à l'égard des femmes. » (Article 2).
Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, dit « Protocole de Maputo » en 2005.	1981	Chaque Etat doit : <ul style="list-style-type: none"> • adopter des politiques et cadres juridiques pour réduire l'avortement à risque, • préparer et mettre en œuvre des plans d'action nationaux pour réduire l'incidence des grossesses non désirées et des avortements à risque • offrir des services avortements sans risque dans le cadre des dispositions de la loi.

3.2.2. Situation actuelle (parties prenantes, perceptions, législation, rôles formels / informels et mandats des différents acteurs, niveaux de prise de décision)

Le tableau ci-dessous explore le rôle et l'influence des acteurs étatiques et sociaux dans les politiques et les programmes de DSSR au Niger.

Tableau 3: Acteurs clés, ainsi que leurs rôles, responsabilités et niveau d'influence

Acteurs	Rôles et responsabilités	Niveau d'influence
Le ministère chargé de la santé	Garant des politiques, stratégies et normes en matière de DSSR. Il met en œuvre la politique du gouvernement dans le secteur de la santé	Elevé
Le ministère chargé de l'éducation	Il élabore et met en œuvre la politique de l'éducation, particulièrement l'éducation sexuelle	Moyen

Le ministère chargé des finances	Financement de la SR et mobilisation des ressources	Moyen
Le ministère chargé de la femme et de l'enfance	Il élabore et met en œuvre la politique genre	Moyen
Le ministère chargé de la justice	et fait appliquer des lois et textes juridiques relatifs à la santé sexuelle et reproductive y compris les violences basées sur le genre	Elevé
Le ministère chargé de la jeunesse	Il élabore des activités socio-éducatives pour les jeunes	Moyen
Le ministère chargé de la Population	Il élabore et met en œuvre la politique de la population	Moyen
L'assemblée nationale	Elaboration, Adoption des lois et assure le contrôle de l'action gouvernementale en santé	Elevé
Les Collectivités territoriales	Gestion des centres de santé, financement à travers des lignes budgétaire et plaidoyer	Elevé
Les PTF	Appui technique et financier à l'état et aux autres acteurs.	Moyen
Les ONG et ONC	Elles soutiennent les efforts du gouvernement dans la promotion des DSSR à travers les activités de renforcement de capacité, d'offre des services, de sensibilisations et de plaidoyer.	Elevé
Les médias (télévision, radio, journaux)	Elles informent sur les normes sociales et amorcent des changements de comportement dans le secteur des DSSR	Elevé
Les universités et Instituts de recherche :	Recherche, évaluation de programmes, production des données	Bas
Le secteur privé	Fournisseur de services	Bas
La famille	Education familiale (éducation sexuelle au niveau des familles)	Bas
Les leaders traditionnels et religieux	Défenseurs et gardiens des normes et valeurs culturelles et traditionnelles. Ils sont respectés et écoutés par la population	Elevé

Perceptions des populations sur le secteur DSSR :

- Le droit à la santé de la reproduction est mal perçu par la population,
- Les gens pensent que la sexualité ne doit pas être abordée par les jeunes,
- D'aucuns pensent qu'il faut marier les filles tôt,
- Il faut des services spécifiques pour les DSSR.

Malgré la multitude d'acteurs intervenant dans ce domaine, beaucoup restent à faire dans le domaine de la promotion des DSSR. De plus, le climat socioculturel n'est pas toujours favorable. Les textes ne sont pas suffisamment vulgarisés. Par manque d'informations utiles, les populations se désintéressent. Les populations sont mal informées.

3.2.3. Equilibre entre les autorités centrales et locales dans la fourniture de services en rapport avec les DSSR

Au Plan institutionnel de la santé sexuelle et reproductive au Niger, les services de santé de la reproduction s'intègrent aux structures sanitaires publiques existantes au Niger.

L'arrêté n°069/MSP/SG du 3 juin 1996 a créé au niveau de chaque arrondissement ou commune, une circonscription technico-administrative dénommée district sanitaire. Le district sanitaire est le niveau local de conception, de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation de la politique nationale de santé (article 1).

Le district sanitaire comprend :

- un hôpital de district ;
- des centres de santé intégrés ;
- des cases de santé.

L'hôpital de district (HD) constitue le premier niveau de référence du système sanitaire national. Il assure :

- les prestations de soins curatifs, préventifs et éducatifs de référence ;
- la participation dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données ;
- des activités de planification familiale ;
- la participation à la formation continue du personnel et l'encadrement des stagiaires ;
- l'hygiène et l'assainissement du milieu hospitalier.

Les centres de santé intégrés (CSI) constituent les structures sanitaires périphériques de premier niveau. Ils sont classés en deux (2) types selon la densité de la population desservie :

- Les CSI de types I situés au niveau d'un village ou d'une commune desservent une population inférieure ou égale à 5000 habitants dans un rayon de 5 kilomètres.
- Les CSI de type II desservent une population de 5000 à 15 000 habitants dans un rayon de 5 kilomètres ou en zone urbaine.

Les CSI ont pour fonctions de :

- assurer les soins curatifs, préventifs, éducatifs et réadaptatifs y compris, les prestations de planification familiale ;
- former, recycler et superviser les agents de santé communautaire ;
- sensibiliser les autorités locales et les populations en matière de santé ;
- assurer la surveillance de la grossesse, les accouchements normaux et les soins pré et post – natal ;
- assurer la prise en charge des références et les évacuations ;
- assurer la recherche opérationnelle et l'encadrement des stagiaires ;
- assurer la collecte et le traitement sommaire des données ;
- utiliser les données dans le cadre de la gestion des services ;
- organiser la participation communautaire ;
- superviser les cases de santé villageoises ;
- assurer l'éducation sanitaire et la promotion de l'hygiène du milieu ;

Les CSI types I et II réfèrent aux hôpitaux de district.

La case de santé est une structure sanitaire placée au niveau d'un village, d'un campement ou d'un hameau. Elle joue le rôle de premier niveau de contact de soins.

La case de santé a pour fonctions de :

- assurer des soins curatifs élémentaires (c'est -à - dire les premiers soins)
- assurer des soins préventifs ;
- mener des actions d'éducation pour la santé, l'hygiène et l'assainissement du milieu.

Au niveau de la case de santé, d'autres fonctions devraient être menées. Il y a donc lieu à ce niveau de modifier l'arrêté n° 069/MSP/SG du 3 juin 1996 pour élargir les activités des cases de santé. Il faudrait notamment confier à la case de santé les autres fonctions suivantes :

- assurer la surveillance de la grossesse, des accouchements normaux et les soins pré et post natal ;
- assurer les références des cas ;
- assurer les prestations des services en planification familiale ; (méthodes de barrière, approvisionnement en pilule), puisque l'arrêté n° 031/MSP/MDS/P/PF du 30 juillet 1992 autorise les agents de santé villageois à offrir ces prestations ;
- promouvoir de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles y compris la surveillance de la croissance à assise communautaire.

La case de santé réfère vers les centres de santé intégrés.

Le cadre organisationnel est donc représenté par le système de référence pyramidal allant de la base au sommet, composé des cases de santé dépendant des centres de santé intégrés au niveau local, faisant référence à l'hôpital de district au niveau sous régional. Au niveau régional (intermédiaire) existent des centres hospitaliers départementaux et les maternités de référence. Enfin, au niveau central se trouvent les hôpitaux nationaux, la maternité centrale de Niamey et les centres nationaux de référence, qui constituent le niveau tertiaire de référence. Les centres hospitaliers départementaux, les hôpitaux nationaux, les maternités de référence ne sont pas évoquées par l'arrêté n° 069 précité.

Le centre hospitalier départemental (CHD) est un complexe sanitaire situé au chef-lieu de département avec une capacité d'hospitalisation de 100 à 300 lits où sont menées des activités curatives, préventives, réadaptatives et promotionnelles. Il constitue la structure sanitaire de référence des hôpitaux de district au niveau du département.

Le CHD a pour fonctions de :

- assurer les prestations médico-chirurgicales spécialisées ;
- assurer les prestations gynéco-obstétricales ;
- contribuer à la formation continue des cadres et l'encadrement des stagiaires ;
- contribuer à la recherche médicale ;
- assurer l'hygiène et l'assainissement du milieu hospitalier et de son environnement ;

Le CHD réfère aux maternités de référence et hôpitaux nationaux.

Les hôpitaux Nationaux ont pour mission essentielle de prendre en charge les soins tertiaires et ils constituent des centres de formation par excellence. Ils fonctionnent comme des établissements publics à caractère administratif (EPA) et sont dotés d'une autonomie financière. Il s'agit des hôpitaux nationaux de Niamey, Lamordé et Zinder.

La maternité de référence est un complexe sanitaire situé au niveau d'un chef-lieu de département qui dispense des prestations gynéco-obstétricales néonatales et post natales. Elle sert de centre de référence aux maternités des hôpitaux de district et a pour fonctions de :

- assurer les prestations gynéco-obstétricale, néonatales de haut niveau et des activités de planification familiale ;
- assurer la prestation foëto-maternelle ;
- servir de cadre de formation et à la recherche en matière gynéco-obstétricale et de néonatalogie ;
- assurer la planification et la coordination des activités du centre ;
- prendre en charge les références.

Au niveau de tous ces centres de santé, le volet planification familiale et donc de la santé de la reproduction est pris en compte. Mais, il est à déplorer que la prévalence contraceptive soit encore très faible. Il y a donc des mesures à prendre notamment en ce qui concerne les jeunes et adolescents dont la tranche d'âge se situe entre 13 et 24 ans.

3.2.4. Equilibre entre l'appropriation du public et du privé

Au Niger, l'investissement privé est très peu comparativement à L'État. Des efforts doivent être consentis pour impliquer plus le privé.

3.2.5. Financement du secteur (public, privé, dons, partenariat public privé)

Le financement est le grand problème de la santé. Il convient de développer une stratégie de partenariat entre l'Etat, les collectivités, les partenaires au développement et les populations bénéficiaires. Chacun devra participer au financement de la santé, les populations à travers le recouvrement des coûts des soins de santé. En ce qui concerne les jeunes et les adolescents, les tarifs sont à revoir comme déjà indiqué pour tenir compte de leur pouvoir d'achat.

L'Etat et les collectivités territoriales doivent consacrer au moins 10 à 15% de leur budget général à la santé en privilégiant la santé de la reproduction.

Les ONG et associations œuvrant dans le domaine de la santé de la reproduction peuvent également aider à financer des activités ou programmes de santé de la reproduction. Certaines ont de par leur dynamisme contribué à la lutte contre les pratiques néfastes à la santé des femmes et des enfants. Elles doivent être soutenues et aidées.

Quant aux partenaires au développement, ils sont les plus gros soutiens en matière de santé au Niger et surtout en matière de SR.

Les sources de financement du secteur DSSR : Etat, UNFPA, UNICEF, USAID, IPPF, ONG Internationales (PATHFINDER, CPSI...).

3.2.6. Participation de la société civile et surveillance citoyenne

La société civile comme partenaire incontournable pour la mise en œuvre et/ou le suivi évaluation des actions publiques de développement est de plus en plus reconnu et affirmé au plan international et national. Le Gouvernement, depuis quelque temps, renforce et diversifie son partenariat avec les organisations de la société civile. Avec la mise en œuvre de la décentralisation, et de l'affirmation accrue de la société civile dans la gestion de la vie de la cité, on remarque aisément les signes d'ouverture favorables du Gouvernement et l'émergence d'une société civile de plus en plus forte et responsable. Il faut à cet état de fait, souligner le rôle déterminant des PTFs multi et bilatéraux dont au premier chef, les agences du Système des NU qui travaillent énormément au renforcement du partenariat avec la société civile.

3.2.7. Principaux bénéficiaires des subventions et des services de DSSR

Les principaux bénéficiaires des subventions et des services de DSSR :

- Départements ministériels et Services déconcentrés ;
- Jeunes ;
- Femmes ;
- Communautés ;
- Etat : Ministère de la Santé, Ministère de la Population, Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant, Ministère de la Justice, Ministère de la Population ;
- ONG internationales ;
- Société civile.

3.2.8. Principales réformes des politiques de DSSR (succès, résistances, champions clefs, gagnants et perdants des réformes, alternatives)

Les principales réformes sont développées ci haut. Les succès en matière de DSSR sont :

- Elaboration de la Politique Nationale en SR,
- Elaboration d'un Plan d'Action ESC,
- Introduction des ESC dans les curricula secondaires,
- Prise de conscience des populations,
- Adhésion des jeunes,
- Mobilisation des OSC,
- Loi sur la SR,
- Pratique de la PF,
- Faible utilisation des produits contraceptifs modernes.

Il y a toutefois des résistances :

- Perception de la natalité,
- Croyances religieuses,
- Manque d'information,
- Analphabétisme des mères et des pères,
- Méconnaissance des populations des textes religieux,

- Fanatisme de certains groupes religieux,
- Tabous socioculturels,
- Perceptions religieuses

3.2.9. Défis et opportunités

Les plus grands défis du secteur DSSR :

- Elaboration et application d'une loi pénale,
- Implication des femmes et des hommes comme acteurs de leur propre changement,
- Analphabétisme,
- Ignorance,
- Encadrement insuffisant,
- Sensibilisation pour changement de comportement insuffisant,
- Ressources humaines, matérielles, logistiques et financières,
- Instabilité sociopolitique.

Les principales opportunités en matière de DSSR :

- Opportunité politique,
- Environnement international,
- Disponibilité des PTF,
- Population jeune,
- Désir d'apprentissage,
- Désir de formation,
- Volonté politique,
- Adhésion communautaire.

3.3. Facteurs de changement dans le secteur

3.3.1. Idéologies et valeurs contraignant le changement

- Religieuse,
- Culturelle,
- Sociale,
- La prise de conscience des leaders religieux, leur engagement,
- L'implication des femmes pour un changement,
- L'implication des jeunes pour un changement,
- Mariages précoces,
- Pratiques néfastes.

3.3.2. Moteurs traditionnels et émergents du changement

Les moteurs traditionnels du changement en matière de DSSR :

- Chefs traditionnels,
- Leaders religieux,
- Associations féminines,
- Elus locaux,

- Partenaires au développement,
- ONGs,
- Etat, Société civile spécialisée

Les moteurs émergents du changement en matière de DSSR :

- Les groupements féminins,
- Les groupements de jeunes,
- Les jeunes,
- Les organisations de femmes,
- Les élus locaux,
- Les leaders religieux,
- Les chefs traditionnels

3.3.3. Influence des différents groupes d'intérêt extérieurs à la politique en matière de DSSR : secteur privé, ONG, consommateurs, médias

Secteur privé : Faible, Financement,

ONGs/Société civile : Très engagées, Plaidoyer et mobilisation sociale, adhésion,

Consommateurs : Faible engagement, adhésion,

Médias : Très important, Information, éducation, sensibilisation

Leaders communautaires/religieux : Engagement déterminant,

Organisations des jeunes : Prise de conscience utile, mobilisation

Organisations des femmes : Très engagées, mobilisation

3.4. Principaux problèmes et points à prendre en compte dans le secteur

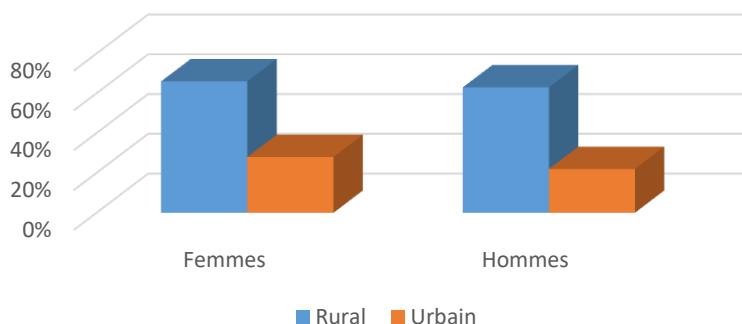
3.4.1. Inégalités dans le secteur (des groupes sociaux, régionaux ou ethniques particuliers sont-ils moins favorisés?)

Les interventions sont les mêmes quelque soient les régions et les ethnies, Toutefois, il existe des inégalités notoires en matière de DSSR, selon le milieu, la région, le niveau d'instruction et la situation économique.

3.4.1.1 Exposition aux médias

Selon l'EDSN-MICS 2012, les hommes sont plus exposés que les femmes aux médias. En effet, 59 % des femmes de 15-49 ans et 53 % des hommes du même groupe d'âges n'ont été exposés à aucun média.

Graphique 1: Personnes qui ne sont exposées à aucun média selon le milieu de résidence

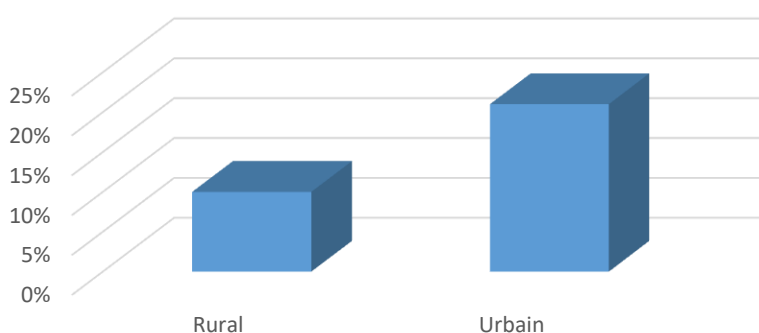


Les résultats selon le milieu de résidence font apparaître des différences importantes. En milieu rural, près de deux femmes sur trois n'ont été exposées à aucun média (66 %) contre un peu plus d'un quart (28 %) en milieu urbain. Chez les hommes, l'écart est également important, la proportion variant de 63 % en milieu rural à 22 % en milieu urbain.

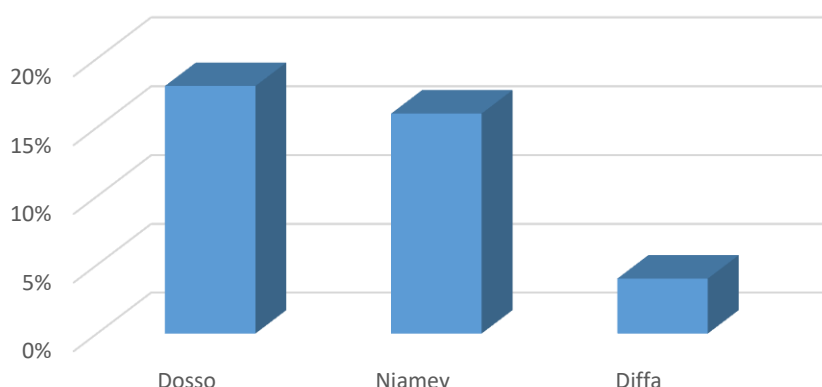
3.4.1.2 La prévalence contraceptive

La prévalence contraceptive est faible dans l'ensemble du pays (11%). L'analyse selon le milieu de résidence montre que la prévalence est deux fois plus élevée en milieu urbain (21%) qu'en milieu rural (10%). Dans l'ensemble, il n'existe pas de différence significative entre les femmes dans l'utilisation des méthodes contraceptives. Selon les régions, les résultats montrent que la prévalence contraceptive est plus élevée dans les régions de Dosso (18%) et Niamey (16%) et plus faible dans la région de Diffa (4%).

Graphique 2: La prévalence contraceptive selon le milieu de résidence



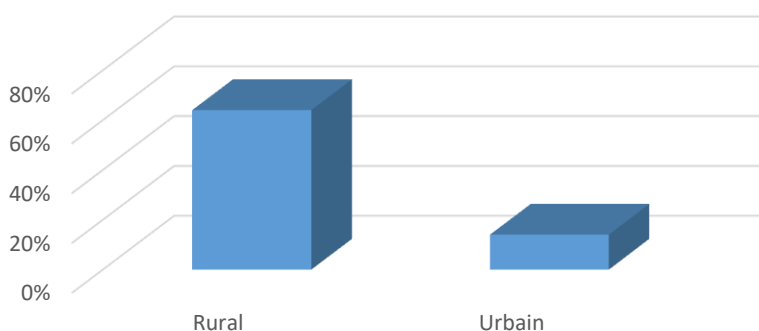
Graphique 3: La prévalence contraceptive selon certaines régions



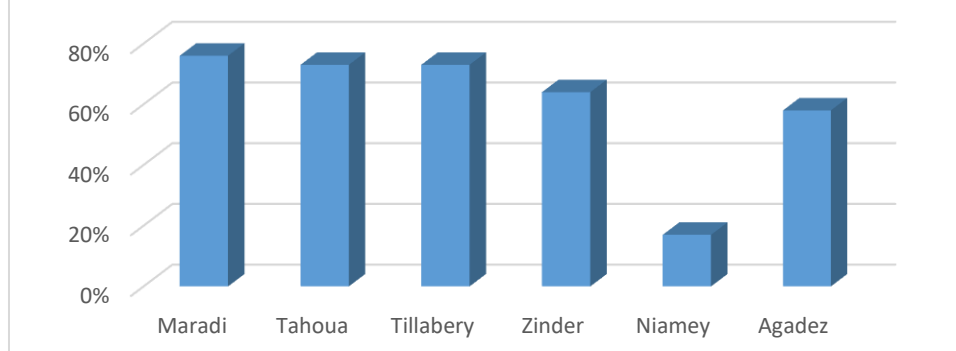
3.4.1.3 Mariage avant l'âge de 15 ans

Selon les résultats de l'étude de l'EDSN-MICS 2012, plus de la moitié des femmes enquêtées (57%) se sont mariées avant l'âge de 15 ans. Le mariage est un phénomène très courant au Niger. Selon le milieu de résidence, 64% des femmes rurales sont mariées avant l'âge de 15 ans contre seulement 14% en milieu urbain. Les fortes proportions de mariage précoces s'observent dans les régions de Maradi (76%), Tahoua (73%), Tillabéry (73%) et Zinder (64%). Les faibles proportions de mariages précoces s'observent dans la région de Niamey (17%) et d'Agadez (58%).

Graphique 4: Taux du mariage
Mariage avant l'âge de 15 ans selon
le milieu de résidence



**Graphique 4: Taux du mariage
Mariage avant l'âge de 15 ans selon
les régions**



3.4.2. Violence basée sur le genre

Les violences basées sur le genre constituent une violation universelle des droits humains. Pourtant plusieurs initiatives ont été prises autant par la communauté internationale que par l'Etat du Niger. Des études sur les violences basées sur le genre ont montré la recrudescence du phénomène dans les régions d'Agadez et de Zinder (Oxfam, 2006) et dans les régions de Dosso et de Maradi (Oxfam, 2007), avec une forte prévalence des violences physiques, sexuelles et conjugales. Il s'agit d'études importantes mais qui n'ont couvert que quelques régions du pays et quelques aspects du phénomène des VBG.

L'examen de certains indicateurs sociodémographiques et sociopolitiques informe sur la situation de vulnérabilité d'une grande partie de la population nigérienne. La nuptialité y est très précoce: 76,3% des filles âgées de 20 à 24 ans sont mariées avant l'âge de 18 ans. L'étude sur les adolescents et les jeunes, montre qu'en 2013 en matière d'éducation, 39,8% des garçons et 61,4% des filles, âgés entre 10 et 24 ans n'ont jamais fréquenté l'école. Au sein de la population jeune scolarisée, l'abandon scolaire lié à des grossesses précoces est fréquent. L'analphabétisme concernait 72,2% des femmes en 2012. S'agissant du chômage, le document sur l'état de la population du Niger en 2014, indique qu'il concerne 81% des jeunes filles âgées entre 20 et 24 ans.

En 2015, la représentation politique des femmes se présente comme suit: sur les 37 ministres du gouvernement, on compte seulement huit femmes ; au niveau parlementaire celles-ci ne représentent que 14,2% des élus contre 85,8%, pour les hommes. En matière de santé de la reproduction, 70% des accouchements ont eu lieu à domicile en 2012.

La violence basée sur le genre se manifeste un peu partout au niveau des différentes catégories et couches sociales à diverses échelles. Les différents types de violence basée sur le genre :

- Mariages précoces,
- Violences physiques,
- Violences psychologiques,
- Harcèlements sexuels,
- Harcèlements à l'école et dans les lieux de travail,

- Répudiation,
- Violences conjugales,
- Maltraitance des enfants.

La Constitution nigérienne en son article 8, alinéa 2 consacre : « l'égalité de tous devant la loi sans distinction de sexe, d'origine sociale, raciale, ethnique ou religieuse ». L'article 22 par ailleurs, stipule que «L'Etat prend les mesures de lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants dans la vie publique et privée». Ces principes d'égalité et de protection sont renforcés par la Loi d'Organisation Judiciaire qui prône que la coutume n'est applicable que si elle est conforme, aux dispositions législatives et aux règles fondamentales concernant l'ordre public et la liberté des personnes, et, aussi aux dispositions des conventions internationales ratifiées par le Niger.

Le code pénal du Niger (2003) tel que amendé par la loi 2008 -18 punit les actes de violences sous diverses qualifications: coups et blessures volontaires, violences et voies de fait, mutilations génitales féminines, attentat à la pudeur, harcèlement sexuel, viol...Par ailleurs, la Loi 2006-16, sur la santé de la reproduction a été votée le 21 juin 2006. L'article 2 de cette loi rappelle le caractère universel du droit à la santé de la reproduction : « Tous les individus sont égaux en droit et en dignité en matière de santé de la reproduction. Le droit à la santé de la reproduction est un droit universel fondamental garanti à tout être humain, tout au long de sa vie, en toute situation et en tout lieu ;[...] Aucun individu ne peut être privé de ce droit dont il bénéficie sans discrimination aucune, fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre situation. »

Pourtant, selon l'étude¹⁰ sur les VBG au Niger, trois femmes sur cinq (60%) ont déclaré avoir subi au moins une violence au cours de leur vie. Les régions de Zinder et de Maradi constituent les zones où le pourcentage de victimes est le plus élevé. Respectivement 95% et 88% des femmes ont déclaré avoir subi au moins une violence au cours de leur vie. Les adolescents de 10-14 ans courent aussi des risques de subir un type de violence au cours de leur vie (38%). Les violences sexuelles quant à elles touchent particulièrement les femmes du milieu du milieu (15%) et celles des régions de Niamey (15%) et Zinder (23%). Les auteurs sont en général des hommes (90%) et le cadre familial constitue le principal lieu de production de ces violences (tous types confondus). Les résultats de l'analyse multivariée explicative à partir des régressions logistiques montrent que les principaux déterminants de la violence basée sur le genre sont le sexe du chef de ménage, la taille du ménage, le niveau d'instruction, l'âge, le milieu de résidence, l'activité économique et l'état matrimonial. Dans l'ensemble, les femmes courent 3 fois plus de risque de subir une forme de violence sexuelle, 4 fois plus de risque de subir une forme de violence physique et 14 fois plus de risque de subir une forme de violence culturelle.

3.4.3. Corruption et favoritisme dans le secteur (livraison, achat, attribution des emplois)

Les principaux goulets d'étranglement du secteur DSSR :

- Insuffisance de la détermination politique

¹⁰ Ampleur et Déterminants des Violences Basées sur le Genre au Niger. UNFPA. RAPPORT FINAL Fatou Diop Sall, Djibo SALEY, MODIELI Amadou Djibrilla.

- Non implication des femmes et des hommes comme acteurs de changement,
- Textes réglementaires insuffisants,
- Les élus ne sont pas très impliqués,
- Les politiques manquent de cohérence,
- Environnement juridique,
- Environnement institutionnel,
- Tabous socioculturels,
- Perception de la religion.

3.4.4. Mécanismes de prise de décision (comment les décisions sont prises, qui est impliqué, les décisions sont-elles mise en œuvre ?)

Les décisions sont prises :

- Par consensus,
- En conseil des ministres.

Les acteurs impliqués dans les décisions :

- Les autorités communautaires,
- Les élus locaux,
- Les responsables administratifs,
- Les chefs traditionnels,
- Les leaders religieux,
- La société civile,
- Organisations des jeunes,
- Familles,
- Exécutifs,
- Législatifs.

Les décisions ne sont pas effectivement car beaucoup de procès sont évités auprès des juridictions. Les programmes en matière de SSR pour mettre en œuvre les décisions ne sont pas suffisantes. Le Niger a signé beaucoup de lois en la matière mais les applications font défaut.

3.4.5. Difficultés dans la mise en œuvre des décisions (problèmes de la mise en œuvre dus à quels facteurs humains, politiques ou économiques?)

Les difficultés dans la mise en œuvre des décisions en matière de DSSR :

- Les coutumes,
- La mauvaise information sur la religion en matière de la reproduction,
- L'extrémisme religieux,
- Les pesanteurs sociales, religieuses et culturelles ayant un impact sur l'accès des populations en général et des adolescents et jeunes en particulier aux services de DSSR ;
- L'insuffisance de la vulgarisation,
- Absence de loi pénale,
- Insuffisance de courage politique,
- Insuffisance dans la coordination,
- Non implication de tous les acteurs.

Le Décret n°98-085/PRN/MJS/SN du 6 avril 1998 porte approbation de la Charte Nationale de la Jeunesse. La Charte Nationale de la Jeunesse reprend les dispositions de la Constitution en ce qui concerne la jeunesse.

L'article 14 dispose ainsi que « l'Etat et les collectivités territoriales protègent la jeunesse contre toutes les formes d'exploitations susceptibles de mettre en danger son épanouissement physique et moral ».

Les jeunes ont le droit de s'organiser pour défendre au mieux leurs intérêts et de nouer des liens de coopération entre eux ou avec d'autres organisations conformément aux textes en vigueur.

Ils ont droit à un environnement sain et à une information pluraliste, crédible, saine et disponible dans les langues nationales et officielle.

Dans la réalité, nous sommes restés aux textes, et tout reste à faire, cela compte tenu de récession économique du Niger.

Le Décret n° 98-086/PRN/MJS/SN du 6 avril 1998 porte approbation de la Déclaration de Politique Nationale de Jeunesse. Tous les aspects de la vie des jeunes sont évoqués dans la Déclaration de Politique Nationale de Jeunesse.

Cependant, nous ne nous intéresserons qu'à quelques-uns de ces aspects. Il faut rappeler que l'orientation de la politique de jeunesse a pour but d'assurer le bien-être des jeunes en faisant d'eux les acteurs et les bénéficiaires du développement local et national.

L'Etat doit assurer l'accès du plus grand nombre de jeunes à la scolarisation et la formation professionnelle adaptée aux exigences du développement national :

- promouvoir la scolarisation et la formation professionnelle des groupes sociaux défavorisés, notamment les jeunes filles et les jeunes handicapés ;
- créer des centres d'information et de documentation de jeunesse.

Les grands maux de la jeunesse nigérienne sont ceux liés :

- A la consommation des stupéfiants. Ni les campagnes, ni les villes ne sont épargnées par cette évolution dangereuse du phénomène qui semble lié au désœuvrement et au chômage. Il faut donc faciliter l'accès des jeunes à la pratique des activités physiques et sportives, des loisirs éducatifs et de développement. L'octroi de crédit en vue d'activités génératrices de revenus serait également une solution et mettre un fonds d'insertion des jeunes en place. L'environnement social et physique sain doit être également protégé. Le désœuvrement pousse certains jeunes vers la consommation des stupéfiants ou même le reniflement des odeurs de dissolution qui finissent par les rendre fous. Pour la consommation des stupéfiants par les jeunes adolescents, il n'existe actuellement aucune structure de réinsertion sociale. Les juridictions condamnent les intéressés à des peines d'emprisonnement ferme.
- A la santé de la reproduction. La liberté d'union faisant partie des droits universellement reconnus à la jeunesse, celle-ci est exposée aux maladies sexuellement transmissibles, au SIDA et aux grossesses non désirées, source de marginalisation. Par manque de moyens financiers pour se soigner dans les centres de santé moderne, les jeunes font de

l'automédication ou même se soignent à la traditionnelle. En outre, à cause de tabous, préjugés sociaux, de l'insuffisance des soins adaptés aux jeunes, de la mauvaise qualité de l'accueil dans les formations sanitaires et de leur faible niveau d'instruction, peu de jeunes s'informent et utilisent les services et soins de santé, particulièrement ceux de la santé de la reproduction.

Les grossesses non désirées aboutissent à des avortements clandestins et à des conséquences graves, stérilité et même décès des jeunes filles dans de nombreux cas. Jusqu'à présent, les actions prévues dans le cadre de la politique nationale de jeunesse n'ont pas pu être mises en œuvre entièrement, ce par manque de moyens financiers de l'Etat qui, il faut le souligner, affiche au plus haut niveau, une volonté politique claire envers la jeunesse pour une insertion professionnelle des jeunes et une santé sexuelle et reproductive. En témoigne l'un des volets du programme spécial du Président de la République consacré à la formation des jeunes à des métiers générant des revenus et l'octroi des crédits aux jeunes diplômés.

Les difficultés dans l'application des stratégies en matière de la santé sexuelle et reproductive en général et celle des jeunes et adolescents en particulier sont aussi liées au contexte social nigérien. La lourdeur de nos traditions et des tabous liés à la religion (Islam) perpétue certaines pratiques néfastes à la SSRA des jeunes et adolescents. La grande pauvreté de la population ne favorise pas non plus la SSR des jeunes et adolescents

La société nigérienne est très traditionaliste. Ainsi, il y a de nombreuses pratiques qui sont néfastes à la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents. Nous voulons parler des mutilations génitales. Il s'agit de l'excision, l'infibulation ou de l'insensibilisation.

Pour lutter contre ces pratiques, des associations comme l'Association pour le Bien Etre Familial (ANBEF) et le comité nigérien sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants (CONIPRAT) et d'autres se sont battus pour mettre fin à de telles pratiques.

La loi n° 2003-025 du 13 juin 2003 a en effet modifié la loi n° 61-27 du 15 juillet 1961, portant institution du code pénal et désormais les mutilations génitales féminines sont définies et réprimées par les articles 232-1, 232-2 et 232-3 du code pénal.

L'article 232-1 dispose qu' « est qualifiée de mutilation féminine toute atteinte à l'organe génital de la femme par ablation totale ou partielle d'un ou de plusieurs de ses éléments par excision, par infibulation, par insensibilisation ou par tout autre moyen ».

L'article 232-2 punit d'un emprisonnement de six mois à trois ans, quiconque aura commis ou tenté de commettre une mutilation génitale féminine. Et lorsque la mutilation génitale féminine faite volontairement sans intention de donner la mort, l'a pourtant occasionnée, le coupable sera puni d'un emprisonnement de dix à vingt ans tout comme le complice. Lorsque l'auteur appartient au corps médical ou paramédical, les peines prévues à l'article 232-2 sont portées au double et une interdiction d'exercer sa profession pour une durée maximum de cinq (5) ans, peut être prononcée, dispose l'article 232-3 du code pénal.

A côté des mutilations génitales féminines, il y a aussi le phénomène des mariages précoces. Rappelons que notre constitution en son article 18 alinéa 1er affirme avec force que « le mariage

et la famille constituent la base naturelle et morale de la communauté humaine. Ils sont placés sous la protection de l'Etat ».

Le mariage est défini par le code civil comme une union stable de l'homme et de la femme résultant d'une déclaration reçue en la forme solennelle en vue de la création d'une famille. Il n'y a mariage que si les futurs époux ont donné leur consentement libre à cette union et si l'homme avait dix-huit (18) ans révolus et la femme quinze (15) ans au moment de la célébration (article 144 et 146 du code civil nigérien).

En droit musulman et selon nos coutumes, le mariage est plus une union entre deux familles qu'entre un homme et une femme et la plupart du temps les intéressés n'ont pas d'avis à donner. On choisit pour eux.

La loi n° 62-11 du 16 mars 1962 fixant l'organisation judiciaire et la compétence des juridictions dispose en son article 51 que sous réserve des dispositions législatives ou des règles fondamentales concernant l'ordre public ou la liberté des personnes, les juridictions appliquent la coutume des parties, notamment dans les affaires concernant le mariage.

Il se fait que selon ces coutumes, il n'y a pas un âge minimum pour contracter mariage. Ce dernier dépend souvent de la volonté des familles et il n'est pas rare de constater des mariages imposés à des jeunes filles à un âge variant entre 9 et 15 ans.

Plusieurs études ont en effet montré que le Niger connaît un fort taux de mariages précoces. Ainsi l'étude réalisée par l'EDSN II (1998) a révélé que l'âge moyen pour les premières unions est de 15, 1 ans environ pour les femmes âgées de 30 ans et plus au moment de l'enquête et 15,7 ans pour celles âgées de 20 à 24 ans.

Une autre étude sur les mariages et les grossesses précoces réalisée en l'an 2000 dans six (6) pays d'Afrique de l'Ouest et du centre a révélé que le Niger connaît le plus fort taux de mariages précoces.

Fréquent dans nos sociétés traditionnelles, le mariage précoce est justifié par plusieurs raisons. Il y a des raisons économiques à travers la main-d'œuvre que constituent la femme, et les enfants issus de l'union et la dot.

Il y a aussi le souci d'un contrôle social en vue de préserver les mœurs face aux différents fléaux et sauvegarder l'honneur de la famille, en particulier celui de la petite fille contre les avances sexuelles hors mariage, les grossesses non désirées et la prostitution.

L'islam a également beaucoup favorisé cette pratique en ne fixant pas un âge minimum pour le mariage.

Sur le plan juridique, le domaine du mariage étant réservé aux coutumes, notre code pénal n'a prévu aucune condamnation du mariage précoce malgré le fait qu'il constitue un véritable problème de santé publique de par les conséquences qu'il engendre.

En effet, le mariage précoce a de graves conséquences surtout chez la jeune fille physiquement et psychologiquement immature. Elles sont d'ordre sanitaire, social et éducatif.

Sur le plan sanitaire, le mariage précoce entraîne des relations sexuelles précoces qui le plus souvent constituent de graves traumatismes chez la jeune fille qui n'est pas préparée aux violences qu'elle va devoir endurer. D'où des conséquences psychologiques graves, comme la frigidité et souvent les fugues de la jeune femme.

Qui dit relations sexuelles précoces dit grossesses précoces qui chez une fille adolescente constituent des grossesses à haut risque pouvant entraîner la mort fœtale et même maternelle en l'absence de toute assistance médicale.

Sur le plan social, le mariage précoce aboutit le plus souvent à des divorces pouvant entraîner chez la jeune fille qui n'a pas consenti au mariage, un comportement sexuel irresponsable comme la prostitution, l'exposant ainsi aux maladies sexuellement transmissibles et au SIDA.

Il y a également les fugues, le suicide survenant généralement dans les cas où la jeune fille se trouve rejetée par sa famille et par la société.

Enfin, sur le plan éducatif, le mariage précoce surtout en zone rurale entraîne l'interruption de la scolarité de la petite fille généralement à partir du cours moyen du cycle primaire.

On interrompt sa scolarité pour faire d'elle une mère au foyer malgré son immaturité physique et mentale. Pour certains parents en effet, la petite fille court des dangers quand elle va à l'école. Ceci est d'autant plus inquiétant quand elle accède au collège.

Alors, on l'encourage à échouer aux examens, pour la donner en mariage, car son éloignement du domicile familial l'entraînerait à la débauche, provoquant une grossesse précoce notamment, d'où l'humiliation et le déshonneur de sa famille. C'est ce qui explique le fort taux de déperdition scolaire des jeunes filles dans l'éducation.

Beaucoup d'associations notamment féminines et même le gouvernement ont entrepris les réflexions pour résoudre le phénomène et les responsables religieux et autorités coutumières y ont été associées.

Des recommandations ont été faites mais, à ce jour, n'ont pas vu un début d'exécution.

Les actions à mener pour lutter contre les mariages précoces préjudiciables à la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents sont donc d'actualité et nous en préconisons certaines relatives à la législation en la matière. Mais, un autre sujet préoccupant est celui des avortements clandestins, pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité.

Les avortements clandestins sont l'œuvre de jeunes filles qui n'ont aucune expérience en matière sexuelle qui tombent en grossesse dès les premiers rapports. Elles ne savent pas qu'il existe des méthodes contraceptives modernes qui sont à leur disposition dans les centres de santé. Ces grossesses non désirées entraînent des avortements pour la plupart clandestins pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité.

Souvent, il y a des complications graves pouvant conduire à la stérilité et même à la mort.

Notre législation pénale actuelle est très répressive en matière d'avortement. En effet, l'article 295 du code pénal dispose que « quiconque par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres,

violences ou par tout autre moyen, aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 5 000 à 500 000 francs.

L'emprisonnement sera de cinq à dix ans s'il est établi que le coupable s'est livré habituellement aux actes visés à l'alinéa précédent.

Sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 20 000 à 200 000 francs, la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même ou aura tenté de se le procurer ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet ».

L'article 296 du code pénal quant à lui dispose que : « les médecins, sages-femmes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, ainsi que les étudiants en médecine, les étudiants ou employés en pharmacie, herboristes, bandagistes, marchands d'instruments de chirurgie, infirmiers, masseurs, qui auront indiqué, favorisé ou pratiqué les moyens de procurer l'avortement seront condamnés aux peines prévues aux alinéas 1 et 2 de l'article 295.

La suspension pendant cinq ans au moins ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession sera, en outre, prononcée contre les coupables.

Quiconque contrevient à l'interdiction d'exercer sa profession prononcée en vertu de l'alinéa précédent sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 50 000 à 500 000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement ».

Cette législation pénale très sévère datant du lendemain de l'indépendance s'expliquait par la politique pro nataliste du colonisateur.

Aujourd'hui, il y a lieu de mettre en œuvre les politiques et stratégies en vue d'une parenté responsable et le taux de fécondité qui est de huit (8) enfants par femme d'après le dernier rapport de la Banque Mondiale, qui conclut que la croissance démographique actuelle du Niger va compromettre tous les plans de développement économique et social du pays, doit nous inciter à un assouplissement dans la répression de l'avortement. En ne punissant que les avortements pratiqués après dix semaines de gestation, on pourrait inciter les jeunes filles à aller dans des centres de santé appropriés pour se faire avorter chirurgicalement et dans des conditions de sécurité satisfaisante.

D'autres mesures significatives sont également répertoriées dans le domaine de le secteur de la DSSR au Niger dont :

- Adoption du Plan d'Actions en faveur des Jeunes (PAJ) 1998-2001,
- Mise en œuvre de projets et programmes SSRAJ,
 - ✓ Projet Jeunes-Sports et Santé de la Reproduction 1998-2001,
 - ✓ Initiatives Jeunes pour la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes y compris la prévention des IST/VIH/SIDA 2003-2006,
 - ✓ PRSSRAJ 2007-2011,
- Réorganisation du MJS en 2014 consacrant la création de la Direction Nationale de la Jeunesse qui intègre les attributions de la Direction de la Protection des Jeunes et l'ensemble du Volet Promotion de la SSRAJ qui y est contenu.

4. Conclusion

4.1. Qu'est-ce qui fonctionne dans le domaine de la responsabilité dans le secteur?

- Amélioration de la situation des droits de l'homme sur le terrain;
- Respect par l'État de ses obligations et engagements en matière de droits de santé sexuelle et reproductive;
- Mise en commun des meilleures pratiques entre l'État et les autres parties prenantes;
- Des acteurs centraux du système de santé mettent en œuvre des approches appropriées et adaptées pour améliorer la santé et les droits sexuels et reproductifs.

4.2. Ce qui ne fonctionne pas encore dans le système: les lacunes, les principaux goulets d'étranglement

A côté des nombreux atouts en matière de santé de la reproduction, il y a également des contraintes majeures qu'il faudra surmonter. Ainsi, il y a un taux de prévalence contraceptive faible (12,2% selon EDSN 2012). L'indice de fécondité est de 7,6 enfants par femme, soit l'un des plus élevés du monde. Cette forte natalité est le résultat de comportements pro-natalistes, de la mauvaise interprétation des textes religieux, des mariages et grossesses précoces, de la pauvreté, mais également d'une faible accessibilité et disponibilité de la P.F. L'introduction du recouvrement des coûts des contraceptifs a entraîné une baisse de l'utilisation de la P.F.

Il faut souligner que l'accès à des prestations de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ) qui constituent 49% de notre population est limité par l'inadéquation des formations sanitaires à répondre aux besoins des jeunes mais surtout du fait de pesanteurs sociales, culturelles et religieuses ainsi que les obstacles juridiques. Renforcer l'environnement juridique et institutionnel favorable à l'expression et à la jouissance des droits en santé sexuelle et reproductive.

4.3. Recommandations

Toutes les structures sanitaires existent au Niger. Ce sont les mêmes centres qui s'occupent du volet santé de la reproduction. Mais, pour que les jeunes et adolescents puissent y accéder plus facilement, un certain nombre de mesures doivent être prises.

Il est ressorti des différents entretiens que nous avons eu avec les responsables des services de la santé de la reproduction, des autorités coutumières et des associations et projets œuvrant dans le domaine, que le premier frein, c'est l'accueil réservé aux jeunes et adolescents par les prestataires des services de la santé reproductive. Cet accueil est le plus souvent désagréable et le jeune se sent frustré et ne revient plus ou en tout cas très rarement.

Les normes et procédures en santé de la reproduction arrêtées doivent être effectivement appliquées en respectant le genre. Il doit y avoir des prestataires hommes et femmes.

D'autre part, il n'existe aucune organisation particulière dans les centres de prestations de santé qui tienne compte de la spécificité des jeunes et qui peut les inciter à les fréquenter. Il faudrait penser à la mise en place au niveau des centres de jeunes et autres « FADA » de personnels pouvant offrir

des services de conseil en santé reproductive et de ravitaillement en contraceptifs et préservatifs à titre gratuit.

Il faut penser à prévoir des horaires spécialement réservés aux jeunes et adolescents ou à créer des centres exclusivement réservés à la jeunesse. Une extension de la couverture sanitaire s'impose donc. Déjà, le Programme Spécial du Président de la République contribue à la mise en place de milliers de case de santé. Il faut les équiper et les rendre fonctionnelles. Les consultations foraines et la distribution à base communautaire des contraceptifs et des nutriments doivent être renforcées.

Les prestataires en santé de la reproduction doivent recevoir une formation aussi bien de base que continue avec des spécialisations. Les agents de santé villageois doivent également être formés à la prise en charge des problèmes de santé reproductive de leur communauté. Depuis le forum de Ouagadougou, il avait été préconisé l'intégration de l'enseignement de la santé reproductive dans les écoles et facultés des universités. Cela a bien sûr commencé, mais doit être poursuivi.

Elle est indispensable et doit concerner aussi bien les soins curatifs, préventifs, promotionnels que réadaptatifs. Les infrastructures sanitaires doivent être réhabilitées et les actions relatives à la surveillance de la grossesse, à la prise en charge de l'accouchement, du post partum et post abortum et de la prise en charge des complications de la grossesse, de l'accouchement et du post partum renforcées.

Le gouvernement devra veiller à ce que ces médicaments et contraceptifs soient disponibles en quantité et en qualité et éviter les ruptures de stocks.

Très importante en matière de santé de la reproduction, l'information, éducation et la prévention (IEC) est une condition préalable à un développement humain durable. Il faut donc des activités efficaces d'IEC qui préparent la voie à une modification des mentalités et des comportements. Le changement de comportement des jeunes et adolescents favorables à la santé est un objectif à atteindre. Il faudra former les pairs éducateurs qui serviront de relais avec les jeunes, promouvoir l'éducation à la vie familiale responsable et cette formation doit être adaptée à la situation des jeunes et adolescents. Les associations et ONG œuvrant dans le domaine doivent être soutenues par les pouvoirs publics pour atteindre l'objectif visé.

Le financement est le grand problème de la santé. Il convient de développer une stratégie de partenariat entre l'Etat, les collectivités, les partenaires au développement et les populations bénéficiaires. Chacun devra participer au financement de la santé, les populations à travers le recouvrement des coûts des soins de santé. En ce qui concerne les jeunes et les adolescents, les tarifs sont à revoir comme déjà indiqué pour tenir compte de leur pouvoir d'achat.

L'Etat et les collectivités territoriales doivent consacrer au moins 10 à 15% de leur budget général à la santé en privilégiant la santé de la reproduction.

Les ONG et associations œuvrant dans le domaine de la santé de la reproduction peuvent également aider à financer des activités ou programmes de santé de la reproduction. Certaines ont de par leur dynamisme contribué à la lutte contre les pratiques néfastes à la santé des femmes et des enfants. Elles doivent être soutenues et aidées.

Quant aux partenaires au développement, ils sont les plus gros soutiens en matière de santé au Niger et surtout en matière de SR.

Sans suivi-évaluation, aucun programme ne peut aboutir aux objectifs poursuivis. Le gouvernement devra mettre en place des structures de mise en œuvre de ses stratégies en matière de SR et surtout de SR des jeunes et adolescents.

Les propositions de la législation dans le cadre de cette étude doivent être introduites par les ministères en charge de la jeunesse, de la santé et du développement social pour qu'elles soient adoptées par le gouvernement, puis par l'Assemblée Nationale en ce qui concerne les projets de lois.

Compte tenu de ce qui précède nous formulons les recommandations suivantes :

- Pour la formulation des politiques et stratégies en rapport avec les DSSR :
 - Disposer d'une loi pénale contre les MGF ;
 - Créer un environnement juridique et institutionnel favorable aux DSSR ;
 - Appliquer et de faire appliquer les lois déjà existantes en matière de DSSR et légiférer là où il existe des vides juridiques ;
 - Informer et sensibiliser les partis politiques, les membres de l'Assemblée nationale et les responsables locaux sur les DSSR.

- Pour la conception de projets ou de programmes DSSR :
 - Renforcer les capacités des ONG impliquées dans les actions,
 - Lutter efficacement contre la corruption en milieu médical ;
 - Faire une analyse des acteurs ;
 - Octroyer un financement adéquat aux structures de DSSR ;
 - Continuer et améliorer le suivi et évaluation des projets et programmes ;
 - Mobiliser davantage de ressources et les allouer aux programmes engagés dans la promotion des DSSR ;
 - Promouvoir l'implication des hommes et des femmes dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de DSSR les concernant comme véritables agents de changement social ;
 - Informer les populations sur les DSSR, utilisant différentes stratégies de communications intégrées dont l'utilisation des media modernes et les campagnes multimédia couplées aux projections de films etc.

- Pour informer le dialogue et l'engagement avec les partenaires DSSR :
 - Impliquer les femmes et les hommes comme acteurs de leur propre développement ;
 - Impulser le changement ;
 - Identifier les principaux risques et élaborer un plan de mitigation ;
 - Mener des actions de communication ;
 - Accorder une place de choix à la mobilisation sociale ;
 - Informer et sensibiliser tous les acteurs ;
 - Mettre en place et faire fonctionner un cadre de concertation regroupant les différents acteurs des différents secteurs, les OSC et les partenaires, à l'effet de

mieux aligner les interventions et d'éviter des duplications inutiles d'efforts en matière de DSSR;

- Pour la prestation des services DSSR :
 - Renforcer les capacités techniques des services et ONG impliquées ;
 - Promouvoir l'accès des jeunes aux de services de SSRAJ de qualité et adaptés à leurs besoins et respectueux de leurs droits tant dans les formations sanitaires, maisons des jeunes et au niveau communautaire ;
 - Informer et sensibiliser de façon plus énergique les populations sur les DSSR ;
 - Renforcer la coordination des actions des différents départements étatiques intervenant dans le domaine des DSSR ;
 - Impliquer davantage les bénéficiaires des projets et programmes dans la conception, la réalisation et le suivi évaluation.

Annexe 1 : Structures consultées

Niger :

Catégories de représentations	Nombre de représentants	Noms des structures
Etat	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction Générale du Centre National de la Santé de la Reproduction ▪ Direction Nationale Jeunesse ▪ Direction de Santé de la Mère et de l'Enfant ▪ Ministère de l'Enseignement Supérieur/DSS
Institutions	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseillère du PM en matière de santé ▪ Réseau des parlementaires en population et développement
Société civile	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coalition des OSC/PF ▪ ANBEF ▪ CONIPRAT ▪ ONG Lafia Matassa ▪ Scouts du Niger
PTF	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UNFPA ▪ OMS ▪ UNICEF
Communautaires	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alliances des leaders religieux ▪ GAIPPS ▪ Réseaux des jeunes ambassadeurs ▪ Conseil National de la Jeunesse ▪ AfriYAN Niger
Total	19	

Annexe 2 : Structures de la Task force

Catégories de représentations	Noms des structures	Prénoms & Noms des représentants	Titres et Postes occupés dans les structures	Adresses de contact (Téléphones et emails)
Structures de l'Etat (2 représentants)	Ministère de la Santé Publique /Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant/Division Santé des Jeunes	Docteur MOUMOUNI Halima	Chef de Division Santé des Jeunes/DSME	Tél : 00227 94943920 Email : halisfm@yahoo.fr
	Ministère de la Jeunesse et des Sports /Direction Nationale de la Jeunesse /Division Droits Spécifiques en SR des Jeunes	Mme SEKOU Dijé Ouagani	Directrice Nationale	Tél : 00227 96983130 Email : dijskou@yahoo.fr
Société civile : 2 représentants	Coalition nationale des OSC/PF du Niger	Mme TRAORE Salamatou	Présidente	Tél : 00227 96965558 Email : salamatoutraore@yahoo.fr
	ANBEF /Association Nigérienne du Bien-être Familiale (membre IPPF/région Afrique)	Dr KARIM Abdoulaye	Président	Tél : 00227 90034417 Email : drkarimabdoulaye@anbef-niger.org
PTFs : 1 représentant	UNFPA Niger	Dr MANZO ADAMOU	MD, MPH/GSR RSS NPO Chargé de Programme	Tél : 00227 90278037, 98345801 Email : manzo@unfpa.org
Organisation de jeunesse engagée	Réseau africain des adolescents et des jeunes en population et développement (AfriYAN Niger)	Dr AWAL ISSA RACHID	Président	Tél : 00227 92555525 Email : awid1er@yahoo.fr
Organisation religieuse	Alliance des leaders religieux sur la SR/PF (GAIPDS)	M. ALOU MAIGA	Secrétaire Général	Tél : 00227 96749291 Email : gaipds@gmail.com
Total : 7 structures				

Annexe 3 : Questionnaire

Questionnaire pour l'étude sur l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR

Date _____/

Pays _____/

Structure _____/

Responsable _____/

Adresse et contacts _____/

Questions	Réponses
1. Développement du secteur DSSR	
Quel a été le développement du secteur DSSR et la législation actuelle dans votre pays (veuillez indiquer les dates et les textes) ?	Date 1 : Texte :
	Date 2 : Texte :
	Date 3 : Texte :
	Date 4 : Texte :
	Date 5 : Texte :
2. Acteurs et mandats	
Qui sont les acteurs du secteur DSSR et quels sont leurs mandats dans votre pays ?	Acteur 1 : Mandat :
	Acteur 2 : Mandat :
	Acteur 3 : Mandat :
	Acteur 4 : Mandat :
	Acteur 5 : Mandat :
3. Perceptions et appropriation des populations	
Quelles sont les perceptions des populations sur le secteur DSSR dans votre pays ?	Perception 1 :
	Perception 2 :
	Perception 3 :
	Perception 4 :
	Perception 5 :
Les populations se sont-elles appropriées des services DSSR dans votre pays ?	Oui ___/ Non ___/ Veuillez justifier votre réponse :

4. Financement du secteur DSSR et bénéficiaires	
Quelles sont les sources de financement du secteur DSSR dans votre pays ?	Source 1 : Source 2 : Source 3 : Source 4 : Source 5 :
Quels sont les montants alloués ces dernières années au secteur DSSR (en dollars) dans votre pays ?	2015 : 2016 : 2017 :
Quels sont les principaux bénéficiaires des subventions et des services de DSSR dans votre pays ?	Bénéficiaire 1 : Bénéficiaire 2 : Bénéficiaire 3 : Bénéficiaire 4 : Bénéficiaire 5 :
5. Violence basée sur le genre	
Quels sont les différents types de violence basée sur le genre dans votre pays ?	Type 1 : Type 2 : Type 3 : Type 4 : Type 5 :
Que dit la loi de votre pays en la matière ?	
6. Décisions et leur mise en œuvre dans le secteur DSSR	
Comment les décisions sont-elles prises en matière de DSSR dans votre pays ?	
Quels sont les acteurs impliqués dans les décisions selon vous ?	Acteur 1 : Acteur 2 :

	<p>Acteur 3 :</p> <p>Acteur 4 :</p> <p>Acteur 5 :</p>
<p>Les décisions sont-elles effectivement mises en œuvre dans votre pays ?</p>	<p>Oui ___/ Non ___/</p> <p>Veillez justifier votre réponse :</p>
<p>Quelles sont les difficultés dans la mise en œuvre des décisions en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Difficulté 1 :</p> <p>Difficulté 2 :</p> <p>Difficulté 3 :</p> <p>Difficulté 4 :</p> <p>Difficulté 5 :</p>
<p>7. Perceptions générales sur le secteur</p>	
<p>Quels sont les succès en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Succès 1 :</p> <p>Succès 2 :</p> <p>Succès 3 :</p> <p>Succès 4 :</p> <p>Succès 5 :</p>
<p>Quelles sont les principales résistances en matière de DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Résistance 1 :</p> <p>Résistance 2 :</p> <p>Résistance 3 :</p> <p>Résistance 4 :</p> <p>Résistance 5 :</p>
<p>Quels sont les plus grands défis du secteur DSSR dans votre pays ?</p>	<p>Défi 1 :</p> <p>Défi 2 :</p> <p>Défi 3 :</p> <p>Défi 4 :</p>

	Défi 5 :
Quelles sont les principales opportunités en matière de DSSR dans votre pays ?	Opportunité 1 : Opportunité 2 : Opportunité 3 : Opportunité 4 : Opportunité 5 :
Quelles sont les idéologies/valeurs contraignant le changement en matière de DSSR dans votre pays ?	Idéologie/valeur 1 : Idéologie/valeur 2 : Idéologie/valeur 3 : Idéologie/valeur 4 : Idéologie/valeur 5 :
Quels sont les moteurs traditionnels du changement en matière de DSSR dans votre pays ?	Moteur traditionnel 1 : Moteur traditionnel 2 : Moteur traditionnel 3 : Moteur traditionnel 4 : Moteur traditionnel 5 :
Quels sont les moteurs émergents du changement en matière de DSSR dans votre pays ?	Moteur émergent 1 : Moteur émergent 2 : Moteur émergent 3 : Moteur émergent 4 : Moteur émergent 5 :
Quelle est l'influence des groupes suivants à la politique en matière de DSSR dans votre pays ?	Secteur privé : ONG/Société civile : Consommateurs :

	<p>Médias :</p> <p>Leaders communautaires/religieux :</p> <p>Organisations de jeunes :</p> <p>Organisations de femmes :</p>
Existe-t-il des groupes sociaux, régionaux ou ethniques particuliers moins favorisés en matière de DSSR dans votre pays ?	Oui ___/ Non ___/ Veuillez justifier votre réponse :
Quels sont les principaux goulets d'étranglement du secteur DSSR dans votre pays?	<p>Goulet d'étranglement 1 :</p> <p>Goulet d'étranglement 2 :</p> <p>Goulet d'étranglement 3 :</p> <p>Goulet d'étranglement 4 :</p> <p>Goulet d'étranglement 5 :</p>
Existe-t-il de la corruption ou du favoritisme en matière de DSSR dans votre pays ?	Oui ___/ Non ___/ Veuillez justifier votre réponse :
8. Recommandations	
<p>Veuillez formuler cinq recommandations pour améliorer le secteur DSSR dans votre pays.</p>	<p>Recommandation 1 :</p> <p>Recommandation 2 :</p> <p>Recommandation 3 :</p> <p>Recommandation 4 :</p> <p>Recommandation 5 :</p>

Annexe 4 : Termes de référence

1- NOTE TECHNIQUE DE LA SUBVENTION STRATEGIQUE AMPLIFYCHANGE

1.1 CONTEXTE

Ayant bénéficié d'un premier financement d'AmplifyChange au Mali en Février 2017 et dans la dynamique de consolider les points de synergie développés avec CAEB, Ebenezer International a décidé en mai 2017 de postuler pour le deuxième appel à subvention Stratégique d'AmplifyChange en partenariat avec CAEB et, en facilitant la constitution d'un consortium d'organisations travaillant sur les questions en rapport avec les politiques et les stratégies de la santé de la reproduction. Ainsi, Ebenezer International, CAEB, Humanité & Inclusion et la Coalition des Organisations de la Société Civile pour le repositionnement de la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone ont accepté de mettre ensemble leurs expertises et d'activer leurs réseaux d'organisations, afin de concevoir et de soumettre une proposition de projet compétitive à AmplifyChange.

La note conceptuelle soumise en juillet 2017 a été validée par AmplifyChange en Septembre 2017 et la proposition finale du projet a été soumise à AmplifyChange le 6 novembre 2017. Le Comité d'Evaluation Technique Indépendant et le Conseil Consultatif Indépendant d'AmplifyChange ont considéré la candidature du consortium comme une offre prometteuse pour contribuer aux objectifs d'AmplifyChange et l'ont tous les deux recommandée pour recevoir le financement offert par cette subvention stratégique. Une notification officielle d'AmplifyChange a été adressée au Consortium à la date du 5 mars 2018 à cet effet.

1.2 DEFIS LIES AUX POLITIQUES ET STRATEGIES DSSR EN AFRIQUE DE L'OUEST ET EN AFRIQUE AUSTRALE

Le Mali, le Niger, la Guinée, le Malawi et le Mozambique ont signé et ratifié un certain nombre de traités importants sur les droits des femmes et les droits de l'homme, entre autres :

- la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) ;
- le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et ;
- le Protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, mieux connu sous le nom de Protocole de Maputo. Le Protocole de Maputo inclut spécifiquement une disposition en faveur de l'accès à l'avortement légal et sûr.

Beaucoup de ces pays ont adopté des lois nationales sur la santé de la reproduction, bien que la plupart n'ait pas encore élaboré de stratégies et de directives pour appliquer ces lois. Grâce à leur participation au Partenariat de Ouagadougou, le Mali, le Niger, le Burkina Faso et la Guinée ont élaboré un plan national de mise en œuvre chiffré pour la planification familiale et pris des engagements pour améliorer les services de planification familiale. Le Malawi, le Zimbabwe et le Mozambique ont fait des rapports sur la CEDEF et le Protocole sur le genre de la SADC.

Les défis en Afrique de l'Ouest et en Afrique australe incluent, mais ne sont pas limités à :

- des difficultés d'application de la loi en l'absence de législation d'application;

- des difficultés d'interprétation et de mise en œuvre de certaines dispositions (cas de dispositions relatives à l'avortement);
- peu d'appropriation parmi les détenteurs de droits, les populations et les plus grands bénéficiaires (femmes et jeunes) et les travailleurs de la santé;
- la persistance des violations des droits, en particulier chez les jeunes (pas d'accès à l'information, mariage précoce, pratiques néfastes, VBG, avortements);
- la persistance d'obstacles médicaux et attitudinaux dans les sites d'accouchement (les jeunes sont les plus touchés);
- des droits inefficaces des individus et des couples pour jouir de leur sexualité et de leur santé (en particulier les jeunes);
- l'absence de mécanisme de surveillance de l'application de la loi (OSC, parlementaires);
- des refus d'alignement sur les engagements et la convention internationale ;
- l'absence de normes harmonisées en matière de DSSR conformément aux engagements mondiaux, continentaux et régionaux et la promotion de leur domestication pour la SADC et les pays spécifiques;
- un manque de mécanismes de redevabilité liés à l'UA, à la SADC et aux pays avec des instruments pour suivre les progrès réalisés dans les pays afin d'atteindre les cibles sur les DSSR soutenant la SADC;
- insuffisance d'initiatives de plaidoyer avec des acteurs nationaux pour promouvoir la DSSR pour tous.

1.3 Objectif de la Subvention Stratégique

L'objectif de cette subvention stratégique est double:

- 3) Plaider et aider à améliorer la politique et la stratégie DSSR sur les thèmes prioritaires d'AmplifyChange aux niveaux régional et national dans 4 pays subsahariens en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Niger, Burkina Faso) ;
- 4) Faciliter le renforcement des capacités, l'engagement et la mise en réseau des organisations de la société civile pour une meilleure mise en œuvre, et le suivi et évaluation de l'impact des politiques en DSSR dans 4 pays subsahariens en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Niger, Burkina Faso).

Des visites d'échanges et des études comparatives seront menées au Malawi et au Zimbabwe.

1.4 Résultats attendus de la Subvention Stratégique

Le projet est conçu pour renforcer les initiatives stratégiques de plaidoyer aux niveaux national et régional, avec comme principaux résultats :

- une planification rigoureuse du plaidoyer de haut niveau dans les pays et la région ;
- un engagement et une influence accrues des OSC sur les processus politiques et budgétaires,
- les changements dans les politiques, les lois et les allocations budgétaires,
- l'amélioration de la qualité et de l'analyse des données
- le renforcement de la capacité des OSC à plaider en faveur de la DSSR,
- l'engagement accru d'alliés potentiels dans l'ensemble des secteurs et des mouvements,
- renforcement de la collaboration entre les OSC en Afrique de l'ouest et en Afrique australe
- la mise en œuvre des idées nouvelles localement conçues, et les leçons apprises partagées

- la participation et le leadership accrus des groupes marginalisés dans les OSCs.

1.5 Institutions régionales ou organisations inter-gouvernementales internationales partenaires

Ce projet travaillera avec 2 principales institutions régionales en Afrique de l'Ouest et en Afrique australe:

- 1) Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) à Bobo Dioulasso, Burkina Faso;
- 2) Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), siège régional de l'Afrique de l'ouest à Dakar, au Sénégal;

1.6 Zone géographique, régions et pays d'intervention du Projet

Le projet est mis en œuvre dans les deux régions ci-dessous de l'Afrique Subsaharienne :

- Afrique de l'Ouest: Guinée, Mali, Niger, Burkina Faso ;
- Afrique Australe : Malawi, Zimbabwe, Ouganda.

1.7 Rôles et responsabilités au sein du Consortium

Entre les membres du Consortium, la répartition du travail est faite comme suit:

La Coalition de la société civile pour le repositionnement de la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone mettra en œuvre le plaidoyer, le lobbying et l'influence des OSC au Mali, au Niger, en Guinée et au Burkina Faso, de même que les visites d'échanges d'expérience au Malawi et en Ouganda.

Les études et recherches pour la production du pour la production et la diffusion du Rapport sur la performance des DSSR en Afrique subsaharienne pour 6 pays en Afrique de l'Ouest (au Mali, en Guinée, au Niger et au Burkina Faso) et en Afrique Australe (Malawi et Zimbabwe) seront mis en œuvre par **Ebenezer International**.

Humanité & Inclusion (Ex Handicap International) mettra en œuvre le renforcement des capacités des organisations de personnes handicapées et des organisations de la société civile.

La coordination du programme, de la gestion de la performance des ressources humaines, de la gestion financière et comptable et du suivi, de l'évaluation et du rapportage de ce projet seront mis en œuvre par **Conseils et Appui pour l'Education à la Base (C.A.E.B.)**. CAEB assurera le rôle de Leader du Consortium et à ce titre, est le signataire de tous les documents régissant les relations de partenariat entre le Consortium et AmplifyChange.

2- OBJECTIFS, ATTENTES ET PROFIL RECHERCHE POUR L'ETUDE

2.1 Objectifs de l'Etude

Les objectifs de l'étude sont :

- Réaliser l'analyse de l'économie politique du secteur DSSR avec des recommandations pour le Niger dans le but de soutenir les efforts de plaidoyer des Organisations de la société civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest Francophone
- Travailler en étroite collaboration avec la Task Force mise en place au Niger dans le cadre de l'Etude, de même qu'avec la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International pour identifier et collaborer efficacement avec les parties prenantes clés du secteur DSSR dans le processus de l'analyse de l'économie politique

2.2 Résultat attendu

- Présenter un rapport final de 30 pages minimum et 50 pages maximum sans compter les annexes, qui capture les éléments essentiels d'une analyse de l'économie politique sectorielle, conformément aux normes de bonnes pratiques internationales et en conformité avec les exigences de la Proposition Technique du Projet ;
- Soumettre un rapport synthétique de 3 pages maximum présentant le déroulement de l'étude

2.3 Activités à réaliser

- Faciliter la mise en place et l'animation de la Task-Force associée à l'étude au Niger
- Réunir, analyser et faire la synthèse de la documentation sur les DSSR pertinente pour les besoins de l'étude
- Concevoir les formulaires appropriés sur la base de la Proposition Technique du Projet et recueillir les informations pertinentes auprès des parties prenantes de la DSSR et procéder à leur analyse et synthèse
- Proposer et faire valider un canevas de rédaction du rapport final sur la base de la Proposition Technique du Projet par la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International au moins 15 jours avant la soumission du rapport final
- Rédiger en français le rapport final de l'étude et le rapport synthétique du déroulement de l'étude à soumettre à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International
- Réaliser les différentes phases de l'étude dans les délais requis, tout en assurant une qualité supérieure des livrables

2.4 Profil recherché

- Avoir un Master 2 ou équivalent en politiques publiques, sciences politiques ou autre domaine connexe.
- Avoir une expérience pertinente et démontrable dans le domaine du plaidoyer et / ou du renforcement des politiques publiques et du cadre législatif ;

- Avoir une expérience démontrable dans la pratique des DSSR et en lien avec les réformes en la matière ;
- Avoir une expérience significative dans l'utilisation de méthodologies qualitatives auprès d'un large éventail de parties prenantes ;
- Avoir une expérience démontrable et significative dans l'organisation et l'animation de processus participatifs et de consultations ;
- Avoir au moins 5 ans d'expérience professionnelle dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive ;
- Avoir un réseau professionnel établi dans le secteur des DSSR autant au niveau national et local que régional ;
- Etre parfaitement francophone (écrire et parler correctement le français), une bonne connaissance de l'anglais serait un atout ;
- Connaître le Partenariat de Ouagadougou, ses réalisations, ses défis et enjeux serait un atout.
- Avoir une expérience de travail dans les pays du Partenariat de Ouagadougou serait un atout
- Diplomatie et capacité à faire preuve de discrétion de manière appropriée ainsi qu'à gérer les informations sensibles avec précaution ;
- Excellentes qualités interpersonnelles et capacité à communiquer efficacement avec des publics variés.
- Excellentes capacité d'analyse, de synthèse et compétences pour la production de livrables (rapport d'études, etc.) de haute qualité ;

2.5 Durée de la consultation

27 jours de travail entre le 14 Janvier 2019 et le 28 Février 2019 seront nécessaires pour cette consultation et qui pourrait être répartis ainsi :

- **Au début de la consultation** : 5 jours de travail pendant lesquels le consultant aura à prendre connaissance du projet et de ses parties prenantes, et organisera une réunion de cadrage initiale de l'étude avec une Task-Force constituée des représentants d'au moins 2 structures étatiques (1 de la Santé et 1 de la Statistique), 1 structure représentant les PTF en charge des DSSR et un représentant des OSC pour le repositionnement de la planification familiale au Niger
- **Pendant la consultation** : 10 jours de travail pendant lesquels le consultant procédera à la recherche documentaire et aura des réunions avec au moins 10 parties prenantes clefs du secteur DSSR au Niger dont la liste sera élaborée par le Consultant et validée par Ebenezer International
- **A la fin de la consultation** : 12 jours de travail pendant lesquels le consultant rédigera le rapport d'analyse de l'économie politique du Niger, et organisera une réunion de cadrage finale de l'étude avec la Task-Force pour feedbacks au moins 5 jours avant la soumission du rapport final
- **Délai de soumission du rapport final** : Le rapport final intégrant les feed-back de la Task-Force sera transmis par email à la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International le 20 Février 2019 à 17 heures GMT pour validation définitive aux adresses suivantes :

- ebenezerinternational@gmail.com
- santosgrace90@gmail.com
- smonecata@gmail.com

2.6 Rémunération: à négocier à la signature du contrat.

Le paiement de livrables sera effectué selon les termes indiqués dans le contrat de mission et, après réception et validation des produits et livrables par la Direction des Programmes Internationaux d'Ebenezer International.

3- CANDIDATURE

Pour faire acte de candidature, vous pouvez envoyer votre CV avec au moins 3 références et vos propositions technique et financière aux adresses suivantes :

- ebenezerinternational@yahoo.fr
- santosgrace90@gmail.com
- smonecata@gmail.com

NB : Ebenezer International conduit cette même étude dans 6 pays en Afrique Sub-saharienne : Mali, Burkina Faso, Niger, Guinée, Malawi et Zimbabwe.

Un consultant peut postuler pour un pays donné, et un groupe de consultants peut postuler pour l'ensemble des 4 pays de l'Afrique de l'Ouest (Mali, Burkina Faso, Niger, Guinée) ou pour l'ensemble des 2 pays de l'Afrique Australe (Malawi et Zimbabwe), sous la responsabilité exclusive d'un Consultant Principal Senior, signataire du contrat avec Ebenezer International.

Dans le cas de la candidature d'un groupe de consultants, le Consultant Principal Senior doit inclure les CV des consultants associés dans la proposition technique.

Annexe 5 : Bibliographie

Conventions et textes internationaux :

1. Les objectifs mondiaux (ODD) à atteindre d'ici 2030
2. La Charte des Nations Unies signée à San Francisco
3. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de l'Assemblée Générale des Nations Unies
4. Plan d'action du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-SWAP)
5. La Convention internationale relative aux Droits de l'enfant (CIDE)
6. Convention pour l'Élimination des discriminations envers les femmes (CEDEF) et son protocole en 2000
7. Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, dit « Protocole de Maputo » en 2005.

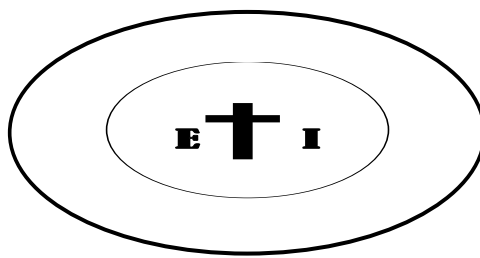
Lois, programmes, plans nationaux :

1. La loi sur la santé de reproduction
2. Politique Nationale de la Population
3. Politique Nationale Genre
4. Constitution du Niger ;
5. Code pénal du Niger ;
6. Loi SR du Niger
7. Plan national de développement sanitaire 2016-2020 du Niger
8. Ministère de la jeunesse et des sports du Niger. Politique nationale de jeunesse. Décembre 2015
9. Niger : Programme National de Santé de la Reproduction
10. Niger : Politique et normes en matière de la santé de la reproduction

Rapports:

1. What is political economy analysis? An introductory text for the ODI workshop on Political Economy Analysis. 23-24 January, 2012. Overseas Development Institute.
2. Sarah Vilpert, « De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas ». Université de Genève. Janvier 2008. Faculté des Sciences Economiques et Sociales. Laboratoire de démographie et d'études familiales. Mémoire de maîtrise
3. Normes et Procédures en Santé de la Reproduction. Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition
4. Leçons tirées du premier cycle de l'examen périodique universel. Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. UNFPA
5. Niger, Rapport National sur les progrès vers l'atteinte des OMD 1990-2015, INS-Niger, 2015
6. Faria Ibrahim et Ahmed Hlaibi, « connaissances, attitudes, pratiques, besoins et attentes des jeunes en matière de santé de la reproduction » Niamey, mai 2000.
7. JORN du 15 août 1995 p. 660
8. JORN du 15 août 1996 p. 732

9. Ampleur et Déterminants des Violences Basées sur le Genre au Niger. UNFPA. RAPPORT FINAL Fatou Diop Sall, Djibo SALEY, MODIELI Amadou Djibrilla.
10. Niger : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS IV) 2012. Institut National de la Statistique (INS) Ministère des Finances Niamey, Niger
11. Annuaire des statistiques sanitaires du Niger année 2016
12. Banque de messages par thématique: Violence et exploitation
13. Enquête Démographique et de Santé du Niger EDSN-V 2017. Résultats Préliminaires
14. Evaluation du 8ème programme de pays UNFPA/Niger 2014-2018. Période évaluée : 1er Janvier 2014 — 30 Juin 2017. Rapport final d'évaluation Juin 2018
15. Positionnement en vue de la session spéciale des Nations-Unies sur la CIPD+20 (22 septembre 2014)
16. Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Niger. 2014. UNFPA. Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA
17. Recueil des politiques et normes sur la sante de la reproduction dans les quinze pays de la CEDEAO. Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). Division de la recherche et du système d'information sanitaire



Ebenezer International

Ebenezer International, Direction des Programmes Internationaux
Bamako, Mali, Afrique de l'Ouest
Immeuble BOZOLA. Route de Guarantiguibougou. Première Plaque
Rue 447. Porte 566
Tel : (223) 92 46 75 11 / 72 20 29 80
Email : ebenezerinternational.mali@gmail.com